



**ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESUS
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CLAVE 3295-12**



TESIS

ENFERMEDAD DE ALZ-HEIMER

**PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

PEREZ NAVARRO YADIRA

ASESOR DE TESIS

MED. MEDINA CAMPOS MIGUEL ANGEL



MEXICO, D.F. 2005.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE DEL AÑO 2005.

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS.
L. E. O. MARÍA ISABEL HERNANDEZ GARDUÑO.
JEFA DE SERVICIOS ESCOLARES.
P R E S E N T E.**

ADJUNTO A LA PRESENTE, ME PERMITO ENVIAR A USTED, LA TESIS PROFESIONAL:

TESIS
ENFERMEDAD DE ALZ-HEIMER

ELABORADO POR:

PÉREZ NAVARRO YADIRA

UNA VEZ REUNIDOS LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA LEGISLACIÓN UNIVERSITARIA, APRUEBO SU CONTENIDO PARA SER PRESENTADA Y DEFENDIDA EN EL EXAMEN PROFESIONAL QUE SUSTENTA PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

ATENTAMENTE

MED. MEDINA CAMPOS MIGUEL ANGEL.

Doy gracias a Dios

Por haberme permitido terminar una etapa más de mi vida y que siempre estuvo mi lado.

A tí papá y mamá

Por el apoyo incondicional que me brindaron en todo momento, por esos consejos invaluable, por su gran ejemplo, por darme palabras de aliento en los momentos mas difíciles, por darme su tiempo y su atención, por ser los padres mas maravillosos que existen en el mundo.

A mis hermanas

Anita por contar con tu apoyo en todo momento.

Rebe por darme momentos de alegría con tus travesuras y risas que me llenan de felicidad, las quiero mucho.

A mis abuelitos y abuelita

Por darme una gran familia y apoyo moral.

A mis padrinos

Por estar siempre pendiente de mí.

A mis tíos y tías

Por brindarme su cariño y apoyo.

A mis primos

Por todos esos momentos de alegría que hemos pasado juntos.

Al Hospital de Jesús, y a la Escuela de Enfermería y Obstetricia, a cada uno de mis profesores que estuvieron presente en mi formación universitaria desde el inicio y hasta el final de mi carrera.

BENDICIONES DEL ANCIANO

- Benditos sean aquéllos que entienden lo torpe de caminar y la poca firmeza de mi pulso.
- Benditos sean aquéllos que comprenden que ahora mis oídos se esfuerzan por oír las cosas que ellos dicen.
 - Benditos sean aquéllos que parecen comprender que mis ojos están empañados y mi sentido del humor es limitado.
- Benditos sean aquéllos que disimulan cuando derramo el café sobre la mesa.
- Benditos sean aquéllos que con la sonrisa amable se detienen a charlar conmigo unos instantes.
- Benditos sean aquéllos que comprenden mis fallas de memoria y nunca me dicen “ya has repetido la misma historia dos veces”.
- Benditos sean aquéllos que saben despertar recuerdos de un pasado feliz.
- Benditos sean aquéllos que me hacen saber que soy querido y respetado y que no estoy solo.
- Benditos sean aquéllos que saben lo difícil de encontrar fuerzas para llevar mi cruz.
- Benditos sean aquéllos que con amor me permiten esperar tranquilo el día de mi partida.

Autor: F.C. Foster.

CAPITULADO

Introducción	4
Capítulo I	
Planteamiento del problema:.....	7
Objetivo General:.....	8
Objetivos Particulares:.....	9
Hipótesis:	10
Variables Independientes:	11
Variable Dependiente:	11
Indicadores:	11
Capítulo II	
Antecedentes Históricos.....	13
Capítulo III	
Generalidades anatómicas y fisiológicas del Sistema Nervioso	16
Envejecimiento del Sistema Nervios Central Normal	17
La Memoria.....	18
El Recuerdo.....	19

Olvido y Retención	20
Criterios para establecer el Grado de Demencia.....	21
Tipos De Demencia.....	25
Capítulo IV	
Demencia Tipo Alz-Heimer	33
Fisiopatología.	37
Las Tres Etapas De La Enfermedad De Alz-Heimer.	38
Complicaciones.	41
Pruebas Diagnósticas.	42
Aspectos Terapéuticos.	45
Recomendaciones Generales.....	46
Aspectos Legales.	50
Aspectos Financieros.	56
Capítulo V	
Intervenciones De Enfermería, Orientación A La Familia.....	59
Capítulo VI	
Intervenciones de Enfermería en cuestión de Rehabilitación.....	94

Capítulo VII

Diagnósticos de Enfermería, Resultados e Intervenciones	114
Conclusiones	134
Anexos	
Anatomía de la Neurona.....	135
Grafica del olvido y recuerdo	138
Tomografía de una paciente con Alz-Heimer.....	137
Cansancio del Rol del Cuidador o Síndrome de Bournout	139
Directorio de instituciones y organizaciones	151
Síndrome del anochecer de los pacientes con demencia	157
Glosario	159
Fuentes de consulta.....	162

INTRODUCCIÓN

Por medio de la investigación bibliográfica se logró recabar información muy importante sobre la Demencia Tipo Alz-Heimer, la cual en años pasados aparecían esporádicamente casos de personas con esta enfermedad y que era muy difícil de diagnosticar por los médicos, pues no se contaban con los suficientes recursos para ello, en la actualidad con la ayuda de diversos estudios se puede lograr detectar la demencia y tratarla para prolongar su aparición totalmente, en la población mexicana a aumentado significativo el numero de personas que la padecen.

Aquí, podemos encontrar cuales son los signos y síntomas que se presentan en esta Demencia, su terapia farmacológica, etc. así como también las Intervenciones a realizar tanto por Enfermería como de los familiares que tienen a su carga a un ser querido con estas características.

El tener a un familiar con esta patología irreversible ocasiona problemas emocionales y económicos para la (o) o las (o) personas que tienen a su cargo un paciente demenciado, lo que tienen por resultado la aparición del Síndrome de Burnout o del Cuidador del cual se hablará más ampliamente en los capítulos siguientes.

Este trabajo fue realizado porque en nuestro país México la pirámide poblacional se está invirtiendo, lo que ocasionará en cierto momento que haya solo población adulta en plenitud y teniendo en cuenta el estilo de vida que llevan tanto hombres como mujeres no están exentos de padecer la Demencia de Alzheimer.

CAPITULO I

- **Planteamiento Del Problema.**
 - **Justificación.**
 - **Objetivo General.**
 - **Objetivo Particular.**
 - **Hipótesis.**
- **Variables Independientes.**
- **Variables Dependientes.**

Planteamiento del problema:

Deberán de tener los conocimientos suficientes, enfermeras que laboran en Instituciones de Salud, tanto Licenciadas como de nivel Técnico y Auxiliares con respecto a todo tipo de demencias por medio de cursos, charlas, diplomados, etc, para que así se les pueda brindar una atención de calidad a los usuarios que asistan a cualquier Institución que tengan este tipo de padecimientos.

Objetivo General:

Proporcionar al personal de enfermería que labora en Instituciones de salud con pacientes geriátricos a que tengan un conocimiento acerca de los tipos de demencias y criterios de estas, así como las intervenciones independientes, dependientes necesarias para los pacientes, por medio de trípticos, charlas, diplomados, además la carta de derechos de personas con discapacidad, tomando en cuenta que la familia siendo el núcleo principal de la sociedad juega un papel muy importante en los pacientes; obteniendo como resultado una atención de calidad a nuestros agentes de cuidado.

Objetivos Particulares:

- Identificar cuales son las causas que originan la demencia de Alz-Heimer en los adultos mayores.

- Difundir a todo el personal de salud cuales son las técnicas de rehabilitación para pacientes que padecen la demencia de Alz-Heimer.

- Difundir la aplicación de las técnicas de rehabilitación para adultos en plenitud con Alz-Heimer según los criterios de estas.

- Dar a conocer la carta de los Derechos de los Pacientes.

Hipótesis:

A mayor información a cerca de la demencia Alz-Heimer, mejorará la atención con pacientes que la padezcan.

Variables Independientes:

Mayor información

Variable Dependiente:

Mejorará la atención.

Indicadores:

Mayor: que excede a una cosa en cantidad y calidad.

Información: comunicar, dar noticia de alguna cosa.

Mejorará: hacer que algo sea mejor de lo que era.

Atención: proporcionar cuidados de calidad.

CAPITULO II

- **Antecedentes Históricos.**

Antecedentes Históricos

El concepto de demencia del latín de *mentis*, fuera (de control) de la mente. Han pasado ya 150 años, para poder designarle una manera general a cualquier trastorno mental grave, y se ha llegado a que es un síndrome adquirido caracterizado por el déficit de las funciones cognitivas.

En el siglo XIX se le atribuyó a Esquillero la diferencia entre retraso mental y demencia.



el siguiente, en continuar con los estudios fue Alois Alz Heimer, que nació en Morktbreiten, Alemania el 14 de Junio de 1864 y murió a causa del mal funcionamiento de los riñones el 19 de Diciembre de 1915.

En 1888 fue nombrado médico asistente en el Sanatorio Municipal para dementes y epilépticos. La expresión “Morbus Alz Heimer” se basaba en el antiguo caso de una paciente de 51 años de edad, quien fue admitida en la clínica, con síntomas de demencia. Su conferencia que dio en el “37 congreso de médicos de Dementes del sur occidental de Alemania”, tenía como título “Sobre una enfermedad específica de la corteza cerebral”. Más adelante fue propuesta por Emil Kraepelin, denominada la demencia pre-senil “Morbus Alzheimer”.

Tras los estudios realizados a lo largo del tiempo se ha descubierto que fundamentalmente la enfermedad que se presenta en los pacientes en un 70 %, presentan como único hallazgo neuropatológico las placas seniles y ovillos neurofibrilares.

En cuanto a la prevalencia tenemos que Estados Unidos y Canadá tienen el cuarto lugar de mortandad en casos de demencia. En España hay unos 800.000 enfermos de Alz-Heimer y otras demencias similares, pero los afectados son mucho más, millones de familiares que asumen una carga física, psicológica y económica difícil de soportar. Es también el caso de México que tiene registrados 350.000 personas que la padecen y que tampoco cuenta con los recursos económicos suficientes para poder darle una atención adecuada. Y si bien afecta a jóvenes, pues se han detectado casos entre 30 y 50 años, su incidencia es mayor a partir de los 65 años. (IV).

CAPITULO III

- **Generalidades Anatómicas Y Fisiológicas Del Sistema Nervioso.**
 - **Envejecimiento Del Sistema Nervioso Central Normal.**
 - **La Memoria.**
 - **El Recuerdo.**
 - **Olvido Y Retención.**
 - **Criterios.**
 - **Tipos De Demencia.**

Generalidades anatómicas y fisiológicas del Sistema Nervioso

El sistema nervioso central se separa en dos divisiones: el sistema nervioso central (SNC), que incluye el encéfalo y la medula espinal, y el sistema nervioso periférico (SNP). Este se subdivide en el sistema nervioso somático o voluntario y el sistema autónomo o involuntario. La función del Sistema Nervioso es controlar todas las actividades motoras, sensoriales, cognoscitivas y conductuales, este sistema tiene cerca de 10 millones de neuronas sensoriales que alimentan al cerebro sobre el ambiente interno y externo, y cerca de 5000 000 neuronas motoras que controlan los músculos y glándulas del cuerpo. El encéfalo por si mismo contiene más de 20 millones de células nerviosas que unen las vías motoras y sensoriales, vigilan los procesos corporales, responde al ambiente externo, manteniendo la homeostasis y dirigen toda la actividad fisiológica, biológica y física a través de mensajes químicos y eléctricos. [Ver anexo #1].

(5, 9,11, 16, 19).

Envejecimiento del Sistema Nervios Central Normal

La estructura y funcionamiento del sistema nervioso central cambian con el envejecimiento. La disminución progresiva de la masa encefálica se atribuye a la muerte de neuronas. Existe una reducción en la síntesis y metabolismo de los neurotransmisores principales. Los impulsos nerviosos se conducen en forma más lenta y, por tanto, los ancianos tardan más en responder y reaccionar. El sistema nervioso autónomo se desempeña con menor eficacia y puede ocurrir hipotensión postural, lo cual ocasiona que la persona se sienta mareada si se pone de pie con rapidez. La isquemia cerebral con aturdimientos relacionados, puede inferir en la movilidad y seguridad. La homeostasis es más fácil de mantener, pero en ausencia de cambios patológicos, la persona de edad avanzada actúa de manera adecuada y conserva sus capacidades cognitivas e intelectuales.

Junto con los cambios del sistema nervioso, se presenta reducción del flujo sanguíneo cerebral.

La función mental es amenazada por el estrés físico o emocional.

La esperanza de vida en los ancianos depende en gran parte de nuestra actitud hacia ellos, del afecto con que se les trate, de dialogar con ellos para que tengan oportunidad de expresarse, hacerles ver que los recursos con los que cuentan, forman un sentido de vida; de reconocerles un lugar dentro de la familia y de integrarlos a los sociedad como personas dignas e importantes. (4, 5, 6, 8, 11, 16, 19)

La Memoria

Sin memoria repetiríamos los errores y no seríamos capaces de aprender, también no podríamos recordar los éxitos, fracasos, solo de forma repentina. El aprendizaje y la memoria van muy relacionadas veamos:

El aprendizaje es la capacidad de adquirir conocimientos o habilidades mediante la enseñanza o la experiencia, el aprendizaje está muy relacionado a castigos o recompensas.

La memoria es la capacidad de recordar cosas, para que una experiencia pueda formar parte de nuestra memoria tiene que producir cambios importantes en el encéfalo que represente la experiencia, a esta nueva parte ocupada por la memoria se le llama engrama. La parte del encéfalo que parece asociada con la memoria es la corteza de asociación de los lóbulos frontal, parietal, occipital y temporal, zonas del sistema límbico, particularmente el hipocampo y el núcleo amigdalino y el diencefalo. (2, 6, 8)

La memoria se divide en dos clasificaciones:

Memoria a corto plazo: solo dura segundos u horas y es la capacidad para recordar fragmentos de información; un ejemplo es el descubrimiento de un número telefónico no familiar en una agenda telefónica, si no tiene importancia significativa se olvida en pocos segundos.

Memoria a largo plazo: dura días o años, por ejemplo si se utiliza con frecuencia un número telefónico suele permanecer como parte de nuestra memoria a largo plazo. Cuando esta información se guarda en nuestra memoria de largo plazo se puede utilizar cuantas veces se quiera.

El esfuerzo debido al uso frecuente de la información recibe el nombre de consolidación de la memoria. (2, 6, 8)

El Recuerdo

El recuerdo es una respuesta a estímulos. Este tipo de memoria es la más fácil de comprobar. En la vida cotidiana se revela con facilidad el recuerdo; se pueden recordar hechos que ocurrieron hace mucho tiempo utilizando los sentidos, estos se dan a través de estímulo-respuesta. (2, 6, 8)

Olvido y Retención

El olvido comprende lo verbal y lo no verbal. En general el aprendizaje motor se retiene más tiempo y con mayor grado de destreza que el aprendizaje verbal.

Podemos retener fragmentos de una canción, un poema, una lectura pero con el paso del tiempo se van olvidando muchas o algunas partes de la canción, del poema, de la lectura, esto pasa porque los detalles en la memoria pasan rápidamente si no nos son de importancia, pero no pasa nada porque ocurra esto.

En la Curva del Olvido [Ver anexo # 2] se puede observar esta característica en particular: La distancia de la curva (arriba) de la línea básica indica la cantidad de información retenida, después del aprendizaje en varios periodos de tiempo. Durante las primeras horas posteriores del aprendizaje se pierde la mayor parte de lo aprendido. (Según Ebbinghaus).

Olvidamos porque otras cosas se interfieren en el camino del recuerdo o también porque no aprendemos bien en un principio o porque intervienen factores emocionales, en la escuela cuando se va a presentar un examen, se olvida porque no hubo una revisión adecuada del tema.

Investigaciones que se han realizado indican que gran parte del olvido se debe a que no se descansa adecuadamente, por eso es conveniente dormir para retener mejor las cosas. (2, 6, 8).

Criterios para establecer el Grado de Demencia

Los trastornos del Sistema Nervioso Central se caracteriza por el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos (que incluyen el deterioro de la memoria) que se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a los efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías por ejemplo: efectos combinados de una enfermedad cerebro vascular y la enfermedad de Alz-Heimer. (5, 3)

Para establecer diagnósticos de demencia hay varios criterios:

Criterio A: Se caracteriza por el deterioro de la memoria que es el síntoma más precoz y prominente. La persona tiene deteriorada la capacidad para aprender información nueva y olvidan el material aprendido previamente. Estas personas pueden perder objetos de valor como la cartera o las llaves, olvidan la comida que están cocinando y pueden perderse en lugares que no le son familiares. En la demencia avanzada el sujeto olvida su ocupación, el grado de escolaridad, los aniversarios, los familiares o en ocasiones su propio nombre.

Criterio A2: El deterioro del lenguaje (afasia) puede presentarse por dificultades en la pronunciación de nombres de sujetos u objetos. El lenguaje puede ser vago o vacío, con largos circunloquios y uso de términos de referencia indefinida como “cosa” y “ello”. Puede estar comprometida tanto la comprensión del lenguaje hablado y escrito como la repetición del mismo. En la fase avanzada la persona puede enmudecer o presentar un patrón de lenguaje deteriorado, caracterizado por ecolalia (repite lo que oye) o palalia (repite sonidos o palabras una y otra vez).

Criterio A2b: La persona puede presentar apraxia (deterioro de la capacidad de ejecución de las actividades motoras, a pesar de que las capacidades motoras, la función sensorial y la comprensión de la tarea a realizar estén intactas). Su capacidad en el uso de objetos, por ejemplo: usar cepillo para peinarse, así como la actividad constructiva de actos motores conocidos, por ejemplo: movimientos de manos, la apraxia puede conducir a déficit en cocinar, vestir y dibujar.

Criterio A2c: La persona puede presentar agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de los objetos, a pesar de que las funciones sensoriales estén intactas). La persona puede tener una agudeza visual excelente pero ha perdido la capacidad de reconocer a su familia y a su propia imagen frente al espejo.

Criterio A2d: La alteración de la actividad constructiva (de ejecución), que pueden estar manifestadas y relacionadas con el lóbulo frontal o de las vías subcorticales asociadas. La actividad de ejecución implica la capacidad de pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y tener un comportamiento complejo. El deterioro del pensamiento abstracto puede manifestarse por la incapacidad para afrontar situaciones nuevas y evitar situaciones que requieran el pensamiento de información nueva y compleja.

