



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

51



**EDUCACION QUE PROPORCIONA ENFERMERIA
AL FAMILIAR DEL PACIENTE CON ALZHEIMER**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTAN

**ANA LILIA CERROS JARAMILLO
NO. DE CUENTA: 94574456**

**MONICA VICTORIA MATA MENDOZA
NO. DE CUENTA: 94573837**


ASESOR DE TESIS

LIC. MARIA DEL PILAR SOSA ROSAS



MEXICO, D. F.

Secretaría de Educación Pública
Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica
2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- 1.1 Identificación del problema
- 1.2 Justificación del tema
- 1.3 Ubicación del tema
- 1.4 Objetivos de la investigación

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Educación

Educación Informal

Educación No Formal

Educación Informal

2.2 La enfermera como educadora

2.3 Realización del cambio por modificación de la conducta

2.4 La Familia

2.4.1 El papel de la familia en el cuidado del paciente

2.4.2 Cambio de roles

2.4.3 División de responsabilidades

2.4.4 Su trabajo y el cuidado del paciente

2.4.5 Cómo afecta atender a una persona deteriorada

2.5 Aspectos Psicológicos

2.5.1 Reacciones psicológicas

2.5.2 Envejecimiento Cerebral

Inteligencia

Memoria

Aprendizaje

Personalidad

Alteraciones psicológicas después de un caño cerebral

2.6 Cuidador

2.6.1 Definición

2.6.2 Ayuda para el cuidador

2.7 Enfermedad de Alzheimer

2.7.1 Bosquejo Histórico

2.7.2 Definición

2.7.3 Etiología

2.7.4 Epidemiología

2.7.5 Etapas de la enfermedad

2.7.6 Diagnóstico

2.7.7 Tratamiento

2.7.8 Rehabilitación

2.8 Intervención de enfermería en pacientes con Alzheimer

2.8.1 Identificación de problemas del paciente

- 2.8.2 Planeación y ejecución del personal de enfermería
- 2.8.3 Atención de enfermería para el familiar del paciente con la enfermedad de Alzheimer

2.9 Cuidados en el Hogar

- 2.9.1 Problemas de la vida diaria
- 2.9.2 Situaciones de urgencia en el paciente y posibles soluciones

2.10 Instruccionalización

- 2.10.1 Servicios de atención sociosanitaria
- 2.10.2 Servicios Externos

3. METODOLOGÍA

- 3.1 Variables e Indicadores
- 3.2 Definiciones Operacionales
- 3.3 Tipo y Diseño de investigación
- 3.4 Criterios de Inclusión, Eliminación y Exclusión
- 3.5 Técnica e Instrumentos de investigación
- 3.6 Instrumentación y Estadística

4. CUADROS Y GRÁFICAS

5. ANÁLISIS DE CUADROS Y GRÁFICAS

6. CONCLUSIÓN

7. RECOMENDACIONES

8. ANEXO

9. BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCION

La enfermedad de Alzheimer es la causa de demencia en 50%-60% de todos los casos. La pérdida de memoria es el síntoma característico de presentación, a menudo acompañado por alteraciones en el lenguaje y en las habilidades visoespaciales, la función sensorial y motora primarias se pierden tardíamente en la evolución de la enfermedad.

Esta enfermedad representa un gran problema para el sistema de salud; se estima que el costo anual por paciente con Alzheimer en E. U. es de \$47'581 dólares aproximadamente. es de esperarse que el costo para tratar a este tipo de pacientes se eleve a medida que la población envejece. En América Latina, región donde la atención institucional para ancianos con demencia es escasa, el peso del cuidado cae principalmente en la familia y los profesionales de la salud que les atiende cotidianamente, por estas mismas razones, el costo y el peso en el sistema de salud son difíciles de calcular.

Se ha identificado una variedad de factores de riesgo potenciales para la enfermedad de Alzheimer, incluyendo el sexo femenino, una historia familiar de demencia, el síndrome de Down y la presencia de alelo 4 de la apolipoproteína tipo E. En la actualidad, no está claro si la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad o un grupo de trastornos heterogéneos sin embargo parece tener un componente genético peculiar en casos esporádicos.

En el cerebro de los pacientes con Alzheimer ocurre una serie de alteraciones microscópicas. Con frecuencia, se encuentra placas seniles que se acumulan en el espacio extracelular, otra característica común es la presencia de marañas neurofibrilares, que consisten en filamentos anormales que se acumulan en los cuerpos celulares y axones neuronales en el cerebro, lo más importante en este tipo de enfermedad es la muerte celular neuronal.

La enfermedad de Alzheimer también se caracteriza por una profunda pérdida de las células colinérgicas, lo cual es la principal causa de la severa deficiencia colinérgica en la corteza y el hipocampo: en el cerebro de los pacientes con Alzheimer, esta pérdida de neuronas y la disminución asociada en los niveles de neurotransmisión se ha asociado con el deterioro cognoscitivo visto en los pacientes.

Para enfermos con Alzheimer, el recordar sucesos recientes o del pasado más lejano puede repetir conceptos alterados. Cada vez más los pacientes pueden repetir conceptos, sintiéndose confundidos y perdidos; la personalidad, el juicio y las habilidades sociales pueden decaer lentamente mientras que la irritabilidad, ansiedad, depresión e inquietud se ven en aumento. La enfermedad de Alzheimer es progresiva; aunque los síntomas iniciales pueden ser leves, tarde o temprano el paciente pierde la capacidad de manejar las tareas cotidianas de la vida.

En algún momento, el paciente se convierte en una persona totalmente incapacitada y no se le puede dejar sola. Por último el habla falla y la víctima de la enfermedad no puede ni comunicar sus necesidades básicas.

Por ello, la familia es un pieza importante en este tipo de pacientes; una enfermedad demencial crónica (en este caso la enfermedad de Alzheimer) impone a esta una pesada carga ya que ello significa, entre otras cosas, una cantidad de trabajo, problemas económicos así como la aceptación de la enfermedad. También significa, que las responsabilidades y las relaciones dentro la familia cambiarán, esto puede dar lugar a una inestabilidad emocional, sintiéndose abrumados, desconsolados, enojados y en la mayoría de las veces deprimidos.

Es importante aclarar que la mayoría de las familias se encargan de cuidar a sus enfermos todo el tiempo posible, y que simple y sencillamente no es verdad que la mayoría los abandone o interne en asilos. Por lo general los familiares hacen todo cuanto esta de su parte, a menudo a costa de un sacrificio personal para atender los pacientes antes de buscar otros apoyos. Desde luego, también hay quién no se

interesa por el cuidado del enfermo, algunos por enfermedad o problemas, no es posible hacerse cargo de ellos. Sin embargo, algunas personas simplemente no desean hacerlo.

Casi todos los miembros de la familia experimentan un acercamiento y un sentido de cooperación al trabajar en la atención de un paciente con enfermedad demencial; más sin embargo, las presiones de velar por un enfermo suelen dar origen a conflictos en el seno familiar. La carga de cuidar al enfermo llega a ser agobiante, llevando al familiar a la angustia.

Es aquí donde el papel de la enfermera juega un papel importante ya que, interviene en forma directa en el cuidado del paciente abarcando de esta manera aspectos tales como: higiene, alimentación, rehabilitación, terapia ocupacional, evitar y detectar a tiempo factores de riesgo principalmente.

Por ello, conocer al paciente no basta, también es preciso conocer a la familia y sus necesidades, logrando con ello una mejor calidad de vida para aquellas personas que padecen este tipo de enfermedad.

1. FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En Septiembre de 1990 durante la sexta conferencia Internacional sobre la enfermedad de Alzheimer que se realizó en la ciudad de México, se conocieron personas que tuvieron o tenían familiares con la enfermedad o interesados en ella

Poco tiempo después, falleció el Sr. Francisco Espinosa Figueroa, quién padeció la enfermedad de Alzheimer; sus familiares decidieron fundar el Fondo de Apoyo para la Enfermedad de Alzheimer. La idea principal fue la creación de centros de atención diurna en donde se proporciona atención digna y especializada a los pacientes; que permitiera a la familia continuar con sus actividades y conservar su unidad familiar

Así en Marzo de 1992, se inauguró el primer centro en la ciudad de Querétaro y en Noviembre del mismo año el segundo en la ciudad de México

La Fundación Alzheimer, proporciona a los familiares y a las personas con la enfermedad de Alzheimer o similares, servicios que les permitan un estado funcional óptimo, evitando así que se conviertan en elementos de desintegración; así mismo, establece un sistema continuo de vigilancia de la salud, ayudando a mantener sus capacidades residuales, permitiendo así a los familiares que continúen con sus actividades

De igual manera, se capacita a enfermeras, familiares, cuidadores y personas interesadas en aspectos diversos de estos procesos patológicos; así como investiga sobre los efectos de la enfermedad en los pacientes y la familia

1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la educación que proporciona enfermería al familiar del paciente con Alzheimer?

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

La siguiente investigación se justifica, ya que se ha observado que al no tener información oportuna sobre la atención del paciente está no será adecuada y de este modo el deterioro del paciente será con mayor rapidez.

Así mismo por que podríamos crear programas para la familia que ayuden al manejo del paciente, logrando beneficiar a la comunidad afectada.

1.3 UBICACIÓN DEL TEMA

El tema que se estudia en la presente investigación se ubica en el área de enfermería en el primer nivel de atención, ya que la educación es una tarea primordial para la enfermera.

En el campo de la Geriátrica, ya que estudia al individuo en la etapa senil

En forma específica esta investigación se apoya en la psicología psiquiátrica debido a que la enfermedad de Alzheimer es una conducta anormal, dentro del género humano.

En el área de sociología ya que hablamos de la familia y la relación de esta para con el enfermo.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

General

Identificar la educación que proporciona enfermería al familiar del paciente con Alzheimer.

Específico

Proporcionar información oportuna a la familia para mejorar la calidad de vida del paciente.

II. MARCO TEORICO

2.1 EDUCACIÓN

Es importante que seamos capaces de identificar todos los tipos de educación; ya que generalmente la igualan con el aprendizaje.

Hay tres tipos de educación: La educación informal, No formal y Formal.

Coombs y Ahmed (1974) la definen de la siguiente manera:

Educación Informal. Es el proceso vitalicio mediante el cual toda persona adquiere y acumula conocimientos, habilidades, actitudes y modos de discernimiento mediante las experiencias diarias y su relación con el ambiente.

Educación no formal. Es una actividad educacional organizada y sistemática que se lleva a cabo fuera de la estructura del sistema formal para proporcionar aprendizajes específicos, tanto adultos como niños

Educación formal. La definen como el sistema educacional institucionalizado, cronológicamente graduado y jerárquicamente estructurado, que abarca desde los primeros años de enseñanza básica hasta los grados superiores universitarios.

Las modalidades de educación formal, no formal e informal pueden darse simultáneamente, algunas veces suelen ir de acuerdo pero otras entran en conflicto.

Nos interesa mencionar un poco más de la educación no formal, ya que para el tema que trataremos, el papel de enfermería abarca más a este tipo de educación.

El término "educación no formal" fue introducido a final de los setentas para crear

respuestas no escolares conforme a nuevas y diferentes demandas de educación. Siempre se ha dado cierta atención a la educación fuera de la escuela y el reconocimiento de la importancia de los recursos de la comunidad para la enseñanza y el aprendizaje; el nuevo término no formal ayudó a legitimar esta preocupación.

La educación no formal ha demostrado tener utilidad en respuesta a problemas sociales que incluyen salud, nutrición, autoempleo, producción de alimentos, etc.

2.2 LA ENFERMERA COMO EDUCADORA

En años recientes, se ha hecho cada vez mayor énfasis en educar al paciente para que acepte patrones de conducta tendientes a la promoción de la salud, la disminución de rigor y el uso apropiado de los servicios de promoción de salud existentes.

Por ello, las enfermeras han considerado la educación del paciente como una de sus funciones más importantes.

La función de la enseñanza es una responsabilidad de todo el profesional de atención a la salud. Durante mucho tiempo, las enfermeras han reconocido la importancia de la enseñanza de la salud como una forma de modificar la conducta del paciente.

A lo largo de los años, ha aumentado la importancia de promover la salud mediante el aprendizaje y ayudar a los pacientes a aprender y usar hábitos cotidianos de salud.

En la actualidad, la realización de cambios en el paciente mediante la enseñanza cumple una función prominente en la enfermería.

Ciertas tendencias han hecho que aumente la preocupación de la enfermera por la enseñanza del paciente

- a). Los pacientes, cada vez más informados, exigen datos sobre la forma de lograr y mantener el bienestar
- b). Aumento en el número de enfermedades crónicas degenerativas en ancianos que requieren enseñanza sobre la salud.

- c). incremento en el énfasis sobre las actividades que se deben realizar en el autocuidado.
- d). El aumento de las investigaciones de enfermería ha originado que se tengan datos acerca de los efectos benéficos de la enseñanza del paciente.

Una vez definido el objetivo, la enfermera debe identificar qué es lo que pretende enseñar, es decir, elegir la información que necesita conocer el paciente.

La enfermera considera el método de enseñanza que empleará una vez establecidos con claridad los objetivos y lo que pretende enseñar.

Por lo tanto debe considerar:

1. Edad del paciente.
2. Lugar donde se realizará la actividad de enseñanza.
3. Recursos y materiales de apoyo para la presentación del tema.
4. Población a la cual va dirigida la actividad de enseñanza.

2.3 REALIZACION DEL CAMBIO POR MODIFICACION DE LA CONDUCTA

La modificación de la conducta es una técnica de enseñanza ideada con el fin de cambiar el comportamiento.

También se le aplican los nombres de análisis de la conducta, condicionamiento operante o administración de contingencias. La modificación de la conducta, al ser usada en la atención de la salud, ayuda a que el paciente cambie una conducta dañina a otra que promueva su bienestar.

La modificación de la conducta se fundamenta en dos supuestos básicos:

I. La conducta humana, sea buena o mala es aprendida, uno aprende a hablar, caminar, leer, disfrutar, hacer vida social, comer, etc.

II. La conducta humana es susceptible de modificación, si uno aprende una conducta específica, también puede aprender a modificarla.

MEDIDAS PARA PROMOVER LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

- Participación del paciente.
- Concientizar al paciente.
- Motivar al paciente para que cambie su comportamiento
- Reforzamiento positivo.

2.4 LA FAMILIA

2.4.1 EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE

Una enfermedad demencial crónica impone a la familia una pesada carga pues significa: una gran cantidad de trabajo, sacrificios económicos y aceptar la realidad que el ser querido jamás volverá a ser el de antes.

También significa que las responsabilidades y relaciones dentro de la familia cambiarán, así mismo surgen sentimientos contradictorios dentro del seno familiar, ya que la aceptación de tener a un ser querido con algún trastorno demencial es difícil de aceptar, ya que no estamos preparados para ello sintiendo impotencia al desconocer como ayudar a mejorar la calidad de vida de un paciente que padece este tipo de enfermedad.

Es importante mencionar que la mayoría de las familias se encargan de cuidar a sus enfermos todo el tiempo posible, pues generalmente, se tiene la idea que son abandonados por los mismos; pero también es cierto que a veces las circunstancias no son tan favorables porque el mismo familiar es el que aporta económicamente para la manutención del mismo; por ello es que se ven obligados a internarlos en asilos para que se les brinde la mejor atención.

Sin embargo en México no hay los suficientes centros de atención para ancianos demenciados y esto contribuye al deterioro progresivo y rápido de estos pacientes.

2.4.2 CAMBIO DE ROLES

Los roles son diferentes a las responsabilidades, por ello, es importante preguntar a cada miembro de la familia que significa rol para ellos.

Las responsabilidades son las tareas que cada uno tiene asignadas en ella, mientras los roles se refieren a lo que uno es, a cómo lo ven los demás y lo que se espera de uno; los roles se establecen a través de los años y no siempre son fáciles de definir.

Aprender a hacer labores que antes no le correspondían es difícil, cuando a la vez hay que afrontar las crecientes necesidades del enfermo, las propias y la de la familia. Sin embargo es aun más difícil aceptar y adaptarse al cambio de roles. Cuando uno comprende que las responsabilidades de cada persona pueden cambiar, como también los roles y las expectativas, es más fácil entender los sentimientos y problemas personales que llegan a surgir en la familia.

2.4.3 DIVISION DE RESPONSABILIDADES

La responsabilidad de atender a un enfermo demencial por lo general no se comparte equitativamente entre todos los miembros de la familia. Hay diversas razones por las cuales es difícil dividir las responsabilidades por igual, entre otras, que a veces algunos miembros viven lejos, tienen mala salud o no pueden contribuir económicamente, otro impedimento es que las relaciones en su propio hogar no sean las propicias para la atención del enfermo; puede haber viejos desacuerdos, resentimientos y conflictos familiares, que se agravan con la crisis de la enfermedad.

Los familiares que no comparten la experiencia cotidiana de convivir con un enfermo demencial no tienen siquiera una remota idea de lo que esto realmente significa, por lo que no se solidarizan y se muestran hipercríticos. Para quienes están fuera es difícil darse cuenta de lo agotador que es el cuidado diario del enfermo.

2.4.4 SU TRABAJO Y EL CUIDADO DEL PACIENTE

"Muchos encargados hacen malabares con el cuidado de la persona demencial y un trabajo de medio tiempo o tiempo completo, la doble exigencia puede ser abrumadora. Algunos tienen que pedir permisos de ausencia en su trabajo cada vez que se presenta un problema con el enfermo. En ocasiones, cuando no hay otro remedio, los encargados tienen que dejar al enfermo solo, aunque esto no es muy prudente, aún los que usan los servicios de un buen programa de cuidado diurno para adultos o de una cuidadora confiable, deben enfrentarse a exigencias y problemas adicionales". (Nancy L. Mace 1997)

2.4.5 COMO AFECTA ATENDER A UNA PERSONA DETERIORADA

Los sentimientos humanos son complejos y varían de una persona a otra, todos tenemos diferentes maneras de manejar nuestras emociones, la gente piensa que ciertos sentimientos son inaceptables y no deberían tenerlos.

No hay una forma "correcta" de manejar las emociones; sin embargo es importante reconocer nuestros sentimientos y entender por qué los tenemos, ya que ellos influyen en la forma en que juzgamos las cosas.

"Los sentimientos no reconocidos o no aceptados llegan a determinar las decisiones de una manera que uno no entiende y no reconoce. Uno puede reconocer y aceptar ante sí mismo y ante los demás los sentimientos, pero a uno le toca decidir si los expresa o no, así cuando y dónde los expresa, o si se guiará por ellos". (Nancy L. Mace 1997)

Algunas veces usted puede sentir por el enfermo este tipo de sentimientos:

Enojo. Es comprensible que se sienta frustrado y enojado porque debe hacerse cargo del enfermo, porque los demás no saben ayudarlo, por la conducta irritante del enfermo y por que se siente atrapado en la situación.

Puede modificarse el comportamiento irritante del enfermo cambiando el ambiente o la rutina diaria. Sin embargo, simplemente recordar que el comportamiento aberrante es resultado del daño cerebral y que la persona no puede evitarlo, basta para que el enojo cese.

Vergüenza. Muchas veces la conducta del enfermo hace que tengamos este sentimiento; ya que somos criticados por ello; lo cierto es que hay un gran número de personas que desconocen este tipo de enfermedad, por ello es que les causa extrañeza la conducta del enfermo: la solución es sencilla, simplemente comparta su experiencia con personas que tengan el mismo problema que usted; las enfermedades demenciales son tan abrumadoras que es casi imposible manejarlas sin ayuda.

Desesperación. "No es extraño que los familiares del enfermo se sientan impotentes, débiles o desmoralizados ante la enfermedad demencial crónica. Estos sentimientos empeoran cuando uno no cuenta con médicos u otros profesionales que entiendan lo que son tales medicamentos". (Nancy L. Mace 1997)

Hay muchas maneras de mejorar la vida del paciente y la familia

- Las cosas a menudo parecen peores cuando se ven en conjunto concéntrese en cambiar cosas pequeñas que sean susceptibles de modificarse.
- Viva cada día según se presente.

- Infórmese acerca de la enfermedad; lea y hable sobre la manera como otras personas hacen frente a la situación.
- Platique con los miembros de otras familias que encaran problemas similares.
- Participe en grupos de intercambio de información, apoye la investigación y haga que otras personas colaboren.
- Discuta sus sentimientos con su médico, trabajador social, psicólogo o alguna persona de su confianza

Culpa. No es extraño que los familiares del enfermo se sientan con culpa, por la manera como trataron al paciente en el pasado: por la vergüenza que sienten por su conducta "extraña" ahora que está enfermo; por perder los estribos; por no querer asumir su personalidad; por pensar en llevarlo al asilo; y por muchas otras razones, algunas triviales y otras de verdadero peso.

El primer paso es admitir que los sentimientos de culpa son un problema, se convierten en un problema cuando afectan nuestras decisiones. Los sentimientos de culpa nos hacen buscar maneras de remediar el pasado, en vez de permitirnos admitir el hecho de que hay que dejar el pasado en paz y hacer planes basados en lo que ahora es lo que mas conviene.

Risa, Amor y Alegría. Una enfermedad demencial no pone fin súbitamente a la capacidad de sentir amor y alegría, ni tampoco la capacidad de reír. Por lo que toca a la persona que cuida al enfermo, a pesar de que la vida en ocasiones la parezca cargada de fatiga, frustración y congojas, tampoco pierde la capacidad de sentir tales emociones. Podría decirse que la risa es un don que ayuda a nuestra cordura en momentos de dificultad.

Pesar. Al avanzar la enfermedad y cambiar la persona, el familiar siente la pérdida de una relación que le era importante: sufre al ver que el ser querido ha cambiado sintiendo tristeza por él. Se oscila entre sentimientos de esperanza y esto muchas veces puede causar depresión para el familiar. Todos estos sentimientos forman parte del duelo que significa presenciar el deterioro gradual de la persona a quien amamos.

Depresión. Es un sentimiento de tristeza y desaliento; a veces cuesta trabajo diferenciarla de la tristeza, de la ira o de la preocupación.

Una enfermedad demencial crónica afecta profundamente nuestras emociones; muchas familias encuentran alivio compartiendo sus experiencias y emociones con otras familias en grupos de apoyo.

2.5 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

La personalidad es un conjunto de rasgos del comportamiento y actitudes de las cuales, una persona puede ser reconocida como individuo.

Envejecer exige una adaptación desde el punto de vista intelectual, pero también social y afectivo; la índole y el grado de adaptación están determinados por las circunstancias biológicas, sociales y características de la personalidad del individuo que envejece.

El ser humano pasa por etapas de crecimiento, maduración y declinación, con rasgos característicos, tanto en lo normal como en lo patológico. Toda la vida constituye un fenómeno único, personal e irrepetible. El balance entre lo realizado y lo que puede hacerse pero no se hizo, suele imprimir a la vejez un tono depresivo; sin embargo, la senectud tiene también sus aspectos positivos, no obstante las modificaciones involuntarias de la personalidad.

2.5.1 REACCIONES PSICOLOGICAS

El nivel de maduración psicológica se alcanza con lo que se llama potencialidad del yo, que consiste en la capacidad de provocar y soportar tensiones emocionales.

La salud mental es un problema de maduración, socialización y aprendizaje obtenidos a través de la infancia, pubertad, adolescencia y adultez, para lograr el desarrollo pleno de la personalidad. El grado de deterioro y el momento de inicio de la declinación varían según las funciones y los individuos; sólo algunos rasgos tienen relación directa con la edad cronológica.

El hombre de edad se defiende contra la inseguridad que experimenta ante la transformación de su cuerpo, mediante reacciones psicológicas: depresión, desconfianza, rigidez, amnesia, etc

Al adaptarse a su nuevo género de vida el anciano ha de tener en cuenta su estado orgánico, su capacidad mental y las posibilidades que ofrece la sociedad, esforzándose en colaborar con las nuevas generaciones.

A medida que el individuo envejece, se exageran los rasgos característicos de su personalidad, aparecen los defectos de adaptación y dependencia, ocultos en la juventud; también puede aparecer la falta de criterio.

FACTORES EN LA PSICOLOGÍA DE LA ANCIANIDAD:

1. El anciano ya no es objeto de respeto y de cariño, lo que anteriormente se atribuía al abuelo.
2. La jubilación indiscriminada, reduce a la inactividad a ancianos con capacidad de laborar.
3. La inactividad forzada, produce en el anciano bien conservado un sentimiento de frustración y vulnerabilidad de las funciones psíquicas.
4. El rápido incremento de los trastornos psíquicos en el anciano se debe a estos factores sociológicos: la situación de aislamiento, la soledad afectiva, la subestimación social la inactividad profesional y la inseguridad económica.

Las circunstancias no modifican tanto las vivencias y el comportamiento del individuo, sino más bien, percibe, experimenta y asume el papel que le toca vivir en su momento, como el factor de unidad familiar al ser abuelo, maestro y guía de quien le reemplazará en el trabajo, promotor de actitudes diversas acordes a su etapa de desarrollo, entre otras cosas.

2.5.2 ENVEJECIMIENTO CEREBRAL

En la edad avanzada se pierde hasta 7 u 8% del peso cerebral y a los 80 años se estima que el cerebro ha perdido el 10% de su peso. A partir de los 30 años se pierde diariamente cerca de 100,000 neuronas. Esta pérdida ocurre sobre todo en la corteza cerebral como la región frontal, temporal y parietal. La disminución de sustancia blanca del encéfalo ocurre entre los 70 y 90 años y la sustancia gris en forma más temprana entre los 20 y los 50 años.

Esta pérdida puede deberse a:

- a) Por la ocurrencia de una desconexión entre neuronas que se necesitan mutuamente para sobrevivir.
- b) Por predisposición genética
- c) Por toxicidad
- d) Por infecciones
- e) Por insuficiencia metabólica
- f) Por insuficiencia vascular

Desde el punto de vista bioquímico, la alteración de los neurotransmisores también interviene en la regulación del metabolismo y la circulación cerebral. Disminuyen la noradrenalina, dopamina, acetilcolina y algunas enzimas como adenilatociclasa; esta disminución se correlaciona directamente con la edad.

El aspecto funcional y metabólico es muy importante considerar la disminución de las reservas de oxígeno y de la actividad enzimática que disminuyen la respiración celular, y la producción de ATP y aumentan la glucólisis anaerobia. Por lo tanto hay anoxia y el riego cerebral es cada vez menor y puede disminuir hasta 20 - 30%, hay una relación estrecha entre la actividad metabólica y el riego cerebral y en especial un mecanismo químico que regula la vasodilatación debido a acidosis sanguínea y la -

vasoconstricción como consecuencia de una aicaiosis sanguínea. El metabolismo cerebral de la glucosa, del oxígeno y el flujo sanguíneo cerebral están disminuidos en las edades avanzadas. No todas las funciones cognitivas experimentan el mismo deterioro con el avance de la edad.

Inteligencia

Caracterizado por el poder de adquirir conocimientos, la aptitud de discernimiento entre varias situaciones, utilización de los conocimientos adquiridos y la adaptación a todo tipo de situaciones. La eficiencia intelectual en el envejecimiento "aparentemente" se manifiesta en forma estable e incluso muestra mejoría, sobre todo las habilidades verbales se conservan porque son reaprendidas y requirieron procesamiento de información antigua. Las pruebas de ejecución requieren un proceso de información nueva y en estas la disminución de la capacidad en la vejez

Memoria

La memoria es una función central, que sirve de base para otras capacidades intelectuales y se compone de una serie de pasos, en donde, hay una entrada de información que pasa a los demás almacenadores sensoriales en el cerebro y permanecen por un tiempo su procesamiento o para ser desechados según el tipo de reforzamiento. La falta de memoria es debido a una ausencia en las estrategias de codificación, organización, razonamiento y recuperación en los registros de los almacenadores sensoriales de memoria.

Aprendizaje

Ligado a los recursos de la memoria, que en el envejecimiento, puede afectarse al empobrecerse la capacidad para memorizar y como consecuencia aparecen dificultades para aprender cosas nuevas.

Personalidad

La personalidad es el resultante del temperamento y el carácter. El temperamento son los rasgos heredados que condicionan nuestra forma de ser y el carácter son la serie de normas, valores y actitudes que adquirimos a través de las influencias del medio ambiente social. La suma de ambos, da como resultado personalidad, sello distintivo que explica nuestra conducta y vivencia.

