



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Principales necesidades alteradas en hombres y mujeres con segunda etapa de Alzheimer en base al Modelo de Enfermería de Virginia Henderson. Asociación Alzheimer México I.A.P.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Torres Cruz María del Rosario

No. DE CUENTA:

404038755

Mega Proyecto Nuevas Estrategias Epidemiológicas,
Genómicas y Protéomicas en Salud Pública.

Modelo de Enfermería para la Atención Preventiva
y Terapéutica de Personas con Enfermedad Alzheimer y sus Familiares

ENEO 020 INNNMVS 22/06

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA.: ARACELI JÍMENEZ MENDOZA



MÉXICO, D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatorias

A mi familia

A mis padres y hermanos que me acompañaron a lo largo del camino, brindándome la fuerza necesaria para continuar y momentos de ánimo así mismo ayudándome en lo que fuera posible, dándome consejos y orientación.

A mis amigos

Por haber estado en los momentos difíciles y apoyarme incondicionalmente cuando más lo necesitaba al darme palabras de aliento.

Agradecimientos

Mi gratitud, principalmente está dirigida a **DIOS** por haberme dado la existencia y permitido llegar al final de la carrera, además por su infinita bondad y amor.

A la **Asociación Alzheimer México I.A.P.** por permitirme el acceso a sus instalaciones para la realización de esta investigación; así como a los familiares y/o responsables de las personas con segunda etapa de Alzheimer que dieron el consentimiento para su participación en esta investigación ya que sin su aprobación no hubiera sido posible llevarla a cabo.

A los docentes que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación.

Igualmente a la profesora **Araceli Jiménez Mendoza** quien me ha dado su tiempo y dedicación orientándome en todo momento para la realización de este proyecto que enmarca el último escalón de esta fase.

Índice

	Pág.
Introducción	
1. Justificación	1
2. Planteamiento del problema	2
3. Pregunta de investigación	4
4. Objetivos	4
4.1 Objetivo general	4
4.2 Objetivos específicos	4
5. Marco conceptual	5
5.1 Antecedentes: Necesidades según Maslow	5
5.2 Modelo de Enfermería de Virginia Henderson	7
5.2.1 Metaparadigma	12
5.2.2 Virginia Henderson y las XIV necesidades de vida	16
5.2.3 Valoración de las necesidades	17
5.3 Intervención de enfermería y planes de atención	20
6. Marco teórico	24
6.1 Enfermedad de Alzheimer	24
6.1.1 Panorama epidemiológico	25
6.1.2 Etapas del Alzheimer	26
6.1.3 Factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer	28
7. Asociación Alzheimer México I.A.P.	32
8. Metodología	34
8.1 Tipo de estudio	34
8.2 Universo	34
8.3 Población	34
8.4 Muestra	34
8.5 Lugar	34
8.6 Tiempo	34
8.7 Criterios de inclusión	34
8.8 Criterios de exclusión	35

8.9	Criterios de eliminación	35
8.10	Recursos	35
8.11	Instrumento de recolección de datos	35
8.12	Procedimiento de recolección de datos	36
8.13	Procedimiento de análisis de resultados	36
8.14	Aspectos éticos y legales	36
8.15	Resultados	42
8.16	Análisis	54
8.17	Conclusiones	56
9.	Bibliografía	57
10.	Anexos	61

Introducción

La presente investigación esta basado en la valoración de las catorce necesidades de acuerdo al Modelo de enfermería de Virginia Henderson en este caso al adulto mayor previamente diagnosticado neurológicamente con la Enfermedad de Alzheimer en una segunda etapa.

Como justificación tenemos que la esperanza de vida a nivel mundial se ha incrementado notablemente en los últimos años así mismo aumento la incidencia global de las demencias; siendo mayor en las mujeres que en hombres esto porque en promedio las mujeres viven más años que los hombres.

Dentro de las demencias la tipo Alzheimer que ocupa un lugar de mayor importancia.

En su asistencia necesita de diversos profesionales, entre los cuales, el Profesional de Enfermería tiene un peso específico desde la Atención Primaria y Especializada para la persona con Alzheimer así como su familia y/o cuidadores primarios.

Al realizar valoraciones de enfermería podemos identificar todas las problemáticas de salud que presenta un individuo y como parte de ello crear planes de atención que respondan a las necesidades de la persona afectada, con el fin de retrasar el avance de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de la persona.