Los items de los criterios A1 (deterioro de la memoria) y A2 (afasia, apraxia, agnosia o alteraciones de la actividad de ejecución) deben ser lo suficientemente graves como para provocar un deterioro importante de la actividad social o laboral. Como por ejemplo: ir a la escuela, al trabajo, ir de compras, vestirse, bañarse, manejar temas económicos y otras actividades de la vida diaria.

Criterio B: La naturaleza y el grado de deterioro varían y en ocasiones dependen del marco social del sujeto.

Los múltiples deterioros cognitivos de la demencia se suelen asociar a ansiedad, depresión y trastornos del sueño. La prevalencia de las diversas causas de demencia son por ejemplo: infecciones, deficiencias nutricionales, lesiones traumáticas cerebrales, enfermedades endocrinas, enfermedades cerebrovasculares, trastornos conmocionales, tumores cerebrales, abuso de sustancias tóxicas.

La edad de inicio de la demencia depende de la etiología, pero habitualmente es tardía, con mayor prevalencia por encima de los 85 años.

Las demencias son poco frecuentes en niños y adolescentes, pero pueden presentarse como resultado de enfermedades medicas como por ejemplo: lesión cerebral, tumores cerebrales, infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Evento Vascular Cerebral (EVC) y adenoleucodistrofias.

La demencia debe distinguirse del deterioro fisiológico de las funciones cognoscitivas que se producen en el envejecimiento (como déficit cognoscitivo relacionado con la edad). El diagnostico de demencia solo se justifica si hay pruebas evidentes que demuestren que el deterioro cognoscitivo y de la memoria es mayor que el que cabe esperar debido al proceso normal del envejecimiento, y si los síntomas provocan un deterioro de la actividad laboral y social. (5, 3)

Tipos De Demencia

DEMENCIA IRREVERSIBLES

Enfermedad de Parkinson:

Es un trastorno de movimientos neurológicos progresivos que eventualmente conduce a incapacidad. Entre los diversos tipos de la Enfermedad de Parkinson, la forma ideopática o degenerativa es la más común. Aunque no se conoce la enfermedad, las investigaciones sugieren diversos factores causales, lo que incluye la genética, aterosclerosis, excesivos radicales de oxígeno libre, infecciones virales, traumatismos cefálicos, uso crónico de medicamentos antipsicóticos y ciertas exposiciones ambientales. Los síntomas del Parkinson por lo general aparecen por primera vez a los 50 años de edad; sin embargo se han diagnosticado casos a los 30 años de edad. Ocupa el cuarto lugar de frecuencia entre las enfermedades neurodegenerativas. La enfermedad de Parkinson afecta más a menudo a los hombres que a las mujeres y a cerca del 1% de la población mayor de 65 años de edad. (4, 7, 8, 12)

Enfermedad de Huntington o corea hereditaria, crónica y progresiva

Es una enfermedad hereditaria y degenerativa del cerebro originada por un gen dominante. Lo que significa que la mitad de todos los descendientes de una persona afectada desarrollarán la enfermedad. Este gen lleva a la degeneración de las células nerviosas en el cerebro, especialmente en el control del sistema motor. Se presenta en los años primarios y medios de la edad adulta aunque a veces se presentan antes de estas etapas. Los primeros síntomas son ligeras sacudidas de los músculos de la cara. Es gradualmente progresiva, tarda alrededor de 20 años en desarrollarse hasta que los movimientos de retorcimiento y sacudida llegan a ocasionar incapacidad. Como una regla general la demencia se desarrolla paralelamente a las alteraciones motoras y se va dando una creciente incapacidad tanto por los movimientos involuntarios como por los cambios mentales que ocasiona la muerte después de muchos años, no existe tratamiento.

(4, 7, 8, 12)

Enfermedad de Wilson

Es una anomalía hereditaria en la excreción hepática de cobre dando como resultado acumulaciones tóxicas del metal en el hígado, cerebro y otros órganos. Los efectos tóxicos en el hígado se manifiestan en hepatitis aguda y cirrosis. Cuando se encuentra en el cerebro el exceso de cobre está distribuido por todas partes.

Esta enfermedad afecta predominantemente a gente joven. La acumulación excesiva de cobre en los tejidos parece ser la causa de los cambios. Sus rasgos comunes son parálisis momentánea, rigidez, babeo, dificultad para deglutir y para pronunciar, así como alteraciones psiquiátricas. Los pacientes mueren por los efectos de la toxicidad de cobre en el sistema nervioso central con poca o ninguna evidencia del mal funcionamiento del hígado, pero en la mayoría de los pacientes se hace evidente una seria enfermedad del hígado, los pacientes que sobreviven más tiempo presentan cirrosis hepática. (4, 7, 8, 12)

Demencia Multi-Infarto

La segunda causa mas común de demencia, estudios post-mortem realizados, han encontrado que representa de 15 al 20% de casos de demencia. Anteriormente esta demencia era conocida como “endurecimiento de las arterias”.

La demencia Multi-Infarto ocurre cuando una persona sufre una serie de infartos por oclusión de arterias en el cerebro. Con frecuencia los infartos son tan pequeños que no se observan cambios evidentes y las personas que los han sufrido no desarrollan necesariamente una demencia.

La causa se desconoce aunque se cree que los factores de riesgo son los mismos que los de las enfermedades del corazón: hipertensión, dieta alta en colesterol, sobrepeso, tabaquismo y sedentarismo.

En algunas personas con demencia se ha encontrado el daño cerebral de ambas enfermedades tanto de Alz-Heimer como de la demencia multi-infarto. (4, 7, 8, 12)

Enfermedad de Pick

Su inicio ocurre entre los 40 y 60 años, su desarrollo ocurre en un lapso de 6 a 12 años y se afectan áreas cerebrales diferentes a las del Alz-Heimer, en esta existe una disminución extendida de la corteza cerebral, mientras que en los pacientes con la enfermedad de Pick lo que se afecta son los lóbulos temporales (comprensión y creación del lenguaje verbal, conocimientos de las sensaciones olfatorias y acústicas) y frontales (creación del pensamiento abstracto, indiferencia, inestabilidad emocional).

Su origen se desconoce. (4, 7, 8, 12)

DEMENCIAS REVERSIBLES

Delirio y Demencia Reversible

Esto se refiere a un deterioro intelectual, sus síntomas son parecidos a los de las demencias irreversibles porque ocasionan conductas confusas en los ancianos pero en gran parte son originados por condiciones que pueden ser tratables y el daño pueda hacerse reversible. Se ha comprobado que las siguientes causas origina delirio:

Medicamentos, depresión, desnutrición, deficiencia de vit B12 y ácido fólico, deshidratación, anemia, alcoholismo, infecciones virales o bacteriales, dolor crónico, ataques cardiacos, lesiones en la cabeza, tumores cerebrales, ceguera, sordera, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, hiper o hipoglucemia, hipo o hipertiroidismo, etc.

Algunos de los síntomas que se presentan son: desorientación, pensamiento alterado, habla incoherente, falta de atención, patrones de sueño modificado, funcionamiento intelectual y memoria deteriorada. (4, 7, 8, 12)

Otra demencia que es potencialmente reversible es la hidrocefalia, esta se va a identificar cuando el paciente muestre tres síntomas: trastornos en la marcha, retraso de funcionamiento mental, e inconciencia. Las causas son desconocidas rara vez en el caso de los pacientes en edad adulta y la vejez, los factores que pueden contribuir a que se desarrollen son: lesiones en la cabeza, inflamaciones de tumores, infecciones (meningitis) o hemorragias cerebrales. (4, 7, 8, 12)

Depresión

Es difícil distinguir la depresión en ancianos de una demencia irreversible. Pues muchos de los síntomas son parecidos a los de una persona con demencia, presentan lentitud en sus respuestas físicas y mentales; poco o ningún interés en lo que les rodea, se alejan de sus actividades diarias. También manifiestan pérdida de la memoria, pero en comparación con la demencia, los cambios de la memoria en la depresión son moderados. El paciente con depresión mejora con el tratamiento, como psicoterapia y grupos de apoyo ayudan a las personas a enfrentar cambios importantes en su vida. (4, 7, 8, 12)

CAPITULO IV

- **Demencia Tipo Alz-Heimer.**
 - **Fisiopatología.**
- **Las Tres Etapas De La Enfermedad De Alz-Heimer.**
 - **Pruebas Diagnósticas.**
 - **Aspectos Terapéuticos.**
 - **Aspectos Legales.**
 - **Aspectos Financieros.**

Demencia Tipo Alz-Heimer

Es conocida también como “demencia degenerativa primaria de inicio pre-senil o senil, demencia tipo Alz-Heimer, demencia senil, demencia senil tipo Alz-Heimer”. (3, 13)

Características Diagnósticas:

Debido a la dificultad de obtener pruebas patológicas directas de la presencia de la enfermedad de Alz-Heimer, el diagnóstico solo se establecerá tras haber descartadas otras etiologías de demencia.

Criterio C: El inicio de la demencia tipo Alz-Heimer es gradual e implica un deterioro cognoscitivo continuo.

Criterio D: Si hay una etiología añadida por ejemplo, traumatismo craneoencefálico, que empeora la demencia de tipo Alz-Heimer.

Criterio E: La demencia tipo Alz-Heimer no debe diagnosticarse si los síntomas se presentan exclusivamente durante el delirium.

Criterio F: El déficit cognoscitivo no se explican por la presencia de otro trastorno del Eje por ejemplo, trastornos depresivos mayores o esquizofrenia. (3, 13)

La edad de inicio de la demencia tipo Alz-Heimer puede ser señalada con el uso de uno de los siguientes subtítulos:

- Inicio Temprano: Este subtipo se usara si el inicio de la demencia se presenta a los 65 años o antes.
- Inicio Tardío: Este subtipo se usara si la demencia se inicia después de los 65 años. (3, 13)

La presencia o ausencia de alteraciones de comportamiento clínicamente significativas se indica mediante alguno de los siguientes subtítulos:

- Sin alteraciones de comportamiento: Se utiliza si la alteración cognoscitiva no se acompaña de alteración del comportamiento clínicamente significativa.
- Con alteraciones de comportamiento: Se utiliza si la alteración cognoscitiva se acompaña de alteración de comportamiento clínicamente significativa.

Los cambios patológicos que son característicos de la Enfermedad de Alz-Heimer están presentes en los cerebros de las personas con Síndrome de Down, cuando están cerca de los 40 años, aún cuando los síntomas clínicos no sean evidentes hasta más tarde.

El trastorno es más frecuente en mujeres que en los hombres la prevalencia de la demencia tipo Alz-Heimer aumenta considerablemente con la edad. Hombres 0.6% y en mujeres 0.8% de 65 años (todos los niveles de gravedad).

El 11 % Hombres y 14% Mujeres de 85 años.

El 36% Hombres y 41% Mujeres de 95 años.

El 21% Hombres y 25% Mujeres de 90 años.

El curso de demencia Tipo Alz-Heimer tiende a progresar lentamente, con un periodo de 3.4 puntos/año.

Los sujetos con familiares de primer grado de demencia tipo Alz-Heimer de inicio precoz tiene más probabilidad de presentar el trastorno. Los casos de inicio tardío también tiene un componente genético.

En algunas familias con demencia tipo Alz-Heimer de inicio precoz se ha demostrado una herencia autosómica de tipo dominante ligada a algunos cromosomas más, entre ellos los cromosomas 1, 14 y 21. Los individuos que poseen uno o más alelos que codifican para la apolipoproteína, en el cromosoma 19 presentan un elevado riesgo de padecer enfermedad de Alz-Heimer de inicio tardío aunque este gen no constituye por sí mismo una causa de la enfermedad. (3, 13)

Hay dos tipos de demencia Alz-Heimer:

- Inicio Temprano: Deben de tener “inicio” y evolución relativamente rápida un tipo característico de afectación cognoscitiva por ejemplo, afasias, si el inicio se produce a la edad de 65 años.

- Inicio Tardío: Se caracteriza por un inicio muy lento y gradual donde predomina el deterioro de la memoria sobre otro déficit intelectual, si el inicio se presenta después de los 64 años. (3, 13)

Fisiopatología

En la enfermedad de Tipo Alz-Heimer se suscitan cambios neuropatológicos y bioquímicos específicos que incluyen nudos neurofibrilares (masas enmarañadas de neuronas no funcionales) o placas seniles o neuríticas (depósitos de proteínas amiloides que forman parte de una proteína mayor, la precursora de amiloide proteína apoe 4 (APP). Estas lesiones neuronales surgen principalmente en la corteza cerebral y disminuye el tamaño del cerebro. Se observan cambios similares en el cerebro del adulto en plenitud pero no tan acentuados. Esta enfermedad afecta principalmente a las células que usan el neurotransmisor acetilcolina. En los cambios bioquímicos, disminuye la producción de la enzima que actúa en la síntesis de acetilcolina. Este neurotransmisor se relaciona directamente con la memoria. [Ver anexo # 3]. (1, 4, 6, 8, 12)

Las tres etapas en la enfermedad de Alz-Heimer

Signos y Síntomas

Primera Etapa:

Esta etapa tiene una duración de aproximadamente 2 a 5 años, en ella se observa un paulatino deterioro en la memoria. La persona olvida eventos recientes, no importa que hayan pasado 10,15 o 20 minutos de los hechos. El paciente puede no recordar que ya comió, olvidar lo que platicó hace algunos minutos. También se ve disminuida la percepción del espacio, tiempo y lugar. No recuerda los lugares que visita frecuentemente como la tienda, la iglesia, el banco, etc.

También surge una disminución en la concentración y fatiga cada vez más notoria. Sin embargo el lenguaje, las habilidades motoras y la percepción se conservan. El paciente es capaz de establecer una conversación, comprender bien y utilizar los aspectos sociales de la comunidad (gestos, entonaciones, expresiones y actitudes).

Segunda Etapa:

Todos los aspectos de la memoria empiezan progresivamente a fallar, este estadio tiene una duración de aproximadamente 2 a 10 años durante el cual se producen importantes alteraciones de la función cerebral con aparición de síntomas más preocupantes o que llaman más la atención, comienza a padecer el paciente de afasia, apraxia y agnosia.

Afasia: es la dificultad en el lenguaje. Al paciente le cuesta trabajo hablar, expresarse y darse a entender. Dice una palabra por otra, por ejemplo un “vaso” puede ser para él o ella una servilleta.

Apraxia: se refiere a las dificultades que presenta el paciente para llevar a cabo funciones aprendidas, el paciente no puede ni sabe como vestirse siendo muy común que se coloque ropa que no corresponde.

Agnosia: consiste en una pérdida de la capacidad para poder reconocer a las personas con las que vive , sus errores son cada vez más frecuentes, el paciente se vuelve descuidado con su higiene personal, aparecen rasgos de tipo psicótico, imagina que ve gente la cual no existe, oye cosas que nadie más oye. En esta etapa la capacidad de pensamiento abstracto ha desaparecido.

Tercera etapa:

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 paciente ya no reconoce su rostro frente al espejo, ellos se muestran muy apáticos perdiendo toda capacidad para bañarse, vestirse, caminar, comer y presentan una cierta pérdida de respuesta al dolor. Posteriormente se presenta la incontinencia urinaria y fecal, finalizando el paciente en cama, con alimentación asistida, el paciente con Alz-Heimer muere por neumonías, infecciones virales u otro tipo de complicación.

(I, II, 7, 12)

Complicaciones:

Las complicaciones son de tres tipos: de comportamiento, psiquiátricas y metabólicas. Las **complicaciones de comportamiento** incluyen hostilidad, agitación, diambulación y falta de cooperación. La depresión, la ansiedad y las reacciones paranoides son **complicaciones psiquiátricas** frecuentes. Además, el 80% de los familiares o cuidadores pueden presentar depresiones con el transcurso del tiempo. Puede haber **problemas metabólicos** (p. ej; deshidratación, infección y toxicidad de fármacos), que empeoran el deterioro cognitivo y hacen más difícil el tratamiento del paciente. Otras complicaciones son las caídas, el llamado “anochecer” (confusión tras la oscuridad) [Ver anexo # 6]. Estas complicaciones son factores de riesgo para un internamiento prematuro del paciente anciano y deben tratarse, puesto que muchas de ellas son posibles de lograr el control o su reversión. (1, 4, 6, 8, 12).

Pruebas diagnósticas:

Historia clínica o anamnesis: La historia clínica del desarrollo del deterioro cognitivo es el aspecto más importante.

Exámenes físicos: cada paciente que presenta síntomas de demencia requiere de exámenes físicos generales para tratar de localizar si existe evidencia de otras enfermedades como vasculares, del corazón, pulmonares, articulaciones, hepáticas, renales, o de tiroides y que pudieran tener relación con los síntomas que el paciente refiere.

Exámenes Neurológicos: su objetivo es detectar indicios de enfermedad en alguna parte del sistema nervioso que pudiera estar afectando al mismo. Incluye pruebas para determinar el estado mental y la viveza, exámenes para evaluar la fuerza muscular, reflejos, sensibilidad, olfato, oído, visión y el uso de músculos de la boca y lengua, habilidades de lenguaje, postura, marcha y coordinación.

Exámenes psiquiátricos: evalúa si puede tener alguna depresión o presencia de desorden en la personalidad.

Pruebas de neuroimagen:

Tomografía computarizada (TC): prueba habitual.

Resonancia magnética (RM): pone de relieve la enfermedad de Alz-Heimer.

Tomografía de emisión de fotón único (TEP): prueba más utilizada en cuanto a funcionalidad. (I, II, 7, 12)

Los criterios clínicos de la enfermedad de Alz-Heimer probable, junto con los datos histopatológicos obtenidos en una biopsia cerebral o de la autopsia constituyen los criterios para el diagnóstico definitivo de Alz-Heimer. (I, II, 7, 12)

Pruebas de Laboratorio:

Pruebas básicas	Pruebas opcionales
Hemograma completo.	Niveles de ácido fólico. En caso de anemia.
Velocidad de sedimentación.	Serología HIV. Si existen factores de riesgo.
Electrolitos, incluyendo calcio.	Análisis de orina si hay sospecha de Infección de Vías Urinarias (IVU).
Glucosa.	Serología lútea.
Nitrógeno en urea.	
Enzimas hepáticas.	
Hormona tiroidea (T3, T4 TSH).	
Niveles de B12.	

(I, II, 7, 12)

Aspectos terapéuticos:

En la actualidad existen cuatro medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (Food and Drug Administration- FDA) para tratar los síntomas de la enfermedad de Alzheimer de grado leve y moderado. Estos medicamentos se llaman “Inhibidores de Colinesterasa”, las investigaciones actuales sugiere que cada uno de los medicamentos actúa para prevenir el deterioro de la acetilcolina. Estos medicamentos pueden ayudar a retrasar los síntomas o impedir que empeoren por un tiempo limitado y puede ayudar a retrasar algunos síntomas del comportamiento. El tratamiento de los síntomas de la enfermedad de Alzheimer puede brindar a los pacientes bienestar, dignidad e independencia durante un periodo más largo y puede alentar y ayudar también al personal de salud que esta encargado de atenderlos.