La personalidad no cambia con el envejecimiento: los ancianos no son ni mejores ni peores, sólo son más ellos mismos por una tendencia mayor a la introversión; debido a esta introversión y a la disminución de las capacidades intelectuales y perceptuales las personas mayores pueden volverse intolerantes, autoritarios, desconfiados, con tendencias a excluir estímulos que no les interesan y a concentrarse en unos cuantos intereses que si les importan con reforzamiento de lo que ellos prefieren .

El modelo clásico del envejecimiento indica la preservación de las capacidades verbales con un declive de las no verbales. La explicación más aceptable a éste fenómeno es, que las pruebas verbales utilizan información previamente almacenada que se manipula de forma familiar, mientras que las pruebas de realización no verbal requieren la manipulación de material nuevo no familiar para el paciente.

ALTERACIONES PSICOLOGICAS DESPUES DE UN DAÑO CEREBRAL

Hemisferio Derecho

- Alteraciones en la orientación espacial (construcciones, dibujos, lenguaje escrito, cálculos escritos, memoria espacial, nociones topográficas).
- Agnosia espacial unilateral
- Dificultad para percibir al objeto como un todo.
- Deficiencias en la percepción y en el recuerdo del material no verbal y material que contiene la estructura perceptual compleja.
- Todas las lesiones del hemisferio derecho son de naturaleza multisensorial y espacial.

Hemisferio Izquierdo

- Afasia
- Incapacidad para percibir los detalles de un dibujo
- Movimientos oculares anormales al observar un dibujo
- Deficiencia de orientación izquierda – derecha
- Agnosia visual para objetos y colores

- Dificultad para elaborar y ejecutar categorías conceptuales
- Apraxia ideomotora e ideacional
- Sobre simplificación del dibujo, con una adecuada escala de Gestalt pero carente de detalles.

Los efectos del envejecimiento de los sistemas frontales son: pérdida de memoria, y capacidad de aprendizaje, reducción de la capacidad para resolver problemas y formar conceptos, deterioro de fluidez verbal y perseveración.

Si la declinación metabólica y neuronal cerebral es muy acelerada, puede llegar a producirse la denominada demencia primaria o demencia tipo Alzheimer. Demencia, es un término apropiado para todos aquellos cambios neuronales progresivo y deterioro de las funciones mentales superiores que ocurren en individuos, en especial, de edad avanzada y que reducen sus expectativas de vida conforme aumenta su edad.

En la enfermedad de Alzheimer, los cambios neurológicos son más semejantes a los que ocurren en el envejecimiento cerebral normal. En la demencia tipo Alzheimer existe alteración neuroquímica que asemeja un envejecimiento acelerado que no difiere más que en cronológica del envejecimiento normal. La pérdida normal durante el envejecimiento puede deberse a:

- a) La ocurrencia de una desconexión entre neuronas que se necesitan mutuamente para sobrevivir
- b) La predisposición genética
- c) La toxicidad
- d) Las infecciones

e) La insuficiencia metabólica

2.6 CUIDADOR

Una de las preguntas de nuestro tiempo es: ¿Aquellos que padecen la enfermedad de Alzheimer merecen ser tratados con dignidad por la sociedad?

Vivimos en una cultura que es hija del racionalismo y el capitalismo por lo que la claridad mental y la productividad económica determinan el valor de la vida humana. La clave para una ética adecuada de la demencia es prestar una completa atención a las muchas maneras de mejorar los aspectos cognitivos del bienestar humano sin subestimar las capacidades remanentes.

Un aspecto crucial de la aplicación de la ética en la enfermedad de Alzheimer es la preservación y mejoramiento del bienestar del enfermo así como el aprovechamiento máximo de alguna capacidad que aún este presente.

La clave para un buen cuidado es la de no solo "hacer por" las personas si no "estar con" ellas pues así construiremos puentes entre ellos y nosotros haciendo que la distancia no sea insalvable.

Las personas con esta enfermedad pueden ser, en muchos casos, víctimas del cuidado opresivo, aquel tipo de cuidado que al protegerlos de todos los riesgos también ignoran su capacidad para tomar decisiones y vivir activamente, de modo que hasta cierto punto son convertidos en seres aún más dependientes de lo que ya son.

Conforme se avanza en el camino de la construcción de una conciencia social con respecto a la enfermedad de Alzheimer, debemos tener presente que, en el futuro previsible no contaremos con ningún fármaco que por sí solo sea un remedio para - -

este tipo de enfermedad; sin que esto quiera decir que no hay esperanza significativa y vital para una cura.

Lo que debemos hacer como Licenciados en Enfermería es no perder el enfoque sobre el verdadero significado de proporcionar formas creativas de cuidado que atiendan los aspectos no cognitivos de los individuos. Esto significa, en primer lugar, estar consciente de que algo puede ser hecho por las personas con la enfermedad de Alzheimer y que existen varios factores que pueden causar incapacidad excesiva. Enfrentar al familiar a reconocerlo podrá ayudarlo, así mismo, instruir al cuidador sobre la estimulación adecuada de sus capacidades residuales, mejorando su desempeño y por lo tanto, su calidad de vida

2.5.1 DEFINICIÓN

Persona que asume la responsabilidad de la atención, supervisión y vigilancia del enfermo: Familiar, amigo, enfermera, o persona pagada para realizar esta actividad.

2.6.2 AYUDA PARA EL CUIDADOR

FAMILIA

Para algunos cuidadores la familia es la mayor fuente de ayuda, para otros es la mayor fuente de angustia. Es importante aceptar ayuda de otros miembros de la familia y no llevar la carga uno solo.

Si se siente angustiado por que su familia no está ayudando y hasta pueden llegar a criticarlo por que desconocen la enfermedad de Alzheimer, puede ser útil llamar a una reunión familiar para hablar del cuidado de la persona.

COMPARTA SUS PROBLEMAS

Es necesario que comparta con otros sus sentimientos y experiencias como cuidador. Si se los guarda para sí, es más difícil cuidar a la persona con la enfermedad de Alzheimer. Si ve que lo que usted está experimentando es una respuesta natural a su situación, le será más difícil el manejo. Trate de aceptar la ayuda cuando otros se la ofrecen aunque le parezca que lo están molestando. Trate de pensar anticipadamente en una persona a quien recurrir en una emergencia.

TIEMPO PARA UNO MISMO

Es esencial que tenga tiempo para usted, esto le permitirá compartir con otras personas, disfrutar de sus pasatiempos favoritos y lo más importante, divertirse.

Si usted necesita más tiempo trate de encontrar a una persona que se haga cargo del cuidado del enfermo para que usted pueda descansar

CONOZCA SUS LIMITES

¿Cuánto más puede aguantar antes de que sea demasiado?. Mucha gente se dará cuenta de cuánto puede aguantar antes de llegar al punto en que el cuidado lo abruma. Si su situación es insoportable pida ayuda para evitar una crisis.

NO SE CULPE USTED MISMO

No se culpe a usted ni a la persona con la Enfermedad de Alzheimer por los problemas que atraviesa. Recuerde que la causa es la enfermedad. Si cree que la relación con amigos o familiares se está desvaneciendo, no se culpe ni los culpe.

Trate de buscar las causas de la ruptura y discútalas con ellos. Recuerde que las relaciones con otros son una fuente valiosa de apoyo para usted. Esto es una ventaja para usted y para la persona con Alzheimer.

BUSQUE ASESORIA

Le ayudará buscar asesoría sobre su rol cambiante y las modificaciones que ocurren en la persona con la enfermedad de Alzheimer.

RECUERDE QUE USTED ES IMPORTANTE

Usted es importante para usted mismo y en la vida de la persona con Alzheimer. Si usted, la persona que atiende se sentirá perdida. Esta es otra razón por la cual es tan esencial que usted se cuide.

El saber aceptar ayuda, puede resultarle nuevo. A menudo miembros de su familia, amigos o vecinos quieren hacer algo por usted y por la persona con la enfermedad de Alzheimer. Pero, quizá no sepan que sería útil o bienvenido de su parte. Alguna sugerencia suya o idea les dará una oportunidad para ayudar. Esto le sirve a los demás para sentirse útiles, ayudar a la persona con la enfermedad de Alzheimer, y también proveerle a usted algún tipo de alivio.

El grupo de autoayuda (grupo para cuidadores) puede ser otra fuente de ayuda.

El grupo de apoyo mutuo da la oportunidad a los cuidadores de encontrarse, compartir sus problemas, soluciones, y apoyarse los unos a los otros. En un número creciente de países existe una asociación de Alzheimer que lo puede ayudar a conectarse con estos grupos o formar uno nuevo.

Además, para ayudarlo en su papel de cuidador, es útil saber que ayuda médica, práctica, personal o financiera tiene donde usted vive. Su médico, enfermera o trabajadora social pueden aconsejarle dónde recurrir.

2.7 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

2.7.1 Bosquejo Histórico

De todas las enfermedades incurables que afectan al cerebro humano, e forma degenerativa y progresiva, la llamada enfermedad o mal de Alzheimer es quizás la más cruel; pues las pérdidas en el funcionamiento mental son tan grandes e importantes que el progreso de esta enfermedad es desgastante para aquellos que tienen que observar este mal

La enfermedad de Alzheimer es un desorden del cerebro que causa la pérdida de la memoria y un importante deterioro mental. Esta enfermedad es incurable y su causa, desconocida hasta el momento.

La enfermedad de Alzheimer, fue descrita en 1907 por el neurólogo alemán Alois Alzheimer, empleando una nueva técnica tintorial, identifica los ovillos neurofibrilares y los cambios histológicos más notables en la enfermedad que hoy lleva su nombre (Cacabelos, Rafael. 1998).

Este doctor descubrió la existencia de neuronas degeneradas y destruidas al hacer una autopsia a una mujer de aproximadamente de 55 años de edad con deterioro mental progresivo; quién falleció después de varios años de evolución, encontrándose atrofia cerebral con degeneraciones neurofibrilares.

La enfermedad de Alzheimer produce cambios en las neuronas, sobre todo en la corteza cerebral, y conduce a una acumulación de fibras anormales. Estas áreas de degeneración presentan un aspecto característico de dicha enfermedad, al ser observadas bajo un microscopio, recibiendo el nombre de nudos neurofibrilares, y placas seniles, mayores serán las alteraciones en las funciones intelectuales y de la memoria.

En la actualidad se considera a la enfermedad de Alzheimer como una de las causas de demencia de la vejez. Clínicamente se caracteriza por deterioro mental progresivo con pérdida de la memoria, con hallazgos neuropatológicos en el cerebro (placas seniles y degeneración neurofibrilas). (Gómez Valencia, L. 1986).

2.7.2 Definición

La enfermedad de Alzheimer produce una disminución de las funciones intelectuales, lo suficientemente grave como para interferir con la capacidad para realizar actividades de la vida diaria.

La enfermedad de Alzheimer es progresiva, degenerativa y provoca deterioro de la memoria, pensamiento y conducta. La persona que la padece puede experimentar o sentir confusión, desorientación en tiempo y en espacio, cambios de la personalidad, alteraciones en el juicio, dificultad para encontrar palabras, finalizar ideas o pensamientos y para seguir instrucciones; finalmente incapacita a quién la padece a cuidar de sí mismo.

2.7.3 Etiología

La causa de la enfermedad Alzheimer es desconocida; sin embargo, los últimos estudios de científicos, médicos e investigadores indican que cada vez hay más evidencias de que se trata de una enfermedad de origen genético. Sin embargo, no hay que pasar por alto otros factores como virus, agentes tóxicos o ambientales, metales, campos electromagnéticos, respuestas inflamatorias o traumatismos craneoencefálicos, los que pudieran provocar una disfunción en el organismo y el comportamiento de la persona.

Además, por experiencia, se sabe que existen otros factores que de cierto modo pudieran incidir en un surgimiento más temprano de la enfermedad. Estos factores desencadenantes pueden ser:

- Pérdida del esposo (a), hijo (a), o un familiar cercano.
- Cambio de residencia.
- Accidente automovilístico, a pesar de no haber sufrido lesiones.
- Haberse jubilado, retirado o haber sido despedido en el trabajo.
- Haber sido asaltado o atacado.

2.7.4 Epidemiología

Es difícil de estimar las millones de personas que pueden estar sufriendo la enfermedad Alzheimer "En los Estados Unidos de América, se estima que entre 3 y 4 millones de personas la sufren; de esta cifra, se calcula que de un 5 a un 10% de las personas mayores de 65 años, y casi en 45% de las personas mayores de 85 años, pueden estar sufriendo la enfermedad." (Taussig, m 1995)

Es posible que el porcentaje de personas mayores afectadas por la enfermedad, varié en relación al país donde se vive, ya que se ignora si las condiciones climatológicas o ambientales tienen alguna repercusión.

En México no contamos con estadísticas que nos permitan conocer su frecuencia, sin embargo, en I.N.N.N (Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía), se ha calculado por lo menos 7 casos al año.

Es importante saber que, entre las personas de edad avanzada la enfermedad de Alzheimer es la cuarta de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los derrames cerebrales. Según los estudios científicos, esta enfermedad no parece discriminar entre razas o grupos étnicos, o entre ricos y pobres.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas normalmente se presentan en adultos mayores de 65 años. Muchos de

los primeros síntomas de la enfermedad de Alzheimer pueden no ser percibidos -- fácilmente porque se parecen a los signos naturales del envejecimiento; tales como el olvido, pérdida de la concentración, así como problemas motrices y de lenguaje, incluyendo dificultad para hablar y caminar.

Los síntomas más comunes de la enfermedad de Alzheimer son:

- Pérdida progresiva de la memoria.
- Confusión y desorientación en el tiempo y espacio.
- Repetir a cada rato la misma pregunta.
- Perder las cosas, dejarlas o esconderlas en lugares poco usuales.
- Mostrar agitación, inquietud o nerviosismo.
- Quererse ir de la casa argumentando que esa no es su casa.
- Perdersse o extraviarse, incluso en su propia colonia.
- No poder reconocer a familiares cercanos: esposos (a) o hijos.
- Mostrarse cansado, callado o deprimido.
- Mostrarse irritable o agresivo.
- Presentar alucinaciones, paranoico e inseguro.

2.7.5 Etapas de la enfermedad

Sabemos lo difícil que es presenciar el desarrollo de esta enfermedad, que poco a poco va acabando con nuestros seres queridos y en gran medida con nosotros mismos

No hay un orden ni tiempo preciso en cuanto al tiempo que pueda durar cada una de las etapas que presentan esta enfermedad, por ello es conveniente identificarlas para reconocer e que etapa se encuentra nuestro paciente.

I. PRIMERA ETAPA

Esta primera etapa tiene una duración aproximadamente de 2 a 5 años, y ella se observa un paulatino deterioro de la memoria. La persona olvida eventos recientes, no importa que hayan pasado 10, 15 ó 20 minutos de hecho determinado.

En la persona empieza a surgir una típica desorientación espacial, no reconociendo bien el lugar donde está. Así mismo, hay una disminución en la concentración y una fatiga cada vez más notoria. Se presentan cambios de humor y síntomas de depresión como apatía, pérdida de iniciativa y falta de interés. A la persona se le comienza a notar inquieta, demostrando agitación y ansiedad. Estos últimos síntomas, es muy común que ocurran al atardecer o durante la noche, lo cual es un problema para quienes cuidan de ellos. Y , aunque no se sabe con exactitud el porqué de esto (la inquietud o agitación nocturna), lo que sí se puede hacer es ayudar a calmar al paciente y reducir dicha ansiedad con algunos medicamentos.

Por otra parte, el lenguaje, las habilidades motoras y la percepción son conservadas. El paciente es capaz de mantener una conversación, comprende bien y utiliza los aspectos sociales de la comunicación (gestos, entonación, expresión y actitudes) en forma aún dentro de lo normal.

SEGUNDA ETAPA

En esta segunda, todos los aspectos de la memoria empiezan progresivamente a fallar. Este estadio tiene una duración aproximadamente de 2 a 10 años, durante el cual se producen importantes alteraciones de la función cerebral con aparición de síntomas tales como afasia, apraxia y agnosia principalmente.

Por **afasia** se entiende dificultad en el lenguaje. Al paciente le cuesta trabajo, expresarse y darse a entender.

La **apraxia** se refiere a las dificultades que presenta el paciente para llevar a cabo funciones aprendidas.

La **agnosia** consiste en una pérdida de la capacidad para poder reconocer a las personas con la que conviene. Y, aunque esta pérdida no es total, pues de cierto modo aún reconoce ambientes familiares y conserva la orientación personal (sabe su nombre, edad, lugar de nacimiento), sus desaciertos son cada vez más frecuentes. Por otra parte, el paciente se torna descuidado en su higiene personal.

La dependencia con respecto al cuidador es cada vez mayor. En esta etapa, resulta obvio que la capacidad para el pensamiento abstracto y la habilidad para llevar a cabo operaciones de cálculo desaparecen por completo. Finalmente, en esta segunda fase puede apreciarse cierto grado de Parkinson, ya que es común ver movimientos bruscos de manos, brazos o pies, cuando la gente enferma está, por ejemplo, sentada o dormitando.

TERCERA ETAPA

En esta tercera y última, se presenta una amplia y marcada afectación de todas y cada una de las facultades intelectuales. Los síntomas cerebrales se agravan, acentuándose la rigidez muscular así como la resistencia al cambio postural. Pueden aparecer temblores y hasta crisis epilépticas.

El enfermo de Alzheimer no reconoce a sus familiares y llega el momento en que no reconoce su imagen en un espejo. La personalidad que siempre acompañó a la persona desaparece por completo.

Los pacientes se muestran profundamente apáticos, perdiendo las capacidades automáticas adquiridas como la de lavarse, vestirse, caminar o comer, y presentan una cierta pérdida de respuesta al dolor.

Más adelante, tienen incontinencia urinaria y fecal. En la mayoría de los casos el paciente finaliza encamado, con alimentación asistida. Por lo común, los enfermos con Alzheimer mueren por neumonía viral u otro tipo de complicación.

2.7.6 DIAGNÓSTICO

No se ha creado todavía una prueba definitiva para diagnosticar la Enfermedad de Alzheimer incluso en los pacientes que muestran señales de demencia. Comúnmente, un médico llevará a cabo una serie de exámenes para descartar otros trastornos que pueden ser responsables de los síntomas del paciente —entre ellos, depresión severa, enfermedad de Parkinson, accidentes cerebrovasculares múltiples, (demencia multiinfarto) y abuso de drogas. Otras enfermedades menos comunes que pueden causar síntomas similares a los de la Enfermedad de Alzheimer son la enfermedad de la tiroides, anemia perniciosa, coágulos sanguíneos, hidrocefalo (acumulación excesiva de líquido cefalorraquídeo en el cerebro), sífilis, enfermedad de Huntington, enfermedad de Jacob-Creutzfeldt y tumores cerebrales.

Además de los exámenes de sangre para descartar anomalías metabólicas, se recomiendan comúnmente pruebas más extensas. Las exploraciones computarizadas de tomografía (CT, por sus siglas en Inglés) pueden detectar la presencia de coágulos sanguíneos, tumores, hidrocefalo o accidente cerebrovascular. La electroencefalografía (EEG, por sus siglas en Inglés) detecta la actividad de las ondas cerebrales; en algunos pacientes que sufren de la Enfermedad de Alzheimer esta prueba revela "ondas lentas". Aunque existen otras enfermedades que pueden manifestar anomalías similares, los datos de EEG ayudan a distinguir a un paciente potencial de la Enfermedad de Alzheimer de una persona severamente deprimida, cuyas ondas cerebrales son normales. El médico también administrará un número de pruebas psicológicas estándar para evaluar las dificultades de la atención, percepción, memoria y solución de problemas, aptitud social y del idioma. Algunos estudios brindan esperanzas en cuanto al diagnóstico de la enfermedad empleando

técnicas avanzadas por imágenes, como MRI (imágenes por resonancia magnética) y PET (tomografía de emisión de positrones), exploraciones axiales para detectar cambios en el cerebro.

La confirmación real de la enfermedad de Alzheimer no puede hacerse más que mediante un estudio microscópico muy completo de tejido cerebral.

Una valoración básica para un paciente en quien se sospeche de la enfermedad de Alzheimer, incluye lo siguiente:

Una historia social y médica tomada del paciente y de algún pariente o amigo, misma que servirá para revelar cualquier situación previa, cómo la pérdida de un ser amado, exposición a agentes tóxicos o una infección que pudiera estar implicada en la confusión que presenta el enfermo. Un examen físico completo. Un examen neurológico que ponga a prueba las funciones sensoriales y motoras, el estado mental del paciente y su capacidad psicológica incluyendo las habilidades verbal, intelectual y de raciocinio. Se prueba la habilidad motora, como el equilibrio y la simetría e intensidad de los reflejos. Debido a que las funciones motoras están controladas por el lóbulo frontal del encéfalo, una respuesta anormal en esta prueba podría sugerir una causa distinta del deterioro de la memoria.

La prueba mano-cara es un procedimiento de análisis muy simple; sentado frente a frente con el paciente, el examinador pide a éste que cierre los ojos y diga dónde siente el contacto. Los errores en esta prueba sugieren que existe un daño cerebral.

Un cuestionario del estado mental indica si el paciente se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona.

La memoria de dígitos es una prueba de inteligencia, y determina la capacidad del paciente para recordar y repetir dígitos en un sentido y otro.

Las pruebas de papel y lápiz sirven para valorar el estado mental del paciente y una entrevista clínica realizada ayuda a examinar el estado emocional de un paciente, así como detectar alguna enfermedad emocional, incluyendo paranoia y depresión.

Un TAC, o tomografía axial computarizada; el cerebro de un paciente de Alzheimer presenta cambios patológicos: las células cerebrales se deterioran con más rapidez que las de un cerebro normal, ocasionando que el encéfalo tenga un aspecto encogido y una capa exterior más delgada. El material neural degenerado se concentra en sitios poco usuales (las placas neuríticas y las marañas neurofibrilares), y los espacios interiores del cerebro aumentan de tamaño. El estudio de TAC muestra la ubicación de la degeneración, el encogimiento de los tejidos y el crecimiento de los espacios interiores (ventrículos). Cuanto mayores sean los ventrículos, mayor será el grado de deterioro de la memoria y del funcionamiento cotidiano. Aunque un estudio con TAC (o dos de ellos, realizados con intervalos de un año o más) puede mostrar degeneración neuronal, no puede, por sí mismo, ofrecer un diagnóstico absoluto de enfermedad de Alzheimer.

El PET SCAN, o estudio de tomografía transaxial por emisión de positrones ha sido utilizado para analizar los cambios del cerebro mediante una imagen de cómo funciona el mismo. El aparato supervisa el uso de una forma radioisotópica de la glucosa en el cerebro del paciente, e indica cómo diversas partes del encéfalo utilizan la glucosa para su metabolismo y obtención de energía. Un cerebro afectado por la Enfermedad de Alzheimer requiere menos glucosa que uno normal.

El EEG o electroencefalograma, mide la actividad eléctrica (ondas cerebrales) del encéfalo. Una actividad anormalmente baja sugiere alteraciones en la masa cerebral. Una actividad en picos, que sea anormal, puede sugerir ataques epilépticos. En el paciente de Alzheimer, las bandas de onda del EEG son más lentas (los procesos generales del pensamiento en el enfermo de Alzheimer, también son más lentos).

Punción lumbar (punción de la columna); este procedimiento sirve para extraer una pequeña cantidad de líquido cefalorraquídeo. El análisis de dicho líquido, puede detectar tumores malignos, neurosífilis y ciertas infecciones que ocasionan pérdida de la memoria y que no pueden descubrirse por otros medios; la punción lumbar no es un procedimiento de rutina y debe utilizarse sólo de manera selectiva.

Pruebas de sangre; entre las muchas causas de deterioro de la memoria que pueden detectarse mediante análisis de sangre, tenemos las insuficiencias de tiroides, riñón e hígado, ciertas deficiencias nutricionales que provocan estados como el de la anemia perniciososa, infecciones como la tuberculosis y gran variedad de desequilibrios metabólicos y químicos. Pueden sugerirse pruebas específicas basadas en los hallazgos de la historia clínica y examen físico del paciente.

En casos muy especiales, puede sugerirse la biopsia cerebral para ver, directamente, el cerebro abierto en vez de estudiarlo mediante pruebas indirectas. La biopsia cerebral puede detectar una infección encefálica por herpes, la cual es tratable, pero que, si se ignora, provoca deterioro de la memoria y, a la larga, en nueve de cada diez casos, conduce a la muerte; debido a que todavía no existe un tratamiento o cura para la enfermedad, los miembros de la familia y el médico tratante pueden decir que es inadecuado y peligroso someter al enfermo al estrés de la anestesia y la intervención quirúrgica.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Placas seniles y redes neurofibrilares en toda la corteza cerebral.
Degeneración gránulovascular frecuente en el hipocampo.
Presencia de gran déficit colinérgico.
Reducción notable del peso del cerebro: los cerebros de pacientes con Alzheimer pesan del 10 a 15% menos que aquellos que no lo son

ENVEJECIMIENTO NORMAL

Pequeños números de placas seniles y de redes neurofibrilares — confinadas al hipocampo
Mucho menos frecuentes
Ausente
Reducción de 7 a 10% del peso cerebral hacia la novena década

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

<i>CLASIFICACIÓN</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>
G1.1	Disminución de la memoria, que es más evidente en el aprendizaje de información reciente; en los casos más graves, también puede estar afectada la memoria de información que se haya aprendido anteriormente. La lesión se aplica a materia verbal y no verbal.
G2.1	Disminución de otras capacidades cognitivas caracterizadas por el deterioro en el juicio y en el pensamiento, como planeación y organización, así como en el proceso general de información. Debe determinarse un deterioro en el nivel de las actividades que realizaba anteriormente.
G2	Conservación del estado de alerta sobre el medio ambiente, durante un periodo suficiente para permitir la demostración inequívoca de G1. Cuando se superponen los episodios del delirio, debe diferirse en el diagnóstico de demencia.
G3	Una disminución en el control emocional o en la motivación, o un cambio en el comportamiento social manifestado por lo menos por uno de los siguientes aspectos: habilidad emocional, irritabilidad, apatía, comportamiento social agresivo o grosero.
G4	Para un diagnóstico clínico de confianza, el criterio G1 debió haberse manifestado claramente por lo menos durante seis meses; si es menor el periodo de manifestación, el diagnóstico solo podrá ser presuncional.