En el planteamiento del problema encontramos cifras de la incidencia global de demencia así como el aumento de la esperanza de vida en México y en el mundo sabiendo que a mayor edad mayor probabilidad de presentar enfermedades degenerativas entre las que se encuentran las demencias siendo la de tipo Alzheimer una de gran importancia.

EL Alzheimer es una enfermedad progresiva y, al menos de momento irreversible. En su proceso la enfermedad además de la falta de memoria, también presenta la dificultad para tomar decisiones y comunicarse, así como la pérdida de la identidad personal en las fases más avanzadas., El enfermo carece de autonomía

por lo que necesita ayuda para satisfacer necesidades básicas como la alimentación o la higiene.

En la Atención Primaria la Enfermera presta cuidados específicos en función de la etapa de la enfermedad, tanto en centros de día, como en el propio domicilio del enfermo.

Dado que en la búsqueda bibliográfica se desconoce cuales necesidades de vida que van a estar alteradas en las personas con segunda etapa de Alzheimer surge la pregunta de esta investigación ¿Cuáles son las principales necesidades alteradas en hombres y mujeres con segunda etapa de Alzheimer en base al Modelo de Enfermería de Virginia Henderson en la Asociación Alzheimer México IAP?

Siendo el objetivo general Identificar las principales necesidades alteradas en hombres y mujeres con segunda etapa de la Enfermedad de Alzheimer en base al Modelo de Enfermería de Virginia Henderson en la Asociación Alzheimer México I.A.P.

Con el fin de elaborar planes de atención de enfermería diseñados a partir de la Valoración de Necesidades con base al modelo de enfermería de Virginia Henderson y con ello mejorar la atención por parte del profesional de enfermería para las personas con esta demencia así como una mejor asesoría para los familiares de los mismos.

Dentro del marco conceptual como antecedente tenemos las necesidades según Maslow y posterior a ello se aborda el modelo de enfermería de Virginia Henderson que esta basado en la teoría de Maslow desglosando a 14 necesidades., nos habla también de un metaparadigma con cuatro componentes que son; salud, entorno, persona y enfermería, así como de tres niveles de relación entre el paciente y la enfermera., posteriormente se encuentra una descripción de como realizar la valoración de cada una de las 14 necesidades.

Como se mencionó anteriormente ésta investigación está basada en el Modelo de enfermería de Virginia Henderson por lo que es importante mencionar que son las intervenciones de enfermería y los tipos de intervención que hay así como la manera en que se elaboran los planes de cuidados de enfermería

En el marco teórico se aborda a grandes rasgos lo que es el Alzheimer así como una descripción de cada una de las tres fases o etapas de la enfermedad enfatizando en la segunda etapa sin olvidar los factores de riesgo que en determinado momento pueden llegar a favorecer la aparición del Alzheimer.

Es importante dar a conocer que para la atención de estas personas existen instituciones especializadas en el cuidado y atención específica para cada una de las etapas de esta enfermedad una de ellas sin duda es la Asociación Alzheimer México IAP que funciona como centro de día donde acuden para su atención personas que padecen algún tipo de demencia, brindándoles atención seria y profesional. Además de compartir la experiencia de tener un enfermo con demencia, situación que enseña la importancia de apoyar al paciente y a la familia

Dentro de la metodología tenemos que es un estudio de tipo transversal, descriptivo y que es una investigación cuantitativa, teniendo como universo, población y muestra 20 personas adultas mayores de la Asociación Alzheimer México IAP previamente diagnosticadas en una segunda etapa de Alzheimer y que den el consentimiento para participar en el estudio por parte del familiar o persona responsable del enfermo.

Esta investigación se realizó en la Asociación Alzheimer México IAP “Alguien con quien contar” del 1 al 31 de julio del 2012

Para la recolección de datos se utilizó el Instrumento de Valoración de Necesidades en la persona con Alteraciones Motoras, de lenguaje, Memoria y Conductuales. Derivado del Megaproyecto Nuevas Estrategias Epidemiológicas Genómicas y Proteómicas en Salud Pública con número de registro SDEI.PTDO

0.5., y forma parte del proyecto Modelo de Enfermería para la Atención Preventiva y Terapéutica en personas con enfermedad de Alzheimer.

Para el reporte de los resultados se realizó una base de datos en el programa Excel y los datos más relevantes fueron graficados con el mismo programa

Al realizar el análisis de resultados se hizo la detección de las necesidades mayormente afectadas en la segunda etapa de la enfermedad de Alzheimer.

Posteriormente y en base a ello se procede a la realización de una propuesta de planes de cuidados de enfermería para cada una de estas necesidades afectadas.