(V, 4, 6, 8, 12)

Recomendaciones generales para prescripciones farmacológicas en ancianos.

- Evaluar con minuciosidad al paciente para identificar todas las alteraciones que podrían 1) beneficiar con tratamiento farmacológico, 2) verse afectado adversamente por el tratamiento.
- Tratar la enfermedad sin medicamentos siempre que sea posible.
- Conocer la farmacología de los medicamentos que se prescribe.
- Si existe alguna duda acerca de las dosis, iniciar con las más bajas y aumentarlas gradualmente.
- Ayudar a garantizar el acatamiento de un tratamiento, al prestar atención al deterioro de la función intelectual, la disminución auditiva y visual.
- Vigilar al paciente geriátrico con frecuencia para verificar el acatamiento, los efectos farmacológicos y la toxicidad. (V, 4, 6, 8, 12)

Nombre del medicamento	Dosis recomendada	Efectos secundarios comunes	Interacciones posibles con otros medicamentos
Reminyl Ex 8mg (galantamina) De acción prolongada	8mg/día	Náuseas, vómito, diarrea, pérdida de peso.	Algunos antidepresivos como la paroxetina, la amitriptilina, la fluoxetina, la fluvoxamina u otros medicamentos con acción anticolinérgica pueden causar retención de exceso de Reminyl en el cuerpo.
Reminyl 4mg (galantamina) previene el deterioro de la acetilcolina y estimula la liberación de niveles más altos de acetilcolina en el	4mg, dos veces al día (8mg/día) Aumente de 8mg/día después de 4 semanas a 8mg, dos veces al día (16mg/día)	Náuseas, vómito, diarrea, pérdida de peso.	Algunos antidepresivos como la paroxetina, la amitriptilina, la fluoxetina, la fluvoxamina u otros medicamentos con acción anticolinérgica

cerebro por los receptores nicotínicos	Después de otras 4 semanas, aumente a 12mg, dos veces al día (24 mg/día, si lo tolera bien.		acción anticolinérgica pueden causar retención de exceso de Reminyl en el cuerpo.
Ebixa 10mg Memantina Neuroprotector, Antagonista de los receptores NMDA, demencia degenerativa tipo Alz-Heimer, demencia vascular, multiinfartos, formación mixta de demencia degenerativa y vascular.	1ª semana hasta 5mg/día. 2ª semana hasta 10mg/día. 3ª semana 15-20 mg por día. En caso necesario las dosis se pueden incrementar en forma semanal en 10mg. Hasta un total de 30 mg por día.	Según las dosis administradas pueden aparecer vértigo, inquietud interna y motora e hiperexcitabilidad, cansancio, tensión cefálica y náuseas.	No se han observado interacciones en estudios de laboratorio.
Exelon (rivastigmina)	1,5 mg, dos veces al día (3mg/día) aumente de 3mg/día	Náuseas, pérdida de peso, vómito, trastornos gástricos, debilidad muscular.	No se han observado interacciones en estudios de laboratorio.

	<p>cada 2 semanas a 6 mg, dos veces al día (12mg/día).</p> <p>Siga hasta 6mg, dos veces al día (12mg/día) si lo tolera bien</p>	debilidad muscular.	laboratorio.
<p>Aricept (donepezilo)</p>	<p>5mg, una vez al día</p> <p>aumente después de 4-6 semanas a 10mg, una vez al día</p>	<p>Náuseas, diarrea, vómito.</p>	<p>No se han observado interacciones en estudios de laboratorio.</p>
<p>Cognex (tacrina)</p> <p>previene el deterioro de la acetilcolina en el cuerpo, no específico al cerebro.</p>	<p>10mg cuatro veces al día (40mg/día)</p> <p>aumente de 40mg/día cada 4 semanas a 40 mg, cuatro veces al día (160 mg/día), si las funciones de la enzima hepática permanecen a nivel normal</p>	<p>Nauseas, diarrea, daño hepático posible</p>	<p>NSAIDs deben usarse con cuidado en combinación con este medicamento.</p>

(V, 4, 6, 8, 12)

Aspectos Legales

Carta de los derechos de los pacientes

1. El paciente tiene el derecho a recibir asistencia de manera considerada y respetuosa.
2. El paciente tiene derecho y se le debe de animar a obtener de sus médicos y otros cuidadores directos información completa a cerca de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, expresado en términos comprensibles para él.

El paciente tiene el derecho a que se le brinde la oportunidad de discutir y solicitar información relacionada con los procedimientos y tratamientos específicos, riesgos involuntarios, duración probable de la recuperación y alteraciones medicas razonables, así como su riesgo y beneficio asociado, excepto en caso de urgencia, en que el individuo carece de la capacidad para tomar decisiones, y la necesidad que el tratamiento apremia.

Los pacientes tienen el derecho de conocer la identidad de los médicos, enfermeras y demás personas involucradas en su cuidado, así como también si son estudiantes, residentes u otra persona en capacitación. El paciente también tiene derecho de recibir información sobre las implicaciones financieras u opiniones terapéuticas a corto o largo plazo, siempre y cuando estas puedan conocerse de antemano.

3. Cada individuo tiene el derecho de decidir por el plan de cuidados antes y durante el curso de su tratamiento, así como de rehusarse a ser sometido a un tratamiento o plan recomendado al grado que se lo permita la ley y la política del hospital; además debe recibir información sobre las consecuencias médicas de dicho acto. En caso de una negación tal, el paciente tiene el derecho de gozar de otros servicios o cuidados apropiados que proporcione el hospital, o bien de transferirse a una institución diferente. El hospital debe informar a la persona sobre cualquier política que pueda afectar la elección del paciente dentro de la institución.

4. El paciente tiene el derecho de establecer una directriz para el futuro (como testamento en vida, tutor de cuidados médicos o carta poder extensa para cuidados médicos) en relación con el tratamiento, o bien a designar a una persona para que esta tome decisiones con la seguridad de que el hospital tratará de cumplir con las directrices establecida dentro de los límites de la ley y de las políticas de la institución. Las instituciones de salud deben informar a los individuos sobre sus derechos de acuerdo con la ley de cada estado y con las políticas del hospital para poder tomar decisiones médicas informadas; también deben preguntar si el paciente ha establecido una directriz para el futuro, e incluir dicha información en los registros médicos. La persona tiene el derecho de recibir información sobre cualquier política de la Institución que en cualquier momento pueda limitar su capacidad de implementar una directriz para el futuro, que tenga validez legal.

5. El paciente tiene el derecho de que se mantenga el carácter privado de su situación. La discusión del caso, consultas, exámenes y tratamiento deben llevarse a cabo de tal manera que se proteja su privacidad.

6. La persona tiene el derecho de esperar que todas las comunicaciones y registros relacionados con su caso sean tratados como confidenciales por parte del hospital, excepto en las circunstancias de que haya sospecha de abuso o que representen un riesgo para la salud pública, en cuyo caso la ley permite o exige que se notifique a una autoridad competente. El paciente tiene el derecho de esperar que el hospital destaque el carácter confidencial de esta información cuando sea puesta a disposición de cualquier otro individuo con capacidad para revisar los datos contenidos en dicho registro.

7. El paciente tiene el derecho de revisar los registros relacionados con su cuidado médico, así como de pedir que se le explique o interprete cualquier información según lo considere necesario, excepto cuando la ley lo prohíbe.

8. El paciente tiene el derecho de esperar que, dentro de sus capacidades y políticas, el hospital atienda en forma razonable su solicitud de recibir servicios y cuidados apropiados e indicados. El hospital debe realizar valoraciones, proporcionar servicios y decidir si es necesario o no referir al paciente con otro profesional, según se requiera de acuerdo con la urgencia del caso. Cuando sea apropiado en términos médicos, y permisible en términos legales, o cuando el paciente así lo solicite, éste puede transferirse a otra institución. El paciente también debe contar con información y explicaciones completas sobre la necesidad, riesgos, beneficios y alternativas de dicha transferencia.

9. La persona tiene el derecho de preguntar y recibir información sobre cualquier relación comercial entre el hospital, institución educativa y otros proveedores de servicios de salud o cualquier comisionista que puedan influir sobre el cuidado y tratamiento del individuo.

10. El paciente tiene el derecho de decidir si quiere o no formar parte de cualquier estudio de investigación o experimento que afecte su cuidado y tratamiento o que requieran su participación directa, así como de recibir información amplia sobre dichos estudios antes de acceder a participar en ellos. Un individuo que se niega a participar en una investigación o experimento tiene el derecho de gozar del cuidado más eficaz que el hospital pueda proporcionar sin incluirlo en dichos procedimientos.

11. La persona tiene el derecho de esperar un cuidado continuo razonable cuando éste sea apropiado, además de recibir del médico y otras personas responsables de su cuidado, sobre las opciones disponibles y realistas para este fin cuando la estancia del hospital ya no satisfaga sus necesidades.

12. El paciente tiene el derecho de recibir información sobre prácticas y políticas de la institución que estén relacionadas con su tratamiento y responsabilidades. El individuo tiene el derecho de conocer los medios disponibles para resolver disputas, quejas y conflictos, como comités de ética, representantes del paciente y otros mecanismos disponibles de la institución. El paciente tiene el derecho de recibir información sobre las cuotas vigentes en el hospital por los servicios prestados, así como de conocer las diferentes opciones de pago.

Estos derechos se pueden ejercer en beneficio del paciente por parte de un tutor designado, si el individuo carece de la capacidad para tomar decisiones, es legalmente incompetente o es menor de edad. (III , 1, 4, 8).

Aspectos Financieros

Algunas leyes contemplan que ciertas condiciones por ejemplo enfermedad de Alzheimer, otras demencias y otros trastornos neurológicos, se asocian con una disminución de la capacidad de las personas para ejercer control sobre sus aspectos financieros, por lo que facilita que dicho manejo sea realizado por otra persona.

El momento más indicado para iniciar las gestiones correspondientes será una vez dado el diagnóstico, cuando todavía tiene el paciente la suficiente capacidad para tomar decisiones por sí mismo y recuerda donde tienen sus ahorros y propiedades. Los asuntos económicos a tener en cuenta incluyen: dinero, joyas, cuentas en el banco, pensiones y documentos de la seguridad social, seguros, cajas de seguridad y depósitos, acciones, títulos, sociedades, mutualidades, documentos, escrituras, testamentos, negocios.

¿Pero que pasa con aquellos pacientes que no tiene ningún ingreso económico o que no cuentan con cuentas en el banco ni con joyas, etc?

Todo recaerá con sus familiares y no solo en lo económico si no también en lo físico y emocional [Ver anexo # 4], pues tener un paciente con demencia tipo Alz-Heimer no solo es cuidarlo unos días sino años, lo que ocasionará una gran carga para toda la familia, trayendo como consecuencia enfrentamientos entre ellos y responsabilidades mucho mayores. Pues tan solo para ingresar al paciente en instituciones públicas hay que esperar turno en listas enormes y si se desea ingresar al paciente en Instituciones Privadas los costos son muy elevados. (V, I, 12)

CAPITULO V

- **Intervenciones De Enfermería, Orientación A La Familia.**

Intervenciones de Enfermería, Orientación a la Familia

Para los familiares tener un paciente con Alz-Heimer es una situación muy difícil, pues no están capacitados para hacerlo, este tipo de pacientes tienen cambios emocionales muy frecuentemente.

Esta serie de conductas: reaccionar violentamente y con enojo, gritar, llorar, reír en forma inapropiada y sin haber causa aparente es lo que se llama “reacciones catastróficas”.

(a, b, V, 1, 12)

Causas de reacciones catastróficas

- Tensión ocasionada por hostigamiento, presiones o demandas excesivas ante cierta situación.
- Frustración ocasionada por mensajes.
- Algún otro tipo de malestar o enfermedad agregada.

Enfrentarse a tales tipos de conducta puede ser muy difícil y la única manera de enfrentarla es por medio del ensayo y el error. Por ejemplo, tareas tales como el ayudar a bañarlo, a vestirlo, a darle de comer, pudieran resultar riesgosas y difíciles de superar.

La persona que padece demencia ve en todas estas actividades, tareas que le resultan muy complicadas, lo que lo lleva a la desesperación y a reaccionar en forma negativa. De ahí que sea conveniente ayudarlo y, sin presionarlo, tratar dentro de lo posible a que haga las cosas por sí mismo, manteniendo en alto grado su dignidad y autoestima.

(a, b, V, 1, 12)

Intente minimizar la tensión

A fin de evitar este tipo de reacciones catastróficas se recomienda un ambiente tranquilo y sin tensiones en que la persona con demencia pueda seguir cierto tipo de rutina que le sea conocida.

- Acérquese a la persona poco a poco y hágale despacio y sin levantarle el tono de voz.
- Sonríale y trate de evitar transmitirle sus propios temores, miedos o angustias.
- Dese cuenta de que la persona no siempre le podrá reconocer: intente darle alguna información que le puede ayudar, tal como su nombre y su relación de parentesco para con ellos.
- Tratar de hacer contacto visual y diríjase a ellos por su nombre; el tocarlos suavemente puede funcionar bastante bien y sea un modo de tranquilizarlos, pero esté consciente que para algunos esto puede no gustarles.
- Háblele claramente y utilice frases muy simples y cortas, dándole suficiente tiempo para que responda.
- Trate de hacer preguntas que requieran solamente un “sí” o un “no” como respuesta.

- Demuéstrele visualmente lo que usted trata de decir.
- Evite todo tipo de ruidos y distracciones que sólo lo distraigan o abrumen.
- Trate de enfocarse en aquellas habilidades que están dentro de sus capacidades.
- Déle a escoger algo dentro de un número limitado de posibilidades, esto evitará que se angustie a no saber que elegir.
- Divida las tareas en pasos simples que no le abrumen.
- Si le es difícil comprender lo que la persona trata de decirle, intente enfocarse en una palabra o frase que tenga sentido, o simplemente responda a los sentimientos que ellos tratan de expresar.
- Muchas veces es necesario el que usted mismo se aparte de la situación o del conflicto hasta que la persona se haya tranquilizado. (a, b, V, 1, 12)

Modificando o adaptándose al ambiente

Las personas con problemas de demencia frecuentemente llegan a trastornarse si se encuentra a sí misma ante una situación extraña o ante un grupo de gente desconocida, ya que esto les puede causar angustia y confusión.

Esté consciente qué tipo de situaciones conducen a conductas no deseadas y trate de evitarlas.

- Trate de que la persona haga las cosas cuando ésta se encuentra en su mejor momento y usted vea que no está cansada (o).
- Trate de llevar un diario donde apunte todas aquellas cosas buenas y malas que pasen, anotando en qué circunstancias suelen ocurrir.
- El colocar rótulos o dibujos sobre muebles u objetos pueden ayudarles a identificarlos o ubicarlos.
- Trate de evitar todo tipo de frustración adaptándose al problema: por ejemplo, si la persona se muestra inquieta y quiere levantarse y andar por toda la casa, permita a la persona que lo haga, le servirá de ejercicio y esto la (o) calmará.
- Cierre aquellas áreas de la casa donde crea que puedan haber u ocurrir problemas.
- Simplifique lo más que pueda el ambiente: por ejemplo, ponga solamente los cubiertos necesarios sobre la mesa a la hora de los alimentos.

- Haga que la persona utilice otros sentidos tales como el tacto y el olfato. (a, b, V, 1, 12)

Cosas que hay que evitar

- Tratar de no discutir con la persona cuando esté molesto (a), puesto que ellos ya no tienen la habilidad para razonar ni ser lógicos en sus planteamientos. En vez de esto, trate de conservar su energía y de permanecer calmado.
- Trate de no enojarse ya que esto puede empeorar la situación.
- Tratará no de andar tras la persona a manera de estarlo vigilando, todo esto les molesta.
- Nunca le reprenda o le castigue, aún cuando su comportamiento suela ser un berrinche o capricho irrazonable, recuerde que ellos no son responsables por lo que hacen.
- Trate de enfocarse no en lo que la persona no puede hacer, sino más bien en aquellas cosas positivas que aún puede lograr.
- Trate de no reírse, ni burlarse ni ser sarcástico.
- Trate de no apresurar o carrerear a la persona.
- Nunca tratar de forzar o retener a la persona porque esto simplemente hará aumentar su inquietud y angustia. (a, b, V, 1, 12)

Violencia y agresión

Una persona con demencia puede llegar a violentarse en cualquier momento. Su agresividad puede ser no sólo verbal, sino física; llegando no sólo a los golpes, sino también a la destrucción de muebles y objetos con los cuales pueden causarse daño a sí mismos, como causar daño a los demás. (a, b, V, 1, 12)

Enfrentando las conductas agresivas

Medidas preventivas

- Intente llevar a cabo todas aquellas tareas que considere difíciles justo cuando la persona se encuentre en su mejor momento.
- Trate de no presionar a la persona. Tome en cuenta sus limitaciones y no espere mucho de ella.
- Fomente lo más que pueda la independencia para que la persona se valga por si misma, lo más que pueda.
- Evite enfrentamientos que a nada conducen, busque alternativas y pida sugerencias.
- Ofrézcale ayuda, pero hágalo con tacto.

- Estimúlelo y alábelo por las cosas que ha hecho bien, pero nunca le critique.
- Trate de advertir por adelantado señales tales como ansiedad o agitación (inquietud, nerviosismo, rechazo a hacer las cosas).
- El ejercicio puede ser una medida preventiva bastante útil.
- Si usted sospecha que la persona está enferma, pues ve que se queja o presenta dolor, entonces sería muy conveniente el que consultara a su médico. Muchas veces estos arranques de ira pueden estar ocasionados por una infección, dolores o malestares que pueden remediarse. (a, b, V, 1, 12)

El Vagabundeo

Es una de las cosas más desesperantes que enfrenta todo familiar de un enfermo con demencia o Alz-Heimer.

El temor a que se salgan de la casa y les pase algo, el temor a que tropiecen contra un objeto, ya sea un mueble o una puerta dentro de la propia casa; el miedo a que se caigan y se hagan daño; el temor a que alguna cosa les suceda, es algo que también nos puede poner los pelos de punta. (a, b, V, 1, 12)

Causas o razones del vagabundeo

Existen muchas causas que pueden llevar a una persona a sentirse o mostrarse inquieta.

Causas físicas

- Resultado de un daño directo en el cerebro.
- Incapacidad para identificar o expresar hambre o sed.
- Reacción negativa a medicamentos o tranquilizantes.
- Deshidratación.
- Falta de ejercicio.
- Necesidad de ir al baño.
- Dolor.
- Tensión.