**DIFERENCIAS ENTRE LAS SEÑALES NORMALES
DEL ENVEJECIMIENTO Y LA DEMENCIA**

Señales tempranas de la Enfermedad de Alzheimer - DEMENCIA NORMAL	
<p>Memoria y concentración:</p> <p>Lapsos menores y periódicos de la memoria u olvido de parte de una experiencia.</p> <p>Lapsos ocasionales de la atención o lapsos de la atención y la concentración.</p> <p>Extravío de objetos importantes.</p> <p>Confusión acerca de cómo cumplir tareas sencillas.</p> <p>Dificultad con problemas aritméticos sencillos.</p> <p>Dificultad para tomar decisiones corrientes.</p> <p>Confusión acerca del mes o la estación.</p>	<p>Estado de ánimo y comportamiento:</p> <p>Tristeza temporal o ansiedad con base a una causa apropiada y específica.</p> <p>Intereses cambiantes.</p> <p>Comportamiento cada vez más cauteloso.</p> <p>Cambios impredecibles del estado de ánimo.</p> <p>Pérdida creciente de los intereses externos.</p> <p>Depresión, ira o confusión en proceso de cambio.</p> <p>Negación de los síntomas.</p>
Señales posteriores de la Enfermedad de Alzheimer - DEMENCIA NORMAL	
<p>Idioma y habla:</p> <p>Aptitudes no deterioradas del idioma.</p> <p>Dificultad para completar oraciones o encontrar las palabras adecuadas.</p> <p>Reducción en la conversación y/o conversación irrelevante.</p>	<p>Movimiento/ Coordinación:</p> <p>Aumento en la precaución motriz.</p> <p>Mayor lentitud para reaccionar.</p> <p>Deterioro visible del movimiento o la coordinación, incluyendo lentitud en los movimientos, paso vacilante y una reducción en el sentido del equilibrio.</p>

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y LA DEMENCIA POR INFARTO MÚLTIPLE

<i>ENFERMEDAD DE ALZHEIMER</i>	<i>DEMENCIA POR INFARTO MÚLTIPLE</i>
<p>Con más frecuencia están afectadas las mujeres.</p> <p>Comienzo lento e insidioso.</p> <p>Deterioro de progresión gradual.</p> <p>No hay signos neurológicos focales hasta etapas tardías.</p> <p>Aplanamiento del afecto.</p> <p>Cambios de personalidad.</p> <p>Pérdida temprana del discernimiento.</p> <p>Son raras las molestias somáticas.</p> <p>Pocos datos de enfermedad ateromatosa generalizada.</p> <p>Son raras hipertensión y convulsiones.</p> <p>Presencia de placas seniles y de redes neurofibrilares.</p> <p>Deficiencia de varios sistemas neurotransmisores, en especial del sistema neurotransmisor colinérgico.</p> <p>La tomografía computarizada de cerebro muestra notable dilatación ventricular.</p> <p>La tomografía PET (con emisión de positrones) muestra notable reducción generalizada en utilización del oxígeno.</p>	<p>Con más frecuencia afecta a varones.</p> <p>Comienzo agudo con deterioro repentino de la función cognoscitiva o un ataque de hemiparesia.</p> <p>Deterioro "escalonado".</p> <p>Predominio de signos neurológicos focales.</p> <p>Cambios afectivos, como desequilibrio emocional, depresión, ansiedad.</p> <p>La personalidad suele estar intacta.</p> <p>Discernimiento en relativamente buenas condiciones</p> <p>Son frecuentes las molestias somáticas.</p> <p>A menudo hay datos de ateromatosis generalizada.</p> <p>Son más comunes hipertensión y convulsiones.</p> <p>No hay daño neurotransmisor específico.</p> <p>La tomografía computarizada muestra cambios locales, en particular en regiones temporales.</p> <p>La tomografía PET muestra reducción de placas en la utilización del oxígeno</p>

DISTINCIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

DEPRESIÓN	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
<p>Antecedente de trastorno psiquiátrico de tipo similar común.</p> <p>Aparición rápida, a menudo enlace causal identificable.</p> <p>Los informantes suelen estar conscientes de la presencia de los defectos de memoria y orientación.</p> <p>El paciente se queja de pérdida cognoscitiva; las quejas son detalladas y a menudo en exageración.</p> <p>El individuo hace poco esfuerzo para el desempeño de deberes; pérdidas frecuentes en habilidades sociales y domésticas.</p> <p>El sujeto no intenta adaptarse.</p> <p>Cambio afectivo profundo.</p> <p>El lenguaje suele estar intacto.</p> <p>Son frecuentes las respuestas "no lo sé" y "no me acuerdo".</p> <p>Notable variabilidad en el desempeño de tareas de dificultad similar.</p> <p>Presencia de síntomas vegetativos característicos de depresión (como insomnio, despertares en la madrugada, pérdida del apetito).</p> <p>Mejoría de los resultados de pruebas psicométricas después del tratamiento con antidepresores.</p> <p>ECG normal.</p>	<p>Es raro un antecedente psiquiátrico previo.</p> <p>Comienzo insidioso lento.</p> <p>Con frecuencia los familiares no se dan cuenta de los defectos cognoscitivos del paciente.</p> <p>El individuo no tiene quejas o son pocas sobre la pérdida cognoscitiva; las quejas son a menudo vagas.</p> <p>El paciente se esfuerza para desempeñar labores; habilidades sociales bien conservadas hasta que la demencia está bastante avanzada.</p> <p>Para adaptarse el sujeto confía en notas, su diario y el calendario.</p> <p>Afecto superficial.</p> <p>Trastornos del lenguaje frecuentes.</p> <p>Respuestas erróneas o "casi equivocadas" frecuentes.</p> <p>Mal desempeño uniforme en labores de dificultad similar.</p> <p>Ausencia de estos síntomas.</p> <p>Después del tratamiento con antidepresores no mejoran los resultados de pruebas psicosométricas.</p> <p>Con frecuencia anormal.</p>

2.7.7 TRATAMIENTO

Por ahora, el enfoque terapéutico para auxiliar a la persona que padece de la Enfermedad de Alzheimer, es ayudarle a conservar la mayor dignidad y comodidad posibles.

Los epidemiólogos estadounidenses, prevén que para el año 2030, cuando cerca del 20% de la población (alrededor de 50 millones de personas) tengan más de 75 años, los Estados Unidos tendrán una epidemia silenciosa de DSTA. Debido al creciente envejecimiento o "encanecimiento", término recientemente utilizado, de la población de los Estados Unidos, 10 a 20% de las personas de más de 65 años padecen de un deterioro intelectual que tiene un significado en clínica.

El mesilato de dihidroergotoxina (mesilato de codergicrina) nombre comercial: Hydergina; es el medicamento de elección para la demencia ligera. Propicia que las personas se sientan mejor y tengan una conducta más adecuada y, aunque la investigación ha sido estadísticamente importante, no hay pruebas reales de que ayuda a resolver los síntomas básicos de la pérdida de memoria. Aunque este medicamento no regenera las células cerebrales, especialistas en estas alteraciones sugieren que cerca del 20% de los pacientes que reciben dicho tratamiento muestran mejoría en su estado de ánimo.

Algunos fármacos se han utilizado en el tratamiento de las funciones mentales, incluyendo vasodilatadores cerebrales que incrementan la circulación de sangre en el cerebro, más esto no ayuda a mejorar la memoria y no parece eficaz.

Otras posibilidades de tratamiento para las alteraciones de conducta incluyen los medicamentos para la depresión, la ansiedad, la agitación y las alteraciones del sueño. El haloperidol (haldol) es un medicamento antipsicótico que tiene cierto efecto en el tratamiento de síntomas, pues tranquiliza a los pacientes agitados. Sin embargo,

debido a que el haloperidol es un sedante anticolinérgico, esto implica que empeora el problema de la memoria. La dosis prescrita es importante. Una dosificación muy alta puede empeorar la situación; lo ideal es iniciar el tratamiento con una dosis menor e incrementarla de manera gradual hasta que el paciente se encuentre estabilizado. En esencia, administrar un sedante o tranquilizador suave a un paciente puede tener consecuencias, debido a que la confusión suele aumentar al tiempo que el comportamiento queda controlado.

Muchos fármacos pueden agravar el deterioro cognoscitivo. El comportamiento de la persona que recibe medicamentos como el propranolol, imita los síntomas del Alzheimer. Otros agresores farmacológicos que se indican con frecuencia para el tratamiento de enfermedades cardíacas, hipertensión, diabetes o ansiedad, son clorpromacina, bromuros, metildopa, clonidina, fenitoína, quinidina, atropina, fenobarbital, cimetidina, disopiramida, haloperidol (haldol), paraaldehído, primidona y procainamida. La única manera de saber si el fármaco es el factor desencadenante del problema, consiste en suspender su administración durante un tiempo determinado. Los psicoestimulantes como la cafeína se han utilizado con fines terapéuticos, pero aunque la cafeína estimula a la persona con liberación de energía, no mejora la función de la memoria.

El tratamiento es sintomático, favorecido con elementos farmacológicos como psicoestimulantes (anfetaminas), vasodilatadores (isoxsuprina), analépticos (pentetaxol), y nortrópicos (mesilato de codergina), que mejoran la función cognoscitiva, estado de alerta, memoria y ánimo, en especial si se combinan con psicoterapia individual y familiar, encaminada al mantenimiento de la independencia del anciano, tomando en cuenta, no sólo las funciones que han sido deterioradas si no también las que están presentes y pueden ser utilizadas, lo que permite una nueva adaptación tanto individual como colectiva.

2.7.8 REHABILITACIÓN

Por rehabilitación hay que entender los esfuerzos encaminados a evitar que un impedimento se convierta en perjuicio permanente de las condiciones de la vida personal, social, y en el caso de que no se pueda conseguir una rehabilitación completa, los esfuerzos encaminados a reducir al mínimo los efectos de los ámbitos de la vida cotidiana. La integración social no se entiende sólo como la adaptación unilateral del impedido a la sociedad, sino también como configuración del entorno encaminado a aliviar la vida de los impedidos.

Binfint (1980) propone el concepto de "impedimento": la existencia de un daño físico, sensorial, mental o psíquico que sea relativamente grave, duradero y que tiene como consecuencia una conducta derivada, pero que, por principio sea capaz de rehabilitación.

El tratamiento de la demencia crónica degenerativa exige un enfoque terapéutico multidisciplinario dirigido a aspectos social, ambiental, ético y legal de la atención, así como a los puntos meramente médicos.

En México, es necesario e indispensable trabajar arduamente para que las personas con demencia no estén desamparadas y sean protegidas por la ley y por el gobierno dentro de un plan total de rehabilitación.

ESTRATEGIA TERAPEUTICOASISTENCIAL

La estrategia a seguir ante una persona mayor de 50 años que refiere pérdida de memoria para acontecimientos recientes y cuyo deterioro cognitivo evoluciona de forma progresiva es acudir al médico cuanto antes. No es una urgencia, pero las demoras no benefician. El facultativo, ante la sospecha de EA, debe remitir al paciente a un centro especializado donde se le realizará un estudio clínico completo entre ellos están marcadores neuropsicológicos (test), neurofisiológicos, - -

neuroradiológicos, neuroquímicos y neuropatológicos. Una vez establecido un diagnóstico objetivo de alta fiabilidad se instaurará un tratamiento individualizado para bloquear la etiopatogenia de la enfermedad, completándose este tratamiento con un protocolo sintomático en caso de existir trastornos conductuales y/o afectivos. Dependiendo de la gravedad del cuadro y tras la consulta familiar, se remitirá al enfermo a su casa o a una institución pública o privada en donde pueda ser debidamente atendido, dependiendo del grado de deterioro y de la disponibilidad familiar. El enfermo debe seguir controles ambulatorios periódicos (cada 3 o 6 meses), con intercambio de informes entre el personal sanitario a su servicio, y ha de vigilarse cuidadosamente la evolución de sus funciones cognitivas y la capacidad de interacción con el medio.

Diagnosticada precozmente la EA es una enfermedad parcialmente controlable, al menos en lo que se refiere a retrasar su evolución fatal. Con un buen soporte biomédico, psicosocial y familiar es posible prolongar la supervivencia del enfermo en un 60 a 80% de casos entre 15 y 3 años y mejorar considerablemente sus condiciones de vida en el seno de la comunidad.

MANEJO TERAPEÚTICO

El manejo terapéutico no va dirigido tanto a la enfermedad como al enfermo así como a las consecuencias directas e indirectas de una nueva situación sobre la familia, los allegados y el personal médico y paramédico; se dirige primordialmente a brindar cuidados y organizar el modo de vida en enfermos. En el caso de demencia, el modelo terapéutico clásico que pretende curar enfermedades (como una enfermedad infecciosa) no es válido. El modelo del manejo terapéutico se asemeja más a las medidas que se toman en las enfermedades crónicas que producen determinado grado de incapacidad y conllevan un estilo de vida diferente. En este sentido todos los actos de dicho manejo deben ser tendientes a restablecer o mantener la salud dentro de un nuevo estado. Implica además, escuchar, aconsejar, apoyar e incluso guiar al paciente y a los que están en contacto con él o participan en su atención.

Antes de diseñar el modelo terapéutico, es necesario, sin embargo, valorar no sólo las funciones que han sido alteradas por la enfermedad si no también las que están presentes y pueden ser utilizados; es decir, en lugar de hacer énfasis en las capacidades perdidas, se hace hincapié en las que han sido conservadas, porque son ellas las que permiten una nueva adaptación

Se trata de reemplazar las funciones perdidas por las que aún están disponibles y de incrementar las que se hallan disminuido. De esta manera el manejo terapéutico del paciente con demencia se basa en tres puntos esenciales:

1. La restitución de las funciones perdidas y susceptibles de ser recuperadas. Aquí se incluye la corrección de las enfermedades y de los defectos sensoriales, la supervisión y la modificación de la nutrición, la utilización de capacidades potenciales a las que no recurre el paciente
2. La reducción o modificación de las necesidades del paciente para las funciones perdidas o deterioradas. Para ello se producen los cambios ambientales necesarios para una adaptación adecuada, a pesar de las limitaciones provocadas por la enfermedad. El diseño ambiental que permite encontrar referencias tempororo-espaciales en sujetos desorientados y la supervisión de las actividades cotidianas.
3. La utilización de las funciones que permanecen intactas, así como las que están parcialmente conservadas. En este caso, se trata de una auténtica rehabilitación funcional, en la que se utilizará al máximo lo que potencialmente existe. De esta forma, se recurre a canales no verbales en pacientes con limitaciones serias en el lenguaje, se proporciona la expresión emocional a través de actividades basadas en la memoria remota, cuando está conservada, se estimula el funcionamiento de hábitos y automatismos conservados para determinadas actividades en pacientes apráxicos.

El manejo terapéutico tiene como última instancia dos propósitos fundamentales relacionados entre sí y que son la preservación o restitución del mayor grado de

autonomía posible y la movilización del paciente. La segunda consiste en que pueda desplazarse en diferentes áreas del lugar donde vive y realiza actividades cotidianas de aseo, vestimenta, alimentación, ir al baño y acostarse para dormir. La tercera, consiste en la organización de otras actividades intercaladas en la vida cotidiana y que son semejantes a las que realiza todo ser humano en los ámbitos laboral y recreativos.

Lo que más deteriora la calidad de vida del anciano demente es el síndrome de inmovilización. En el manejo terapéutico del paciente con demencia no es posible improvisar, se debe establecer metas a corto plazo, mediano y largo plazo, revisándolas constantemente. Para ello es importante tener en cuenta los siguientes pasos:

1. Detección de todos los problemas que limitan la adaptación del paciente.
2. Valoración de los recursos que dispone el equipo que atiende al paciente.
3. Organización del equipo que llevará a cabo el manejo terapéutico, designado a los integrantes más idóneos para responder a cada uno de los problemas detectados en el paciente y en su entorno.

Los antecedentes y la exploración clínica permiten establecer el diagnóstico de demencia, el nivel de desintegración de la personalidad, la forma clínica y la naturaleza e importancia de las deficiencias que aquejan al paciente, para diseñar el programa de manejo terapéutico es necesario valorar las funciones que han sido alteradas por la enfermedad y las funciones que están intactas y pueden ser utilizadas.

En lugar de hacer énfasis en las capacidades perdidas, se hace hincapié en las que han sido conservadas ya que son las que permiten la adaptación, se trata de reemplazar las funciones perdidas por las que aún no están disponibles y de incrementar las que están disminuidas. La acción terapéutica se esfuerza porque el paciente utilice mejor sus capacidades funcionales potenciales y compense sus limitaciones.

Se impone la utilización de técnicas biológicas, psicológicas y sociales al mismo tiempo, encaminadas a la prevención, el tratamiento y la rehabilitación del paciente preservando la salud de la familia y del equipo médico.

El tratamiento terapéutico va dirigido al enfermo (y no a la enfermedad) y a las consecuencias directas e indirectas de esta nueva situación sobre la familia y se dirige primordialmente a brindar cuidados y a organizar el modo de vida de los enfermos.

En el caso de demencia, el modelo terapéutico clásico no es válido; este modelo se asemeja más a las medidas que se toman en el tratamiento de enfermedades crónicas que producen determinado grado de incapacidad y que conlleva a un estilo de vida diferente

Todos los actos de dicho manejo tienen como objetivo restablecer o mantener la salud dentro de este nuevo estado que implica escuchar, aconsejar, apoyar y guiar al paciente.

En rehabilitación el enfoque dirigido al paciente se refiere a aquellas medidas para su mejor adaptación al medio ambiente. Incluye modificación de conductas inadecuadas para el sujeto demente y su entorno, la estimulación psicomotriz y sensorial, la ergoterapia del lenguaje y la fisioterapia.

Conforme avanza el proceso demencial en el anciano cambian sus necesidades y nuestro trabajo implica un intento de conseguir la mayor independencia funcional posible a cada paso. Se estimula todo lo que suponga ejercicio físico y mental, aunque parezca que no es trascendente. Actividades sencillas como levantarse de la cama, vestirse, comer sin ayuda, mantener el equilibrio de pie, caminar seguro, subir escaleras, leer en voz alta, son costumbres naturales en un paciente normal; en un paciente con demencia son funciones que tendrán día con día mayor dificultad.

El reentrenamiento en la marcha, la reducción para utilizar cubiertos en la comida, levantarse de la cama, sentarse en la silla son pequeños logros que definen mejor que nada el sentido de esta rehabilitación, sin embargo, la rehabilitación del paciente con demencia es más cuestión de dedicación y voluntad que de condiciones materiales.

Cada enfermo en este estado tiene límite a sus posibilidades, la meta será ayudar al enfermo considerando los límites de sus posibilidades, no los límites de su capacidad, considerando a la rehabilitación como parte del entrenamiento. A nivel individual, la rehabilitación supone ayudar al paciente a lograr que haga las cosas por sí mismo. En algunos casos esto puede implicar un programa cansado y de larga duración. En estos casos, se trata modestamente de implantar una asistencia continuada en el logro de pequeños esfuerzos. La rehabilitación ha de ser precoz y progresiva para que resulte eficaz.

La continua adaptación del paciente con demencia a la comunidad se logra a través de la combinación de fisioterapia, terapia ocupacional, cuidado médico y de enfermería así como ayuda social. Toda rehabilitación necesita ser programada y tener una estructura para que sea funcionalmente útil.

PASOS FUNDAMENTALES EN EL MANEJO TERAPEÚTICO DEL PACIENTE:

1. Detección de todos los problemas que limitan la adaptación del paciente.
2. Valoración de los recursos que dispone el equipo que atiende al paciente.
3. Organización del equipo que llevará a cabo el manejo terapéutico.

ESTOS PROGRAMAS SE BASAN EN TRES PUNTOS ESENCIALES:

La restitución de las funciones perdidas y susceptibles de ser recuperadas.

La reducción o modificación de las necesidades del paciente para las funciones perdidas o deterioradas.

La utilización de las funciones que permanecen intactas así como las que están parcialmente conservadas

Los propósitos fundamentales son la preservación o restitución del mayor grado de autonomía posible y la movilización del paciente, por ello es necesario que éste tenga la posibilidad de desplazarse en las diferentes áreas del lugar donde vive y realizar actividades cotidianas de aseo, alimentación, ir al baño y disponerse a dormir, e intercalar actividades semejantes a las que se realizan en el medio laboral y recreativo. Los aspectos que más influyen en el deterioro de la calidad de vida del demenciado se agrupan en el síndrome de inmovilización constituido por la inacción, desaferentación y el apragmatismo incrementados por la gerontofobia (rechazo, desinterés, indiferencia de los que le rodean).

ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ

En el marco de rehabilitación dirigida al paciente, la estimulación psicomotriz y sensorial ocupa un lugar importante para lograr la adaptación así como para combatir el síndrome de inmovilización. De acuerdo a Rego (1979), la actividad motriz debería ser una de las fuentes básicas de la rehabilitación del demente; el sistema motor es el que tiene más posibilidades en el tratamiento de la demencia, ya que de alguna forma sustituye a la simbolización, permitiendo la conservación de los hábitos y el automatismo.

La rehabilitación motriz se realiza dentro de un contexto en el que se estimulan las reacciones y se llevan a cabo actividades que tienen una finalidad, se proporcionan los estímulos necesarios para la preservación de los hábitos y automatismos que permiten mantener la autonomía del paciente en términos de alimentación, aseo, continencia de esfínteres y hábitos de sueño; con el agregado de actividades útiles y recreativas.

La estimulación motriz debe partir del polo sensorial de la senso-motricidad.

Toda actividad que implique tocar al paciente y movilizarlo impide la desafrentación que podría producirse por la pérdida de comunicación a través del canal verbal.

ERGOTERAPIA

El término ergoterapia (terapia por esfuerzo) incluye a la terapia laboral y ocupacional; el término ocupacional no implica solo "tener ocupado al paciente" se refiere a todas las actividades físicas en las que participa el anciano dentro de la institución.

Por tanto, la terapia ocupacional es la que por medio de la actividad física va dirigida a la realización de un trabajo y son todas aquellas actividades prescritas por el equipo de salud, guiadas y dirigidas a un ambiente terapéutico con el objetivo de lograr la máxima capacidad de independencia de las actividades de la vida diaria y que trata al paciente en su conjunto, más que a la región enferma a determinadas enfermedades o lesiones.

La evaluación del desempeño de las tareas ocupacionales consiste en la observación sistemática para determinar que tareas pueden ser efectuadas y cuáles son los factores limitantes.

La terapia ocupacional la podemos definir como "un método activo de tratamiento con una profunda justificación psicológica". Es un medio terapéutico integrado en el programa de rehabilitación y conceptualmente en cualquier actividad mental o física prescrita y perfectamente guiada para ayudar al paciente a recuperarse de la enfermedad o de los traumatismos.

OBJETIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL:

- La estimulación de las funciones mentales superiores como la atención, orientación, lenguaje, memoria, capacidad de construcción, cálculo, juicio, abstracción y pensamiento.

- Mantener la independencia en las actividades de la vida diaria.
- Mejorar las capacidades residuales.
- Estimular psicomotricidad fina y gruesa.
- Establecer verbalización permanente.
- Estimular la realización de actividades.
- Animarle y estimularle para conllevar su proceso de deterioro y llenar el tiempo libre.

La terapia ocupacional tiene la finalidad de recuperar o desarrollar las aptitudes del paciente en los aspectos físico, psicológico, social y económico, así como su capacidad para comunicarse e integrarse de una forma total en su medio social, y comprende las acciones parciales para el funcionamiento comunitario: limpieza, preparación de alimentos de acuerdo a los hábitos y posibilidades de cada paciente. En cuanto a tareas de tipo laboral, implica la posibilidad de realizar actividades creativas, de producir artículos útiles y económicamente recreativas.

Cualquier actividad mental o física prescrita y profesionalmente guiada para ayudar, al paciente a recuperarse de la enfermedad o de los traumatismos que constituye una parte de la rehabilitación que procura la mejoría del paciente mediante la ocupación y el recreo, tratando al individuo más que en su conjunto más que a la región enferma o a determinadas enfermedades o lesiones.

FINES GENERALES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL:

- Como tratamiento específico de ciertos pacientes en los que existen problemas psicológicos e impulsivos emocionales, ayudándoles a estabilizar, liberar o sublimar dichos impulsos.
- Como tratamiento específico para la restauración de las funciones, para aumentar la movilidad articular, la fuerza muscular y la coordinación.
- Para enseñar las actividades de autoayuda y las de la vida cotidiana, tales como comer, vestirse, escribir, así como el uso de equipo de adaptación.

Se pretende la independencia para la realización de las actividades de la vida diaria y para la movilidad y desplazamiento. En la selección del trabajo, aparte de los efectos patológicos invalidantes, se tendrán en cuenta las dificultades menos específicas como los temblores, pérdida de la visión, escasa destreza para los movimientos finos, disminución de la audición y descenso de los niveles de concentración mental.

Tratar de conseguir la independencia, por una parte, y ocupar el tiempo libre del paciente con proceso demencial, por otra, son las características esenciales de la terapia ocupacional. Al desarrollar la coordinación y habilidad motriz, colaborar para conseguir la independencia del paciente para el desplazamiento, realización de las actividades de la vida diaria más elementales, aunque también implica la necesidad de adaptaciones en el medio físico que le rodea. Al vencer el estado depresivo normal resultante del proceso demencial se crea un ambiente que facilite la mejoría física y psicológica.

Al ayudar al paciente a darse cuenta de sus facultades y no de sus incapacidades se vence la introversión excesiva, el aburrimiento y la ansiedad que con frecuencia se presenta en los pacientes con enfermedades crónicas, crónico degenerativas o con síndromes invalidantes que le aíslan de alguna forma de su medio social.

La terapia ocupacional implica alguna enseñanza específica sin exigir gran constancia y rendimiento que pueda deprimir y angustiar al paciente al no alcanzar las metas que se le marcan. Hay que encausarla hacia trabajos útiles y motivadores. Es pues el establecimiento de programa de trabajo, buscando el tipo de actividades más idóneas a desempeñar y que no tengan una finalidad meramente recreativa, sino que sin llegar a un trabajo competitivo sean productivas y en alguna forma, rentables. Persigue adaptar al paciente a su incapacidad intentando mentalizarlo en el aprovechamiento de sus facultades residuales. El ejercicio de la imaginación constituye igualmente un potencial psicológico interesante para mejorar el estado de ánimo del anciano, ya que vence la soledad, sentimientos de destemplanza o desolación al posibilitar él contactos con los demás.

Actualmente no se cuenta con la curación para la demencia degenerativa primaria. El papel del clínico, una vez hecho el diagnóstico, es monitorear el estado mental y físico del paciente y su nivel funcional, así como brindar ayuda a través de consejos al paciente y a la familia, prescribir la farmacoterapia que ayude a aliviar los síntomas y la rehabilitación. La valoración periódica es importante.

En el caso del paciente con demencia crónica degenerativa aunque no cabe esperar una curación, la rehabilitación tiene una misión que cumplir aumentando su importancia cuando otros tratamientos han sido suprimidos.

Desde un punto de vista ético, profesional y humanitario, la rehabilitación contribuye al mejoramiento y preservación de calidad de vida, la integridad y la dignidad de la persona y a la conservación de su lugar dentro de la familia y la sociedad.

SOCIOTERAPIA

La socioterapia incluye todo tipo de actividades sociales, culturales y de esparcimiento que proporcionen contacto y convivencia con otras personas, no solo dentro de la institución, sino también fuera de ella para evitar el aislamiento. Incluye la organización de reuniones, conferencias, espectáculos, fiestas y bailes en los que deben de participar en mayor o menor grado todos los pacientes.

Con la socioterapia se trata de mantener o restablecer las actividades de tipo social que existen en un grupo de personas que interactúan entre sí y con la comunidad. Sea cual sea la magnitud del tratamiento aplicado, hay que aceptar que en determinados casos el paciente experimentará un empeoramiento, o bien sea asociado al progreso de la edad o bien como consecuencia de la evolución del deterioro demencial.

El empeoramiento definitivo puede evolucionar durante largo tiempo y una ocupación graduada cuidadosamente, impide al paciente el descubrimiento del fracaso de todas

sus aptitudes y tranquiliza a los que están en estrecho contacto con él. Cuando exista lucidez es posible incluso que se le ayude a adaptarse a su situación, aprovechando al máximo las facultades que le restan.

TERAPIA DE LENGUAJE

En la demencia no es raro que la comunicación verbal esta alterada por trastornos de tipo afásico. En todo equipo terapéutico de manejo de pacientes con demencia, es necesario la presencia de un terapeuta del lenguaje cuya labor consiste en la valoración de los trastornos del lenguaje y del nivel de desintegración del mismo, así como la reeducación de los trastornos del lenguaje, así como la reeducación de aquellos enfermos que pueden beneficiarse de ella.

Los pacientes con degenerativa de primero y segundo nivel de desintegración y los que tienen una demencia vascular con un componente afásico importante, son probablemente los mejores candidatos para la terapia del lenguaje y la comunicación por vías táctiles ya que el paciente aún con un grado avanzado de demencia, es capaz, de recibir mensajes a través de la piel, de la musculatura y de responder a ellos.

OBJETIVOS:

1. Alcanzar el máximo de capacidad en la utilización del lenguaje.
2. Lectura y comprensión.
3. Comunicación a través de la escritura.
4. Objetivos particulares (escuchar, atender, recibir ordenes, hacer conciencia, atender instrucciones).

MUSICOTERAPIA

La musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales o emocionales. El valor terapéutico obedece en primer lugar a la influencia

sobre el hombre, de los sonidos y el origen de la música.

Se ha aprobado en forma científica, que la música influye sobre la capacidad de trabajo y retarda la aparición de la fatiga, facilita la digestión, la respiración, y la circulación sanguínea ya que mejora el rendimiento cardíaco, así como induce a un estado de distensión y somnolencia.

Psicológicamente se admite en forma unánime, que la música tiene efecto inductor en el plano emocional y comporta profundas resonancias efectivas. La música a veces a expresado algunos rasgos de la personalidad sin llegar a ser necesariamente un retrato musical (identificación).

OBJETIVOS:

- **DE ASOCIACIÓN:** El hombre absorbe los sonidos, a menudo en forma inconsciente, y retiene la música en la mente a través de su vida; quizá pasajes muy breves que pueden traerle a la memoria hechos de ánimo o sensaciones asociadas con ella.
- **DE AUTOEXPRESIÓN:** Este es uno de los rasgos más trascendentes y es dar al ser humano, una salida emocional.
- **DE EL GRUPO:** El valor de la música es proveer de una válvula emocional dentro del grupo de una forma armónica y ordenada. Debe considerarse, que hay música que induce al grupo a una falta de dominio general y al desorden, por lo que debe tenerse especial cuidado en la elección de la música.