1. Justificación

La esperanza de vida a nivel mundial se ha incrementado notablemente en los últimos años así mismo aumento la incidencia global de las demencias; siendo mayor en las mujeres que en hombres esto porque en promedio las mujeres viven más años que los hombres además de estar asociado a la práctica de protección hormonal en la menopausia que hace a la mujer mas vulnerable a la muerte neuronal; dado que los estrógenos tienen un alto componente de antioxidante.

Sabemos que a mayor edad mas posibilidad de presentar enfermedades crónico degenerativas; entre los problemas de salud que afectan a la población adulta mayor están las demencias; las cuales constituyen un problema de gran magnitud y gravedad, además de su impacto en la calidad de vida de las personas, sus familias y cuidadores.

Dentro de las demencias la tipo Alzheimer que ocupa un lugar de mayor importancia.

En su asistencia necesita de diversos profesionales, entre los cuales, el Profesional de Enfermería tiene un peso específico desde la Atención Primaria y Especializada para la persona con Alzheimer así como su familia y/o cuidadores primarios.

Al realizar valoraciones de enfermería podemos identificar todas las problemáticas de salud que presenta un individuo y como parte de ello crear planes de atención que respondan a las necesidades de la persona afectada, con el fin de retrasar el avance de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de la persona.

2. Planteamiento del problema

“La esperanza de vida a nivel mundial ha ido en aumento durante los últimos años La incidencia global de demencia en Europa es de 6.9 por 1000 hombres y de 13.1 por 1000 mujeres.

Siendo la explicación a lo anterior que las mujeres suelen tener una esperanza media de vida superior que los varones., aunque también es asociado a la práctica de protección hormonal que presenta la mujer en la menopausia la hace más vulnerable a muerte neuronal; dado que los estrógenos tienen alto componente antioxidante”¹

“En México las mujeres viven en promedio más años que los hombres, en 1930, la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33; para el 2010 la tendencia cambió a 78 y 73 años, respectivamente.”²

En México y en el mundo se espera un crecimiento explosivo de la población geriátrica y, como consecuencia, un aumento altamente significativo de casos de demencia.

“En un estudio realizado en la Ciudad de México, se encontró una prevalencia de 4.7%, mientras que en otro realizado en una comunidad de Jalisco, se reportó 3.3 por mil habitantes”³

¹ Ana Martínez, ¿Qué sabemos de? El Alzheimer, Los libros de la caratula, Madrid 2009, Pág. 25

² INEGI, Cuéntame población, Esperanza de vida, <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

³ Silvia Mejía Arango, Alejandro Miguel Jaimes, Antonio Villa, Liliana Ruiz Arregui, Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México, Salud Pública de México, año 2007/vol. 49, suplemento 4, Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México.

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa, manifestada por deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Caracterizada principal mente por la pérdida progresiva de memoria.

“La enfermedad suele tener una duración media aproximada después del diagnóstico de 10 años, aunque esto puede variar en proporción directa con la severidad de la enfermedad al momento del diagnóstico”⁴

Es una enfermedad progresiva y, al menos de momento irreversible. En su proceso la enfermedad además de la falta de memoria, también la dificultad para tomar decisiones y comunicarse, y la pérdida de la identidad personal en las etapas más avanzadas.

El enfermo carece de autonomía por lo que necesita ayuda para satisfacer necesidades básicas como la alimentación o la higiene. Dadas las circunstancias, el Alzheimer no sólo afecta al paciente, sino también a su entorno familiar y social. El cuidador primario es quien se encarga de realizar las intervenciones necesarias para favorecer el bienestar de la persona afectada por esta enfermedad y es al cuidador a quien en muchas ocasiones se le presentan dificultades ante los constantes cambios y/o alteraciones que presentan las personas con la enfermedad de Alzheimer.

El Profesional de Enfermería es uno de los pilares básicos del equipo que presta atención asistencial al enfermo de Alzheimer y a sus familiares, y esto ocurre tanto desde la Atención Primaria como desde la Atención Especializada.

En la Atención Primaria la Enfermera presta cuidados específicos en función de la etapa de la enfermedad, tanto en centros de día, como en el propio domicilio del enfermo.