Causas relacionadas al medio ambiente

- Temperatura: mucho frío o mucho calor.
- Sobrecarga de estímulos.
- Mucha gente.
- Mucho ruido.
- Todo muy calmado, tanto que lo inquieta.
- Sensación de estar atrapado o enjaulado.
- Poca luz u oscuridad que le causa miedo.
- Familiares fuera de su vista: no ve a nadie.
- Elementos que lo invitan a irse: ver llaves colgadas, abrigo o sombrero en un perchero.
- Ambiente tenso u hostil.

Otras causas

- Sentirse hostigado por sus propios familiares o cuidadores.
- Sentimiento de inutilidad.
- Sentimiento de que lo tratan como niño, no como adulto.
- Las tareas o actividades que se le asignan las siente muy difíciles de realizar.
- Desesperación por no poder seguir instrucciones.
- Cansado de no hacer nada o estar haciendo lo mismo.
- Ropa muy ajustada o incómoda.
- Percepción de enojo o tensión hacia el familiar o cuidador.
- Deseo de encontrar gente de su vida pasada por la cual se sintió protegida y amparada. (a, b, V, 1, 12)

Acciones

Existen varias cosas que podemos hacer con el fin de intentar detener esta conducta que es el vagabundeo. Entre las recomendaciones que se hacen están las siguientes:

Intente permanecer calmado

- Trate siempre de tranquilizar a la persona, asegúrese de no transmitir su propia inquietud porque lo más probable es que la persona ya está bastante confusa y asustada.
- Trate de no presionarle.
- Trate de que vuelva a una rutina ya conocida.
- Acérquese a la persona de frente, nunca por detrás, a fin de que no sienta esto como una agresión.
- Permita que la persona trate de manifestar su inquietud.
- Déle a entender que lo entiende.
- Ofrezcale apoyo, cariño y amor.
- Intente conservar la calma y no alterarse, si la persona llega a perderse.
- En caso de no poder encontrarlo en su colonia o vecindario, notifique inmediatamente a la policía.
- Trate de descansar, busque que alguien le ayude para que usted pueda salir a hacer sus cosas, hacer su vida y divertirse. (a, b, V, 1, 12)

Medidas Preventivas

- El colocar llave, pasadores o cerraduras especiales en las puertas, es una buena medida para evitar que la persona se salga y extravíe.
- Algunas veces con tan sólo colocar la llave de la puerta, en otro lugar donde la persona no lo sepa, es suficiente.
- También pueden colocarse timbres, campanillas que avisen cada vez que una puerta se abra o se cierre.
- Si nota que empieza a mostrarse inquieto, trate de salir y dar una vuelta. Esto lo calmará.
- Un calendario y un reloj digital con números grandes podrán ayudarle a ubicarse en el tiempo.
- Tenga un espacio en el patio o el jardín de su casa a donde la persona pueda salir con usted a caminar sin peligro alguno.
- Tenga a la mano una foto reciente de la persona, preferentemente en color, en caso que se necesite. (a, b, V, 1, 12)

Insomnio

Uno de los problemas que con más frecuencia se presentan entre las personas con demencia o Alz-Heimer es el insomnio. El no poder dormir bien, el que estén despiertos e inquietos durante toda la noche es muy común en estos casos. (a, b, V, 1, 12)

Problemas para dormir

Causas fisiológicas o médicas

- El daño que se presenta en el cerebro como parte de la enfermedad demencial afecta el llamado “reloj biológico” que todos tenemos y que es el que dirige y regula nuestros patrones de sueño.
- Algún tipo de dolores, malestares o enfermedades, tales como: problemas cardíacos, diabetes, úlceras y artritis, entre otras cosas.
- Infecciones urinarias, lo cual pudiera provocar que la persona se sienta incómoda y quiera ir al baño a cada momento.
- Los calambres o adormecimiento en las piernas pueden no solamente provocar inquietud, sino ser indicio de un problema metabólico.

- Depresión subyacente que ocasiona el despertarse ya sea en la noche o muy temprano por la mañana y la incapacidad para volver a dormirse.
- Efectos colaterales de algún tipo de medicamento.
- Problemas de ronquido.
- La gente grande necesita menos tiempo para dormir.

Causas ambientales

- Temperatura: mucho frío o mucho calor.
- Ruido: barullo, sonidos y ruidos que le impidan dormir.
- Iluminación: mucha luz o poca luz, lo cual provoca desorientación y miedo en la persona.

Otras causas

- Acostarse muy temprano.
- Haber dormido mucho durante el día.
- Estar demasiado cansado, acelerado o tenso, lo cual hace también que la persona no pueda dormir.
- Falta de ejercicio.

- Hambre o sed.
- Haber tomado muchos líquidos, refresco, alcohol o cafeína.
- Agitación provocada por algún tipo de enojo o reacción catastrófica.
- Sueños perturbadores. (a, b, V, 1, 12)

Estrategias

Consulte a su médico

- Realizar un examen médico de rutina a fin de identificar algún tipo de síntoma o trastorno físico.
- Utilice medicamentos solamente bajo supervisión médica.
- Tenga cuidado con los efectos colaterales de los medicamentos suministrados.
- Recuerde que no todos los analgésicos y sedantes funcionan de igual manera, discuta todo esto con su médico.
- Tenga mucho cuidado con los tranquilizantes, algunos de ellos pueden ser contraproducentes y causar efectos negativos.

Medio ambiente

- Trate de mantener un ambiente lo más cómodo y estable posible.
- Asegúrese que la persona no tenga calor o sienta frío. Una persona con demencia tiene su termostato interno afectado.
- Asegúrese de tener una iluminación adecuada. El tener poca luz y ver sombras, desconciertan fácilmente a la persona, causándole angustia y agitación, incluso provocándole alucinaciones.
- El dejar encendida alguna luz, ya sea la lámpara de tocador, la ropería o el baño, puede ayudarle para que si se despierta y levanta entre la noche, no sienta confusión e incluso pueda ir al baño.
- Si tiene problemas para desplazarse e ir al baño, puede optar por un cómodo o pato debajo de la cama.
- Tenga en su cuarto objetos que le sean familiares que puedan ubicar y orientar a la persona.
- Evite el tener la ropa que se puso ese día o se va a poner al día siguiente a fin de prevenir el que la persona piense que es hora de levantarse o tener que salir.
- Tratar que la persona haga bastante ejercicio durante el día.

Alimentos y bebidas

- Disminuir el consumo de cafeína (café, cola, té, el chocolate) durante el día y eliminarla totalmente después de las 5 de la tarde.
- Disminuir el consumo de bebidas alcohólicas y discutir con su doctor los efectos adversos de las mismas y los medicamentos.
- Si cree que la persona puede tener hambre y despertarse entre la noche, trate de tener algunos bocadillos a la mano, ya sea galletas o cuadritos de queso.
- Una tacita de te o un vaso de leche tibia puede ser reconfortante.

Rutinas Diarias

- Trate de no molestarlo u hostigarlo durante el día con tareas que no le agradan.
- Si la persona rehúsa ir a la cama, intente otras alternativas como invitarle a que duerma en el sofá.
- Si la persona suele vagar por las noches, asegúrese que la casa esté segura, que todo esté cerrado para que no se vaya a salir, caer o perderse. Cierre con llave puertas y ventanas, impida el paso a las escaleras, quite alfombras o cualquier otro mueble u objeto con el cual pueda topar, caerse y hacerse daño.

- Si la persona despierta durante la noche, trate de tranquilizarla, proporcionándole seguridad y apoyo.
- Si se despierta entre la noche, recuérdole que ya es muy tarde, que es de noche, afuera está oscuro y es mejor que descanse y duerma.
- Dejar encendido un foco o un poco de luz durante la noche. Una pequeña lámpara o dejar encendida la luz de la ropería o el baño, será suficiente.
- Una ducha o un baño con agua tibia puede ser reconfortante y resultar muy útil en algunos casos, mas no en todos.
- Un sabroso y rico masaje en los pies y la espalda caen muy bien. La persona se sentirá cómoda (o) y con ganas de dormir.
- Cántele una canción como una forma de arrullarlo y mostrarle su amor; lo mismo puede intentar a través de contarles un cuento o leerles un poema o recitación. Son fórmulas que realmente funcionan. (a, b, l, V, 12)

Problemas a la hora de comer

- La pérdida de memoria y los problemas de juicio pueden ocasionar dificultades relacionadas a la alimentación. Estas dificultades pueden manifestarse en etapas medias o tardías de la enfermedad. Tales problemas son: (a, b, l, V, 12)

Problemas con el centro de apetito

Si la persona se rehúsa a comer, trate de tener varios bocadillos nutritivos a la mano, para que él o ella vayan probando a medida que vaya teniendo deseo de hacerlo. Trate asimismo de distraer a la persona con otras actividades tales como caminatas; esconda todos aquellos alimentos que le puedan ser dañinos; intente darle un vaso con jugo de fruta de su agrado o tal vez, incluso, un pequeño vaso de vino para estimular el apetito; ofrézcale un helado o un licuado de frutas; aumente el ejercicio; trate que la comida sea siempre a la misma hora, pero sobre todo, que coincida cuando la persona esté de buen humor; déle o hágale su platillo favorito; ofrézcale un postre; déle presentación a su comida: vigile los medicamentos para evitar los efectos secundarios negativos.

Problemas con el centro de reconocimiento

A medida que la enfermedad avanza, la sensación de hambre en el estómago ya no es interpretada por el cerebro de la misma manera que antes.

- Simplifique lo más que pueda el proceso de tomar los alimentos a la hora de sentarse a la mesa. Utilice solamente los platos y cubiertos necesarios. Ayúdele a que entienda las cosas, hágale mediante señas, a fin de que entienda mejor.
- Póngale solamente un plato, preferentemente hondo para que pueda tomar los alimentos ayudado ya sea de un tenedor o de una cuchara. Córtale la carne en pedazos pequeños. Anímelo a comer diciéndole "¡qué sabrosa está la comida!".
- En caso de que no agarre los cubiertos, ayúdele a que tome el tenedor y la cuchara para que por si mismo trate de comer. En caso de que deje los cubiertos en la mesa, dígame que lo va a ayudar. Hágalo con calma, con respeto y con cariño, hablándole suavemente llevándole el alimento a la boca.

Problemas con la boca

- La resequedad en la boca y la falta de higiene dental pueden traer otro tipo de problemas. Trate de visitar al dentista para que le haga una limpieza adecuada. A la hora de comer, instruya a la persona para que mastique bien su alimento. Mírele a los ojos y con mímica, gestos o ademanes, dígame que mastique bien lo que trae en la boca y luego se lo trague.

Problemas de conducta

La inquietud constante y los estados de agitación impiden que la persona esté quieta dando por resultado que la persona no pueda o no quiera sentarse a comer en la mesa.

- Trate de no apresurarlo, si no quiere comer en ese momento, que no lo haga; sólo invítelo a la mesa y muy posiblemente, por simple imitación, al rato él mismo empezará a servirse o a pedir sus alimentos.
- En caso de que se haga muy evidente rehusarse a comer, consulte a su médico, pídale que le haga una evaluación médica para ver qué pudiera estar ocasionando esta pérdida de apetito.
- En algunas ocasiones, la persona pudiera presentar síntomas paranoides, creer que lo están envenenando, por lo cual se rehúsa a comer. Estos síntomas pudieran deberse también a los propios medicamentos que está tomando.

Medio ambiente

- La persona puede distraerse fácilmente en un ambiente donde hay mucho ruido o mucha gente, el radio a todo volumen, la tele encendida. Trate de comer en un lugar tranquilo, libre de distracciones. Si lo desea, puede incluir música de fondo que sea suave y relajante.

Uso de cubiertos

- Llegará el momento en que a la persona se le dificultará enormemente el utilizar los cubiertos a la hora de comer, pues no sabrá cuál utilizar. Se sugiere el uso de la cuchara.

Problemas para deglutir

- Es muy común que la persona mastique y mastique el alimento, pero olvide que hay que tragarlo. Esto debido a que llega un momento en que la persona ya no puede deglutir. Por ello, compruebe de vez en cuando que la persona esté masticando bien y esté pasando los alimentos.

- Ofrézcale pequeños trozos de comida, incluya líquidos en sus alimentos; dele agua, frutas, jugos, cereales, gelatinas, algo que pueda fácilmente digerir y que le sea altamente nutritivo. (a, b, I, V, 12)

Problemas de Incontinencia

Cuando hay un declive del intelecto y la memoria, como es el caso del Alz-Heimer y otras demencias, entonces podemos decir que la incontinencia puede ocurrir. (a, b, I, V, 12)

Los cambios que se dan en el cerebro interfieren con la habilidad de la persona para:

- Reconocer la necesidad para ir al baño.
- Ser capaz de retener su necesidad hasta que sea el momento adecuado.
- Encontrar el baño.
- Reconocer el servicio, el excusado.
- Usar el servicio adecuadamente.

Estrategias

- Asegúrese que la persona beba suficientes líquidos (al menos 5 a 8 vasos diarios. La gelatina y los helados - jalea, así como algún flan pueden ser elementos sustitutos). Mucha gente con demencia olvida beber o simplemente ya no reconoce la sensación de sed.
- Evite el consumo de cafeína en la persona, cambiando la ingesta por té o café descafeinado. La cafeína puede estar provocando de cierta manera el problema de incontinencia (algunas yerbas contienen laxantes o estimulantes y hacen que el problema fecal sea peor).
- Observe los patrones de la persona para ir al baño y procure llevarlo durante estos horarios (generalmente cada 2 a 4 horas).
- Trate de establecer una rutina para todo, ya sea para ir al baño, para comer, para bañarse.
- Acostumbre a llevarlo al baño antes y después de las comidas, lo mismo que antes de llevarlo a la cama para ir a dormir.

- Si al llevarlo al baño, la persona tiene problema al orinar, trate de darle algo de tomar, abra la llave del lavabo y deje el agua correr.
- Si la persona está inquieta o se muestra hiperactiva y no quiere sentarse en el excusado, permítale levantarse y sentarse un par de veces. La música puede tener un efecto calmante. Trate de darle algo para distraerlo mientras está en el excusado.
- Cuando utilice un baño público, la persona necesitará por lo común su ayuda, cada vez hay más baños para gente discapacitada y éstos son generalmente para ambos sexos, habiendo suficiente espacio para dos personas.
- El cuidado de la piel es muy importante, lave y limpie muy bien todas las partes de su cuerpo. Utilice jabones neutros y cremas suaves.
- Es muy importante respetar y mantener la privacidad y la dignidad de la persona.

La comunicación

- Simplifique los pasos para ir al baño.
- Use un lenguaje sencillo, pocas palabras o frases cortas para dar instrucciones de los pasos que debe seguir.
- Identifique algunas señales que den muestra de "Querer ir al baño". Estas señales no verbales pueden ser agitación, agarrarse la ropa, el cinto, tener la cara roja, entre otras.
- Utilice palabras de uso común o familiar para la persona tal como "*pipí*" o "*popó*".
- No trate de apresurar a la persona.
- Tranquilícelo, déle seguridad.

El ambiente

- El baño esta demasiado lejos, un retrete o cómodo puede ayudar.
- La cama puede estar demasiado alta.

- La taza del excusado y el piso puede ser del mismo color - trate de que sean de colores diferentes.
- La persona puede tener problemas para desvestirse o bajarse la ropa.
- La falta de privacidad puede inhibir a la persona.
- Una pobre iluminación puede hacer que la persona no encuentre el baño.
- Si la persona empieza hacer sus necesidades fisiológicas en lugares impropios, trate de quitar cualquier objeto que pueda evocarle o hacerle creer que ese es el baño.

La ropa

- Trate que utilice ropa cómoda -preferentemente con cintas autoadherentes, tipo velcro, en vez de ropa con botones, cremalleras, etcétera.
- Trate de que use pantalones o faldas con elástico en vez de con cintos.
- Cámbiele la ropa, si la moja; no lo deje con la ropa húmeda ni lo acostumbre a esto.
- Utilice ropa lavable que no necesite plancharse.

- Utilización de pañales. (a, b, I, V, 12)

Problemas para bañarse

Posibles causas

Sentir miedo, creer que ya se bañaron o simplemente resistencia por el modo en cómo se le aborda.

Causas médicas o psicológicas

- Depresión, pérdida de interés para la higiene personal.
- Enfermedad física que lo desmotive a tomar un baño.
- No encontrar el baño.
- Cambios en su sentido de percepción a la temperatura del agua.
- Otro tipo de sensaciones desagradables.

Causas medioambientales

- Poca luz, que le impida encontrar dónde está el baño o no ver bien dentro de este.
- Falta de privacidad.

- Temperatura del cuarto (muy frío o muy caliente).
- Temperatura del agua (muy fría o muy caliente).
- Agua de la ducha o regadera muy fuerte.
- Agua muy profunda en la bañera o tina de baño.

Otras causas

- Miedo a caer.
- Miedo al agua.
- Desconocer al familiar o cuidador.
- Olvidar para qué tiene que bañarse.
- Sentirse humillado.
- Agitación, enojo.
- Sentirse presionado, carrereado.
- Pérdida de intimidad.
- Fatiga.
- Temor que le caiga agua y jabón en los ojos.
- Miedo a que le hagan algo.

Estrategias:

- Evalúe la mejor hora para el baño.
- Asegúrese que el baño esté confortable, con buena temperatura.
- Cierre la puerta o ventana para crear un ambiente de privacidad.

- Prepare el baño con tiempo a fin de que no le falte nada a la hora de tomarlo.
- Hágalo por pasos: primero que sienta el agua, la esponja, el jabón, todo en secuencia.
- Evite discutir con al persona para no entrar en conflicto.
- Simplifique las tareas, haga una sola cosa a la vez.
- Puede incluso intentar bañarse con la persona a fin de brindarle mayor seguridad.
- Si aún tiene cierta coordinación de movimientos, dígame a la persona que se enjabone, se talle con la esponja y se dé su aseo personal en las partes íntimas.
- Aproveche para darle masaje en la espalda con la esponja, esto le reconfortará.
- Anime a la persona a medida que transcurre el tiempo. Dígame qué bien huele.
- Al terminar el baño, asegúrese de secarlo bien.
- Compruebe que no tenga problemas en la piel, manchas, irritaciones, raspaduras, heridas.

- Utilice un buen aceite para darle los últimos toques y dejarle listo para ese día.

(a, b, I, V, 12)

Alucinaciones, delirios y falsas ideas

Uno de los problemas más comunes que se presentan en una persona con Alzheimer es toda esa serie de ideas, fantasías, miedos y temores que se presentan en su mente. Como alucinaciones o ideas fantasiosas que vive y sufre la persona.