FISIOTERAPIA

El estilo de vida del hombre se inscribe en un contexto que provoca uno de los principales factores de riesgo: la falta de ejercicio o sedentarismo. Esta vida sedentaria es aún más marcada en el anciano, con lo cual su independencia disminuye.

La tecnología permite facilitar los desplazamientos sin tener que caminar, sin hacer prácticamente ningún esfuerzo físico en las tareas cotidianas. Tal estilo de vida se inicia desde la infancia y constituye la primera etapa en la enfermedad hipocinética, estableciéndose las bases del sedentarismo con todos los riesgos que conlleva la vida; en cualquier etapa del desarrollo psicobiológico (obesidad, cáncer, trastornos cardiovasculares, reducción de longevidad, etc.).

El afán de movimiento y su necesidad disminuyen, los estímulos de movimiento pierden su efecto, y sólo se llegan a realizar en cantidades estrictamente necesarias; también disminuye la velocidad, la dirección de los movimientos y sucesión de éstos, se hacen moderados y considerablemente lentos, se pierde además la capacidad de captar con rapidez una situación al igual que la reacción psicomotora inmediata.

La fisioterapia incluye dos aspectos:

1. El primero se refiere al síndrome de desintegración psicomotriz propio de la demencia con lesiones cerebrales difusas y a los trastornos motores por lesiones cerebrales focales.
2. El segundo aspecto, corresponde al síndrome de inmovilización.

La intervención activa del fisioterapeuta permite alcanzar el objetivo de levantar a los pacientes y hacer que se desplacen por sí mismos, que sean capaces de vencer la hipertonia muscular. El apragmatismo en beneficio de su autonomía y que el síndrome de imantación no sea el que prevalezca en las actividades que emprenden.

A pesar de que los conceptos de fisioterapia y terapia ocupacional no son iguales, en la práctica sus actividades se superponen. Lógicamente mientras más funciones se pierden menos actividades de la terapia ocupacional se pueden desarrollar. A veces es preciso recorrer el camino desde el movimiento pasivo hasta llegar a la fase de utilización de la función terapia ocupacional, que da un índice del estado funcional del

enfermo y de su incapacidad con lo que se determinan los ejercicios más adecuados para el anciano.

La terapia ocupacional constituye una forma de tratamiento dentro del esquema de la rehabilitación. El uso combinado de la fisioterapia y terapia ocupacional lleva al enfermo a una situación de confianza en sí mismo y de independencia dentro de lo posible. La ayuda y el ánimo prestados cada día suponen una importante contribución al paciente con demencia necesitado de apoyo continuo para no decaer en su estado de ánimo y en su nivel funcional

Es imprescindible que el personal del equipo rehabilitador comprenda la necesidad de estimular cada acción por intrascendente que parezca y mantenga al paciente en un permanente estado de actividad, y además, es conveniente que los familiares participen en la solución de problemas que pueden presentarse.

ASPECTOS POSITIVOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL ANCIANO:

1. Respecto a la ansiedad, los informes clínicos han señalado efectos positivos del ejercicio en la reducción de síntomas en pacientes ancianos que padecían fobias o crisis de angustia.
2. En lo que se refiere al estrés, se ha comprobado que el ejercicio físico disminuye la intensidad de sentimientos como incomodidad, agresividad, preocupación, conflictividad, tensión interior, etc. Al tiempo que le proporciona una mayor resistencia a los agentes nocivos. Mejorando globalmente algunos aspectos como autoconcepto, autoestima e imagen corporal. Es decir, también produce importantes modificaciones en la personalidad, tales como la estabilidad emocional, extroversión, y flexibilidad mental, reduciéndose especialmente el neuroticismo generalmente muy acusado en el anciano sedentario.
3. En lo que respecta a la depresión, se ha podido constatar que el ejercicio es un elemento terapéutico importante en las depresiones leves y moderadas, porque ayuda a manejar mejor los episodios de estrés y ansiedad, es decir, que ayuda a "quemar la

tensión del día"

4. El ejercicio produce efectos directos en la capacidad cognoscitiva debido primordialmente al aspecto motivacional.
5. La personalidad del anciano se ve reforzada ya que disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, hipercinesia, etc., y aumenta la fuerza y masa muscular.

POSIBLES BENEFICIOS PSICOLÓGICOS DEL EJERCICIO EN EL ANCIANO

AUMENTA	DISMINUYE
Funcionamiento intelectual	Estados de ánimo negativo
Estabilidad emocional	Reacción de estrés
Memoria	Ansiedad
Imagen corporal positiva	Satisfacción sexual
Autocontrol	Fobias

ACONDICIONAMIENTO FÍSICO

Podemos definir al acondicionamiento físico como la aplicación de un conjunto de ejercicio corporales dirigidos racionalmente a desarrollar y mejorar las cualidades psicomotrices básicas: resistencia, velocidad, fuerza, flexibilidad y coordinación.

EJERCICIO TERAPEÚTICO

Se basa en la reducción, el desarrollo o recuperación del dominio voluntario de la musculatura esquelética y sus objetivos son: desarrollar y elevar el umbral de fatiga en tipos de movimientos necesarios, efectivos y seguros, evitar la aparición de deformidades, mantener una capacidad respiratoria adecuada y mantener la independencia.

En la tercera edad el ejercicio debe ser: a. Sencillo (que resulte fácil de captar cómo debe ejecutarlo y cuál es el objetivo del mismo), b. Progresivo (adecuado a su estado general), c. No producir molestias (evitando posiciones inadecuadas para su edad).

Es importante evitar el deterioro físico por inmovilización insuficiente; si se deja al anciano postrado sin estimular su actividad, pierde rápidamente su capacidad funcional, incluso llega a no poder caminar. Es preciso usar de todo lo humanamente posible, para evitar este deterioro; ya que todos los órganos y sistemas pueden alterarse intensamente, desde el deterioro intelectual y de la conducta hasta la depresión, afecciones cardiovasculares, respiratorias, complicaciones tromboembólicas, úlceras por decúbito, anorexia, problemas digestivos, atrofia muscular, artropatías, deshidratación, hipotermia, úlceras de presión, etc.

Determinadas conductas son frecuentemente *desadaptadas* y al mismo tiempo producen conflictos con las personas que rodean al enfermo. Es decir, que a la patología propia del proceso demencial se le agrega otra, causada por las reacciones de quienes conviven con el enfermo quienes le brindan atención y cuidados.

La causa más frecuente de la conducta agresiva es la ansiedad catastrófica al disminuir la ansiedad se reducen las conductas agresivas con medidas que incluyen entre otras cosas la estabilidad del medio ambiente físico y humano.

La incontinencia es más frecuente de lo que debería de ser entre otros factores por carencia afectiva y la pérdida de hábitos por problemas de movilización, el problema de la incontinencia debe ser abordado desde las fases iniciales de la enfermedad con el fin de preservar este hábito no importando el avance del deterioro demencial, con baños fácilmente localizables y reconocibles, así como programas en los que recordará la utilización de estos.

El trabajo con pacientes con demencia implica desarrollar capacidades tanto profesionales como humanas, es decir, comprensión, tolerancia, capacidad de escuchar, constancia y actualización para aportar lo mejor de uno mismo.

2.8 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno cerebral crónico, progresivo y deteriorante que se acompaña de cambios profundos en la memoria, cognición, y capacidad para valerse por sí mismo. Todavía se desconoce su causa.

La enfermedad de Alzheimer es la forma de demencia más frecuente entre las personas de edad avanzada, y afecta a millones de ancianos actualmente.

2.8.1 IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DEL PACIENTE

1. Ineficiencia por parte de la familia para afrontar la carga que significa la enfermedad de Alzheimer.
2. Pérdida de función cognoscitiva y memoria por las alteraciones fisiológicas en el tejido cerebral.
3. Conducta catastrófica debida a la disfunción cognoscitiva, intelectual, y de la memoria.
4. Alteraciones en los patrones de sueño o descanso por los efectos de la enfermedad.
5. Incontinencia ocasionada por deterioro cognoscitivo
6. Trastorno de la comunicación (verbal) producto de la pérdida de reconocimiento de las palabras o su significado.
7. Déficit en la actividad recreacional por la falta de atención.
8. Déficit en las actividades para valerse por a sí mismo debido a la pérdida de la memoria y cognoscitiva.
9. Ineficacia para afrontar los hechos relacionados con la conciencia que se tiene en las primeras fases, acerca de la pérdida de la memoria.

2.8.2 PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

I. INSTRUIR Y BRINDAR APOYO A LA FAMILIA

- a. Alentarla a formar parte del grupo de apoyo que funciona para educar sobre los últimos descubrimientos en la enfermedad de Alzheimer; esto les ayuda a conocer, anticipar y planear cambios.
- b. Advertir a la familia lo que puede esperar: alentarla a que se prepare legal y financieramente, así mismo conservarlos informados sobre los cambios que presenta el enfermo.
- c. Ayudar a la persona que cuida del enfermo a que conserve su propio bienestar físico y mental, animar a programar lapsos alejados regularmente de las exigencias de un "día de 36 horas". Conversar con esa persona sobre la necesidad de programar su realización personal fuera de la relación del paciente.
- d. Ayudar a la persona que cuida al enfermo o a su familia a identificar sus propios sentimientos y a expresarlos; alentar la expresión de dolor moral, frustración, ira, pérdida: es útil que la familia comprenda que estos sentimientos son normales, reconocer conductas problemáticas (combatividad, actitud acusatoria, demandas excesivas, achaques somáticos frecuentes) antes de que se presenten. Conservar sobre las destrezas necesarias para prevenir o moderar las reacciones catastróficas del enfermo.
- e. Apoyar la decisión de la familia de colocar al enfermo en una institución de cuidados crónicos; los problemas que son especialmente difíciles para la familia son agresión, delirio, alucinaciones, confusión e incapacidad para valerse por sí mismo. Ayudar a la familia a enfrentar los inevitables sentimientos del dolor moral.

II. FAVORECER, CONSERVAR O COMPENSAR LA PÉRDIDA DE LA FUNCIÓN COGNOSCITIVA

- a. Ver que el enfermo tiene suficiente estimulación sensitiva que identifique como no agresiva.
- b. Asegurarse que todos los déficit sensoriales están corregidos, como anteojos, aparatos para la sordera, dentaduras postizas. Abordar al enfermo por el frente, evitar aparecer de pronto por detrás; hacer contacto ocular, hablar pausadamente y en oraciones cortas. Conservar al enfermo orientado en tiempo, lugar y persona repetidas veces, colocarse cerca para sostener una conversación; usar comunicación no verbal (lenguaje corporal): gestos, contacto ocular, sonrisas, afabilidad, palmadas suaves.
- c. Proporcionar auxiliares que ayuden a conservar o estimular las funciones cognitivas: conservar los artículos de uso frecuente en un solo lugar; tener un calendario y un reloj, ambos con números de fácil lectura a la vista. Dar información por escrito, hacer listas, marcar el calendario, usar dibujos además de la comunicación escrita.
- d. Ampliar el espacio que habita: alentar a la familia a que traiga fotografías, puesto que los objetos conocidos favorecen la sensación de continuidad, ayudan a la memoria y dan seguridad y comodidad; llevar al enfermo al exterior, alentar a la familia a que lo lleve a lugares recreativos.
- e. Tratar que las actividades sean tan normales como sea posible: conservar el orden en el medio de modo que sea predecible y seguro, ayudarlo a que lleve su rutina diaria, actividades físicas y contactos sociales, concertar visitas para contrarrestar el aislamiento.

III. CONSERVAR UN AMBIENTE CONSTANTE Y EVITAR SITUACIONES AMENAZANTES

- a. Conservar un medio constante seguro: respetar los derechos territoriales del enfermo, no cambiar de lugar sus pertenencias personales, evitar cambiarlo de cuarto ya que es difícil para una persona mal orientada adaptarse al cambio.

- b. Evitar sobrestimar su capacidad, las tareas físicas y mentales fuera de su alcance le producen ansiedad, frustración y angustia.
- c. Tranquilizarlo diciéndole que está seguro, recordándole que lo están cuidando cuando grita repetidas veces, cuando pide que venga algún familiar cercano a él.
- d. Estudiar al individuo para reconocer su nivel de tolerancia a estímulos: evitar la estimulación excesiva que precipite una reacción, evitar decirle que se enfurece, que trate de recordar, etc., eliminar las tareas que provocan frustración, dar instrucciones positivas.
- e. Conservar la calma cuando el enfermo pierde los estribos: esperar algo de ira, pasividad, frustración y dependencia; cambiar el enfoque de la interacción (recurra a la distracción), evitar restringir los movimientos pues puede provocar agitación.
- f. Ayudar al enfermo a conservar su dignidad y respeto así mismo: evitar hablar sobre las personas confundidas en su presencia, explicarle qué va a pasar y cuándo, propiciar la independencia hasta donde sea posible.

IV. PROMOVER SEGURIDAD Y REDUCIR LA ANSIEDAD

- a. Intentar tratar en forma positiva la conducta de vagar: valorar la enfermedad subyacente (descompensación cardíaca), investigar si está tratando de satisfacer una necesidad (hambre, frío), estudiar el medio para identificar posibles amenazas a la seguridad ya que el enfermo corre el riesgo de caer, quemarse o sufrir accidentes; reestructurar el ambiente para mayor bienestar, permitirle moverse sin riesgo, tratar de interesarlo en una actividad más estimulante dado que el aburrimiento y la tensión pueden ser motivo de su vagancia, dar instrucciones o hacer sugerencia si parece estar perdido, hacer que use brazalete de identificación, poner un sistema de alarma o candados especiales que eviten que se aleje del lugar
- b. Intentar aliviar la ansiedad e inquietud del enfermo: tratar de ser caroso, es decir, tocarlo, acariciarlo, abrazarlo, ya que muchas personas de edad avanzada no tiene quien los toque; administrar baños tibios, leche tibia, masajes en la espalda y

también comprensión como modalidades terapéuticas; tranquilizar al enfermo de manera suave, programar sus actividades diarias y no apartarse del programa: el orden y la predictibilidad reducen la ansiedad y lo hacen sentir seguro. Ser constante, cada miembro del equipo de atención para la salud debe conocer los objetivos del paciente y emplear el mismo método, permitirle expresar dolor, ira y hostilidad.

- c. Tener un modelo normal día/noche: animar al enfermo a que se vista con ropa limpia y atractiva todos los días, alentarle a que camine sin utilizar silla de ruedas que limita su medio, favorecer que se mantenga despierto durante el día. Conservarlo en actividad física. Proporcionar buena iluminación al cuarto para reducir la confusión y el miedo, tener una luz nocturna para disminuir el riesgo de que haya un empeoramiento durante la noche, reorientarlo durante los periodos de insomnio, incontinencia con las medidas anteriores.

V. TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA DE VEJIGA E INTESTINO

- a. Llevar un registro de los hábitos de orinar y defecar.

Tener un programa para que los hábitos de evacuación sean regulares: marcar con color o algún código la puerta del baño, llevar al enfermo al baño según el programa, dejar encendida la luz del baño durante la noche, darle ropa interior desechable especial que absorba la humedad lejos de la piel si no es posible **atender la**

2.8.3 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL FAMILIAR DEL PACIENTE CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad particularmente devastadora, ya que la familia del paciente por lo general deberá resistir dos pérdidas diferentes, en primer lugar, la desaparición de la personalidad que ellos conocen y, finalmente, la muerte de la persona. La pena se experimenta dos veces. Nadie deberá resistir tal agonía solo. Pocas enfermedades afectan tanto a un paciente y a su familia, o por un período de tiempo tan largo como la Enfermedad de Alzheimer.

Tratar con los pacientes de la Enfermedad de Alzheimer durante todo el curso de la enfermedad es agotador. No ha terminado el prestador de asistencia de lidiar con un grupo de problemas cuando el empeoramiento del paciente crea problemas nuevos y más intratables. A menudo, los mismos prestadores de asistencia empiezan a mostrar señales de trastorno mental o mala salud. La depresión, empatía, agotamiento, culpa y la ira pueden crear caos para el individuo normalmente sano enfrentado con la atención de un ser querido que sufre de la Enfermedad de Alzheimer.

A menudo, los niños adultos se dan cuenta que tienen que cuidar al padre sano así como al padre afectado por la Enfermedad de Alzheimer, en particular si en el matrimonio el cónyuge sano dependía en exceso del otro. Varios libros y folletos parecen asumir la posesión de una salud mental y fuerza física casi sobrehumanas por parte de los prestadores de asistencia. Esto es raramente el caso. El cónyuge que administra atención es por lo general anciano, a menudo frágil. Los hijos tienden a ser adultos y vivir lejos.

Formas de abuso, incluyendo descuido, ataques físicos o emocionales y explotación financiera, son comunes con los pacientes que sufren de la Enfermedad de Alzheimer. Aunque un 96% de los prestadores de asistencia entrevistados en una encuesta recalcan la necesidad de ayuda, sólo el 2% de las familias afectadas por la Enfermedad de Alzheimer reciben servicios externos de apoyo. En algunos estados, guarderías a bajo costo para los pacientes con Enfermedad de Alzheimer les permiten a los prestadores de asistencia trabajar o sencillamente tomar un descanso del cuidado del paciente durante el curso de la semana. Programas de respiro también existen en los que se toman a los pacientes con la Enfermedad de Alzheimer durante unos pocos días a la vez, pero su disponibilidad es en la actualidad muy limitada. Los estudios están encontrando que los miembros de la familia que reciben orientación y apoyo pueden mantener al paciente en el hogar por mucho más tiempo que los prestadores de asistencia que no reciben este apoyo.

2.9 CUIDADOS EN EL HOGAR

2.9.1 PROBLEMAS DE LA VIDA DIARIA

El decirle al paciente. A menudo los médicos no les dirán a los pacientes que tienen la Enfermedad de Alzheimer. Los estudios indican que la progresión puede desacelerar con esfuerzo intelectual y la mayoría de los medicamentos a nivel de investigación en ensayos se realizan en las etapas iniciales. Si un paciente de la Enfermedad de Alzheimer expresa la necesidad de saber la verdad, se le deberá decir. Entonces tanto el prestador de asistencia como el paciente podrán empezar a abordar los asuntos de esta enfermedad discapacitante que pueden ser controlados, como por ejemplo el acceso a grupos de apoyo y medicamentos en investigación.

Estado de ánimo y comportamiento emocional. Los pacientes de la Enfermedad de Alzheimer muestran oscilaciones abruptas del estado de ánimo y pueden tornarse agresivos y enojados. Parte de este comportamiento errático es causado por cambios químicos en el cerebro. Pero, sin duda, también puede atribuirse a la terrible y real experiencia de perder el conocimiento y la comprensión de sus alrededores, causando el temor y la frustración que ya no puede expresar verbalmente. Es importante que el prestador de asistencia controle el ambiente, manteniendo las distracciones y el ruido a un mínimo, y hablando claro. La mayoría de los expertos recomiendan hablarle lentamente a un paciente con la Enfermedad de Alzheimer, pero algunos prestadores de asistencia sugieren que los pacientes que padecen esta enfermedad responden mejor a frases claras, pronunciadas rápidamente que pueden recordar más fácilmente. Los prestadores de asistencia deberán mantener una actitud lo más neutral posible; muchos pacientes con la Enfermedad de Alzheimer son sumamente sensibles a las emociones implícitas de los prestadores de asistencia y reaccionan negativamente a señales de condescendencia, ira y frustración. Aunque se presta bastante atención a las emociones negativas de los pacientes con la Enfermedad de Alzheimer, algunos pacientes se toman muy gentiles, reteniendo la

capacidad de reírse de ellos mismos incluso después de que sus capacidades verbales han desaparecido. Algunos no parecen infelices sino en un estado místico o similar al producido por el efecto de una droga a medida que el pasado y el futuro se les escapa. La estimulación de este estado puede brindarle algo de consuelo al prestador de asistencia. Un estudio encontró que la ansiedad y la frustración pueden ser aliviadas mirando películas o videos de los miembros de la familia y los eventos del pasado del paciente. Los pacientes que sufren de la Enfermedad de Alzheimer pueden tomarse delusorios a veces por lo que se les deberá volver a tranquilizar y a dirigir a otras actividades. No existe una sola personalidad de la Enfermedad de Alzheimer, de la misma manera que no existe una sola personalidad humana. Cada paciente deberá tratarse como el individuo que él o ella sigue siendo incluso después de que el ser social ha desaparecido.

Apariencia y aseo. Para el prestador de asistencia, asear a los pacientes que padecen la Enfermedad de Alzheimer puede ser una experiencia de enajenación. Por un lado, muchos pacientes resisten bañarse o ducharse. Algunos cónyuges encuentran que el ducharse con la pareja afligida puede resolver el problema por un tiempo. A menudo el paciente con la Enfermedad de Alzheimer pierde el sentido del color y del diseño por lo que se pondrá ropa extraña o que no combina. Esto puede ser muy frustrante para un ser querido, en particular, ya que (sin duda al comienzo) la vergüenza es una emoción común y dolorosa experimentada por el prestador de asistencia. Es importante mantener el sentido del humor y perspectiva y aprender qué batallas vale la pena luchar y cuáles es mejor abandonar.

El manejar y el deambular. Tan pronto se diagnostica la Enfermedad de Alzheimer, al paciente se le deberá prohibir el que conduzca. Otro rasgo potencialmente peligroso es la tendencia que tienen los pacientes de la Enfermedad de Alzheimer de

deambular. En el momento en que el paciente desarrolla esta tendencia, muchos prestadores de asistencia estiman que este es el momento de buscar hospicios para ancianos u otras instituciones protectoras para sus seres queridos. Para los pacientes que se quedan en la casa, deberán instalarse cerraduras afuera de la puerta, que el prestador de asistencia pueda abrir y no el paciente. Se podrían instalar alarmas en las salidas. Deberá implementarse un programa de ejercicio diario que ayude a cansar físicamente al paciente; un estudio reveló que caminar 30 minutos tres veces al día también mejora la comunicación. Un programa ofrecido por la Alzheimer's Association le proporciona al paciente un brazalete de identificación con un número 800 (gratuito) de retorno de seguridad, etiquetas de ropa y un número de identificación. La información personal y médica acerca del paciente y los números de teléfono críticos se almacenan en una base de datos central. Si se descubre que un paciente está perdido, deberá llamarse a la policía primero. Después, el prestador de asistencia llama a Safe Return (retorno seguro) y les da el número de identificación del paciente y cualquier información apropiada. Entonces se envía una alerta a los organismos de ejecución de leyes a través de toda la nación.

La sexualidad. En muchos casos, el paciente de la Enfermedad de Alzheimer puede tomarse desinhibido sexualmente; al mismo tiempo, el deterioro físico del paciente y la capacidad cada vez peor de reconocer al cónyuge como un individuo conocido y amado puede hacer la actividad sexual aterradora y repugnante para el cónyuge prestador de asistencia. Otros pacientes pueden perder el interés en el sexo. Si los asuntos sexuales son un problema, deberán tratarse abiertamente con el médico y se deberán encontrar maneras de mantener el afecto físico no sexual que puede darles consuelo tanto al paciente como al cónyuge.

Perturbación del sueño. Los pacientes con la Enfermedad de Alzheimer experimentan comúnmente trastornos en los ciclos del sueño/despertar. Un nuevo estudio indica que la exposición a la luz artificial más brillante que lo normal durante el día puede reponer estos ciclos y prevenir el extravío/deambular nocturno y la falta de sueño. Este tratamiento no es efectivo para los pacientes impedidos visualmente.

Aunque el prestador de asistencia tenga los recursos para mantener a los pacientes de la Enfermedad de Alzheimer en la casa durante las etapas posteriores de la enfermedad, la ayuda externa sigue siendo esencial. Es importante que los prestadores de asistencia reciban orientación y apoyo para ellos mismos también. Un estudio reciente reveló que cuando los prestadores de asistencia tomaron parte en programas de consejería y apoyo, la institucionalización del paciente era retardada por un año. Los pacientes de la Enfermedad de Alzheimer necesitan 24 horas de atención diaria.

La incontinencia. La incontinencia de un paciente con la Enfermedad de Alzheimer es por lo general devastadora para el prestador de asistencia y una razón principal por la que muchos prestadores de asistencia deciden buscar hospicios para ancianos cuando el paciente alcanza esta etapa. Cuando el paciente empieza a mostrar señales de incontinencia, el médico deberá asegurarse de que ésta no es causada por una infección. La incontinencia urinaria puede controlarse por algún tiempo tratando de vigilar las veces en que se toma líquido, se alimenta y se orina. Una vez que se ha establecido un horario, el prestador de asistencia puede prever los episodios de incontinencia y conseguir que el paciente vaya al baño antes de que ocurran.

La inmovilidad. A medida que la enfermedad progresa, las víctimas de la Enfermedad de Alzheimer se tornan inmóviles, olvidando literalmente cómo moverse. Con el tiempo, desarrollarán una dependencia casi total a la silla de ruedas o a la cama. Las úlceras por decúbito pueden ser un gran problema. Las sábanas deberán mantenerse limpias, secas y sin residuos de alimentos. La piel del paciente deberá lavarse con frecuencia, secarse completa y suavemente, y deberán aplicarse humectantes. Al paciente se le deberá mover cada dos horas, y los pies deberán mantenerse levantados con almohadas o almohadillas. Deberán administrarse ejercicios para las piernas y los brazos para mantenerlos flexibles.

Problemas del comer. La pérdida de peso y la incapacidad gradual de ingerir son dos problemas mayores relacionados en el paciente que padece la Enfermedad de Alzheimer en etapa posterior. Al paciente puede alimentársele a través de una jeringa de alimentación, o el prestador de asistencia puede estimular la acción de masticar empujando suavemente en el fondo del mentón del paciente y en los labios. El prestador de asistencia deberá ofrecerle al paciente alimentos de diferente consistencia y sabor en caso de que el paciente pueda procesar una forma mejor que la otra. Ya que el atragantamiento es un peligro, el prestador de asistencia deberá aprender a administrar la maniobra de Heimlich, la cual pueden enseñar en la Cruz Roja local. La deshidratación también puede convertirse en un problema; es esencial promover la ingestión de líquido equivalente a ocho vasos de agua al día. Deberá tomarse en cuenta que el café y el té son diuréticos y agotan el líquido.

MANEJO DE LAS FASES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

El tiempo que le resta de vida a una víctima de la Enfermedad de Alzheimer es por lo general reducido, aunque un paciente puede vivir entre tres a veinte años después del diagnóstico. La fase final de la enfermedad puede durar desde unos pocos meses hasta varios años, durante cuyo tiempo el paciente se vuelve cada vez más inmóvil y disfuncional. Los prestadores de asistencia deberán comprender las fases de esta enfermedad para ayudar a determinar sus propias capacidades para tratar esta enfermedad tan triste.

MEDICAMENTOS PARA LA DEPRESIÓN Y LA IRRITABILIDAD

La depresión mayor con demencia que ocurre en las personas ancianas puede ser una señal temprana de la Enfermedad de Alzheimer; en tales casos, ésta precede a la Enfermedad de Alzheimer por dos años o menos. Algunos expertos creen que esta investigación indica que la Enfermedad de Alzheimer puede retardarse tratando a

estas personas con antidepresivos y uno de los medicamentos, como el donepezilo, en la actualidad empleado para la Enfermedad de Alzheimer. Los antidepresivos conocidos como inhibidores de reabsorción de la serotonina selectiva (SSRI, por sus siglas en Inglés) pueden ser particularmente eficaces en aliviar la depresión, irritabilidad y la excitación asociada con la Enfermedad de Alzheimer. Estos síntomas y los síntomas más severos, incluyendo comportamiento verbal o físicamente agresivo y el deambular, se han tratado tradicionalmente con medicamentos antipsicóticos como el haloperidol (Haldol) y el antidepresivo desyrel (Trazodone); los medicamentos antipsicóticos, sin embargo, pueden de hecho aumentar la demencia. Los antipsicóticos más nuevos, como la risperidona (Zyprexa), pueden ser eficaces con estos síntomas, y pueden no empeorar la demencia, aunque no está claro todavía cuáles serán sus efectos sobre la demencia misma.

ATENCIÓN PARA EL PRESTADOR DE ASISTENCIA

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad particularmente devastadora, ya que la familia del paciente por lo general deberá resistir dos pérdidas diferentes, en primer lugar, la desaparición de la personalidad que ellos conocen y, finalmente, la muerte de la persona. La pena se experimenta dos veces. Nadie deberá resistir tal agonía solo. Pocas enfermedades afectan tanto a un paciente y a su familia, o por un periodo de tiempo tan largo como la Enfermedad de Alzheimer.