Por lo anterior en la presente investigación se pretende identificar las necesidades de vida que son principalmente alteradas en una segunda etapa de Alzheimer

⁴ DONOSO S, Archibaldo y BEHRENS P, María Isabel. Variabilidad y variantes de la enfermedad de Alzheimer, Rev. med. Chile [online]. 2005, Vol.133, N.4

dado que en la búsqueda bibliográfica se desconoce cuales necesidades como tal van a estar alteradas en las personas con segunda etapa de Alzheimer y con ello elaborar planes de atención de enfermería diseñados a partir de la Valoración de Necesidades con base al modelo de enfermería de Virginia Henderson., Con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer, además de mejorar la atención por parte del profesional de enfermería para las personas con esta demencia así como una mejor asesoría para los familiares de los mismos.

3. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las principales necesidades alteradas en hombres y mujeres con segunda etapa de Alzheimer en base al Modelo de Enfermería de Virginia Henderson en la Asociación Alzheimer México IAP?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Identificar las principales necesidades alteradas en hombres y mujeres con segunda etapa de la Enfermedad de Alzheimer en base al Modelo de Enfermería de Virginia Henderson en la Asociación Alzheimer México I.A.P.

4.2 Objetivos específicos

- Realizar valoraciones de enfermería a cada una de las personas adultos mayores participantes
- Con base a la identificación de las necesidades mayormente alteradas y en base a eso elaborar una propuesta de planes de cuidados de enfermería.

5. Marco conceptual

5.1 Antecedentes: Necesidades según Maslow

Según Maslow hay una serie universal de necesidades fundamentales inherentes al ser humano que tiene sus propias características, las cuales no vienen determinadas por las estructuras sociales.

Lo que difiere es el énfasis que se pone en ellas y el modo de satisfacerlas; esto si varia de una cultura a otra y de un grupo a otro.

Una necesidad es un estado de tensión o desequilibrio resultante de una carencia o ausencia que sentimos en nosotros mismos cuando la persona entra en este estado se apresura a satisfacer tal necesidad para encontrar el equilibrio.

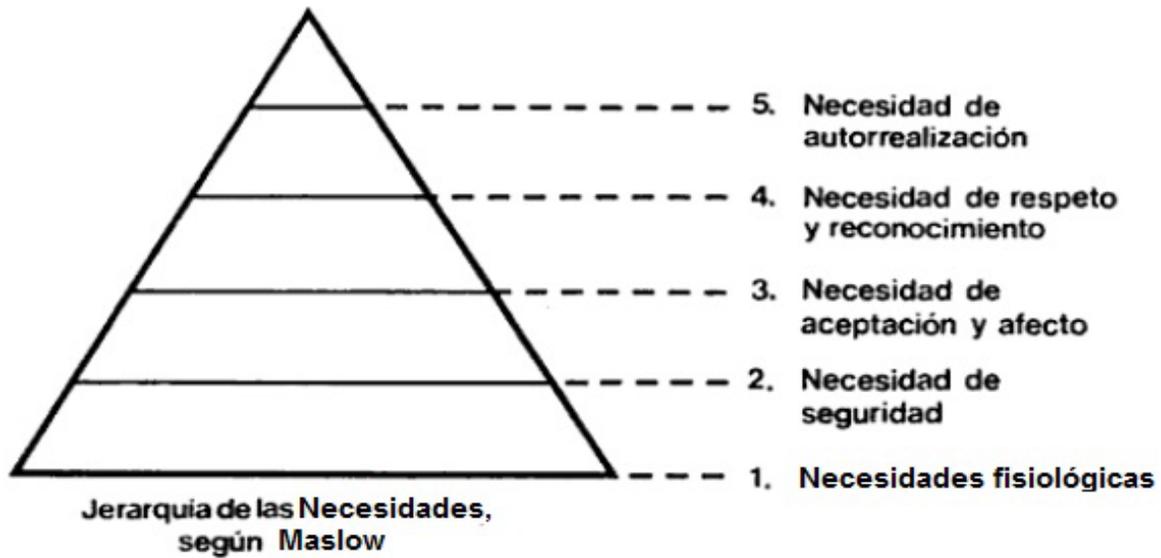
Para Maslow, la humanidad está en perpetua dependencia de individuos en el esfuerzo incesante de encontrar formas de satisfacer sus necesidades básicas.

Las necesidades básicas no son estáticas: una vez satisfecha una necesidad, ésta deja de actuar como agente motivador del comportamiento.

Entonces son otras las que pasan la primer plano, y el comportamiento se orienta a satisfacerlas.