Alucinaciones y falsas ideas en gente con demencia

La gente con enfermedades demenciales sufre a veces de una serie de condiciones en las cuales no experimentan los acontecimientos tal y como son. Aunque los diferentes tipos de ilusiones o delirios, así como las alucinaciones son imaginarias, estas parecen ser muy reales y causar una ansiedad extrema, incluso pánico. (a, b, I, V, 12)

Algunas de las condiciones que la gente con demencia puede experimentar son:

Paranoia

La paranoia es caracterizada por una creencia poco realista, generalmente de persecución donde existe alguien más grande que le quiere hacer daño. La gente con demencia puede creer que alguien más está ahí, tras de ella para hacerle algo, para atraparle y hacerle daño.

Alucinaciones

Las alucinaciones son experiencias sensoriales que no se pueden verificar o constatar y que existen a excepción de la persona que las experimenta. Tales experiencias pueden incluir cualquiera de los sentidos, pero las más comunes son las alucinaciones visuales y auditivas. La persona ve u oye algo que simplemente no está allí. Las voces pueden ser oídas, el paciente puede ver a alguien aún que nadie esté presente, o escuchar ruidos extraños y espantosos sin que estos existan.

Delirios

Los delirios son esas ideas que no se basan en la realidad, pero que son pensados como ciertos o verdaderos por la persona. Su contenido se puede centrar a menudo en la gente que le roba su dinero u otras posesiones y se pueden manifestar como ideas fijas sobre la gente que piensan les puede hacer daño.

Estrategias

- No intente discutir - es mejor reconocer que la persona pueda estar asustada por los delirios y alucinaciones.
- No regañe a la persona por perder objetos u ocultar las cosas.
- Trate de investigar el porqué de las sospechas para cerciorarse de que estas no sean ciertas.
- Procure distraerla (o) si es posible.
- Intente responder a las sensaciones subyacentes que pueden estar en el fondo de todo aquello que la persona dice. Por ejemplo, si esta dice: "Mi madre vendrá por mi a recogerme". (Y la madre ya falleció hace años), una respuesta pudiera ser: "Debes de extrañar mucho a tu madre, cuéntame algo de ella".

- Distracciones que pueden ayudar son la música, el ejercicio, actividades a las cuales la persona puede hacer frente, conversar con los amigos, mirar fotos viejas, ver animales domésticos (mascotas), entre otras cosas.
- El contacto físico puede tranquilizar, pero asegúrese que el paciente está dispuesta a aceptarlo.
- Pida que le realicen un chequeo médico para eliminar la presencia de otros problemas físicos o psiquiátricos, así como para controlar efectos relacionados a la medicación que está recibiendo.
- No olvide hacerle chequeos de visión y pruebas de audición.
- Aumente la iluminación en el ambiente y utilice luces de noche.
- Trate de mejorar la calidad en la nutrición y cerciorarse que la persona está ingiriendo suficientes líquidos.
- Trate de mantener un ambiente familiar agradable. Si la persona tiene que moverse o trasladarse a otro sitio, tome algunas cosas que le sean familiares de la residencia anterior. (a, b, l, V, 12)

CAPITULO VI

- **Intervenciones De Enfermería En Cuestión De Rehabilitación.**

Intervenciones de Enfermería en cuestión de Rehabilitación

En cuestión de rehabilitación durante los diferentes criterios, se enfoca a trabajar y mantener las funciones mentales en las mejores condiciones posibles y esto se puede lograr mediante la integración del paciente, a través de una serie de terapias en las que especialmente se mencionan:

- Terapia ocupacional.
- Terapia física.
- Estimulación Cognitiva. (a, b, 4, 8, 15)

Teniendo como objetivos:

- Lentificar la velocidad del deterioro.
- Conservar y estimular funciones intactas.
- Disfrutar la realización de actividades.
- Mejorar la relación con el paciente. (a, b, 14, 15)

Tenemos también principios básicos que hay que tomar en cuenta como son:

- No utilizar material para niños.
- Considerar el grado de deterioro.
- Empezar con actividades sencillas y que se dificulten poco a poco.
- Realizar actividades de interés, tomando en cuenta la escolaridad y ocupaciones previas.
- Variar la presentación de ejercicios verbales o lecto-escritos.
- Trabajar en grupos de personas 3 o 4.
- Trabajar cuando el momento sea oportuno, no insistir si la persona esta intranquila.
- Proporcionar ayuda progresiva.
- Comprobar que el paciente escuche bien.
- Eliminar ruidos que distraigan.
- Hablar cara a cara y mirándolo a los ojos.
- Utilizar oraciones cortas y sencillas.
- Hacer una pregunta a la vez.
- Pedir una solo cosa a la vez.

- Utilice gestos, señales, objetos o demuestre la acción de la que habla.
- Dar tiempo para responder.
- No hay que interrumpirlos.
- Ayudar a expresarse, brindándole la primera sílaba de la palabra o frase.
- Nunca olvidar el diálogo. (a, b, 4, 8, 15)

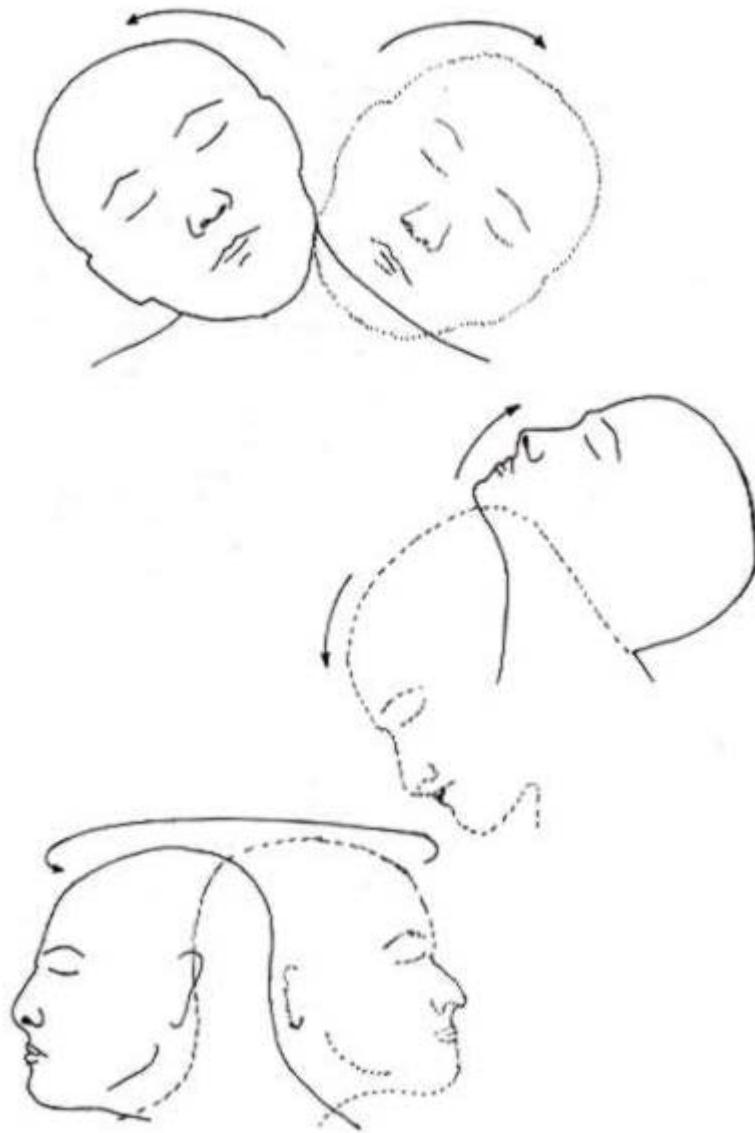
Criterio A:

Terapia Física

- Dé tratamiento a los pacientes a base de ejercicios cubriendo así sus objetivos:
- Aumentar y mantener la fuerza y la resistencia del paciente para la realización de actividades funcionales lo más normales posibles.
- Aumentar la movilidad de las articulaciones, mantener la coordinación de movimientos.
- Evitar la espasticidad.
- Disminuir la alteración en la marcha.

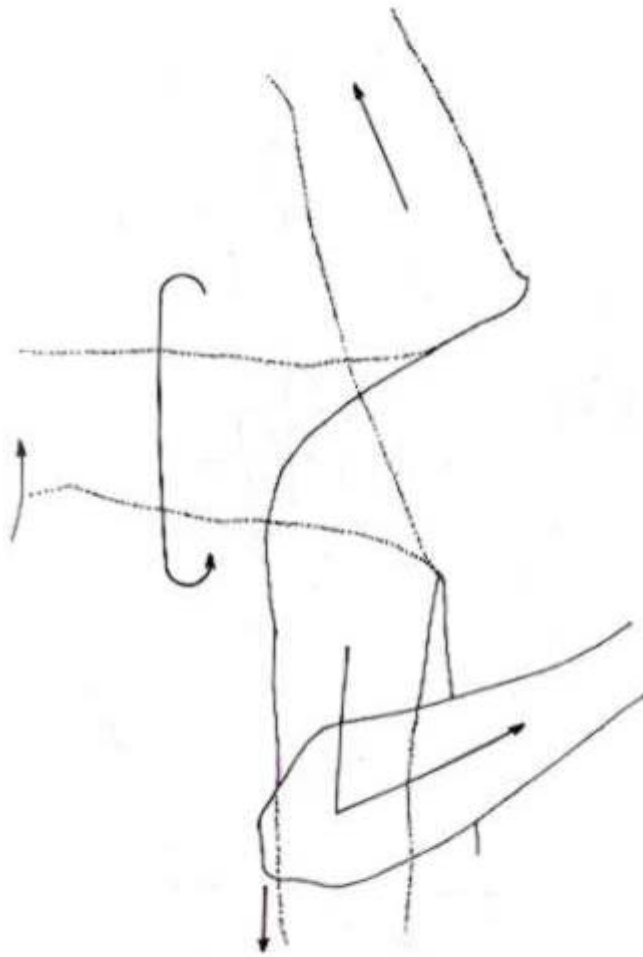
- Se recomiendan los siguientes ejercicios, de tipo calisténicos, en serie de 10 tiempos cada ejercicio cuando menos tres veces a la semana o dependiendo de las condiciones o disponibilidad del paciente ya que no debe obligarse.
- La utilización de música ayudara a animar a los pacientes. (a, b, 4, 8, 15)

Ejercicios de cabeza y cuello:

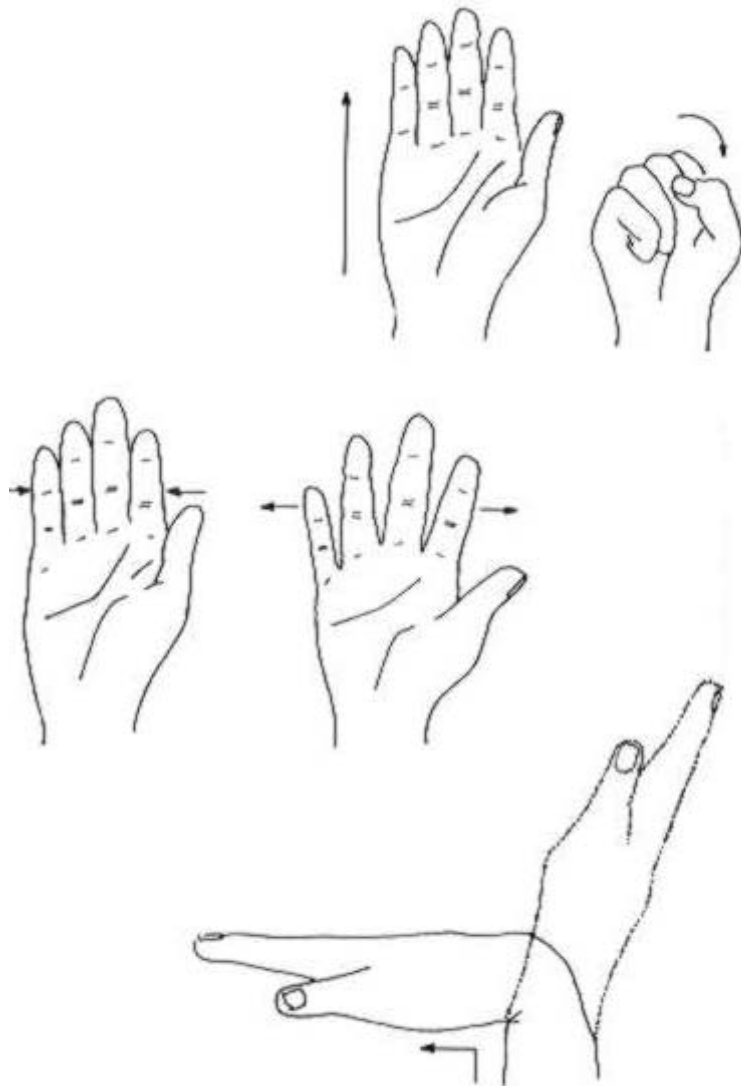


IMÁGENES (15, 17)

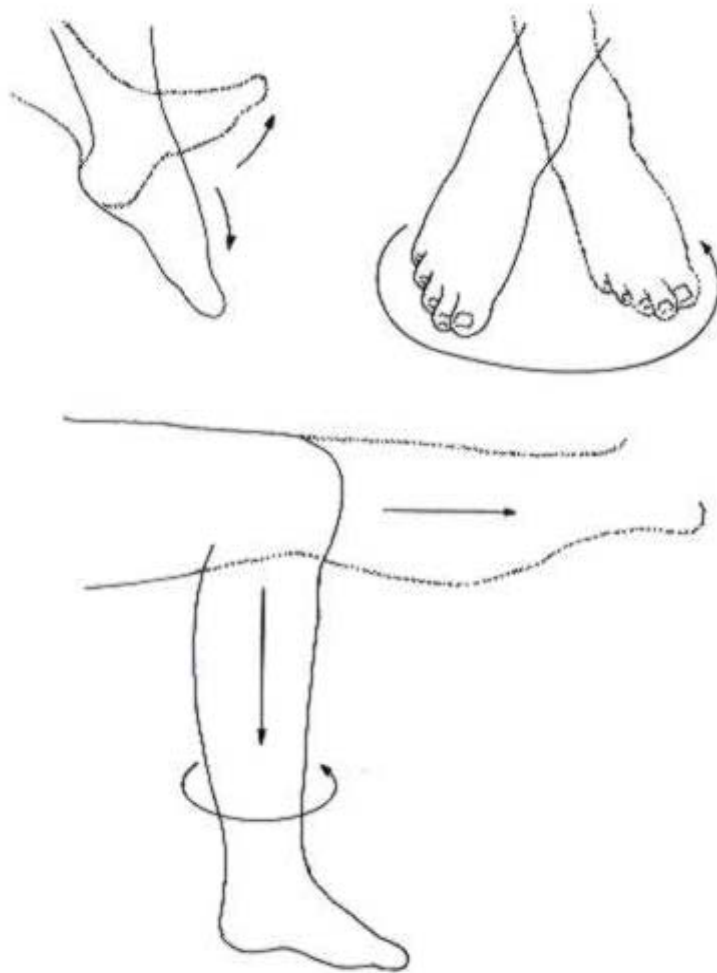
Ejercicios de hombros y brazos:



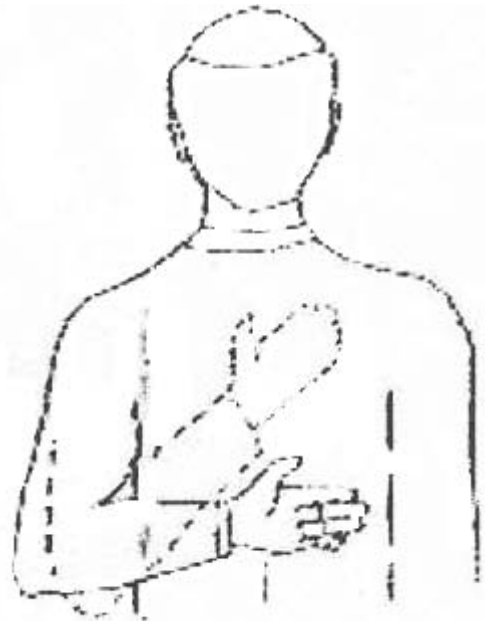
Ejercicios de manos:



Ejercicios de miembros pélvicos:



Ejercicios de tronco y espalda:



Terapia Cognitiva

Ejercicios para trabajar y mantener las funciones mentales, estos se realizan a diario:

- 1.- Hablar al adulto mayor, estimulándole para que mantenga una conversación.
- 2.- Es importante que el adulto mayor mantenga las amistades antiguas y haga nuevos amigos.
- 3.- Fomentar su interés en los sucesos actuales a través de radio, televisión y prensa.
- 4.- Hacerle participe de los acontecimientos familiares como bodas, cumpleaños, etc.
- 5.- Permitir al anciano que maneje cierta cantidad de dinero, permitiéndole así identificar a diario las monedas vigentes.
- 6.- Hacerle revisar la fecha en el calendario, de preferencia de números grandes y recordárselos a lo largo del día.
- 7.- Estimular al adulto mayor a participar en las labores domésticas.
- 8.- Trabajar sobre funciones relativamente conservadas.

10.- Memoria auditiva (repetición de frases).

11.- Completar frases.

12.- Solicitar narraciones.

13.- Distinguir de dos palabras iguales o diferentes, sinónimas, antónimas, resolución de problemas matemáticos.

14.- Interpretación de Refranes.

15.- Integrar a los adultos mayores a grupos de actividades ya que con esto permite la rehabilitación de funciones superiores como:

- Comunicación escrita y oral: lectura, comprensión de la actividad, discusión oral sobre el método a seguir.
- Memoria, llamando por su nombre al resto de integrantes, acordarse de lo sucedido días anteriores. (I, V, a, b, 12)

Terapia ocupacional

Pretende realizar un tratamiento Integral, con el fin de recuperar o desarrollar sus aptitudes y capacidades existentes, hasta lograr la máxima autonomía posible en todas las actividades de la vida diaria; como objetivos tiene:

- El prevenir la incapacidad.
- Adaptarlo al ambiente social, mejorar la coordinación y la destreza.
- Reeducar las funciones mentales y adiestrar sus capacidades residuales con la finalidad de que este estado se prolongue por mayor tiempo, y la evolución sea más tardía. (a, b, l, v, 12)

La motivación es fuente para lograr que el adulto mayor se sienta útil, en ocasiones es necesario repetir las consignas y explicaciones, evitando cambios bruscos para evitar confusión, incomprensión y desorientación. Se sugieren las siguientes actividades:

1.- Aplicación de cubos, ejercita la precisión.

2.- Selección de cuentos, de colores y tamaños diferentes (ejercita concentración, memorización y función usual).