Tratar con los pacientes de la Enfermedad de Alzheimer durante todo el curso de la enfermedad es agotador. No ha terminado el prestador de asistencia de lidiar con un grupo de problemas cuando el empeoramiento del paciente crea problemas nuevos y más intratables. A menudo, los mismos prestadores de asistencia empiezan a mostrar señales de trastorno mental o mala salud. La depresión, empatía, agotamiento, culpa y la ira pueden crear caos para el individuo normalmente sano enfrentado con la atención de un ser querido que sufre de la Enfermedad de Alzheimer.

A menudo, los niños adultos se dan cuenta que tienen que cuidar al padre sano así como al padre afectado por la Enfermedad de Alzheimer, en particular si en el matrimonio el cónyuge sano dependía en exceso del otro. Varios libros y folletos parecen asumir la posesión de una salud mental y fuerza física casi sobrehumanas por parte de los prestadores de asistencia. Esto es raramente el caso. El cónyuge que administra atención es por lo general anciano, a menudo frágil. Los hijos tienden a ser adultos y vivir lejos

Formas de abuso, incluyendo descuido, ataques físicos o emocionales y explotación financiera, son comunes con los pacientes que sufren de la Enfermedad de Alzheimer. Aunque un 96% de los prestadores de asistencia entrevistados en una encuesta recalcan la necesidad de ayuda, sólo el 2% de las familias afectadas por la Enfermedad de Alzheimer reciben servicios externos de apoyo. En algunos estados, guarderías a bajo costo para los pacientes con Enfermedad de Alzheimer les permiten a los prestadores de asistencia trabajar o sencillamente tomar un descanso del cuidado del paciente durante el curso de la semana. Programas de respiro también existen en los que se toman a los pacientes con la Enfermedad de Alzheimer durante unos pocos días a la vez, pero su disponibilidad es en la actualidad muy limitada. Los estudios están encontrando que los miembros de la familia que reciben orientación y apoyo pueden mantener al paciente en el hogar por mucho más tiempo que los prestadores de asistencia que no reciben este apoyo.

2.9.2 SITUACIONES DE URGENCIA EN LOS PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y POSIBLES SOLUCIONES

PROBLEMA	SERVICIOS ASISTENCIALES	MEDIDAS PREVENTIVAS
I. SITUACIONES DE URGENCIA QUE PUEDEN OCURRIR EN EL PACIENTE		
a) El paciente enferma: fiebre, convulsiones, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular.	Médico especialista o familiar, medidas de traslado y asistencia, servicio de urgencias hospitalaria.	a) Servicios de urgencias suficientes. Seguridad de que el paciente está bajo control médico. Detectar posibles factores de riesgo ambiental.
b) El paciente se pone violento o con agitación incontrolable.	Médico especialista o familiar, servicio de urgencias hospitalarias; puede requerirse la ayuda de la policía.	b) Servicios de urgencia suficientes. Consultar al médico para la administración de medicación adecuada y que ésta esté disponible. Mantener el ambiente en calma.
c) El paciente ingiere tóxicos o cuerpos extraños.	Médico especialista o familiar, centro de toxicología y servicios de urgencias hospitalarios.	c) Servicios de urgencias suficientes. Guardar las sustancias tóxicas en lugares cerrados.

<p>d) El paciente es agredido por los cuidadores-sufre heridas.</p>	<p>Médico especialista o familiar, servicios de urgencia hospitalarios, aconsejar a los cuidadores.</p>	<p>d) Servicios de urgencias suficientes. Dar consejo profesional y/o soporte grupal antes de que esto ocurra.</p>
<p>e) Desorientación, pérdida del paciente.</p>	<p>Sociales-familia, amigos, vecinos, asistencia social, policía; prensa, radio, televisión.</p>	<p>e) Servicios de urgentes suficientes. Elementos para la identificación del paciente. Sistema de alarmas en puertas. No dejar al paciente solo.</p>
<p>f) El paciente es atracado.</p>	<p>Sociales-familia, amigos, policía, así como servicios de protección.</p>	<p>f) Servicios de urgencia suficientes. Consultar los derechos del paciente a un especialista. No dejar al paciente sin supervisión. No permitir que el paciente lleve gran cantidad de dinero, cheques, tarjetas de crédito, etc.</p>
<p>g) Arresto o acusación de crimen.</p>	<p>Puede ser necesaria una intervención legal y educacional.</p>	<p>g) Servicios de urgencia suficientes. Vigilancia estrecha del paciente en lugares públicos.</p>

d) El asilo trata de echar al paciente por comportamiento difícil.	Médico especialista o familiar, servicios de consulta para el cuidador, auditorías.	d) Escoger minuciosamente los cuidados a largo plazo del paciente. Facilitar personal calificado para el trabajo con pacientes afectos al Alzheimer. Mantener contacto con el personal: médicos, enfermeras, asistentes sociales.
--	---	---

<i>SITUACIONES DE URGENCIA QUE NO REQUIEREN ACTUACIÓN INMEDIATA</i>		
a) El paciente deja de comer y beber.	Médico especialista o familiar u otra fuente de asistencia médica.	a) Servicios de urgencia suficientes.
b) El paciente se cae de forma repetida.	Médico especialista o familiar u otra fuente de asistencia médica.	b) Servicios de urgencias suficientes.
c) Efectos secundarios de la medicación.	Médico especialista o familiar u otra fuente de asistencia médica.	c) Servicios de urgencia suficientes. Conocer los posibles efectos secundarios de las medicaciones.
d) Situaciones de fatiga del cuidador.	Médico-sociales-médico de familia, apoyo grupal al individuo, descanso.	d) Consejos profesional es y/o soporte grupal. Empleo de servicios de cuidados con el fin de dar descanso al cuidador.

e) El cuidador no está de acuerdo con dejar al paciente en un servicio de urgencia hospitalario.	Sociales-planificación y consulta con el médico de familia, servicios de información. Unidades de estancia temporal.	e) Regulación de servicios de descanso. Consejo profesional y/o soporte grupal.
f) El cuidador requiere intervención quirúrgica u hospitalización programada.	Sociales-planificación social, centros sociales u hospitalarios de corta estancia.	f) Tener dispuesto el acceso del paciente a los centros de corta estancia.
g) El paciente muere y el cuidador quiere que se le realice la autopsia.	Médico especialista o familiar; dirigirse a los servicios de medicina legal.	g) Disponer de aceptación de la familia e información de los servicios forenses.

2.10 INSTITUCIONALIZACIÓN

El institucionalizar a un enfermo es una decisión a tomar por la familia, dependiendo de las características de cada núcleo familiar y la posición del enfermo en el mismo. En los países superindustrializados, donde los núcleos familiares son muy reducidos, se tiende a institucionalizar al paciente, o al menos, se recurre a una variedad gama de centros asistenciales disponibles para el cuidado de ancianos y pacientes con DS. La motivación para tomar esta decisión es de tipo funcional y económico; secundariamente puede haber otras razones. Como norma es recomendable ingresar al enfermo en un centro asistencial.

2.10.1 SERVICIOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA PARA PACIENTES DEMENTES

SERVICIOS	CARACTERÍSTICAS
Médicos	Diagnóstico y seguimiento médico, incluyendo prescripción medicamentosa y el tratamiento de enfermedades incurrentes.
Valoración del paciente	Evaluación del estado físico, mental y emocional del individuo, comportamiento y soporte social.
Enfermería especializada	Los cuidados médicos deben ser realizados por una enfermera diplomada; incluyen la monitorización de situaciones médicas agudas e inestables, supervisión de medicamentos, alimentación parenteral y enteral y servicios de cuidado individualizado, tratamiento de escaras y otras situaciones.
Tratamientos físicos	Rehabilitación realizada por un fisioterapeuta.
Tarjeta ocupacional	Dirigida a mejorar las capacidades funcionales, llevada a cabo por un terapeuta ocupacional.
Cuidado personal	Asistencia de actividades básicas tales como lavarse, vestirse, levantarse de la cama, comer y uso del baño.
Asistencia social	Ayuda en tareas relacionadas con la salud, como medicación, ejercicio y cuidado personal.
Asistencia doméstica	Servicios de mantenimiento de la casa, tareas como cocinar, limpieza, lavado de ropa, compra, acompañar al paciente a consultas médicas o a cualquier otro lugar.
Mantenimiento	Reparaciones caseras y trabajo de jardinería.

Supervisión	Vigilancia del entorno del individuo para mantener su seguridad.
Asistencia pagada	El individuo que va a la casa a realizar las supervisiones, cuidado personal y tareas sociales durante la ausencia del cuidador principal.
Comidas de convivencia	Comidas realizadas en un grupo que pueden aportar beneficios desde el punto de vista nutricional, social, educacional y recreativo.
Comidas a domicilio	Las comidas se llevan a las casas de aquellos individuos incapaces de comprar o cocinar por sí mismos.
Teléfonos de urgencia	Llamadas telefónicas regulares a los individuos que viven o están frecuentemente solos.
Sistemas de respuesta a urgencias personales	Sistemas telefónicos de aviso, empleados cuando el individuo que vive solo está en situación de emergencia y necesita ayuda.
Transporte	Transporte de personas a centros asistenciales y otros lugares.
Recreativos	Ejercicio físico, ludoterapia, fiestas, celebraciones y otras actividades sociales recreativas.
De salud mental	Valoración psicosocial y consejos individuales y grupales para resolver problemas psicológicos y emocionales del paciente y familiares.
Actividad diaria del adulto	Programa de servicios médicos y sociales que incluyen la socialización, actividades y supervisión llevadas a cabo fuera del ambiente del paciente.
Descanso	De cortos periodos de tiempo, dentro o fuera de los servicios del paciente que aporten descanso temporal al cuidador principal.

Cuidado dental	Vigilancia, diagnóstico y tratamiento de problemas dentales.
Legales	Ayuda en materias legales como orientación, protección, derechos, transferencia de valores.
Protección	Servicios de protección social y legal para prevenir, eliminar o paliar los efectos de abusos o negligencias físicas y emocionales.
Asesorías	Asesoramiento al cliente, identificación y coordinación de los recursos comunitarios y vigilancia continua de la adaptación personal y provisión de los servicios.
Información y urgencias	Aporte de información verbal o escrita sobre agencias comunitarias, servicios y fuentes adicionales de dinero.
Asilos	Servicios médicos, de enfermería y sociales que ayuden a sobrellevar y aliviar al moribundo y a sus familiares.

2.10.2 SERVICIOS EXTERNOS

Llegará el momento en que el prestador de asistencia más dedicado probablemente necesite institucionalizar al paciente con la Enfermedad de Alzheimer. Ese momento *se determinará no sólo por la resistencia emocional del prestador de asistencia, sino también por su fuerza y vigor físico, ya que un adulto con la Enfermedad de Alzheimer típicamente adopta el comportamiento impredecible y no disciplinado de un niño muy pequeño.* Las consideraciones financieras en la búsqueda de un hospicio para ancianos son vitales, pero igualmente importante es el tipo de atención. Aunque la mitad de todos los pacientes del hospicio para ancianos son víctimas de la Enfermedad de Alzheimer, no todos los hospicios para ancianos tienen programas -

específicamente diseñados para ellos. Algunas instituciones pueden sostener que los tienen, pero a menudo agrupan sencillamente a los pacientes sin ofrecerles ningún tipo de programa especial. Si un prestador de asistencia logra encontrar una instalación que ofrece buenos servicios, ésta podría estar ubicada lejos del hogar, dificultando las visitas. El prestador de asistencia entonces deberá decidir si vale la pena una atención superior en una institución distante a expensas de ver al paciente con menos frecuencia otro asunto doloroso. Un programa de hospicio, si está disponible, ofrece una opción más humanitaria y compasiva que el hospicio para ancianos u hospital durante los meses finales de una enfermedad mental.

III. METODOLOGÍA

3.1 VARIABLES E INDICADORES

Variable Independiente

Educación de Enfermería

Enfermedad de Alzheimer

Indicadores

Tipo de educación

Programas para educación

Signos y síntomas principales

Conocimiento sobre le diagnóstico

Deterioro

Cuidado del enfermo

Comunicación

Participación de enfermería

Variable Dependiente

Familia

Indicadores

Tipos

Costumbre

Religión

Mitos

Conocimiento sobre Alzheimer

3.2 DEFINICIONES OPERACIONALES

La familia es el lugar natural donde nacemos y nos desarrollamos, es el eje de la vida de todo ser humano, ya que de ella obtenemos instrumentos para poder socializarnos.

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad cerebral progresiva que deteriora las funciones mentales de quien las sufre, haciéndole perder la conciencia de si mismo, su vida y sus propósitos, y convirtiéndolo en un sufrimiento para su familia.

La investigación médica-científica labora afanosamente en las causas de este padecimiento y los medios para defenerlo; mientras tanto las personas enfermas y sus familiares sufren cotidianamente sus consecuencias en espera de apoyo solidario.

El conocimiento de la enfermedad y de las normas básicas para enfrentarla, constituyen una parte importante de este apoyo.

3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Tipo

El tipo de investigación que se pretende realizar se considera diagnóstico, observacional, transversal y analítico.

Diagnóstico: por que en esta investigación se pretende conocer en forma amplia que es lo que está sucediendo a la variable que es la familia.

Observacional: por que el grupo investigador se limitará a observar el fenómeno de estudio sin modificar intencionalmente los resultados de la variable.

Transversal: por que está investigación se realiza en un periodo corto de tiempo.

Analítico: por que a través de la información que nos proporcionen los cuestionarios podremos valorar que cantidad de información tienen los familiares.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSION, ELIMINACION Y EXCLUSION

Criterios de inclusión: los familiares de los ancianos que asisten al centro de Atención Diurna Francisco Espinosa Figueroa "Fundación Alzheimer" alguien con quien contar I.A.P de la ciudad de México y Querétaro; siendo estos toda aquella persona que funja como cuidador mayor de 18 años.

Los criterios de exclusión: todo aquel familiar que no se dedique al cuidado del paciente.

Criterios de eliminación: para todo aquel familiar o cuidador menor de 18 años o que se niegue a participar en la investigación.

3.5 TECNICA E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Fichas de Trabajo

A través de las fichas se desarrollo el Marco Teórico que apoya el problema de la investigación.

Observación y Entrevista

A través de esta técnica se recopiló las opiniones de la familia en torno a la atención del paciente con Alzheimer así mismo se recogieron los testimonios orales y escritos de la persona entrevistada.

Cuestionario

A través de este instrumento se recolectaron las opiniones del familiar en torno a la variable estudiada.

IV. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA

1. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

El Universo lo constituyen el 100% de la población sujeta de estudio, es decir, los familiares de los ancianos que asisten al Centro de Atención Diurna Francisco Espinosa Figueroa "Fundación Alzheimer" alguien con quien contar I.A.P de la ciudad de México y Querétaro, que en su totalidad son alrededor de 30 familiares.

La población son exclusivamente aquellos familiares mayores de 18 años así como el cuidador primario.

2. PROCESAMIENTO DE DATOS

Se hará mediante el recuento, captura y clasificación, utilizando las tarjetas simples de concentración a fin de elaborar los cuadros y las gráfica

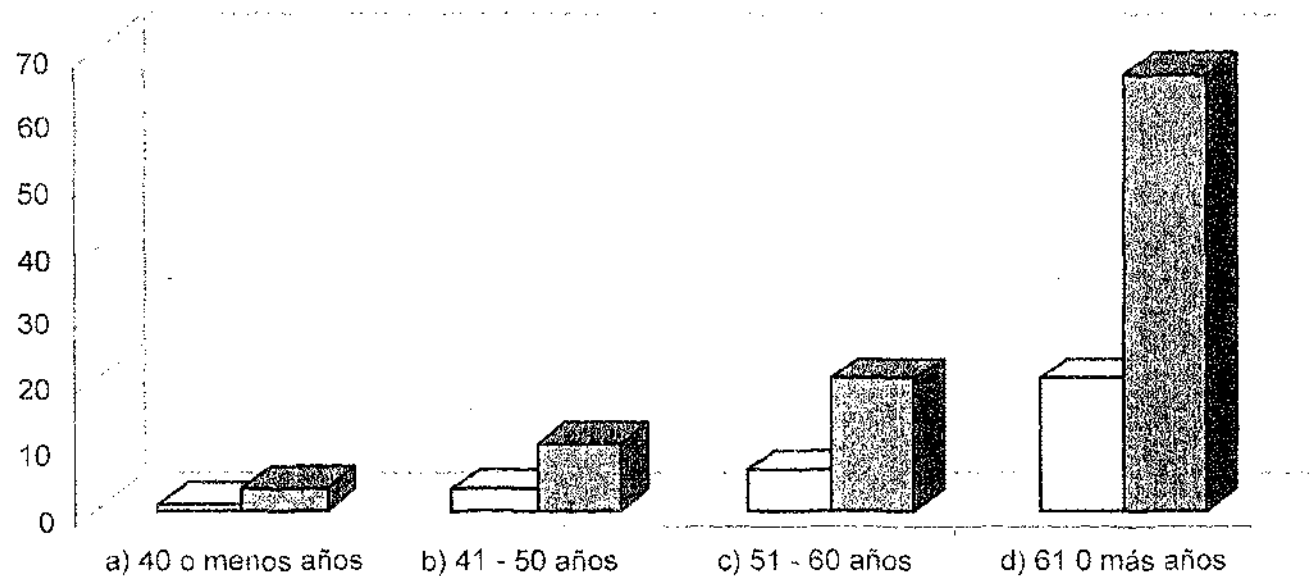
4. CUADROS Y GRAFICAS.

EDAD DE LOS PACIENTES CON ALZHEIMER 1998

OPCIONES	F (x)	%
a) 40 o menos años	1	3.33
b) 41 – 50 años	3	10
c) 51 – 60 años	6	20
d) 61 o mas años	20	66.66
Total	30	100

Fuente: Fichas de identificación de pacientes de la fundación Alzheimer, Alguien con quien contar I. A. P. en 1998.

EDAD DE LOS PACIENTES CON ALZHEIMER 1998



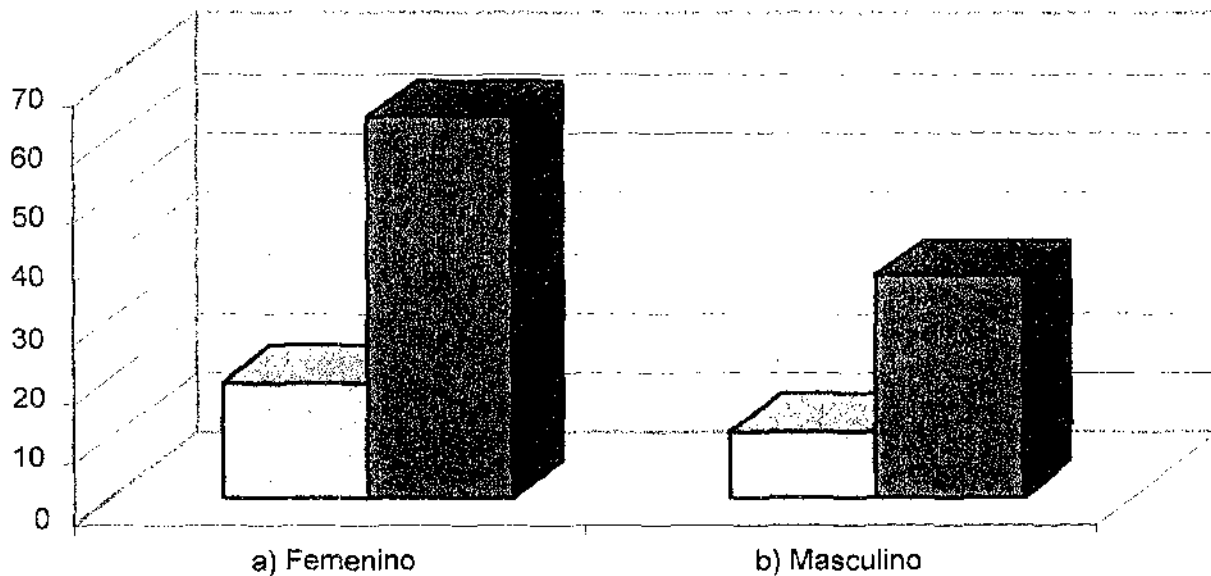
Fuente: Fichas de identificación de pacientes de la fundación Alzheimer, Alguien con Quien Contar I. A. P. En 1998

SEXO DE LOS PACIENTES CON ALZHEIMER

OPCIONES	F (x)	%
a) Femenino	19	63.33
b) Masculino	11	36.67
Total	30	100

Fuente: Fichas de identificación de pacientes de la fundación Alzheimer, Alguien con quien contar I. A. P. en 1998.

SEXO DE LOS PACIENTES CON ALZHEIMER



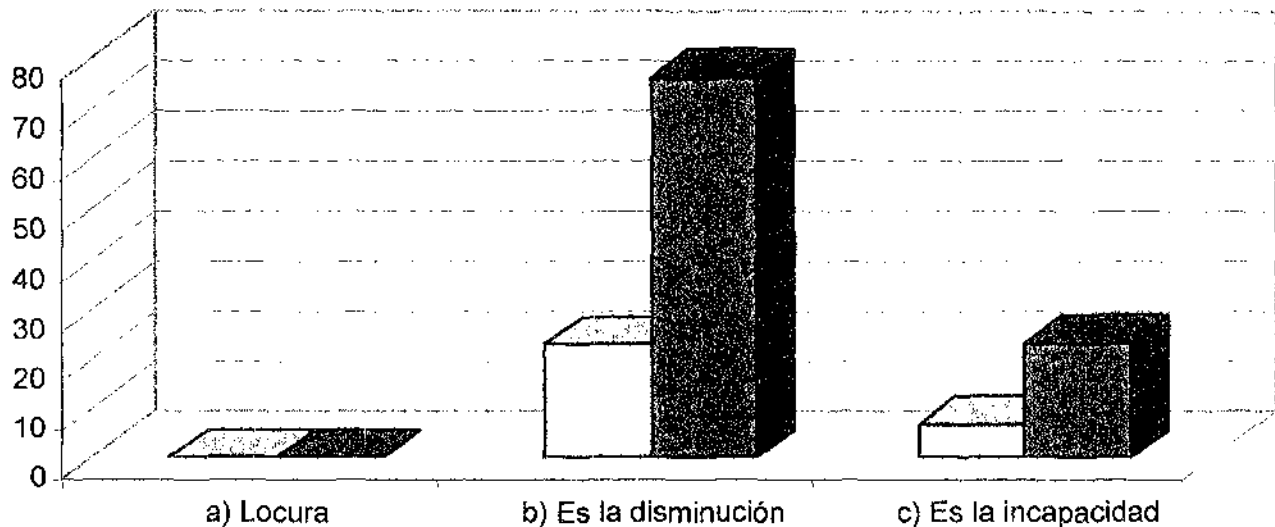
Fuente: Fichas de identificación de pacientes de la fundacion Alzheimer, Alguien con Quien Contar I. A. P. En 1998

Pregunta No. 1 QUE SE ENTIENDE POR LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

OPCIONES	F (x)	%
a) Locura	0	0
b) Es la disminución progresiva de pensar, aprender, razonar que conduce a una reducción de capacidad para cuidarse o dirigirse.	23	76.67
c) Es la incapacidad para recordar las cosas y pérdida de movimiento.	7	23.33
Total	30	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a los cuidadores, en la Fundación Alzheimer, Alguien con Quien Contar en 1998.

Pregunta No. 1 QUE SE ENTIENDE POR LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER



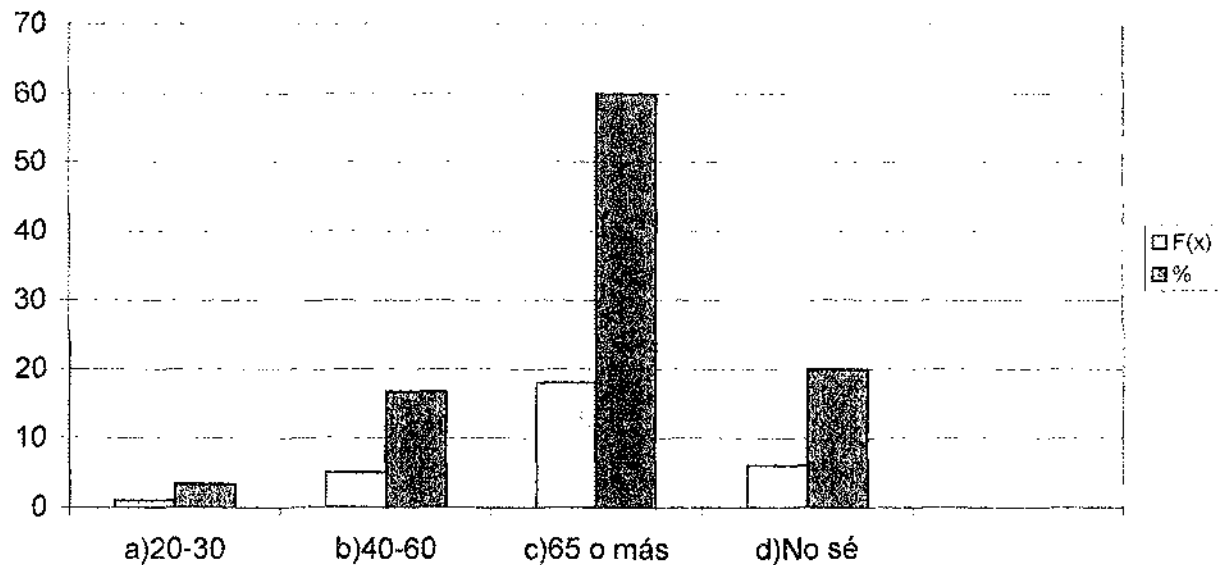
Fuente: Cuestionarios aplicados a los cuidadores en la fundación Alzheimer, Alguien con Quien Contar I. A. P. en 1998.

Pregunta No.2 CONOCIMIENTO SOBRE LA EDAD EN QUE SÉ
PRESENTA LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

OPCIONES	F (x)	%
a) 20 – 30	1	3.34
b) 40 – 40	5	16.66
c) 65 o más	18	60
d) no sé	6	20
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

Pregunta No. 2 CONOCIMIENTO SOBRE LA EDAD EN QUE SE PRESENTA LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.