En el desarrollo de su teoría, Maslow define cinco categorías de necesidades que se ordenan por prioridades en cuanto a satisfacción, y establece que primero han de satisfacerse las necesidades de orden más básico para pasar posteriormente a satisfacer las necesidades de orden superior las jerarquizo en sentido decreciente como se muestra en la siguiente pirámide.⁵

⁵ Enfermeros cuerpo técnico, escala de diplomado en salud pública Vol. 1, 2006, José Manuel Ania Palacio, Ma Dolores Millan Montes, Domingo Gomez Martinez, Jose Manuel Gonzalez Rabanal, Ángel Viches Arenas, Emilio Perea-milla Lopez, Jose Manuel Cara Cañas, Ana Gonzalez Noguera, Pilar Lopez Martinez, Edit. Mad, Murcia



Aquí puede observarse cómo se jerarquizan las necesidades desde el nivel más elemental de la supervivencia hasta el deseo de autorrealización, que es el apogeo de la existencia humana.⁶

⁶ Silvino José Fritzen. La ventana de Johari. Ejercicios de dinámica de grupo de relaciones humanas y de sensibilización. España. Edit. Sal Terrae

5.2 Modelo de Enfermería de Virginia Henderson

Virginia Henderson consideraba al paciente como un ínvado que precisaba ayuda para conseguir independencia e inseguridad o integración total de mente y cuerpo. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis.⁷

El Modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teoristas, en el grupo de la Enfermería Humanística, porque considera la profesión de Enfermería como un arte y una ciencia.

Virginia Henderson desarrolla un modelo de enfermería basado en la teoría de Maslow, pero desglosa las necesidades de éste en catorce necesidades básicas.

Henderson habla de 14 necesidades básicas, y al valorar los datos, tanto objetivos como subjetivos que hemos obtenido, tendremos que determinar si el comportamiento del sujeto es adecuado para satisfacer estas necesidades.⁸

Modelo conceptual de Virginia Henderson

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

Postulados, supuestos y valores.

Postulados.

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

⁷Modelos y teorías en enfermería, Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood, sexta edición, España, Edit. El servier, 2007

⁸Manual para el diplomado de enfermería (ATS/DUE) Modulo I, José Manuel Pérez Santana, Luis Silva García, Domingo Gómez Martínez, José Manuel Ania Palacio, Rosa María Morillo Cadierno, et al, primera edición, España, Edit. Mad, S.L., 2003

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

Necesidad fundamental: el ser humano tiene una serie de necesidades que se mantienen a lo largo de toda su vida y que deberán de ser satisfechas para conseguir su grado óptimo de bienestar. Debe entenderse como algo positivo, como una falta o carencia, sino como algo indispensable para la vida y que el mismo puede satisfacer cuando se encuentra sano.⁹

Para Henderson son un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

Cuando una de las necesidades se ve alterada y el propio individuo no puede satisfacerla por si mismo, es la enfermera quien le brindará la ayuda o el apoyo necesario para cubrirla satisfactoriamente. La enfermera trabaja con el individuo y no para el individuo. Solamente en algunos casos en los que éste se encuentre en un grado de dependencia total, es entonces donde la enfermera a través de sus actividades, suplirá las acciones que la persona realiza normalmente.

Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros realizan en su lugar, según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos, para la que la persona logre su autonomía.

Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.

⁹Enfermería Médico Quirúrgica Necesidad de oxigenación 2ª edición, serie manuales de enfermería, Editorial Masson, Barcelona 2001

Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

- **Fuerza:** Se entiende por ésta, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para tomar decisiones y llevar a término las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
- **Conocimientos:** Puede haber desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se le deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.
- **Voluntad:** compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado, está relacionado con la capacidad de intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.¹⁰

¹⁰ Luis MT, Fernández M, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2 ed. Barcelona: Masson; 2003.

Supuestos

Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud. Un estado saludable es aquel en que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, del cual nos hacemos más conscientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más rápido posible. Cuando el individuo aprecia en gran manera su salud, dichos medios están encaminados a conservar ese estado saludable, mediante la puesta en práctica de medidas preventivas.

Cada individuo es una totalidad compleja, (un ser biopsicosocial) que requiere satisfacer necesidades fundamentales. La jerarquía de las necesidades de Abram Maslow ubica las necesidades biológicas en un primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer término éstas, para poder acceder a las demás áreas.

Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente. El término independiente significa que el individuo tiene los conocimientos, la fuerza y la voluntad que son necesarios, para ejecutar las acciones que se requieren para conservar o recuperar la salud.

Valores

La enfermera tiene la función propia, aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales. La enfermera que orienta su práctica según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional más concreta y esto le ayudará a afirmarse como colega de los otros miembros del equipo de salud.

Cuando la enfermera desempeña el papel de médico, delega su función primaria en personal preparado de forma inadecuada.