- 3.- Evitar el uso de piezas pequeñas.

- 4.- No realizar juegos de competencia.

- 5.- Cestería, rehabilita los movimientos de coordinación codo-hombro.

- 6.- Tejido, bordar, cocer, rehabilita el déficit manual, atención y memoria.

- 7.- Animar al adulto mayor a jugar partidas de cartas, domino, etc.

- 8.- No imponer la actividad dejar elegir entre dos cosas.

- 9.- Utilizar palabras de adultos.

- 10.- El material a utilizar debe de ser grande de colores llamativos, letras gruesas, plástico suave, etc.

- 11.- No buscar la perfección.

- 12.- Crear un ambiente agradable.

- 13.- Felicitar al paciente siempre que haya concluido una tarea. (a, b, l, V, 12)

Criterio A2a, b, c.

Terapia Física

Se aplicara en la medida de las condiciones del paciente pero en esta fase las recomendaciones son indicadas a los cuidadores ya que el adulto mayor pasa mas tiempo en casa.

- Ejecución asistida de los ejercicios indicados en el primer estadio, estimulando a la misma hora.
- Levantarlo por la mañana a la misma hora.
- Eliminar las siestas.
- Estimular para la realización de pequeños ejercicios con sus segmentos residuales.
- Evitar actividades nocturnas. (I,V, a, b, 12).

Terapia Ocupacional

Se enfocara en tratar de realizar adaptaciones en los utensilios para que este le permita mantener al adulto mayor sus actividades en medida de sus posibilidades.

- Proporcionar instrucciones detalladas para que el adulto mayor pueda realizar el mayor numero de actividades por si solo.
- Su movimiento es limitado por lo que su marcha estará alterada, se sugiere un sillón poco profundo, de altura suficiente, con asiento y respaldo firme, apoyabrazos largos y reposapiés bien regulado ala altura.
- Ayudarle a vestirse, colocando la ropa en el orden en que debe ponerla, utilizando vestidos de una sola pieza, cuellos amplios, con aberturas anteriores, colocarle etiquetas de referencias (adelante y atrás), uso de velcro en lugar de botones o cierres.
- En las comidas se sugiere el uso de sillones. Realizar adaptaciones a los cubiertos y que estos sean ligeros, con mango engrosado y curvado, vasos de doble asa, superficie de la mesa con antideslizante; la elección de los alimentos interviene en las condiciones del paciente, se recomienda que la dieta sea blanda, frutas

cocidas o en puré, se le corte la carne, además de que sea sentado a la mesa con el resto de la familia o sea asistido.

- Con respecto al aseo personal, debe animar al adulto mayor a que lo realice por si mismo, ayudado de una serie de adaptaciones a sus utensilios como son: peine, espejo, cepillo de dientes, etc. Todas estas actividades que las realice de preferencia sentado frente al espejo, mantener sus utensilios a su alcance, ya que con esto favorece a su esquema corporal. (I, V, a, b 12).

Criterio B, C, D, E, F.

Es el final de la enfermedad, se caracteriza por el agravamiento de los síntomas cerebrales manifestado por espasticidad (rigidez muscular), así como la resistencia al cambia postural, puede aparecer temblores y crisis convulsiva o epilepsia. Los pacientes se muestran apáticos, pierden capacidad automática adquiridas como la de levantarse, vestirse, comer, presentan ligera perdida de respuesta al dolor, incontinencia urinaria y fecal, tienden a reposos prolongados, con alimentación asistida y suelen fallecer por neumonía, infecciones sistémicas u otras enfermedades accidentales.

La terapia física se le brindará mediante movimientos pasivos, con la finalidad de movilizar sus articulaciones, evitando de esta manera un espasmo.

Los ejercicios a realizar pueden ser los aplicados en el primer estadio a excepción de los movimientos del tronco. (I,V, a, b, 12).

La terapia ocupacional para el adulto mayor que se encuentra en este criterio es:

- En cuanto a la alimentación fraccionarla en 4 a 6 tomas.
- Dieta blanda o líquida.
- Si se presenta dificultad para la deglución tomar como alternativa los jugos, purés o gelatinas o la colocación de sondas.
- Mantener su piel lubricada y seca.
- Cambios posturales frecuentes, aproximadamente cada dos horas.
- Reeducar esfínteres, mediante un plan individualizado, para lo que se deben tomar en cuenta los hábitos vesicales, la ingesta de líquidos, el estado mental del paciente y su entorno social. Se le estimula al adulto en plenitud a orinar y evacuar en un mismo horario, permaneciendo sentado en el WC, por lo menos cinco minutos, dejándolo que escuche una llave de agua abierta. Es importante mencionar que la incontinencia nocturna es prácticamente inevitable, por lo que se debe apoyar de los absorbentes o colocación de sondas.
- Prevención de escaras.
- Aspiración de secreciones.
- Baño asistido.
- Vendaje Miembros pélvicos.

Proceso de aceptación familiar. (I,V, a, b, 12)

CAPITULO VII

- **Diagnósticos De Enfermería, Resultados e Intervenciones.**

Diagnóstico.

Riesgo de traumatismo relacionado con la falta de conocimientos sobre los riesgos ambientales.

Resultados

- Conducta de seguridad personal.
- Estado de seguridad.
- Integridad tisular, piel, membranas, mucosas.

Intervenciones.

- Oriente al paciente en los nuevos entornos. Mantenga los artículos necesarios como el agua, teléfono y timbre de llamada al alcance del paciente. (valorar sus capacidades para hacerlo). Mantenga la cama en la posición más baja posible, mantenga los barandales de la cama si son necesarios, (levantados o a bajo).
- Mantenga el entorno despejado para minimizar el riesgo de confusión y tropiezos.
- Asegure una buena iluminación para ayudar a prevenir las caídas en la oscuridad.

- Prevenga la exposición de alimentos o utensilios calientes que puedan producir quemaduras al paciente, comprobar la temperatura del agua de los calentadores y del agua antes de bañar al paciente.

- Animar al paciente a que utilice calzado antideslizante con tacón bajo para caminar. Valorar al paciente para detectar la presencia de ataxia y ayúdele a caminar, si es necesario. Los bastones y las andaderas son muy difíciles de utilizar para los pacientes con Alz-Heimer.

- Pedir a los familiares que ayuden a vigilar a los pacientes. Dando cuidados de compañía. Evite la sujeción porque ello los altera más, si esta es necesaria explique al paciente que solo será para ayudarlo a mantener en control y que se retirará cuando se haya tranquilizado y ya no pueda hacerse daño.

- Controlar al paciente a intervalos frecuentes, si es necesario lleve al paciente al control de enfermería manténgala (o) ahí y lejos de las escaleras, considerar la posibilidad de una fotografía del paciente para ayudar en su búsqueda si se presentara tal situación.

- Intente que las vías que se coloquen al paciente sean lo menos molestas para evitar que las arranque, colocar la vía intravenosa en la parte superior del brazo dominante, colocar al paciente una bata con manga larga con puño que se introducirá en la vía intravenosa dentro de la manga saliendo por la abertura del

cuello. Colocar un vendaje protector para evitar que se produzcan lesiones con la aguja. Coloque férulas de sujeción en las manos para evitar el movimiento de tenaza de los dedos. (10, 14 (pag. 205), 18).

Diagnóstico.

**Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con el déficit cognitivo y motor
manifestado por una disminución de la ingestión de nutrientes.**

Resultados

- Control de peso.
- Estado Nutricional, ingestión de alimentos.

Intervenciones.

- Pida a los familiares que ayuden a la planificación de los menús o proporcione alimentos o platos que el paciente pueda reconocer.
- Corte los alimentos en trocitos y ofrezca comida que pueda tomarse con los dedos, cuando el paciente ya no pueda manejar los cubiertos.

- Ofrezca al paciente que este en movimiento constante, colaciones frecuentes y una dieta hipercalórica, si no se indica lo contrario.
 - Intente limitar el número de alimentos en el plato o las raciones, sirva alimentos en distintos platos un exceso de comida puede abrumar al paciente.
-
- Recuerde que si el paciente aprieta los dientes y se niega a comer debe de estimular el reflejo de succión dando golpecitos en las mejillas o estimular la boca con una cuchara.
 - Proporcione intimidad. Acepte que el paciente utilice los dedos para comer y los caprichos en las mezclas de estos.
 - Tolere las manchas y salpicaduras sin regañar al paciente, y utilice platos y vasos de plástico. (10, 14 (pag. 153), 18).

Diagnóstico.

Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno relacionado con el estado de confusión crónica manifestado por el deterioro de la función neural.

Resultados

- Concentración.
- Conducta de seguridad, ambiente físico del hogar.
- Elaboración de la Información.
- Estado Neurológico, Conciencia.

Intervenciones.

- Oriente al paciente en cuanto a su realidad, tiempo y espacio a intervalos frecuentes y de las siguientes formas; llame al paciente por su nombre, ponga relojes,

calendarios en la habitación, informe al paciente del día y la hora, corrija al paciente con suavidad, reduzca al mínimo los ruidos molestos, asegure una buena iluminación para evitar sombras; pida a los familiares que traigan objetos conocidos y fotos familiares, hable con el paciente sobre sus intereses pasados y presentes; permita al paciente que recuerde los viejos tiempos y escuche con tolerancia sus historias repetidas.

- Explique las próximas actividades; establezca horarios regulares para el aseo personal, las comidas y la evacuación; realice solamente una actividad a la vez.
- Debe dirigirse al paciente en forma calmada, lenta, relajada y amistosa, no amenazante. Trate al paciente con dignidad y respeto. Mantenga la calma y la paciencia al repetir las preguntas.
- Mantenga los objetos personales del paciente donde los pueda ver y utilizar.
- Proporcione un entorno agradable y tranquilo. La decoración de la habitación debe de ser sencilla y no recargada. El paciente puede no reconocerse al mirarse en el espejo. Cubra o retire los espejos del cuarto si el paciente ve imágenes erróneas.
- Proporcione una estimulación que el paciente pueda afrontar. La música suave puede ser adecuada, pero la televisión puede ser agobiante por el cambio rápido de imágenes y puede inducir a confusiones.

- Limite las visitas, cuando sea necesario, porque con frecuencia el paciente no puede tolerar las multitudes y las interacciones sociales complejas.

- Reduzca los estímulos ambientales, si el paciente esta agitado. Utilice un tono de voz bajo y tranquilizador y toque al paciente con suavidad. Evite movimientos bruscos e inesperados.

- Si el paciente sale de la unidad para realizarse un análisis u otro procedimiento, advierta sobre su estado cognitivo. (10, 14 (pag 122), 18).

Diagnóstico.

Déficit de Auto-cuidado: uso del wc relacionado con el déficit cognitivo manifestado por micción en lugares inapropiados.

Resultados

- Cuidados Personales Actividades de la Vida Humana. (AVD).
- Cuidados Personales: Higiene, uso del inodoro.

Intervenciones.

- Asegúrese de que el paciente sabe donde esta el baño, si es posible coloque al paciente de modo que pueda verlo, asegúrese de que no haya obstáculos en el camino y proporcione una iluminación nocturna adecuada. Lleve al paciente al

baño cada una o dos horas, restrinja el aporte de líquidos por las noches para minimizar el riesgo de enuresis.

- Identifique la puerta del baño con un dibujo de un inodoro para ayudar al paciente a localizarlo.
 - Valore las señales no verbales, que indiquen necesidades de evacuar.
-
- Coloque pañales desechables, las sondas permanentes así como las eventuales pueden causar confusión.
 - La presencia de incontinencia puede ser un signo de infección del tracto urinario.
 - Valore el grado de limpieza y sequedad de la zona perineal, después de que el paciente haya orinado, intervenga consecuentemente para asegurar la integridad cutánea. (10, 14 (pag. 31), 18).

Diagnóstico.

**Déficit de Auto-cuidado: Baño/higiene relacionado con el déficit cognitivo y motor
manifestado por la pérdida de memoria y los problemas de coordinación.**

Resultados

- Cuidados Personales Actividades de la Vida Humana. (AVD).

Intervenciones.

- Proporcione cuidados a los pacientes que son dependientes y ayude a los que son independientes totalmente. Programe el tiempo suficiente para permitir realizar actividades sin prisas.

- Coloque un taburete en la ducha si esto estimula el auto cuidado necesario. Utilice una regadera de tipo “teléfono” para evitar que caiga el chorro de agua sobre la cabeza del paciente, lo que le puede causar miedo.
- Indique a los familiares de que utilices zapatos sin cordones y con sujeción de velcro, así como ropa amplia y fácil de poner, ofrezca una sola prenda de ropa a la VEZ. (10, 14 (pag. 31), 18).

Diagnóstico.

Confusión crónica relacionada con el déficit cognitivo manifestado por afasia y los trastornos de recepción, transmisión e integración sensorial.

Resultados

- Capacidad cognitiva.
- Concentración.
- Control del pensamiento distorsionado.
- Elaboración de la información.
- Identidad.
- Memoria.
- Orientación Cognitiva.

- Toma de Decisiones.

Intervenciones.

- Proporcione un entorno de apoyo adecuado a los pacientes incapaces de emitir palabras o construir frases, o incapaces de hablar con claridad o adecuadamente.

- Explique las actividades con frases cortas y de fácil comprensión. Utilice gestos sencillos, señale los objetos o haga demostraciones, si es posible. Cuando de instrucciones, asegúrese de realizar varias tareas de todas las actividades usando términos sencillos.

- Asegúrese de que se mantenga la atención del paciente. Repita su nombre o tóquelo suavemente para captar su atención. Utilice el tacto para comunicarse si el paciente es receptivo, hable despacio y con tranquilidad.

- Escuche al paciente y hágalo intervenir en la conversación. (10, 14 (pag. 56), 18)

Diagnóstico.

Ansiedad relacionado con la amenaza a los cambios reales o percibidos por un entorno hospitalario desconcertante, múltiples pruebas y procedimientos manifestado por impulsos de agresión.

Resultados

- Control de la agresión.
- Control de la Ansiedad.
- Control de los Impulsos.
- Habilidades de Interacción Social.
- Represión de Auto Mutilación.
- Superación de Problemas.

Intervenciones.

- Utilice gestos suaves y lentos, los pacientes que sufren de la enfermedad de Alzheimer con frecuencia reproducen las emociones de los demás. Utilice una voz relajada y tóquelo suavemente.
- Ofrezca tiempo para que el paciente verbalice sus sentimientos de temor, preocupación y ansiedad.
- Proporcione al paciente siempre el mismo cuidado para prevenir el temor y la ansiedad.
- Los pacientes que aun disponen de sus capacidades para leer pueden tranquilizarse al ver notas y señales de orientación, o listas de nombres, números telefónicos, etc.
- Estimule a los familiares a proporcionar objetos que son familiares para el paciente.

- Permita al paciente la acumulación de objetos inanimados, porque esto puede ocasionar una sensación de seguridad.
- Ayude a encontrar los objetos perdidos.
- Absténgase de forzar actividades o de ofrecer demasiadas opciones al paciente.
- Fomente la deambulaci3n.
- Aconseje al paciente que evite la cafeína ya que tiene un efecto estimulante.

(10, 14 (pag. 22), 18).

Diagn3stico.

Riesgo de violencia dirigida a otros relacionado con el deterioro del pensamiento cognitivo.

Resultados

- Auto control de la conducta abusiva.
- Cese del abuso.
- Control de la agresión.
- Control de los impulsos.

Intervenciones.

- Determine cómo actúa el paciente cuando esta cansado o abrumado.
- Trate de identificar lo que es una fuente de estrés para el paciente. Responda a las emociones del paciente con frases sencillas y concretas, relacionadas directamente con las preguntas.
- Permanezca tranquilo y mantenga los gestos suaves y lentos. Mantenga las manos abiertas y por debajo de la cintura, donde puedan verse. Aproxímese al paciente de forma relajada y confiada.
- Reduzca los estímulos ambientales, por ejemplo: el número de personas que entran a la habitación.
- El paciente solo se presenta agresivo cuando se le aborda, debe mantenerse a una distancia prudente.
- No intente dialogar nunca a solas con un paciente físicamente agresivo. (10, 14 (pag. 213), 18)

Diagnóstico.

Deterioro del patrón de sueño relacionado con el déficit cognitivos manifestado por la inquietud y la desorientación.

Resultados

- Bienestar.
- Descanso.
- Sueño.

Intervenciones.

- Intercale los períodos de reposo con las actividades, de forma que el paciente no se canse en exceso y precise dormir durante el día.
- Impida que el paciente duerma durante el día con medidas, como paseos cortos frecuentes, planificación de actividades y manténgalo levantado lo más posible.
- Evite la utilización de sujeciones porque estas aumentan la agitación y limitan la capacidad de descanso al paciente. (10, 14 (pag. 188), 18).

Diagnóstico.

Afrontamiento familiar incapacitante relacionado con la discrepancia disonante de estilos de afrontamiento para hacer frente a las tareas adaptativas entre la persona significativa y el cliente o entre varias personas significativas, manifestado por falta de atención a las relaciones con otros miembros de la familia y deterioro de la individualización, preocupación por el cliente excesiva y prolongada.

Resultados

- Superación del Problema.
- Toma de Decisiones.

Intervenciones.

- Aconseje a los familiares que interpreten la conducta del paciente como un reflejo del proceso de la enfermedad y no como un acto premeditado.
- Facilite periodos de reposo o descanso para los familiares a lo largo del día, otra opción es tener varios familiares alternado el tiempo.
- Fomente la planificación económica precoz, y sugiera un aseguramiento económico profesional.
- Fomente el asesoramiento y la planificación legal precoces de la familia. Esto es muy importante porque una persona debe de estar en plenas facultades mentales para poder firmar cualquier documento.
- Explique a los familiares que si el paciente se niega a tomar sus medicamentos, es incapaz de tragar las pastillas, puede darse el medicamento triturado y mezclarlo con los alimentos.

- Aconseje a los familiares a que ayuden al paciente a mantener sus amistades y a asistir a actos sociales.
- Aconseje el asesoramiento y el apoyo profesional. [VER ANEXO # 5]
- Fomente la participación de grupos de apoyo del ámbito nacional o local, que sigan los criterios del Alz-Heimer. (10, 14 (pag. 13), 18).

Diagnóstico.

Cansancio del Rol del Cuidador relacionado con la responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas manifestado por afrontamiento individual deteriorado, sentimientos de depresión, trastornos de sueño, cólera, estrés, nerviosismo creciente, labilidad emocional creciente, falta de tiempo para necesidades personales, frustración, impotencia.

Resultados

- Bienestar del Cuidador.

Intervenciones.