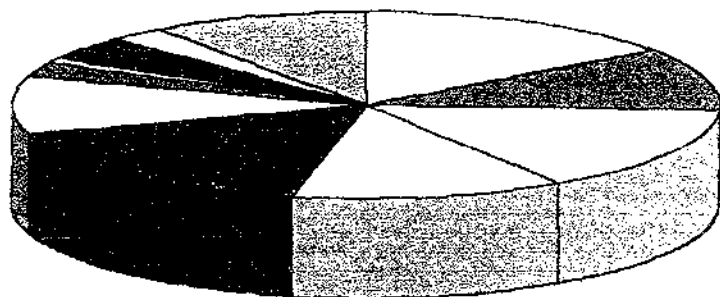
Fuente: Ibidem cuadro No. 1

Pregunta No. 3 PRINCIPALES SÍNTOMAS OBSERVADOS EN EL PACIENTE

OPCIONES	F (x)	%
a) Pensamiento abstracto afectado.	18	60
b) Dificultad para definir palabras.	13	43.33
c) Capacidad de juicio afectado.	18	60
d) Alteración de lenguaje.	15	50
e) Pérdida de memoria.	20	66.66
f) disminución de peso.	12	40
g) Presión arterial elevada.	3	10
h) Dolor abdominal frecuente.	1	3.33
i) Agudeza visual disminuida.	5	16.66
j) anorexia.		
k) Dolor de cabeza.	3	10
l) Insomnio.	12	40
Total	30	

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

Pregunta No.3 PRINCIPALES SÍNTOMAS OBSERVADOS EN EL PACIENTE



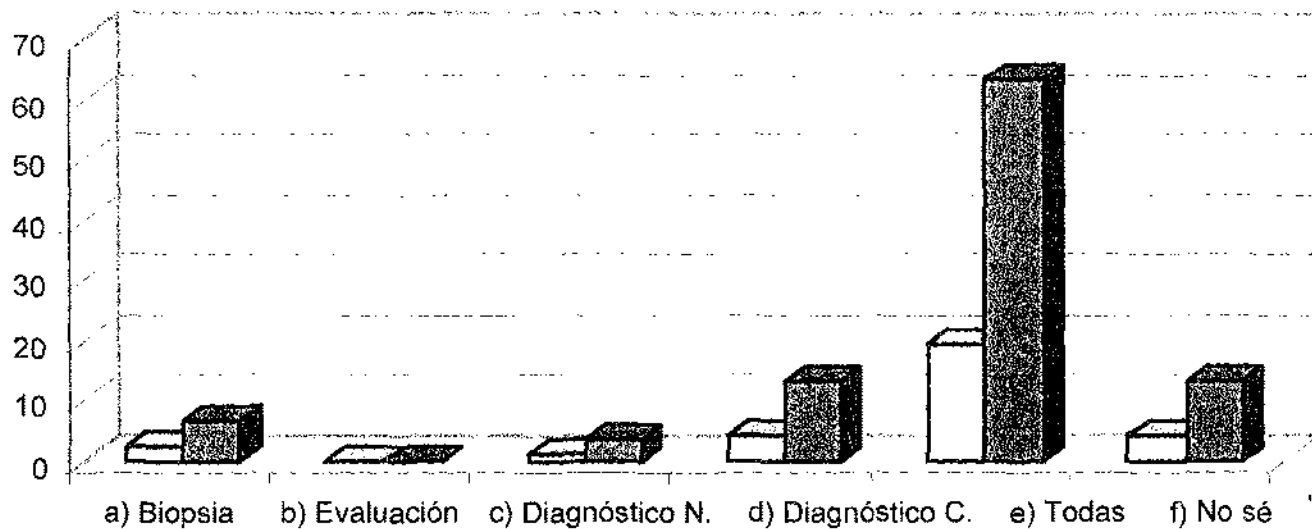
- a) Pensamiento
- b) Dificultad
- c) Capacidad
- d) Alteración
- e) Pérdida
- f) Disminución
- g) Presión
- h) Dolor
- i) Agudeza
- j) Anorexia
- k) Dolor de Cabeza
- l) Insomnio

Pregunta No.4 CONOCIMIENTO SOBRE EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD

OPCIONES	F (x)	%
a) Biopsia postmortem.	2	6.67
b) Evaluación neuropsicológica	0	0
c) Diagnóstico neurológico	1	3.33
d) Diagnóstico clínico.	4	13.33
e) Todas las anteriores	19	63.33
f) No sé.	4	13.33
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

Pregunta No. 4 CONOCIMIENTO SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD



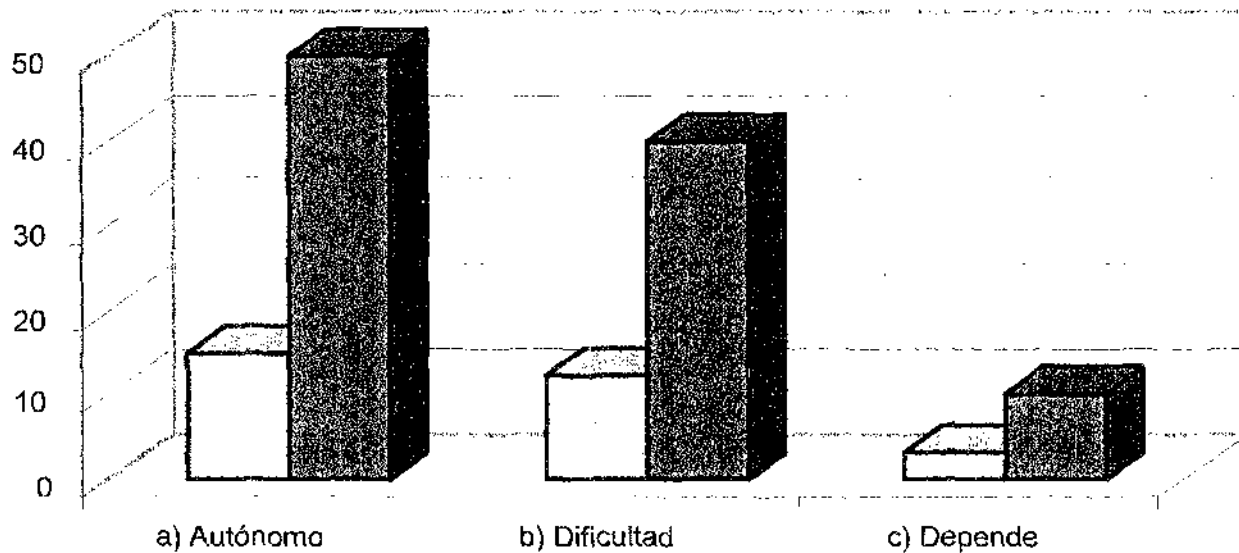
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No. 5 ETAPA EN LA QUE SE ENCUENTRAN LOS
PACIENTES DE ALZHEIMER

OPCIONES	F (x)	%
a) Es autónomo solo se le olvidan hechos recientes.	15	50
b) Dificultad en el habla, se le dificulta comunicarse.	12	40
c) Depende totalmente de alguien para resolver necesidades, inmovilización.	3	10
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

Pregunta No. 5 ETAPA EN LA QUE SE ENCUENTRAN LOS PACIENTES CON ALZHEIMER



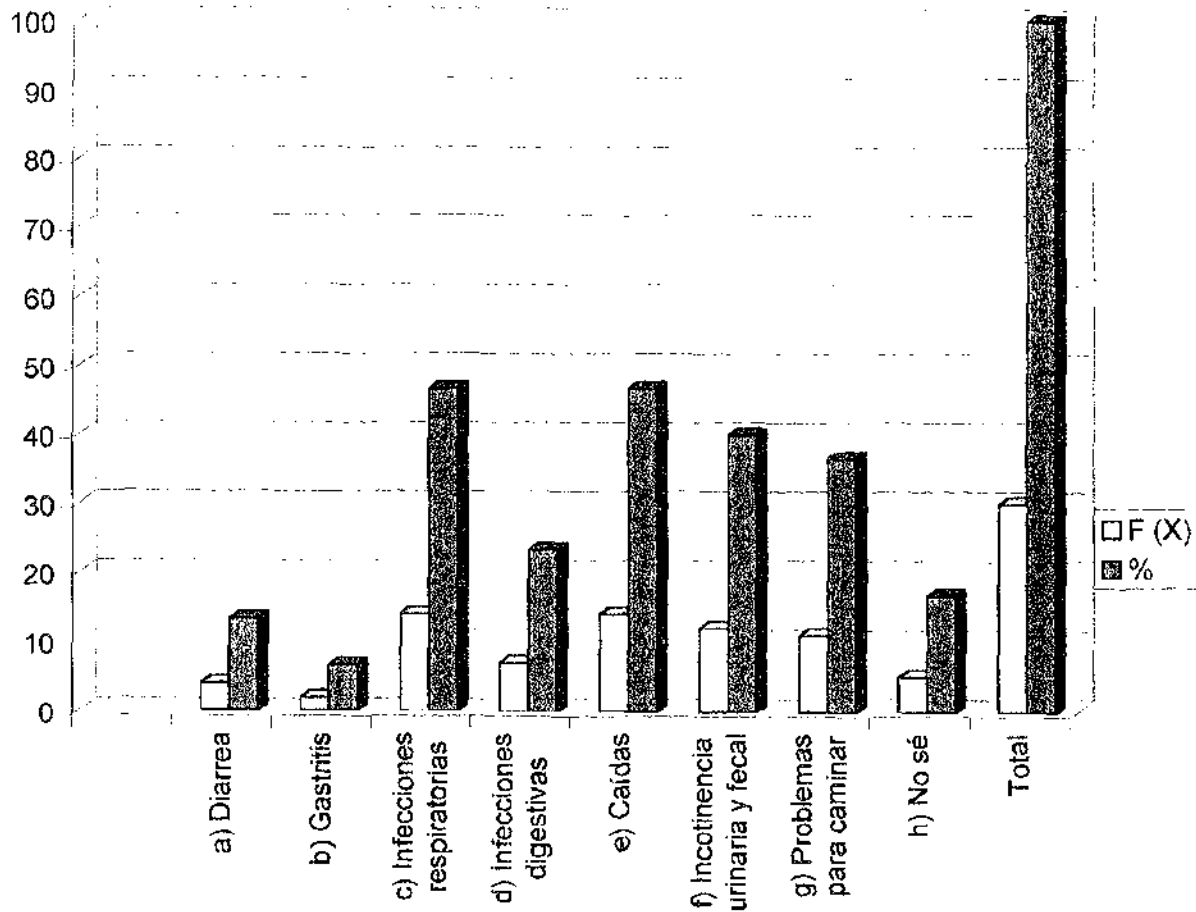
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

-Pregunta No.6 ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN PACIENTE CON ALZHEIMER

OPCIONES	F (x)	%
a) Diarreas	4	13.33
b) Gastritis	2	6.66
c) Infecciones respiratorias	14	46.66
d) Infecciones digestivas	7	23.33
e) Caídas	14	46.66
f) Incontinencia Urinaria y fecal	12	40
g) Problemas para caminar	11	36.66
h) No sé	5	16.66
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

Pregunta No. 6 ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN PACIENTES CON ALZHEIMER

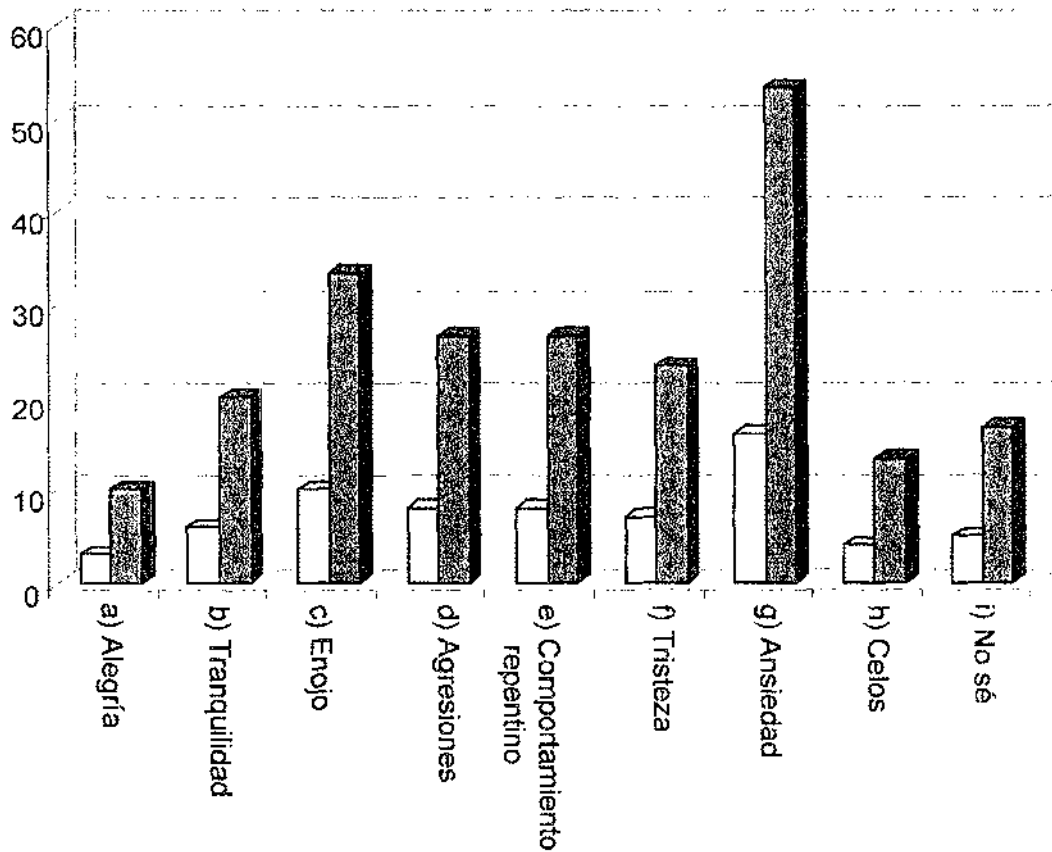


Pregunta No. 7 REACCIONES MÁS COMUNES EN PACIENTES
CON ALZHEIMER

OPCIONES	F (x)	%
a) Alegría	3	10
b) Tranquilidad	6	20
c) Enojo	10	33.33
d) Agresiones	8	26.67
e) Comportamiento repentino	8	26.67
f) Tristeza	7	23.33
g) Ansiedad	16	53.33
h) Celos	4	13.33
i) No sé	5	16.66
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

Pregunta No.7 REACCIONES MÁS COMUNES EN PACIENTES CON ALZHEIMER



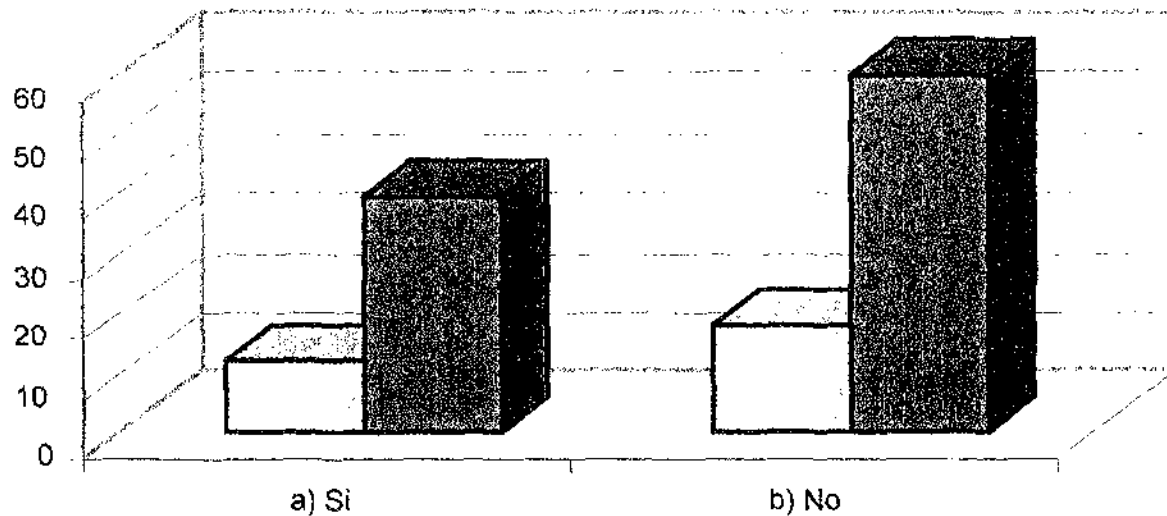
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No.8 CONOCIMIENTOS SOBRE REACCIONES
CATASTRÓFICAS

OPCIONES	F (x)	%
a) Sí	12	40
b) No	18	60
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

**Pregunta No. 8 CONOCIMIENTOS SOBRE REACCIONES
CATASTRÓFICAS**



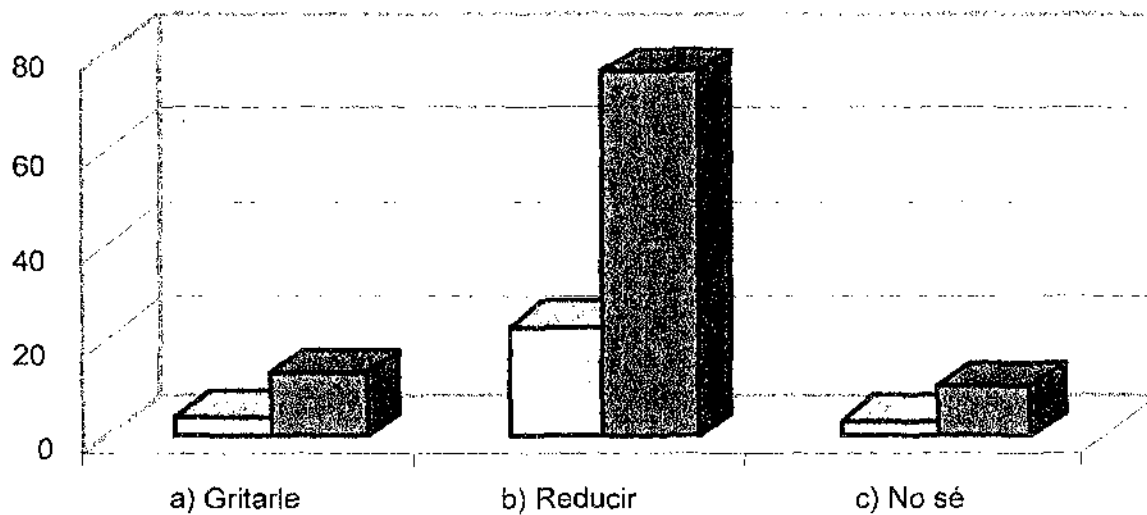
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No.9 ACTITUD DEL CUIDADOR ANTE UNA REACCIÓN CATASTRÓFICA

OPCIONES	F (x)	%
a)Gritarle, sujetarlo, tranquilizarlo.	4	13.33
b) Reducir al mínimo el estrés, alejar al paciente tranquilo y sin prisa, sacarlo a pasear.	23	76.67
c) No sé	3	10
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

Pregunta No. 9 ACTITUD DEL CUIDADOR ANTE UNA REACCIÓN CATASTROFICA



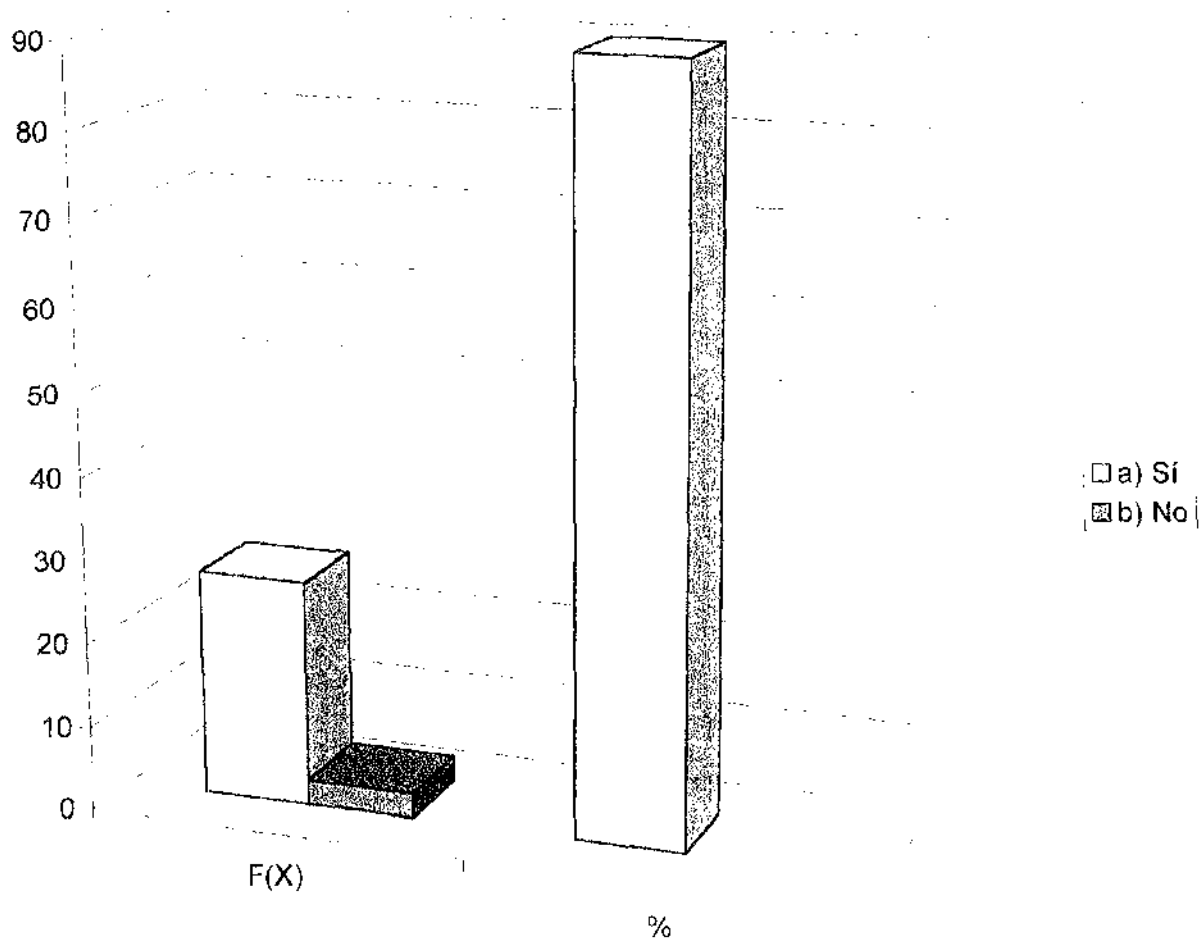
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No.10 EL BIENESTAR DEL ENFERMO DEPENDE DEL BIENESTAR DEL CUIDADOR

OPCIONES	F (x)	%
a) SÍ	27	90
b) NO	3	10
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

PREGUNTA No.10 EL BIENESTAR DEL ENFERMO DEPENDE DEL BIENESTAR DEL CUIDADOR

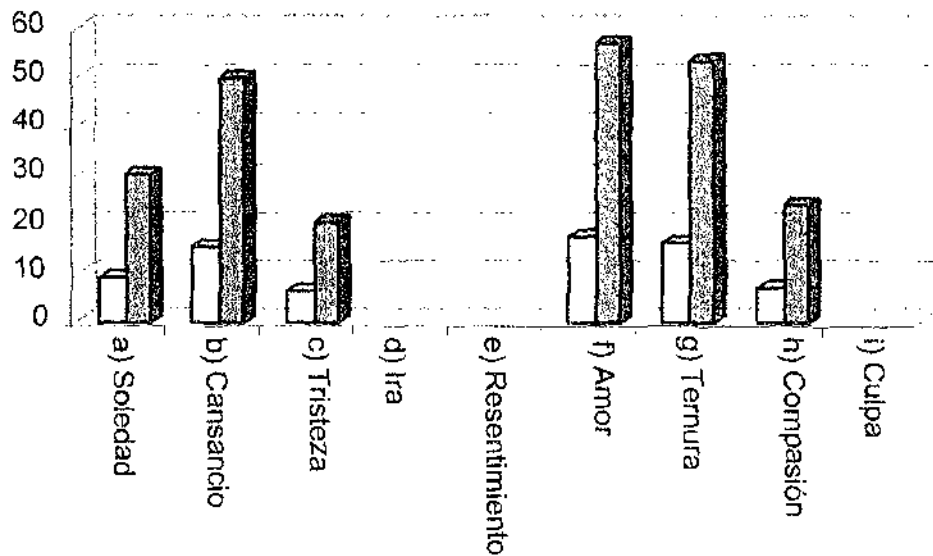


Pregunta No.11 ESTADO DE ANIMO QUE MÁS PERDURA EN ÉL
CUIDADOR

OPCIONES	F (x)	%
a) Soledad	9	30
b) cansancio	15	50
c) Tristeza	6	20
d) Ira		
e) Resentimiento		
f) Amor	17	56.67
g) Ternura	16	53.33
h) Compasión	7	23.33
i) Culpa		
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

Pregunta No. 11 ESTADO DE ANIMO QUE MÁS PERDURA EN EL CUIDADOR



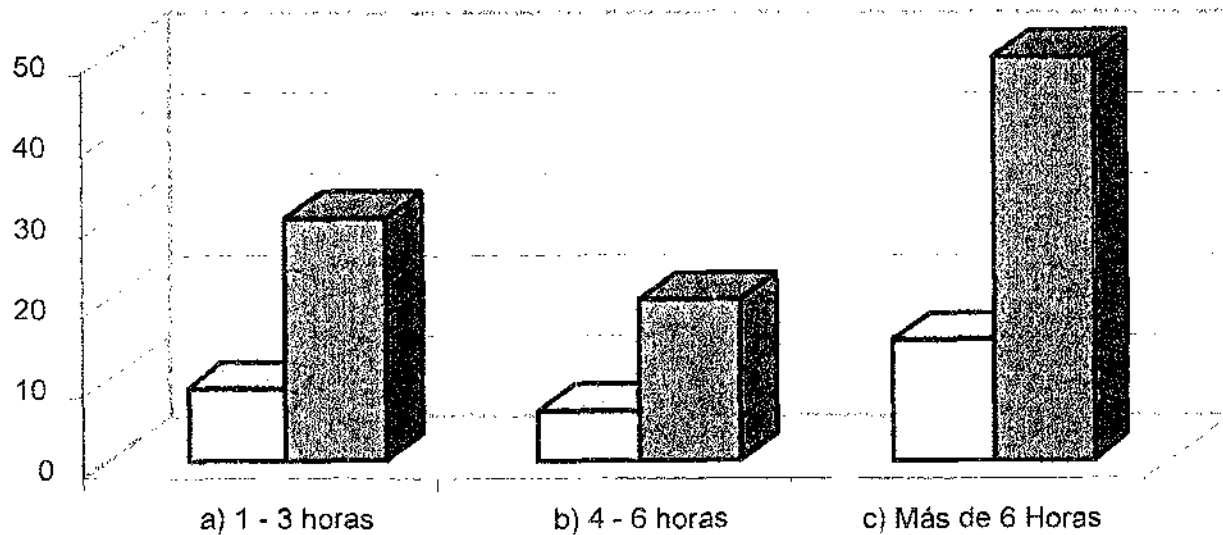
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No.12 HORAS DE ATENCIÓN QUE BRINDA UN
CUIDADOR AL PACIENTE CON ALZHEIMER

OPCIONES	F (x)	%
a) 1 – 3 Horas	9	30
b) 4 – 6 Horas	6	20
c) Más de 6 Horas	15	50
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

**Pregunta No. 12 HORAS DE ATENCIÓN QUE BRINDA UN
CUIDADOR AL PACIENTE CON ALZHEIMER**



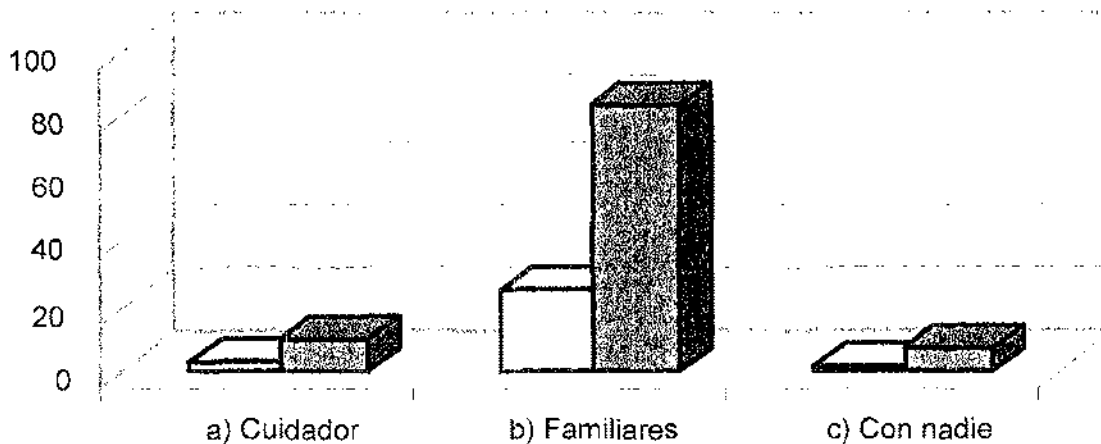
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No.13 PERSONAS CON LAS QUE MÁS SE RELACIONA EL PACIENTE CON ALZHEIMER CUANDO ASISTE A REUNIONES SOCIALES.