La enfermera que no tiene claro su propio papel, lo cederá con facilidad a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos.

La sociedad busca y espera en este servicio, de la enfermería y ningún otro trabajador es tan capaz de ofrecerlo como la enfermera.

La enfermera debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad, al igual que cualquier otra profesión de servicios.

Concepto de enfermería

La función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la reparación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más pronto posible.¹¹

Esta es la contribución de la enfermera a la conservación o la recuperación de la salud, asistencia en lo que el paciente o su familia, no pueden hacer, pero hacerlo de tal manera que la paciente y su familia sean independientes a la mayor brevedad.

Henderson, dice que la enfermera trabaja en una relación de interdependencia con los otros profesionales de la salud, y compara las porciones de una tarta, con el grado de participación de los profesionales del equipo de salud en la atención del paciente. Las porciones de la tarta varían de acuerdo con las necesidades del paciente. La meta es que el paciente represente la porción más grande de la tarta al ir recuperando su independencia.

Virginia Henderson afirma que la enfermera es, y debe ser legalmente, una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de la enfermería. Ubica estos cuidados básicos en 14 componentes, o necesidades del paciente, que abarcan todas las posibles funciones de la enfermera.

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

¹¹ (2010, 08). Virginia Henderson. *BuenasTareas.com*. Recuperado 08, 2010, de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Virginia-Henderson/629726.html>

Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él, aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente: falta de fuerza, de voluntad y conocimientos.

Intervenciones: El centro de intervención es la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por la persona. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del paciente en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

5.2.1 METAPARADIGMA

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes.

a) Salud.

Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida.

La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.

Requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

b) El Entorno.

Es el medio ambiente en que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.

- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.

- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.

- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) Persona.

Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia conforman una unidad.

d) Enfermería.

Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

Virginia Henderson, afirma que la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia.

La enfermera debe hacer un esfuerzo por entender al paciente y afirma con énfasis “la enfermera ha de meterse en su piel” a fin de comprenderlo.¹²

Henderson identificó tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente:

- 1) La enfermera como sustituto del paciente
- 2) La enfermera como ayuda del paciente
- 3) La enfermera como compañera del paciente

1.- En estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse “completo” o “independiente”. (Naturaleza de la Enfermería, 1994)

2.- Como ayuda del paciente, la enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia.

3.- Como compañera y orientadora, la enfermera imparte educación sobre la salud, al paciente y familia, y junto con el paciente y la familia, formulan juntos el plan de cuidados, lo ejecutan y evalúan.

Henderson dice que la enfermera es temporalmente, la conciencia del inconsciente, la pierna del amputado, un medio de locomoción para el niño, conocimientos y seguridad para la madre joven.

¹² (2012, 02). Teorías y modelos de enfermería: Florence nightingale, Virginia Henderson y Dorotea e. oren. *BuenasTareas.com*. Recuperado 02, 2012, de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Teor%C3%ADas-y-Modelos-De-Enfermer%C3%ADa-Florence/3484082.html>

Henderson afirma: para que una enfermera ejerza como experta por derecho propio y haga uso del enfoque científico para perfeccionarse, ha de tener un tipo de formación que solo se da en las instituciones de nivel superior y en las universidades.

Esto es, la formación del nivel licenciatura o equivalente. Porque la educación de la enfermera exige un entendimiento universal de los diversos seres humanos.

Henderson ha subrayado la importancia de que los alumnos de enfermería desarrollen el hábito de la investigación.

Recomienda que profundice en los conocimientos, porque es un mejor conocimiento minucioso de unos cuantos procesos, que un conocimiento superficial de muchos trabajos.¹³

¹³ El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. María de Jesús García González. Editorial progreso, S.A. De .C.V. Col. Santa María la rivera. México, D.F. 2002. P. 11 - 17

5.2.2 Virginia Henderson y las XIV necesidades de vida

Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras modernas que definieron la función de la enfermería de la siguiente manera: la función propia de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, para que realice aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación; tareas que el individuo realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios, y todo ello de forma que el individuo se siente capaz de llevarlas a cabo lo más pronto posible.¹⁴

De acuerdo a Virginia Henderson tenemos 14 necesidades de vida las cuales se jerarquizan de la manera siguiente:

Necesidad de oxigenación

Necesidad de nutrición e hidratación

Necesidad de eliminación

Necesidad de moverse y mantenerse en muy buena postura

Necesidad de descanso y sueño

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadamente

Necesidad de termorregulación

Necesidad de higiene

Necesidad de evitar peligros

Necesidad de comunicarse

Necesidad de vivir según creencias y valores

Necesidad de trabajar y realizarse

Necesidad de actividades recreativas

Necesidad de aprendizaje¹⁵

¹⁴ Kozier Bárbara. Enfermería fundamental I. Edit. Interamericana McGraw Hill

¹⁵ Fernández Ferrín, Carmen. El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería. Edit. Masson-Salvat, Barcelona

5.2.3 Valoración de las catorce necesidades

1. Respirar

Se reflejan hábitos respiratorios, tóxicos (tabaco), patologías, sintomatología (presencia de disnea, etc.) y tratamiento realizado.

2. Alimentarse e hidratarse adecuadamente

Al evaluar el estado nutricional y la existencia o riesgo se identifican también las características especiales de la dieta (alergias, dietas especiales y suplementos nutricionales).

3. Eliminar por todas las vías corporales

Se valora tanto la eliminación urinaria (presencia de incontinencia, sondajes y tipo de absorbentes que utiliza) como la eliminación fecal (estreñimiento, uso de laxantes, incontinencia, etc.), incluyéndose Valoración de Incontinencia Urinaria.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

Se valora la capacidad funcional, como la actividad física y el estado de los pies y miembros inferiores.

5. Dormir y descansar

Se evalúan la calidad y cantidad de sueño, así como las distintas medidas naturales y farmacológicas utilizadas para mejorarlo.

6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse

Para valorar estos los aspectos y necesidades es necesario tener en cuenta la existencia de deterioro cognitivo, el cual inicialmente puede afectar a las funciones de aseo y capacidad de vestirse.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales

Esto es adecuando la ropa y modificando el ambiente

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Se evalúa el estado de piel, mucosas e higiene dental.

9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas

Se obtiene información sobre presencia de alergias, controles de salud (tratamientos, capacidad de control de medicación), orientación y riesgo de caídas

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, opiniones y temores

Se valora la calidad de la comunicación, los déficits sensoriales y las relaciones sociales (familia, cuidador principal, amigos y pareja), así como la actitud del mayor y la familia ante el ingreso en el centro.

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias

Referido a la autopercepción y valores religiosos e influencia de los sucesos vitales en su estado personal.

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal

Aspectos relacionados con el cambio de rol tras la jubilación.

13. Participar en actividades recreativas

Valoramos la forma de ocupar su tiempo libre y divertirse, y determinamos en qué medida la alteración de las AVDI interfieren en estas actividades, destacando la figura del animador socio-cultural, sobre todo en los casos con dificultad para buscar alternativas de ocio (por dificultad física o estados depresivos).

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles

5.3 Intervenciones de enfermería y planes de cuidados

Intervenciones de enfermería

Todo tratamiento, basado en el conocimiento clínico y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos; tratamientos puestos en marcha por profesionales de la Enfermería, por médicos y por otros proveedores de cuidados.

Intervención de enfermería indirecta

Es un tratamiento realizado lejos del paciente pero realizado en beneficio del paciente o un grupo de pacientes.

Las intervenciones de enfermería indirectas incluyen las acciones de cuidados dirigidos al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinar.

Estas acciones apoyan la eficacia de las intervenciones de enfermería directas.

Una *intervención de enfermería directa* consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente.

Intervención de enfermería directa

Comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales; tanto las acciones de colocar las manos como las que son más bien de apoyo y asesoramiento en su naturaleza.

Un tratamiento puesto en marcha por el enfermero es una intervención iniciada por un enfermero en respuesta a un diagnóstico de enfermería; una *acción autónoma* basada en fundamentos científicos que es ejecutada en beneficio del paciente es una forma previsible relacionada con el diagnóstico de enfermería y los resultados proyectados.

Tales acciones incluirán los tratamientos iniciados por enfermeros superiores.

Un tratamiento puesto en marcha por el médico es una intervención iniciada por éste en respuesta a un diagnóstico médico pero llevará a cabo por un profesional de la enfermería en respuesta a una orden del médico.

Los profesionales también pueden llevar a cabo tratamientos iniciados por otros proveedores de cuidados, como farmacéuticos, terapeutas de la respiración o ayudantes de médicos.

Actividades de enfermería

Son las actividades o acciones específicas que realiza la enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta para poner en práctica una intervención y se requiere una serie de actividades.

De esa manera, no solo se garantiza la calidad en la atención, sino que a la vez se puede cuantificar tanto los tiempos de atención como los costes que estos suponen.