- Tomar periodos vacacionales con frecuencia.
- Tomar en cuenta que también están otros miembros de la familia.
- Planear la elaboración de roles de actividades con los demás integrantes de la familia.
- Apoyo al Cuidador Principal.
- Tener tiempos de descanso entre cada actividad que se realiza con el paciente.
- Fomento de la implicación familiar.
- Asistencia en el mantenimiento del hogar.
- Tratar de mantener la calma, y pensar las cosas lo más tranquilo posible.
- Pedir ayuda profesional, cuando esta sea necesaria.
- Tener comunicación con los integrantes de la familia. (10, 14 (pag. 181), 18).

CONCLUSIONES

Como se pudo observar la Demencia de Alz-Heimer o demencia senil, es una enfermedad irreversible que acaba totalmente con el paciente, así como también a la familia.

Yo propongo que se capacite al personal de enfermería y así, se podrá orientar a los familiares que tienen a su cargo adultos mayores, para proporcionarles una mejor atención y calidad de vida en sus últimos días de vida, así como también se hagan valer sus derechos de personas discapacitadas, pues este tipo de pacientes son en muchas ocasiones abandonados en casas de día o asilos si las posibilidades económicas de los familiares se los permite, o si no están a cargo de sus hijos, tíos, etc, llegando un momento en que su paciente se vuelve una carga para ellos, trayendo consigo frustraciones para todos, sentimientos de culpa y pérdida del interés consigo mismo.

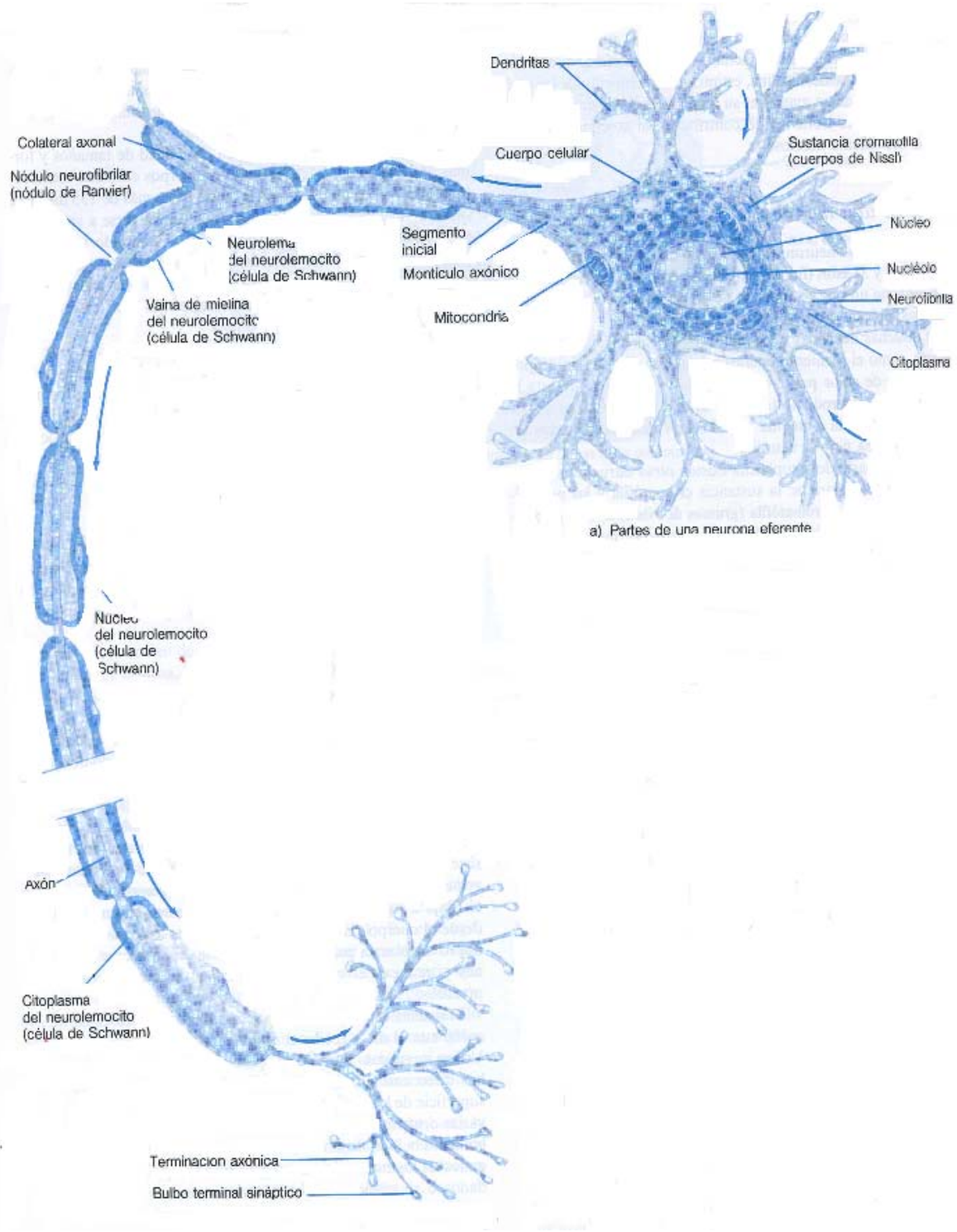
También propongo que el costo de los medicamentos sea más accesible, pues hay familiares que no cuentan con los suficientes recursos económicos para el tratamiento de su paciente.

Y no olvidar que si se trata con respeto y cariño a un paciente demenciado este reaccionara de una manera positiva para con las personas que los cuidan.

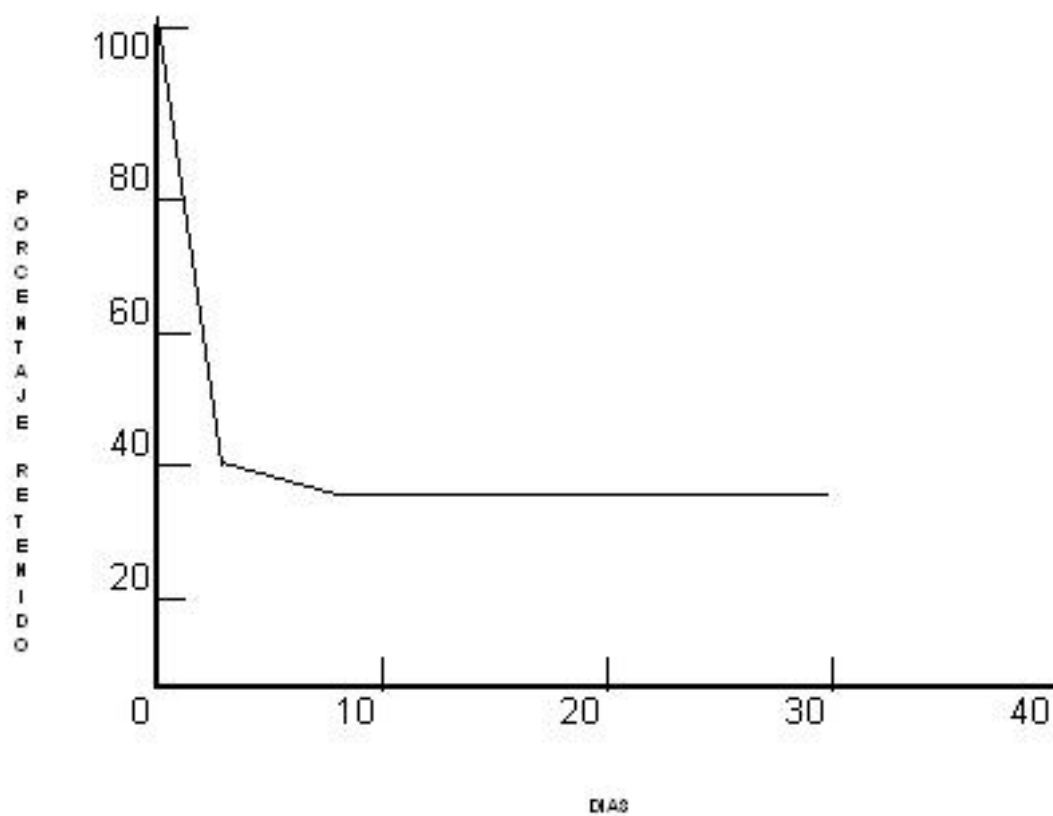
ANEXOS

- Anatomía De La Neurona.
- Gráfica del olvido y recuerdo.
- Tomografía de una persona con Alz-Heimer.
- Cansancio del Rol del Cuidador.
- Directorio de instituciones y organizaciones.
 - Síndrome del anochecer.
 - Glosario de terminos.
 - Bibliografía.

ANATOMÍA DE LA NEURONA

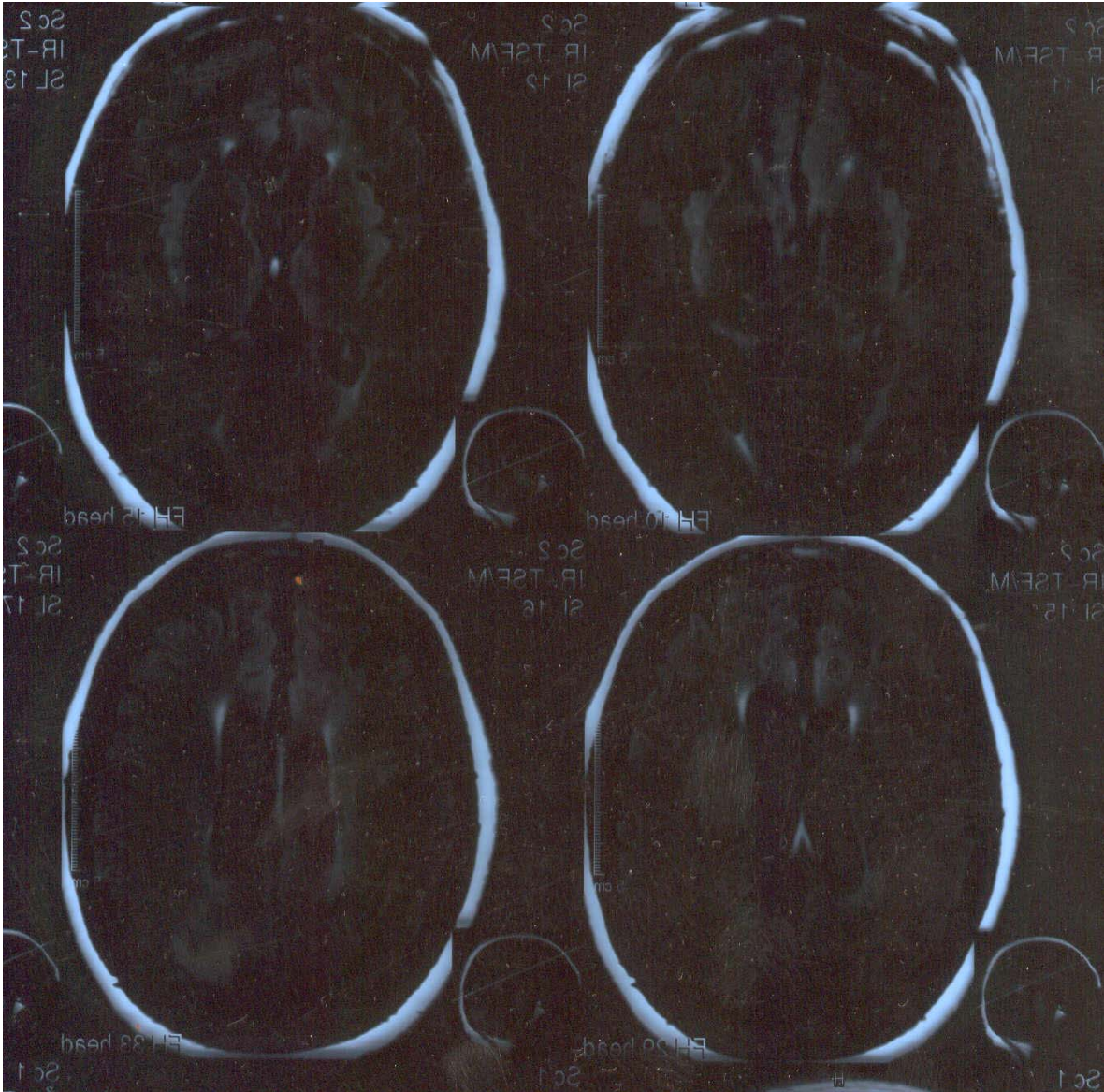


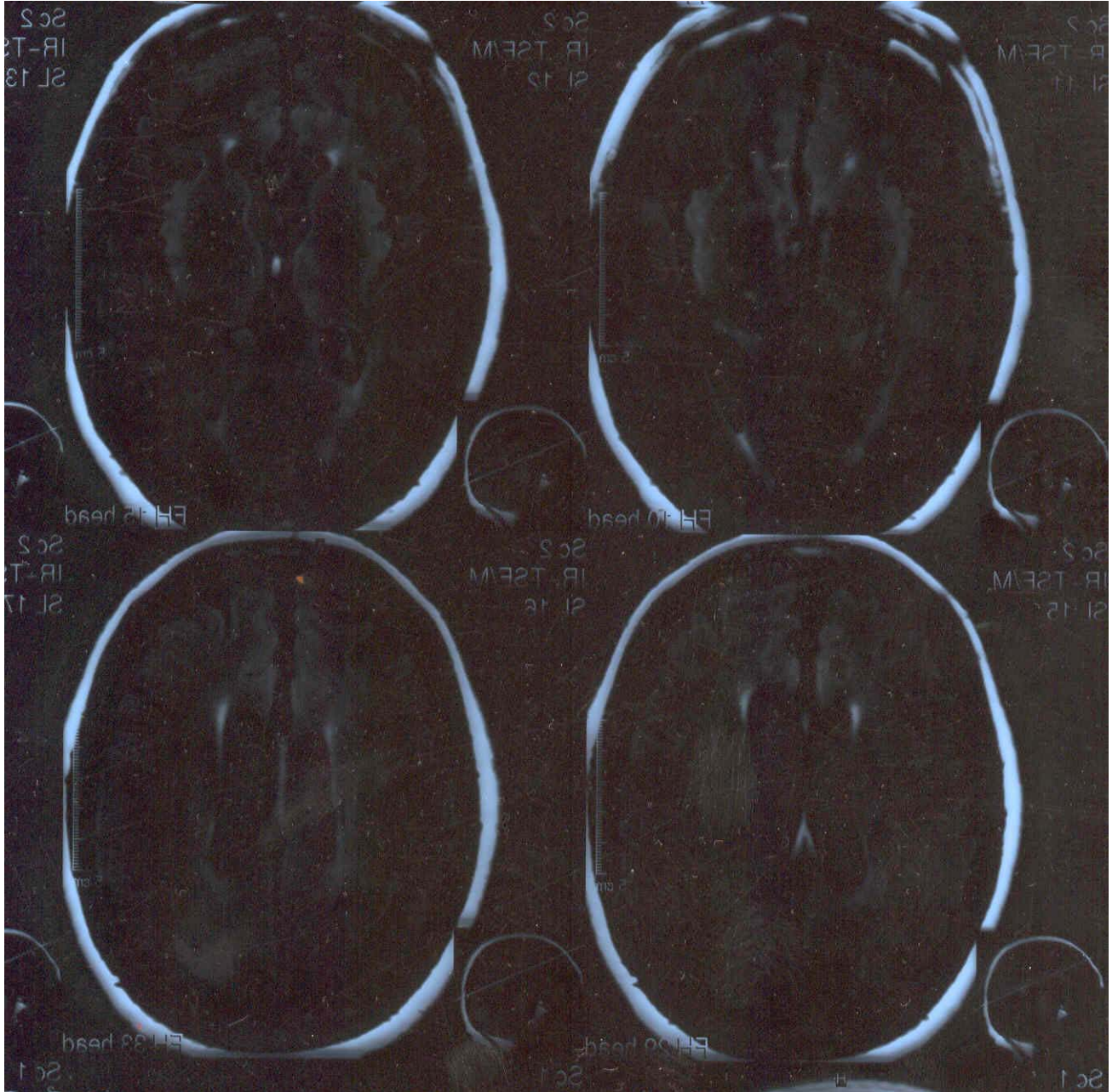
GRAFICA DEL OLVIDO Y RECUERDO



[ANEXO # 2] (2).

TOMOGRAFIA DE UNA PERSONA CON ALZ-HEIMER





[ANEXO # 3]

CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR

En los últimos 40 años hubo un incremento muy importante de los problemas relacionados con el estrés laboral. El síndrome de Bournout o síndrome de “estar quemado” tiene una serie de respuestas o situaciones de estrés que provocan “tensión” al interactuar constantemente con otras personas.

El psicólogo Clínico Herbert Freudenberger utilizó la palabra de Bournout por primera vez para definir el desgaste extremo de un empleado. Después lo utilizaron los sindicatos y abogados como elemento de ayuda para mencionar los problemas físicos generados por un grado de agotamiento excesivo. En la actualidad es una de las causas más importantes de incapacidad laboral. Su origen estaba centrado en los profesionales de la salud: médicos y enfermeras, pero también se considera a la familia.

Pero no sólo las personas con una carga de trabajo excesiva son las que sufren este tipo de síndrome. “El tener una vida sin motivación, sin proyectos o pasar por una etapa de desocupación puede provocar el mismo padecimiento”. Los síntomas para ambos casos son: falta de autoestima, irritabilidad, nerviosismo, insomnio, crisis de ansiedad, entre otros.

La ingesta desmedida de alcohol y otras sustancias son frecuentes en personas que no tienen alguna labor que realizar, es una manera de expresar el estrés que están sufriendo.

Una persona extremadamente estresada, puede manifestarse de varias formas: el cansancio emocional es la actitud más clara, evidente y común en todos los casos, la persona no responde a la demanda laboral y generalmente se encuentra irritable y deprimida.

Los profesionales o empleados como médicos, enfermeras, maestros, etc, que traban en contacto directo con otras personas suelen tener este síndrome.

CARACTERIESTICAS

- Agotamiento emocional.
- Despolarización o deshumanización.
- Falta de realización personal.

Síntomas físicos de estrés:

Manifestaciones mentales

- Sentimientos de vació.
- Agotamiento.

Manifestaciones Físicas:

- Cefalea.
- Insomnio.

Manifestaciones conductuales:

- Predominio de conductas auditivas.
- Consumo excesivo de café, alcohol, etc.

SU CUADRO EVOLUTIVO TIENE CUATRO NIVELES DE PATOLOGÍA

1er. Nivel: Falta de ganas de ir a trabajar, dolor de espalda y cuello. Ante la pregunta ¿Qué te pasa?, la respuesta es “no se, no me siente bien”.

2do Nivel: Empieza a molestar la relación con otros. Comienza una sensación de persecución “todos están en contra mío”, se incrementa en ausentismo y la rotación.