OPCIONES	F (x)	%
a) Cuidador.	3	10
b) Familiares, amigos y vecinos.	25	83.33
c) Con nadie.	2	6.67
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

**Pregunta No. 13 PERSONAS CON LAS QUE MAS SE
RELACIONA EL PACIENTE CON ALZHEIMER CUANDO
ASISTE AREUNIONES SOCIALES.**



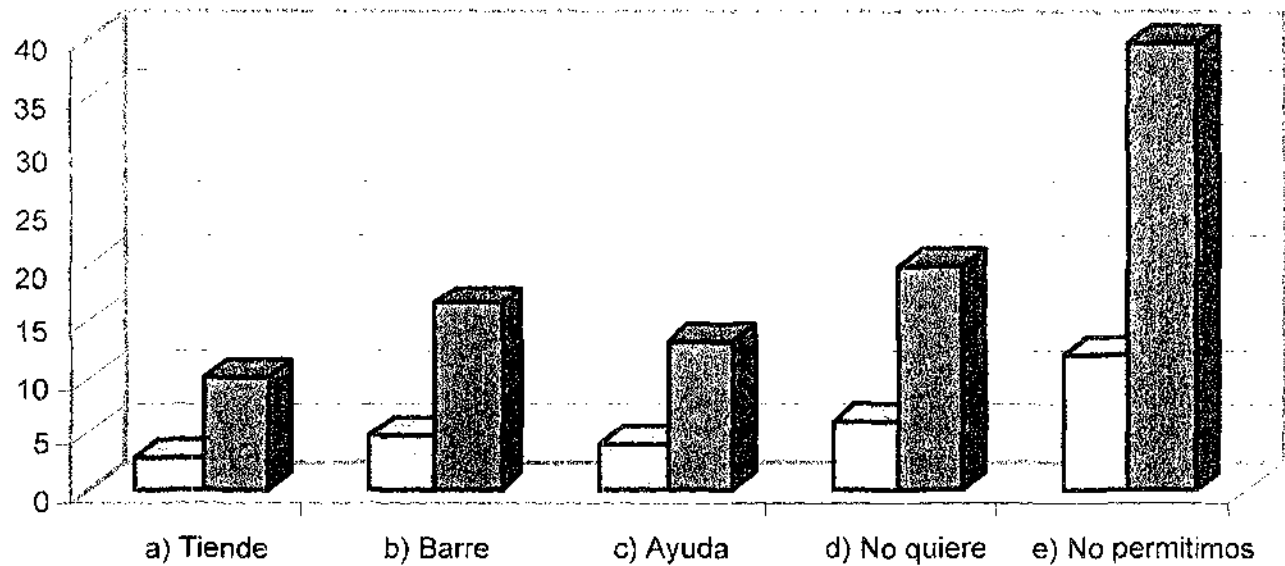
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No.14 ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PACIENTE CON ALZHAIMER

OPCIONES	F (x)	%
a) Tiende su cama.	3	10
b) Barre.	5	16.67
c) Ayuda a la preparación de alimentos	4	13.33
d) No quiere participar.	6	20
e) No permitimos que haga nada.	12	40
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

Pregunta No. 14 ACTIVIDADES QUE RELIZA EL PACIENTE CON ALZHEIMER



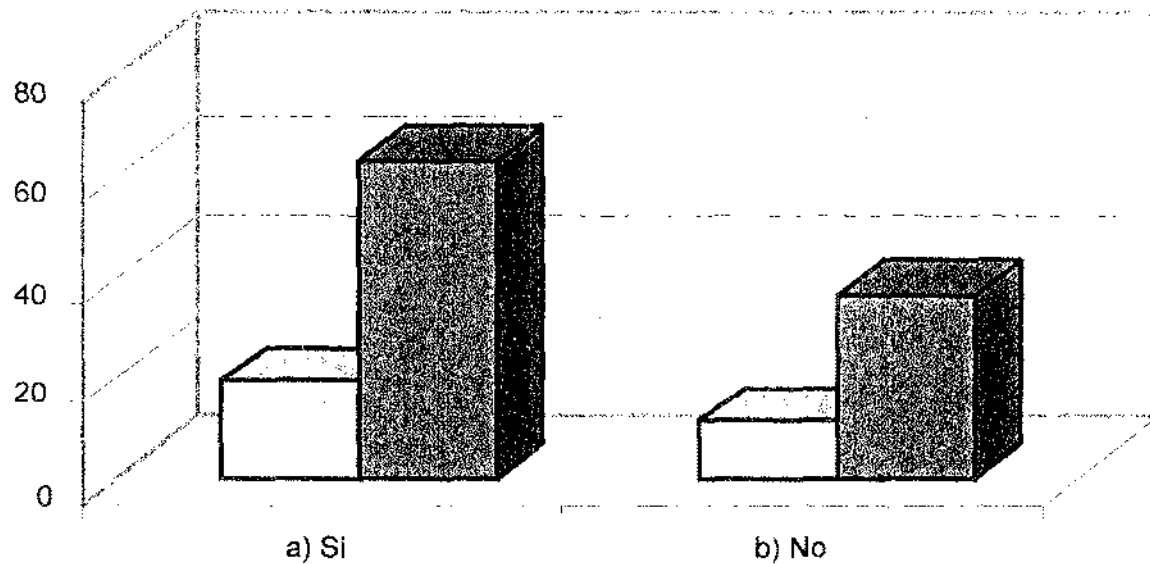
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No.15 ES CUIDADOR PRIMARIO

OPCIONES	F (x)	%
a) Si	19	63.33
b) No	11	36.67
c) Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

Pregunta No. 15 ES CUIDADOR PRIMARIO



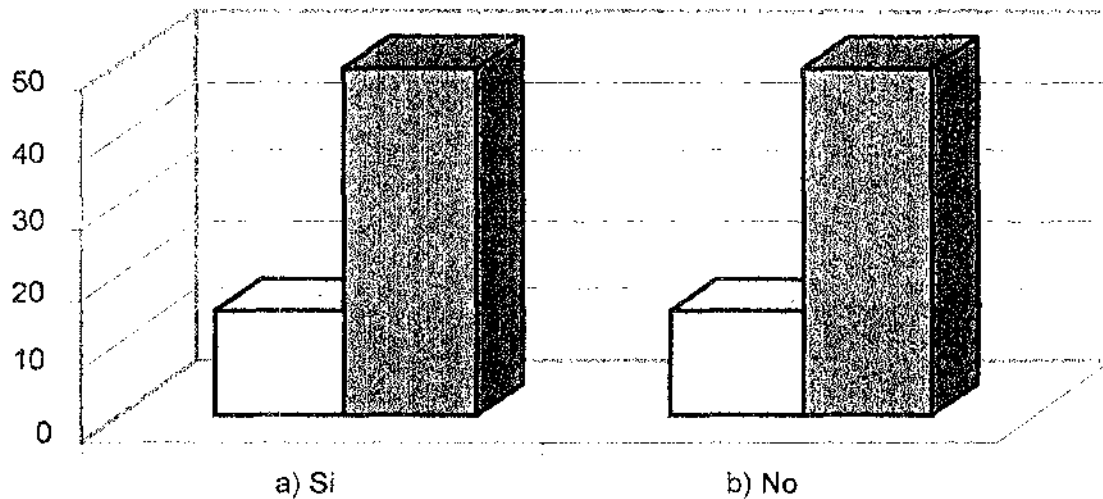
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No.16 SE CONSIDERA APTO PARA CUIDAR A SU FAMILIAR CON ALZHEIMER

OPCIONES	F (x)	%
a) Si	15	50
b) No	15	50
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

**Pregunta No. 16 SE CONSIDERA APTO PARA CUIDAR A
SU FAMILIAR CON ALZHEIMER**



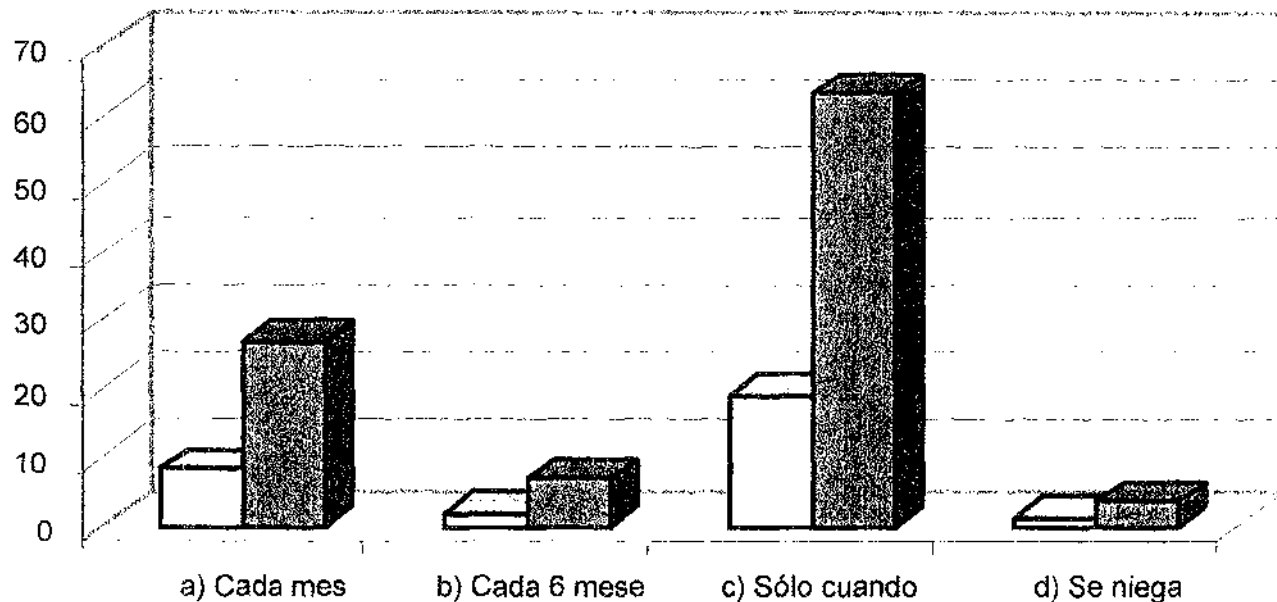
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No.17 CONTROL MEDICO

OPCIONES	F (x)	%
a) Cada mes.	8	26.67
b) Cada 6 meses.	2	6.67
c) Sólo cuando lo necesita.	19	63.33
d) Se niega a ir.	1	3.33
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

Pregunta No. 17 CONTROL MEDICO



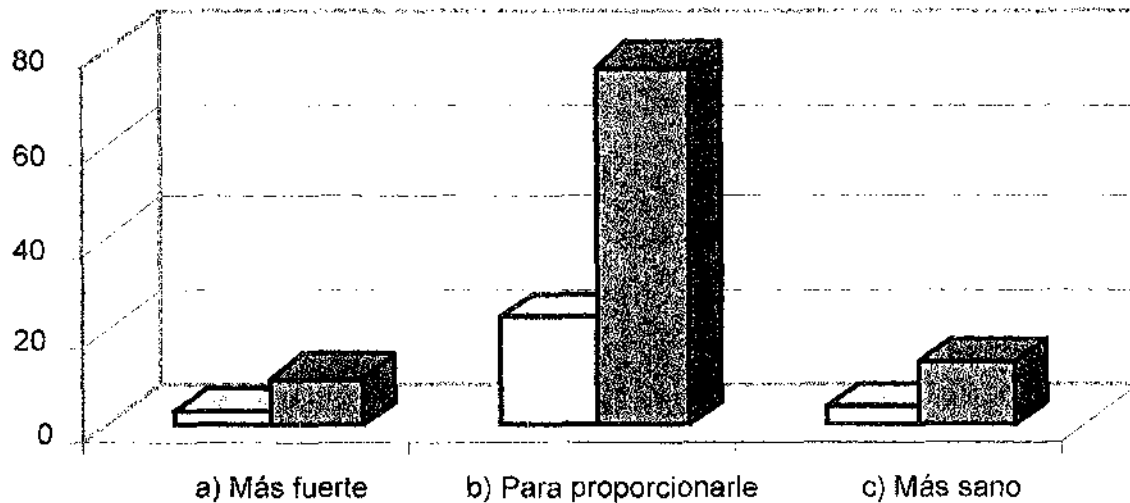
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No.18 IMPORTANCIA DE UNA BUENA ALIMENTACIÓN

OPCIONES	F (x)	%
a) Para que se encuentre más fuerte.	3	10
b) Para proporcionarle todos los nutrientes que son necesarios evitando así la pérdida de peso y alguna enfermedad causada por desnutrición.	23	76.67
c) Para que se encuentre sano.	4	13.33
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

Pregunta No. 18 IMPORTANCIA DE UNA BUENA ALIMENTACIÓN



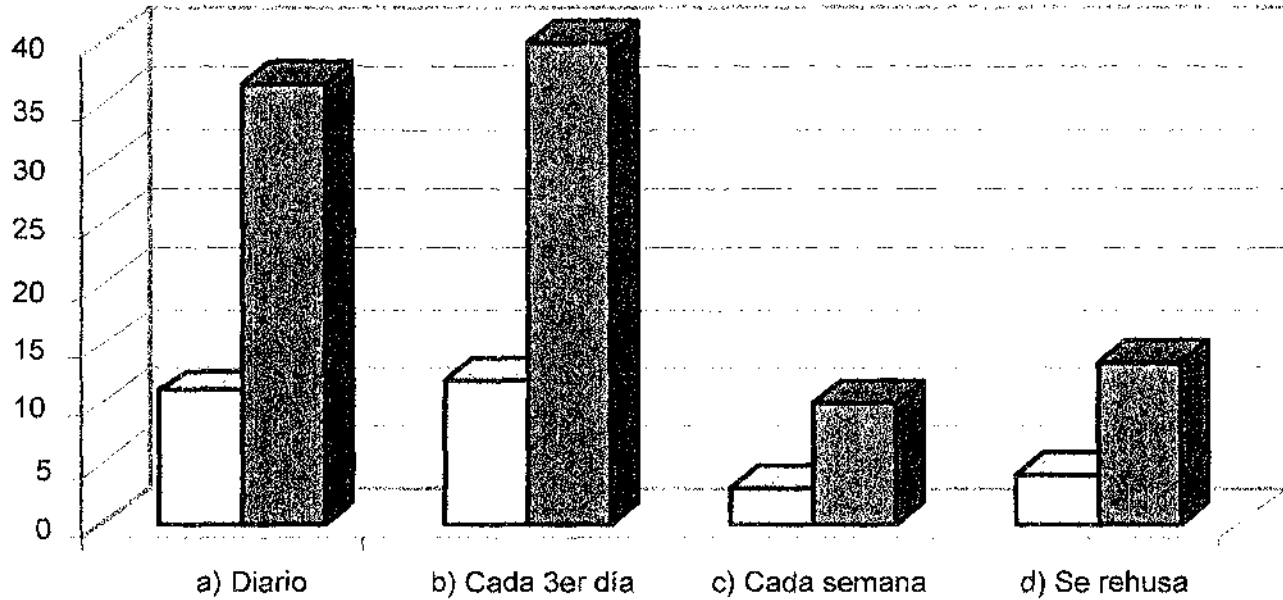
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No.19 FRECUENCIA DEL BAÑO DEL PACIENTE

OPCIONES	F (x)	%
a) Diario.	11	36.67
b) Cada 3er. Día.	12	40
c) Cada semana.	3	10
d) Se rehúsa.	4	13.33
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

**Pregunta No.19 FRECUENCIA DEL BAÑO EN EL
PACIENTE.**



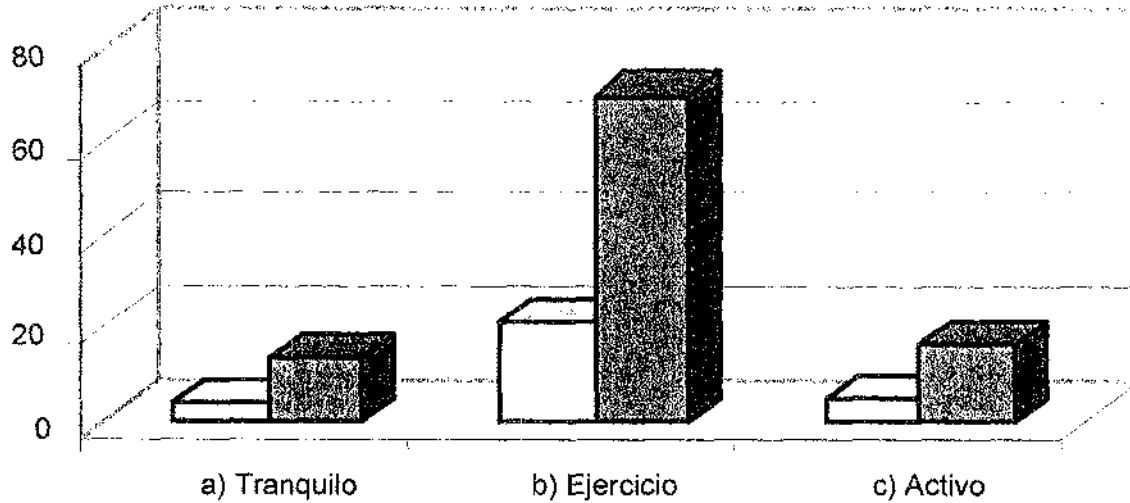
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No.20 IMPORTANCIA DE MANTENER EN MOVIMIENTO AL PACIENTE

OPCIONES	F (x)	%
a) Lo mantiene tranquilo.	4	13.33
b) El ejercicio lo ayuda a tener mejor circulación y disminuye el riesgo de contracturarse.	21	70
c) Lo mantiene activo.	5	16.67
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

**Pregunta No.20 IMPORTANCIA DE MANTENER EN
MOVIMIENTO AL PACIENTE**



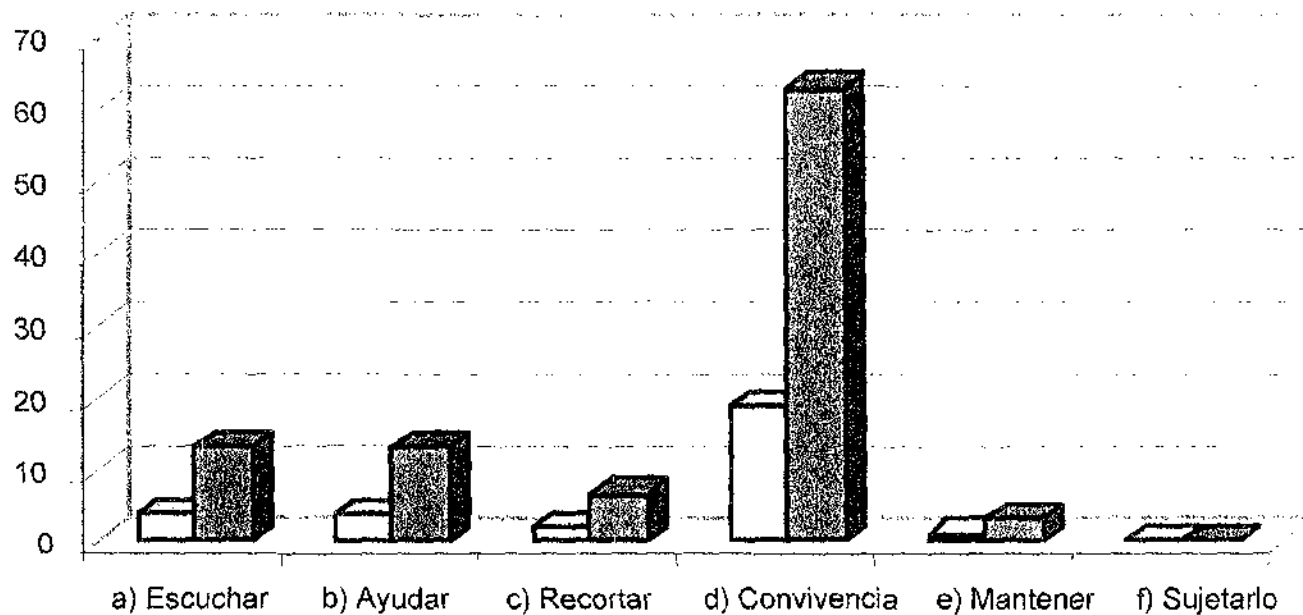
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No.21 MOTIVACIÓN DEL PACIENTE

OPCIONES	F (x)	%
a) Escuchar música.	4	13.33
b) Ayudar a colorear.	4	13.33
c) Recortar.	2	6.67
d) Convivencia con la familia.	19	63.33
e) Mantener al paciente aislado.	1	3.33
f) Sujetarlo para evitar una crisis.	0	0
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

Pregunta No. 21 MOTIVACION DEL PACIENTE



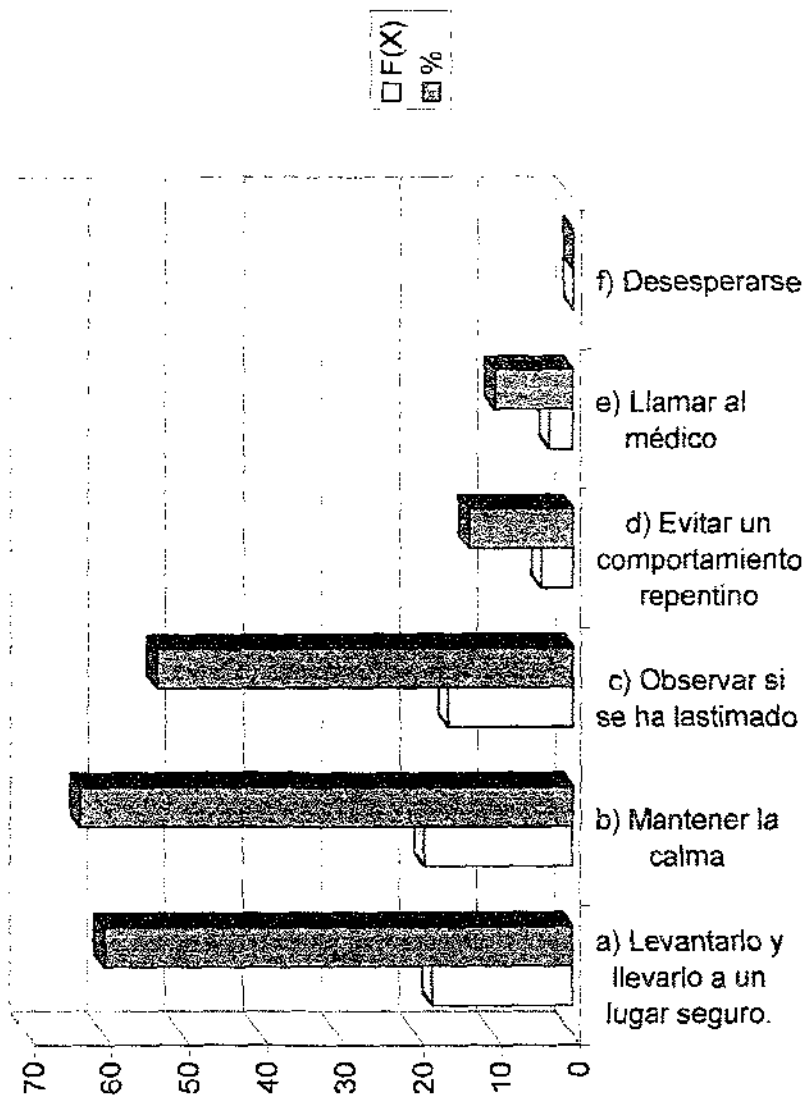
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No.22 ACTITUD DEL CUIDADOR CUANDO EL PACIENTE SUFRE UNA CAIDA.

OPCIONES	F(X)	%
a) Levantarlo y llevarlo a un lugar seguro.	18	60
b) Mantener la calma.	19	63.33
c) observar si se ha lastimado	16	53.33
d) Evitar un comportamiento repentino.	4	13.33
e) Llamar al médico.	3	10
f) Desesperarse		
Total	30	

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

Pregunta No. 22. ACTITUD DEL CUIDADOR CUANDO EL PACIENTE SUFRE UNA CAIDA.



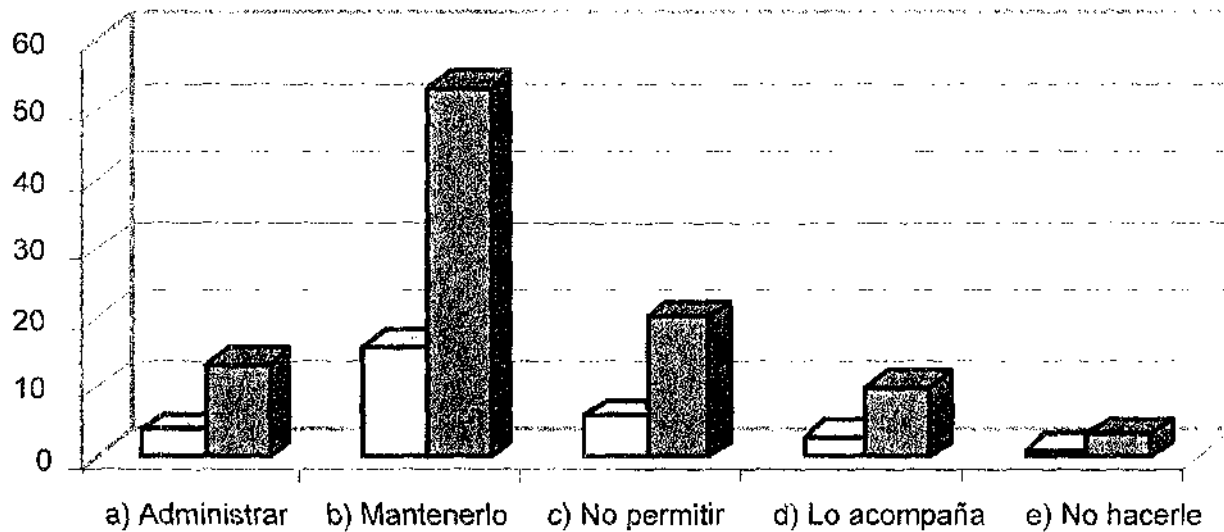
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No.23 QUÉ HACER PARA QUE EL PACIENTE DUERMA

OPCIONES	F (x)	%
a) Administrar algún medicamento.	4	13.33
b) Mantenerlo activo todo el día.	16	53.33
c) No permitir que duerma durante el día.	6	20
d) Lo acompaña a lugares de distracción.	3	10
e) No hacerle caso.	1	3.33
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

**Pregunta No. 23 QUÉ HACER PARA QUE EL PACIENTE
DUERMA**



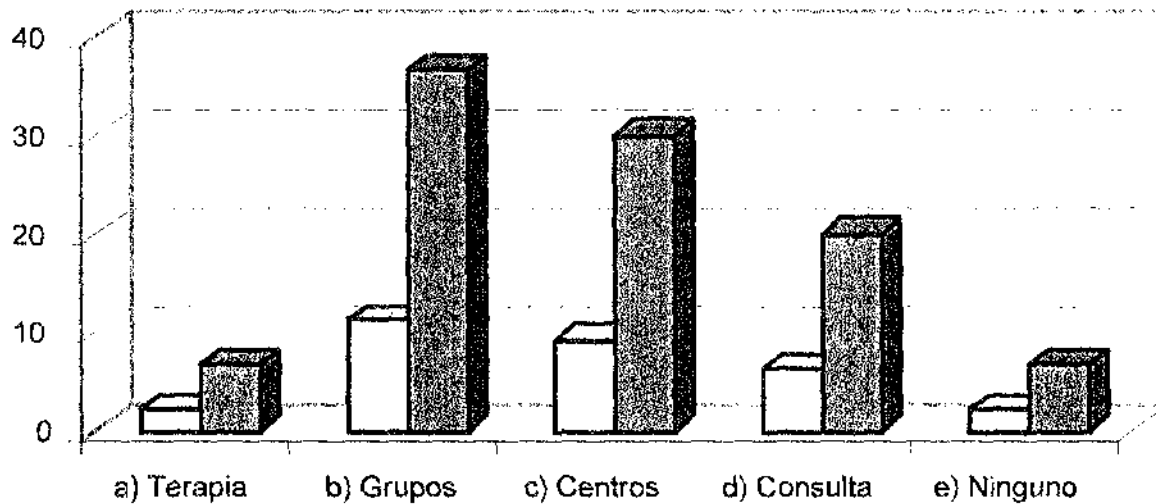
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No.24 APOYO QUE RECIBE LA FAMILIA PARA ATENDER
A L. PACIENTE

OPCIONES	F (x)	%
a) Terapia psicológica.	2	6.67
b) Grupos de apoyo.	11	36.67
c) Centro divino.	9	30
d) Consulta a su medico.	6	20
e) Ninguno.	2	6.67
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

**Pregunta No. 24 APOYO QUE RECIBE LA FAMILIA
PARA ATENDER AL PACIENTE**



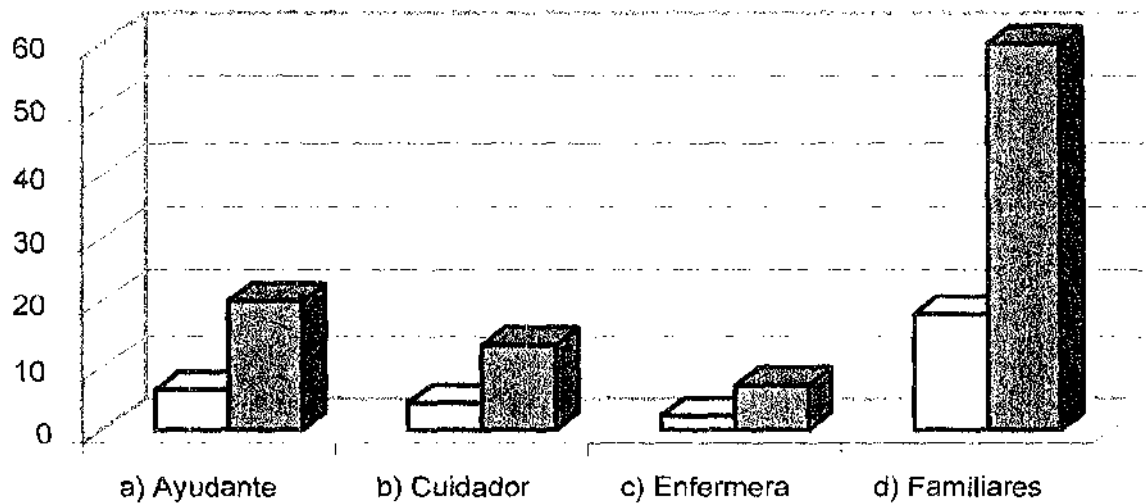
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No.25 PERSONA QUE CUIDA AL PACIENTE EN EL DOMICILIO