3er. Nivel: Disminución notable en la capacidad laboral. Pueden comenzar a aparecer enfermedades psicosomáticas (alergias, soriasis, picos de hipertensión, etc.). En esta etapa se comienza la automedicación que la principio tiene efecto placebo pero luego requiere de mayor dosis. Es en este nivel donde se a verificado la ingesta alcohólica.

4to. Nivel: Esta etapa se caracteriza por el alcoholismo, drogadicción, intentos de suicidio (en cualquiera de sus formas), suelen aparecer enfermedades graves tales como cáncer, accidentes cardiovasculares, etc. Durante esta etapa en los periodos previos se tiende a abandonar el trabajo.

TEST PARA MEDIR EL SINDROME

Para medir el desgaste profesional existe un test llamado de Maslach, este se utiliza desde el año de 1986. Se realiza en un tiempo de 10 a 15 minutos y mide los tres aspectos del síndrome: cansancio emocional, despolarización, realización personal. Se consideran puntuaciones bajas las menores a 34. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0.9%.

ESCALA DE MASLACH

Deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones, en función a la siguiente escala.

0= Nunca.

1= Pocas veces al año a menos.

2= Una vez al mes o menos.

3= Unas pocas veces al mes o menos.

4= Una vez a la semana.

5= Pocas veces a la semana.

6= Todos los días.

ASPECTOS A EVALUAR	RESPUESTAS
--------------------	------------

1. Me siento emocionalmente agotado (a) por mi trabajo.	
2. Me siento cansado (a) al final de la jornada de trabajo.	
3. Me siento fatigado (a) cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.	
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes/clientes	
5. Trato a algunos pacientes/clientes como si fueran objetos impersonales.	
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.	
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes/clientes.	

8. Me siento “quemado (a)” por mi trabajo.	
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.	
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión /tarea.	
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.	
12. Me siento muy activo (a).	
13. Me siento frustrado (a) en mi trabajo.	
14. Creo que estoy trabajando demasiado.	
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurra a mis pacientes/clientes.	

16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.	
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes/clientes.	
18. Me siento estimulado (a) después de trabajar con mis pacientes/clientes.	
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión/tareas.	
20. Me siento acabado (a).	
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.	
22. Siento que los pacientes/clientes me culpan por algunos de sus problemas.	

RESULTADOS

1. **Subescala de agotamiento emocional:** valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54 puntos.
2. **Subescala de despersonalización:** Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30 puntos.
3. **Subescala de realización personal:** Evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal del trabajo. Puntuación máxima 48.

Se considera que las puntuaciones son bajas entre 1 y 33.

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero define el síndrome.

TRATAMIENTO

Los dos métodos terapéuticos más eficaces que se conocen son:

- Las Técnicas Cognitivas Conductuales.
- La Psicoterapia.

Ambas por su complejidad, precisan del Psiquiatra y Psicólogo.

DIRECTORIO DE INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES

Para mayor información acuda a:

- **Asociación Mexicana de Alz-Heimer y Enfermedades Similares A.C.**
Insurgentes Sur N° 594-402 Col. Del Valle C.P. 03100 México D.F Tel/Fax 5523-1526, 5523-8035.
- **Asociación Mexicana de Atención Integral para Personas de la tercera edad (AMAITE) IAP** Calle: Niño de Jesús s/n esq. Calzada de San Buenaventura 4° piso Tlalpan C.P. 14000
- **Fundación Alz-Heimer alguien con quien contar IAP.** Div. Del Norte N° 1044 Col. Narvarte Tel. 55-75-83-20 y 56-75-83-23
- **Hospital Regional Adolfo López Mateos.** Aulas de Enseñanza 2do piso Av. Universidad y Río Churubusco Col. Florida, C.P. 03100 Tel. 55-34-58-22
- **Hospital Regional Gabriel Mancera.** Aula 4 del sótano de consulta externa. Gabriel Mancera N° 8000 esq. San Borja, Col. Del Valle Tel. 56-39-58-22
- **Instituto Nacional de Neurología.** Av. Insurgentes Sur N° 3878 Tlalpan, C.P. 14269 Tel. 56-06-38-22 ext. 1016.

- **Instituto Nacional de Salud Mental.** Periférico Sur N° 2905 Magdalena Contreras, C.P. 10200 Tels. 55-95-86-73 y 55-95-81-39. (a).

GRUPOS DE APOYO EN LA CIUDAD DE MÉXICO

- **Casa Popular.** Salón de Juntas. Av. Luis Cabrera N° 1 Col San Jerónimo Lídice México. D.F.
- **Colonos de EcheGARAY.** Edificio de los Colonos de EcheGARAY Hacienda de Temixco N° 12, Col. Bosques de EcheGARAY Naucalapan, Estado de México.
- **Fundación Alz-Heimer, I.A.P** A.v. División del Norte 1044, esq. San Borja. Col Narvarte 0320 México D.F.
- **Hospital Regional Gabriel Mancera.** Aula 5 del sótano de consulta externa. Gabriel Mancera N° 200 esq. Con Xola, Col. Del Valle C.P. 03100 México D.F.
- **Instituto Nacional de Neurología.** Salón de usos Múltiples Av. Insurgentes Sur N° 3878 Tlalpan, C.P. 14269

- **Instituto Nacional de Nutrición.** Aula de Consulta Externa (planta baja). Vasco de Quiroga 15. col. Sección 16 Delegación Tlalpan 14000 México D.F.
- **Unidad Independencia.** Edif. Admvo. Del ExZoológico. Calle Río Chico s/n (por el paso de agua de la DGOCH) Barrio de San Ramón Delegación Magdalena Contreras 10100 México D.F. (a).

DIRECTORIO DE ASOCIACIONES Y GRUPOS DE APOYO DEL INTERIOR DE LA
REPUBLICA AMAES. A. C.

- **Aguascalientes, Ags.** Sra. Blanca A. Esparza Granada 147, Fracc. El Dorado, entre Canadá y Lima 20235 Aguascalientes, Ags. Tel. +4499786181 Fax: +449 9782152.
- **Centro de Día.** Sra. Ruth landgrave. Sierra de la Canela 236. Fracc. Bosques. Aguascalientes, Ags. Tel. +449 9129113 y 9143785,
- **Ciudad Valles, S.L.P.** Sra. Elia Lyde Vda. De Méndez. Asociación Villense de Alzheimer y Enf. Sim., A.C. Boulevard 48 Sur Zona Centro 79000 Ciudad Valles, S.L.P. Tel/Fax: +481 382 1042

- **Ciudad Victoria, Tamps.** Sra. Sofia Zagástegui. Diez Berriozábal 1054 Col. Centro 87000 Ciudad Victoria, Tamps. Tel. +834 3141871 Fax. 834 3164990
- **Ciudad Madero, Tamps.** Sra. Nora Envida de la Garza de Avecedo. Queretaro 402 Poniente esq. Con Guerrero. Col. Unidad Nacional 89410 Ciudad de Madero, Tamps. Tel.+833 2161435 Fax. 833 2568073.
- **Cuernavaca, Mor.** Psci. Adela Hernández Galván UNISEP. Popocatépetl y Pico de Orizaba. Col Volcanes. Cuernavaca Morelos Tel. 777 3193140 Fax. +7773207149.
- **Guadalajara, Jal.** Dr. Víctor Fdo. Villa Esteves. Fundación Alz-Heimer Guadalajara, A.C. Centro de Día y Grupo de Autoayuda. Calle Esturión 3187. Col. Residencial Loma Bonita Guadalajara.Jal. Tel. +3336 324241
- **Hermosillo, Son.** Dra. Berta Covarrubias M. Asociación Sonorense de Alz-Heimer. Calle Tres y Ley Federal del Trabajo. Edificio Cree. Fracc Bugambillas 83140. Hermosillo. Son. Tel/Fax. +662 210 1662.
- **León Gto.** Sra. Ilena Hernández de Sojo. Fundación Alz-Heimer León. Centro de Día Jacarandas 212 Club Camprestre 37120 León Gto. Tel. +477 7737555.

- **Morelia, Mich.** Dr. Guillermo Arce Menocal. Asociación Alz-Heimer de Morelia. Calle de Ana maria Gallaga 911-A, 2° piso. Col. Centro o Cuahutémoc 58000 Morelia Mich. Tel/Fax: +443 3131761.
- **Monterrey, N.L.** Sra. Alicia Vargas de Treviño. Asociación Alz-Heimer de Monterrey, A.C. Av. Lomas Grande 2713 Ingt.3. Col Lomas de San Francisco 64710 Monterrey, Nuevo León Tel/Fax:+8183 336948 y 336713 Email: alzheimmt@infosel.com
- **Oaxaca,oax.** Srita. Ma Elena Gutiérrez Ruíz. Asociación Oaxaquña de Alz-Heimer y Enf.Sim., Privada de Jacarandas 204 o Maya Fernández. Col san Felipe de Agua 68020 Oaxaca, Oax. Tels. 951 5500526 – 5200403 Tel/Fax: +952 5164571.
- **Pachuca, Hgo.** Federación Mexicana de AlzHeimer y Enf. Similares, A.C. Dra. Rita Esquivel Valdés. Presidenta. Real de Catorce 101. Fracc. Real de Valle Pachuca, Hgo. Tel. +7717190296 y 97.
- **San Luis Potosí, S.L.P.** Dra. Guadalupe del Pozo de Cabrero. Asociación Potosina de AlzHeimer y Enf Similares A.C. maples 186. Fracc. Tecnológico 78146 San Luis Potosí, S.L.P. Tel/Fax: +4448333814.

- **Torreón, Coah.** Dra Blanca I. Martínez de Alba. Centro Alz-Heimer de la Laguna, A.C. Hidalgo 2351 Ote. Col. Centro 27000 Torreón, Coah. Tel/Fax:+871 7132718.
- **Veracruz, Ver.** Sra. Martha Lily Matuk. Centro de Día Manantial de Luz Circunvalación Poniente 464, entre Tulipanes y Bugambilias. Col. Campreste las Bajadas. Veracruz, Ver. Tel. 229 9810947 Fax. +2299812019. (a).

Síndrome del anochecer de los pacientes con demencia

Los enfermos con demencia presentan un peculiar fenómeno que recibe el nombre de "síndrome del anochecer". Éste consiste en la aparición de una amplia variedad de conductas desintegradas aunque transitorias, cuya etiología no es demasiado conocida.

El tratamiento se basa en el recurso a remedios físicos o químicos sin embargo, un tratamiento farmacológico excesivo puede producir sedación diurna, episodios de aspiración por la noche, accidentes e interacciones con otros medicamentos. Asimismo, la aplicación crónica de dispositivos de limitación física puede ocasionar úlceras por decúbito, contracciones y atrofia muscular así como estasis venosa y riesgo de embolia pulmonar. El síndrome del anochecer se conoce como confusión senil nocturna, por lo que es importante demostrar la existencia en el paciente de un grado de confusión superior a la habitual.

El proceso se designa también con otros términos (como aberraciones nocturnas, alucinaciones nocturnas y delirio nocturno) que describe perfectamente las diversas características del síndrome que pueden observarse tanto combinadas como aisladas. Pese a su nombre, el síndrome del anochecer puede aparecer en cualquier momento del día. Los pacientes con demencia se encuentran en un tipo de aislamiento temporal en el que han perdido toda sensación de tiempo y de lugar.

Los pacientes con demencia y síndrome del anochecer manifiestan actividad motora inintencional y agresividad tanto física como verbal. En general no cooperan en absoluto, pero no presentan obnubilación mental ni trastornos de fonación. En conjunto, el cuadro es parecido al de un estado de hiperactividad exagerada sin demostración de un factor desencadenante evidente.

Glosario

Acetilcolina: neurotransmisor.

Afasia: trastorno neurológico que se caracteriza por defectos o ausencia de la función del lenguaje como una consecuencia de una lesión en determinadas áreas de la corteza cerebral.

Agnosia: pérdida total o parcial de la facultad de reconocer los objetos o personas familiares mediante estímulos sensoriales, producida por lesión cerebral orgánica.

Apraxia: se caracteriza por la incapacidad de utilizar un objeto o realizar una tarea por medio de la percepción.

Cognitivas: proceso mental del pensamiento, aprendizaje y juicio.

Cromosoma: cada una de las estructuras en forma de hebra situadas en el núcleo de una célula y que transmiten la información genética de las especies.

Demencia: trastorno mental orgánico progresivo caracterizado por desintegración crónica de la personalidad, confusión, desorientación.

Delirio: trastorno mental orgánico agudo caracterizado por confusión, desorientación, inquietud, temor, incoherencias, ansiedad, excitación y generalmente alucinaciones.

Encefálica: cerebro.

Etiología: estudio de todos los factores que pueden intervenir en el desarrollo de una enfermedad.

Gen: unidad biológica del material genético y de la herencia biológica.

Histopatológicos: Histo: Ciencia que se ocupa de la identificación microscopica de las células y tejidos. **Patología:** estudio de las características causales y efecto de la enfermedad tales como se reflejan en la estructura y función del organismo.

Homeostasis: mantenimiento del medio interno en un estado relativamente adaptativas que permiten conservar la salud y la vida.

Isquemia: disminución del aporte sanguíneo a un órgano o a una zona del órgano.

Neurotransmisor: sustancia química que modifica o provoca impulsos nerviosos en una sinapsis.

Neurona: célula básica del sistema nervioso central.

Noradrenalina: neurotransmisor.

Resonancia Magnética: Procedimiento diagnóstico que se centra en los núcleos de los átomos de un elemento en un tejido, generalmente hidrógeno, para determinar si se comportan normalmente en presencia de una fuerza magnética extraña; se utiliza para indicar la actividad bio-química de un tejido: antiguamente denominada resonancia magnética nuclear. (RMN).

Sinapsis: Región que rodea el punto de contacto entre dos neuronas o entre una neurona y uno órgano, a través del cual se transmiten impulsos nerviosos mediante la acción de un neurotransmisor como la acetilcolina o la noradrenalina

Síndrome: complejo de signos y síntomas resultado de una causa común o que aparece en combinación como expresión de un cuadro clínico de una enfermedad o de una alteración genética.

Tomografía Computarizada: técnica radiológica que obtiene una imagen transversal de cualquier área de cuerpo, también denominada tomografía axial computarizada (TAC).

Tomografía por Emisión de Protones: tipo de diagnóstico por imagen radioactiva basada en la liberación de radiaciones gama cuando los positrones chocan con electrones en tejidos corporales; indican donde se están utilizando radioisótopos en el organismo humano. (TEP)

Fuentes de consulta

1. Bruner y Saddarth, Enfermería Médico-Quirúrgica, Editorial Mc. Graw Hill, Novena Edición, México 2003, pp, 1816-1818.
2. B. Von Haller Gilmer, Psicología General, Editorial Harla, Segunda Edición, México, pp, 231-237.
3. CIE 10, Trastornos mentales y del Comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, Organización Mundial de la salud, España, 2002.
4. D.L. Carnicol, Tratado de Geriatria y Gerontología, Editorial Interamericana, Segunda Edición, México 2001, pp. 361-391
5. E. Crouch James, Anatomía Humana, Editorial CECSA, Primera Edición, México 2000.
6. El Manual Merk de Geriatria, Editorial Harcout Brace, Segunda Edición, España 2000, pp. 1004-1009
7. Feria Ochoa Marcela I, Alz-Heimer una Experiencia Humana, Editorial Jus, Cuarta Edición, México 2002, pp. 26-37.

8. Hansen Leeme, Desarrollo en la Edad Adulta, Editorial Manual Moderno, Primera Edición, México 2003.
9. J. Tortora Gerard, Principios de Anatomía Humana y Fisiología, Editorial Harla, Sexta Edición, México 2000.
10. Johnson Mario, Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones, Editorial Elsevier, Ediciones Harcout, España 2000, pp. 85, 86, 72, 79, 110, 164, 240, 349, 428, 435.
11. Lippet, Anatomía Estructural y Morfología del Cuerpo Humano, Editorial marban, cuarta Edición, México 2000.
12. Martín Carrasco Manuel, Enfermedad de Alz-Heimer 100 preguntas más frecuentes, Editorial Editores Mexicanos, Primera Edición, Colombia 2000, pp 7-127.
13. Mason A, Manual Diagnósticos y Estadísticas de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR, Editorial Textos Revisados, México 2002, pp. 168-180.
14. NANDA, Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación, Editorial Harcout, España 2003-2004, pp. 13, 22, 30, 31, 56, 122, 153, 205, 213.

15. Parreño R. Juan, Rehabilitación Médica de Ancianos, Editorial Masson, Primera Edición, España 2000, pp. 76-87.
16. Quiroz Gutierrez Fernando, Anatomía Humana, Editorial Porrúa, Treinta y sieteava Edición, México 2000.
17. Rosales Barrera Susana, Fundamentos de Enfermería, Editorial Manual Moderno, Segunda Edición, México 2000 pp. 112-115.
18. Swearingen L. Pamela, Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica, Intervenciones de Enfermería y tratamientos Interdisciplinarios, Editorial Harcourt, Segunda Edición, México 2000, pp. 245-259.
19. Tortora, Grabowski, Principios de Anatomía y Fisiología, Editorial Harcourt, Tercera Edición, España 2000, pp. 355-374.

INTERNET			
DIRECCIÓN	FECHA	HORA	AUTOR
I. www.amaes.org.mx	07-07-05	20:30	AMAES
II. www.cndn.org	07-07-04	19:30	CNDN
III. www.conamed.gob.mx	07-07-05	20:40	CONAMED
IV. www.patinaje.com.mx	07-05-04	20:00	PATINAJE
V. www.fedmad.net	07-07-05	20:45	FEDMAD
VI. www.inegi.gob.mx	07-07-05	20:50	IENGI
VII. www.google.com.mx	07-07-05	21:00	GOOGLE

CURSOS:

- a. Atención al Adulto Mayor, Impartido en: el Hospital General de México O.D. Ubicado en: Dr. Balmis N° 148 Col. Doctores, Delegación Cuahutemoc, C.P. 06726 México D.F. Tel. 59-99-61-33 ext. 1060 y 1061. Prof. Titular: E.G.G Elizabeth Velasco Ramírez, Fecha de Inicio: 04-07-05, Fecha de Termino: 07-07-05, Lugar: Aula #2 de Enfermería, Duración: 30 horas.

- b. IV Curso sobre la Enfermedad de Alz-Heimer y otras Demencias, Asociación Mexicana de Alz-Heimer y Enfermedades Similares AC. Ubicado en: Insurgentes Sur N° 594-402 Col. Del Valle C.P. 03100 México, D.F. Tel/Fax. 55-23-15-26, 55-23-80-35 Fecha de Inicio: 23-09-04 Fecha de Termino: 24-09-04 Duración. 10 horas.