OPCIONES	F (x)	%
a) Ayudante domestica.	6	20
b) Cuidador.	4	13.33
c) Enfermera.	2	6.67
d) Familiares.	18	63.33
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No. 1

Pregunta No.25 PERSONA QUE CUIDA AL PACIENTE EN EL DOMICILIO



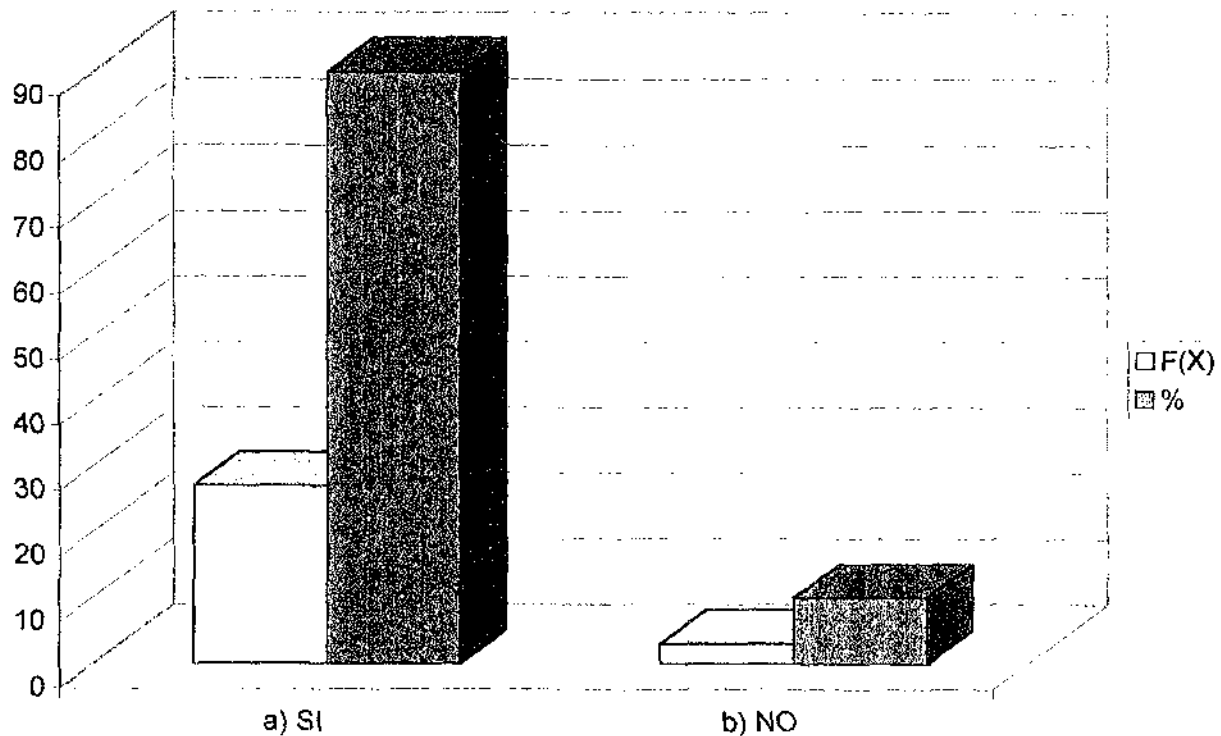
Fuente: Ibidem gráfica No. 1

Pregunta No. 26 HA CAMBIADO SU VIDA DESDE QUE SU FAMILIAR SUFRE ALZHEIMER

OPCIONES	F(X)	%
a) Sí	27	90
b) No	3	10
Total	30	100

Fuente: Ibidem cuadro No.1

Pregunta No. 26. HA CAMBIADO SU VIDA DESDE QUE SU FAMILIAR SUFRE ALZHEIMER



VI. INTERPRETACION DE RESULTADOS

El 66% de los pacientes que se encuentran en la fundación Alzheimer tienen 61 o más años de edad, mientras que el 20% entre los 51 y los 60 años de edad. El factor de riesgo más evidente para la presentación de la demencia tipo Alzheimer es la edad, estudios epidemiológicos internacionales documentan un claro incremento en su incidencia asociado a la edad.

De acuerdo al censo general de población y vivienda de 1990 en número absoluto de sujetos de 60 y más años fue de 4,988,158, dicho grupo tiene un índice de crecimiento del 2.4% lo que se traduce en un rápido crecimiento, que en aproximadamente en 50 años casi la cuarta parte de la población en nuestro país será mayor de 60 años de edad.

El 63% de las personas que presentan la enfermedad de Alzheimer, pertenece al sexo femenino, mientras que el 27% al sexo masculino. En México a partir de la segunda mitad de este siglo, la esperanza de vida se duplicó, así actualmente la expectativa de vida al nacer en México es de 72 años para las mujeres y 68 para los hombres. Por lo que podríamos decir que el sexo de los pacientes que presentan la enfermedad de Alzheimer, no es precisamente el factor de riesgo, sino que la causa de que se presente más en el sexo femenino está relacionado más bien con la esperanza de vida.

En cuanto a lo que se entiende por enfermedad de Alzheimer, el 76% respondieron que es la disminución progresiva de la capacidad de pensar, aprender, razonar que conduce a una reducción de la capacidad para cuidarse o dirigirse. Las personas encuestadas tienen idea de lo que es la enfermedad de Alzheimer, esto se debe a que en el primer contacto con la institución se les proporciona orientación acerca de la enfermedad, consideramos que se debe ampliar por otros medios la información para educar de manera más eficaz a la familia y cuidadores.

El 60% de las personas encuestadas respondieron que la enfermedad se presenta a partir de los 65 años de edad. Podríamos decir que la mayoría de los familiares respondió adecuadamente debido a que su paciente se encuentra en dicho rango de edad.

El 60% de los pacientes presentan los síntomas asociados con la enfermedad de Alzheimer, como: pensamiento abstracto afectado, capacidad de juicio, pérdida de memoria, alteración en el lenguaje, dificultad para definir palabras. El impacto de la enfermedad depende, en gran parte, de cómo era antes la personalidad del paciente, la condición física, estilo de vida. Cada uno vivirá el progreso de la enfermedad en forma distinta.

El 63% de los familiares conocen diversos estudios para diagnosticar la enfermedad de Alzheimer. El conocimiento sobre el diagnóstico tiene relación con el contacto directo de los exámenes clínicos que se le han practicado a la persona que presenta la enfermedad de Alzheimer, el cual es sometido a una evaluación detallada, ya que el diagnóstico se realiza por exclusión, por lo tanto el médico que está a cargo del paciente orienta al familiar.

En lo que se refiere a las etapas de la enfermedad el 50% de los pacientes que se encuentran en la fundación Alzheimer están en la primera etapa. La enfermedad se ha dividido en etapas, las cuales sirven como guía del avance de la demencia, esto nos permite estar alertas a problemas potenciales y así poder planificar las necesidades futuras.

En lo que se refiere a las enfermedades con mayor incidencia entre los pacientes con Alzheimer, se encuentra en un 46% las infecciones respiratorias, las caídas y los problemas para caminar. Dichas enfermedades están relacionadas principalmente con el deterioro físico que provoca la enfermedad y la edad de los pacientes ya que en los ancianos el factor de riesgo para presentar dichas enfermedades es muy alto.

El 53% de pacientes con enfermedad de Alzheimer presenta ansiedad, el 33% de enojo y el 26% comportamiento repentino y agresiones. Estas reacciones están relacionadas principalmente con los cambios de personalidad, pérdida de control social y discernimiento, pérdida de habilidad para expresarse, pérdida de habilidad para entender las acciones y habilidades de otros, por lo tanto el paciente, al sentirse limitado experimenta dichas actitudes, las cuales afectan la rutina diaria del mismo.

El 60% de las personas encuestadas desconoce el término de reacción catastrófica. La mayoría de los familiares que conviven con una persona que presenta la enfermedad de Alzheimer a pesar de que desconoce la definición de dicho término, en la práctica los pacientes presentan reacciones catastróficas con frecuencia.

El 76% de las personas encuestadas actúa de manera correcta ante una reacción catastrófica. Esto se debe posiblemente a que el cuidador o familiar a través de la convivencia diaria con el paciente, adquiere experiencias que funcionan en el momento necesario.

El 90% de las personas encuestadas considera que el bienestar del enfermo depende del bienestar del cuidador. Se ha observado que la persona con enfermedad de Alzheimer percibe el estado de ánimo del familiar o cuidador, esto se refleja de manera importante en el paciente. Por ejemplo si el cuidador se encuentra angustiado o estresado es posible que el enfermo reaccione de la misma manera.

Con respecto al estado de ánimo que más perdura en el cuidador al convivir con el paciente el 56% de las personas encuestadas siente amor por el enfermo, el 53% ternura y el 50% cansancio. La enfermedad de Alzheimer produce cambios emocionales en la familia y en el cuidador, el estrés que provoca el cuidar a una persona con este tipo de demencia es enorme. Es importante que la persona que está a cargo del paciente busque ayuda profesional, para manejar de manera adecuada el estrés, el cansancio y todos los sentimientos que nos provoca el cuidar a una persona con demencia.

El 50% de los cuidadores convive más de 6 horas diarias con el paciente, es esencial que el cuidador tenga tiempo para sí mismo. Esto le permitirá convivir con otras personas, disfrutar de sus pasatiempos favoritos y lo más importante divertirse. Si la persona que está a cargo del enfermo necesita más tiempo para descansar debe buscar a una persona que cuide temporalmente del paciente.

El 83% de los pacientes con Alzheimer conviven con familiares, amigos y vecinos, al asistir a reuniones familiares. Al interactuar con otros miembros de la sociedad la persona con enfermedad de Alzheimer se siente aceptada, es importante recalcar que el paciente sigue siendo un ser social por lo tanto, no es conveniente mantenerlo aislado, ya que al no recibir estímulo del entorno social el deterioro físico se puede acelerar.

Al 40% de los pacientes no se les permite realizar actividades de la vida diaria en el hogar. Algunas actividades de la vida diaria pueden elevar el sentido de dignidad y autoestima de la persona, dándole un propósito y un significado a la vida. El cuidador debe identificar las actividades que son del agrado del paciente y ser flexible en la planificación de las mismas.

El 63% De las personas encuestadas pertenecen al grupo de cuidadores primarios. Es importante que el cuidador primario acepte ayuda de los miembros de la familia y no lleve la carga uno solo. Si algún miembro de la familia no está ayudando porque desconoce la enfermedad puede ser útil llamar a una reunión familiar para hablar de los cuidados que se deben proporcionar al paciente.

El 50% de los familiares se sienten aptos para cuidar al paciente con Alzheimer mientras que el 50% no. Para brindar atención de calidad a una persona que presente demencia tipo Alzheimer, el cuidador debe aprender a diseñar estrategias determinadas que ayuden a controlar situaciones difíciles, esto se puede adquirir en grupos de autoayuda, en donde los cuidadores tienen la oportunidad de compartir sus

experiencias, lo cual permite tener un conocimiento más amplio, para la solución de problemas que se presenten en la vida cotidiana.

El 63% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer no asiste periódicamente al médico. Esto provoca que el paciente lleve un mal control de enfermedades propias de la edad, lo cual deteriora el estado físico del mismo, incapacitándolo de manera más rápida que en pacientes que llevan un adecuado control de dichas enfermedades.

El 76% de los familiares conoce la importancia de proporcionar una adecuada alimentación al paciente con Alzheimer, aunque el familiar debe recibir orientación para encontrar soluciones a los problemas físicos que impiden al familiar proporcionar una buena alimentación al paciente en la última etapa de la enfermedad, los problemas más importantes son: dificultad para masticar y deglutir.

El 40% de los pacientes del centro diurno se baña cada tercer día. Se observa que existe descuido en la higiene personal del paciente, lo que causa problemas infecciosos en el mismo, aunque se debe tomar en cuenta el estado de salud del paciente, pues en algunos casos esto ayuda a mantener las habilidades físicas y mentales del paciente por más tiempo.

El 63% de los pacientes es motivado con la convivencia familiar. Para estimular a la persona con enfermedad de Alzheimer, el cuidador al conocer al paciente planifica las actividades tomando en cuenta las que son del agrado del paciente, así mismo debe adaptarlas según el nivel de autonomía y las respuestas de éste.

El 63% de las personas encuestadas actúa de manera adecuada cuando el paciente sufre una caída. Los pacientes con Alzheimer tienen un alto riesgo de sufrir caídas por que se presentan problemas para caminar como: la pérdida del equilibrio, o la incapacidad para identificar lugares peligrosos.

El 53% de las personas encuestadas mantienen activo al paciente durante el día para que éste duerma por las noches. Uno de los problemas que se presenta en el paciente con Alzheimer es que se encuentra desubicado en tiempo y espacio, por lo que invierte el reloj biológico y el paciente duerme durante el día y por la noche deambula. Este problema es el que más desgasta a la familia, pues al presentarse alteraciones en el descanso y sueño al pasar el tiempo se presentan problemas de salud con la familia.

El 39% de los familiares recibe ayuda al asistir a grupos de apoyo. Es muy importante que la familia busque ayuda profesional, para conocer todo lo referente a la enfermedad, a los cuidados que se deben proporcionar al paciente, y por último cómo cuidarse uno mismo. Esto permitirá una mejor convivencia entre la familia y la persona con la enfermedad Alzheimer.

El 63% de los familiares asume el papel de cuidador primario. El cuidador primario es la persona que se hace responsable de la atención, supervisión y vigilancia del enfermo, se observó que la mayoría de los familiares que realizan el papel de cuidador primario dentro de la fundación Alzheimer, siempre manifestaron un gran interés por recibir información sobre la enfermedad, con la finalidad de tener herramientas sólidas para brindar atención de calidad al paciente en el hogar.

El 90% de las personas encuestadas manifiestan que su vida ha cambiado desde que su familiar ha enfermado. Los problemas que afectan al paciente influyen en la dinámica familiar, ya que muchas veces hay cambios de rol, lo que provoca desacuerdo y discusiones en la familia, otros problemas que generan gran tensión es el cuidado del paciente, y el factor económico.

VI. CONCLUSION

La magnitud y la gravedad de la enfermedad de Alzheimer impone la aglutinación de esfuerzo por parte de los diversos sectores sociales para hacer frente a la carga tanto moral como económica que representa el incremento del número de personas que están y estarán en riesgo de desarrollar esta enfermedad.

La vejez aunada a la pérdida progresiva e irreversible de las funciones cerebrales superiores propias del ser humano, reflejan en sí la gravedad de este tipo de pacientes. Si aún más, se toma en consideración el grado de minusvalía y discapacidad que sufren estas personas, en el que progresivamente van requiriendo de mayores cuidados para su sobrevivencia con calidad, y adicionalmente, se considera una medida de ocho años de sobre vida a partir de que son diagnosticados, sobresaliendo los elevados requerimientos familiares, sociales y económicos que son exigidos para la atención de enfermos con Alzheimer.

En México, al igual que el resto del mundo, la mortalidad por demencias ha cobrado importancia en los últimos años. Es interesante mencionar que hace 20 años se registraban menos de 40 defunciones al año en todo el país por esta causa, y en la actualidad se registran alrededor de 800. Este incremento lo podemos interpretar de dos maneras.

- 1.- Como una tendencia ascendente real pues existe un incremento en la incidencia de la enfermedad y por tanto se refleja en incremento en el número de defunciones.
- 2.- Se trata de un cambio artificial en la tendencia, pues los criterios diagnósticos de han modificado y en la actualidad, en el momento de llenar un certificado de defunción, se piensa más en la demencia como causa que acompaña a la muerte.

El paciente de Alzheimer requiere de cuidados continuos, atención constante y apoyo emocional de su familia, al mismo tiempo, también necesita protección y ayuda al volverse cada vez más dependiente.

Es importante que la persona encargada del cuidado del paciente, complementa su atención con diversas terapias, como la asistencia de un profesional de la salud mental y/o médico pueda prescribir medicamentos adecuados cuando el enfermo sufra algún trastorno de tipo emocional

El apoyo de enfermeras, psicoterapeutas, médicos y miembros de la familia es indispensable.

Para cuidar paciente, los encargados de ello también deben aceptar la confusión, el temor, la frustración, la ira y la vergüenza que pueda asaltarlos. Con tristeza se observa la lenta desaparición de las características que hacían única la personalidad de un ser amado, así mismo se sienten culpables por no poder hacer más por él.

Al igual que la profesión médica está limitada por sus conocimientos, los encargados de la atención del enfermo también se encuentran limitados en su capacidad sobre qué es lo que puede ofrecer, razonablemente al paciente de Alzheimer.

Nuestro consejo como prestadores del servicio de salud es, en primera instancia educación principalmente a: Médico, enfermeras, Cuidadores, Familia ya que en conjunto daremos una mejor calidad vida al paciente.

En segundo lugar buscar grupos de apoyo principalmente la familia ya que es muy difícil aceptar que alguien querido tenga esta enfermedad, saber que no están solos es importante y más lo es el hecho de conocer que cuentan con alguien que los entienda, ya que son personas que puedan llegar a vivir experiencias similares, dándose así intercambio de ideas y de igual manera alternativas de solución.

Tercero y más importante el autocuidado, ya que el manejo de este tipo de pacientes es desgastante pudiéndonos ocasionar problemas tales como: depresión, angustia, desesperación, sentimientos de culpa, etc. Salir de la rutina para el paciente puede ser catastrófico, en cambio para la persona encargada de su cuidado es benéfico ya que permite el descanso físico como mental.

Como las enfermedades demenciales llegan a ser tan engañosas aún para las personas cercanas al enfermo, es sumamente importante efectuar una evolución psicológica para conocer la condición mental de la persona y tener bases para planear en forma realista su situación futura.

VII. RECOMENDACIONES

- El conocimiento de la enfermedad ayuda a dar una mejor calidad de vida.
- Conocer centros de ayuda para pacientes con la enfermedad Alzheimer.
- El diagnóstico oportuno en las primeras etapas de la enfermedad pueden ayudar a retrasar un deterioro de evolución rápida.
- La estimulación es fundamental en este tipo de pacientes, ya que si no se revierte el daño, puede ser controlable por algún tiempo.
- El control médico, en las patologías propias del envejecimiento no da la oportunidad de detectar si alguna de ellas puede ser condicionante para algún tipo de demencia.
- Realizar cursos de capacitación para familiares de pacientes con la enfermedad Alzheimer, siendo esta información lo más actualizada posible.
- Sensibilizar a la población en general para la aceptación de este tipo de enfermedad.
- Educar a la familia en el cuidado personal del paciente.
- Actualización del personal hospitalario (médico, enfermeras, psicólogos) para la adecuada atención del paciente.

- La alimentación es fundamental para todo organismo vivo; en el anciano sus necesidades nutricionales se modifican, y si aunamos que es un paciente con Alzheimer; considerando la etapa en la que se encuentre, la alimentación es diferente. Por ello, el apoyo de un nutriólogo en las instituciones encargadas del cuidado de las personas es indispensable.
- Asistir a terapias de apoyo para el cuidador y la familia.

FUNDACIÓN ALZHEIMER "ALGUIEN CON QUIEN CONTAR"

División del Norte No. 1044,

Col. Narvarte, México D.F

Tels: 575 8323 575 8320

VIII.ANEXO.

EDUCACIÓN QUE PROPORCIONA ENFERMERÍA AL FAMILIAR DEL PACIENTE CON ALZHEIMER

Objetivo: Conocer si la familia cuenta con la información básica para el manejo del paciente con la enfermedad de Alzheimer.

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y selecciones el inciso que usted considere correcto, algunas de ellas tienen más de una sola respuesta . Gracias.

Nombre del paciente:

Edad del paciente:

Ocupación anterior:

1. ¿Qué entiende por la enfermedad de Alzheimer?
 - a. Locura
 - b. Es la disminución progresiva de la capacidad de pensar, aprender, razonar, que conduce a una reducción de la capacidad para cuidarse o dirigirse.
 - c. Es la incapacidad para recordar las cosas y perdida de movimiento

2. ¿Sabe usted a que edad se puede presentar la enfermedad de Alzheimer?
 - a. 20-30 años
 - b. 40-60 años
 - c. 65 o más
 - d. no sé

3 Mencione que síntomas ha observado que se presentan en su paciente

- a. Pensamiento abstracto afectado
- b. Dificultad para definir palabras
- c. Capacidad de juicio afectado
- d. Alteraciones del lenguaje
- e. Pérdida de memoria
- f. Disminución de peso
- g. Presión arterial elevada
- h. Dolor abdominal frecuente
- i. Disminución de la agudeza visual
- j. Falta de apetito
- k. Dolor de cabeza
- l. Insomnio
- m. Olvidos

4 ¿Sabe usted como se diagnostica la enfermedad de Alzheimer?

- a. Biopsia postmortem
- b. Evaluación neuropsicológica
- c. Diagnóstico neurológico
- d. Diagnóstico clínico (Tomografía, resonancia, etc.)
- e. Todas las anteriores

5. ¿ En que etapa considera que se encuentra su paciente?

- a. Es autónomo, solo se le olvidan hechos recientes
- b. Dificultad en el habla, no sabe cambiarse, se le dificulta comunicarse
- c. Depende totalmente de alguien esta inmovilizado

6. ¿ Cuáles considera usted que son las enfermedades más comunes que se presentan en los pacientes con Alzheimer?

- a. Diarreas
- b. Gastritis
- c. Infecciones respiratorias
- d. Infecciones digestivas
- e. Caídas
- f. Incontinencia urinaria y fecal
- g. Problemas para caminar
- h. No sé

7. ¿ Cuáles son las reacciones que más comúnmente presentan los pacientes con Alzheimer?

- a. Alegría
- b. Tranquilidad
- c. Emoción
- d. Agresiones
- e. Comportamiento repentino
- f. Tristeza
- g. Ansiedad
- h. Celos
- i. No sé

8. ¿ Sabe usted que es una reacción catastrófica?

- a. Si
- b. No

Especifique:

9. ¿ Que debe hacer cuando el paciente tiene un comportamiento repentino?

- a. Gritarle
- b. Sujetarlo
- c. Hablarle tranquilo
- d. Tratar de tranquilizarlo
- e. Reducir al mínimo el estrés
- f. Alejar al paciente con calma, tranquilidad y sin prisa
- g. Sacarlo a pasear

10. ¿ Cree usted que el bienestar del enfermo depende del bienestar de usted?

- a. Si
 - b. No
- Especifique.

11. ¿Cuál es el estado de ánimo que más le dura al estar con su paciente?

- a. Soledad
- b. Cansancio
- c. Tristeza
- d. Ira
- e. Resentimiento
- f. Amor
- g. Ternura
- h. Compasión
- i. Culpa

12. ¿Cuántas horas convive con su paciente?

- a. 1-3 horas
- b. 4-6 horas
- c. Más de 6 horas

13. ¿Con quién convive el paciente?

- a. Cuidador
- b. Familia, amigos, vecinos
- c. Con nadie

14. ¿Qué actividades realiza el paciente en su casa?

- a. Tiende su cama
- b. Barre
- c. Ayuda a la preparación de los alimentos
- d. No quiere participar
- e. No permitimos que haga nada

15. ¿Es usted cuidador primario (entendiendo por ello la persona que se encarga directamente de su atención)?

- a. Si
- b. No

16. ¿Se considera usted apto para cuidar a su paciente?

- a. Si
- b. No

Especifique:

17. ¿Con que regularidad lleva usted al paciente al médico?

- a. Cada mes
- b. Cada 6 meses
- c. Sólo cuando lo necesita
- d. Se niega a ir

18. ¿ Por qué es importante que su paciente tenga una buena alimentación?

- a. Para que se encuentre más fuerte
- b. Para proporcionarle todos los nutrientes que son necesarios evitando así la pérdida de peso y alguna enfermedad causada por desnutrición
- c. Para que se encuentre sano

19. ¿ Con que regularidad baña a su paciente?

- a. Diario
- b. Cada tercer día
- c. Cada semana
- d. Se rehusa

20. Mantener en movimiento al paciente es importante porque:

- a. Lo mantiene tranquilo

- b. El ejercicio le ayuda a tener mejor circulación y disminuye el riesgo de contracturarse
- c. Para mantenerlo activo

21. ¿Cómo considera usted que debe ser motivado su paciente?

- a. Escuchar música
- b. Ayudarlo a colorear
- c. Recortar
- d. Convivencia con los demás miembros de la familia
- e. Mantener al paciente aislado
- f. Sujetarlo para evitar una crisis

22. ¿Qué debe hacer si su paciente se cae?

- a. Levantarlo y llevarlo a un lugar seguro
- b. Mantener la calma
- c. Observar si se ha lastimado
- d. Evitar un comportamiento repentino
- e. Llamar al médico
- f. Desesperarse

23. ¿Qué hace usted para que el paciente duerma por la noche?

- a. Ministrarle algún medicamento
- b. Mantenerlo activo durante el día
- c. No permitirle que duerma durante el día
- d. Lo acompaña a lugares de distracción
- e. No hacerle caso

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

- BURNS, E. M. y otros. Enfermería geriátrica. Ed. Morata. México, 1980. 250 p.p.
- CAPE, Roland. Geriatría. Ed. Salvat editoriales. 2da. Ed. México, 1982. 258 p.p.
- CARNEVAL, Doris, Patrick Maxine. Tratado de enfermería Gerátrica. Ed. Interamericana. 2da. Ed. México, 1988. 755 p.p
- CARVAJAL, Rosas Cuando la Realidad se Aleja. Querétaro, Qro. 1996. 84 p.p.
- CONI, Nicholas. Geriatría. Ed. Manua Moderno. 2da. Ed. México, 1984. 239 p.p.
- COWDRY, E. El cuidado del paciente. Grátrico. Ed. Fournier. 2da. Ed. México, 401 p.p.
- DARMAUTH INSTITUTE FOR BETTER HEALT Guía Médica y de Salud para Mayores de 50 años. Ed. Trillas, 1994. 365 p.p.
- DOVAL, Meze y Williams Davison Geriatría. Ed. Manual Moderno. 3ra. Ed. México, 1992. 260 p.p.
- GARCÍA, Hernández Misericordia y otros. Enfermería Geriátrica. Ed. Salvat. México, 1981. 144 p.p.
- HERRERA, Pantoja Martín. Geriatría. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1981. 144 p.p.
- JUDE, M. Medicina del Paciente Geriátrico. Ed. P.L. M. S .A. México. 1981. 144 p.p.
- LARREDERECHE, Gabriela. Todavía queda Mucho que Compartir. Ed. Jus. México, 1992. 46 p.p.
- LOZANO, Arturo. Introducción a la Geriatría. Ed. Méndez. S:A: de C: V: México, 1992. 309 p.p.

- MACE, Nancy. Cuando el Día Tiene 36 horas. Ed. Pax México. 2da. Ed. 1997. 374 p.p.
- MEZEY, Marthy. Enfermería Geriátrica. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1984. 174 p.p.
- NORMAN, Smith y Mare Weiser. Tratado de Geriatria. Ed. Pediática. España. 1988. 550 p.p.
- PIETRO, De, N. Fundamento de Gerontología y Geriatria. Ed. Jims. España 1979. 159 p.p.
- POWELL, Leonore. Enfermedad de Alzheimer una Guía para la familia. Ed. Pax, México 1996. 302 p.p.
- TAUSSIG, Maribel. La Enfermedad de Alzheimer ¿Qué es y como se sobrelleva?. Ed. Calcomañías Carigú S. A. de C.V. Hermosillo Sonora México, 1995. 136 p.p.
- THOMAS, linda. Atención al Paciente Geriátrico. Ed. Limusa México 1991. 136 p.p.
- VANDER, C, y otros. Manual Clínico de Geriatria. Ed. Manual Moderno México. 1994, 377 p.p.