Dada la dificultad que entrañaría la realización de planes de cuidado individualizados, en la práctica se realizan de forma estandarizada. Con el objeto de establecer las mismas actividades enfermeras derivadas de los diagnósticos establecidos.¹⁶

Planes de cuidados de enfermería

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las necesidades alteradas y se han elaborado los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. Se trata de establecer y llevar a cabo

¹⁶ Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) quinta edición editores Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochtermen, Edit el servier Mosby. 2009.

unos cuidados de enfermería, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La planeación tiene cuatro etapas.¹⁷

Etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- Planteamiento de los objetivos de la persona con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución de la persona así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades así como los recursos de la comunidad.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

¹⁷ Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería, 2005, Lynda Juall Carpenito, Edit. Mc Graw-hil.

- Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.

Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.

Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.¹⁸

¹⁸ Fundamentos de enfermería, Ledesma Ma. Del Carmen, Edit. Limusa, México, 2004.

6 Marco teórico

6.1 Enfermedad de Alzheimer

Escuchar un diagnóstico como el de la enfermedad de Alzheimer produce sentimientos de un desamparo absoluto y de vulnerabilidad abrumadora en los pacientes y familiares porque es una enfermedad crónica, degenerativa e irreversible; en estas circunstancias las prioridades cambian frente a este hecho cuando tratan de mitigar el sufrimiento y buscan respuestas a cuestionamientos internos que a veces no pueden expresar.

Muchos recurren a todo tipo de apoyos sociales, culturales, psicológicos, filosóficos, religiosos o espirituales para encontrar alguna guía que los oriente.¹⁹

La enfermedad de Alzheimer es llamada “la enfermedad del siglo.” No es la consecuencia normal y benigna del envejecimiento. Hasta ahora se sabe que unas placas amiloides atacan el tejido sano del cerebro causando el deterioro constante en las habilidades mentales. Se caracteriza por la incapacidad progresiva de la memoria, el juicio y razonamiento.

La Demencia es un término médico que describe el grupo de síntomas y comportamientos observados en los pacientes con la enfermedad de Alzheimer y otros desordenes de la memoria.

Una persona con demencia pierde la habilidad para recordar y razonar. Ocurren cambios en la personalidad, la actitud y el comportamiento de la persona.

Además de la memoria, son afectados también el comportamiento y el razonamiento del individuo y a medida que avanza, se vuelve más severa.

¹⁹

Marcela I. Feria. Alzheimer: una experiencia humana. México D.F. 2005. Edit. Paz México.

6.1.1 Panorama epidemiológico

La esperanza de vida a nivel mundial ha ido en aumento durante los últimos años. La incidencia global de demencia en Europa es de 6.9 por 1000 hombres y de 13.1 por 1000 mujeres.

Siendo la explicación a lo anterior que las mujeres suelen tener una esperanza media de vida superior que los varones., aunque también es asociado a la práctica de protección hormonal que presenta la mujer en la menopausia la hace más vulnerable a muerte neuronal; dado que los estrógenos tienen alto componente antioxidante²⁰

En México las mujeres viven en promedio más años que los hombres, en 1930, la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33; para el 2010 la tendencia cambió a 78 y 73 años, respectivamente.²¹

En la población mexicana se espera un crecimiento explosivo de la población geriátrica y, en consecuencia, un aumento significativo de casos de demencia. Actualmente se cuenta con algunos reportes clínicos sobre la presencia de 500 mil a 700 mil personas con demencia, de las cuales se estima que 25% no han sido diagnosticadas.

En un estudio realizado en la Ciudad de México, se encontró una prevalencia de 4.7%, mientras que en otro realizado en una comunidad de Jalisco, se reportó 3.3 por mil habitantes²²

²⁰ Ana Martínez, *Ibídem*

²¹ INEGI, *Cuéntame población, Esperanza de vida, Ibídem*

²² Silvia Mejía Arango, Alejandro Miguel Jaimes, Antonio Villa, Liliana Ruiz Arregui, Luis Miguel Gutiérrez Robledo, *Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México, Salud Pública de México, año 2007/vol. 49, suplemento 4, Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México.*

Es una enfermedad neurodegenerativa, que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las neuronas mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian. La enfermedad suele tener una duración media aproximada después del diagnóstico de 10 años, aunque esto puede variar en proporción directa con la severidad de la enfermedad al momento del diagnóstico²³

Por todo lo anterior es necesario un diagnóstico oportuno de la enfermedad en sus primeras etapas y con ello poder intervenir y retrasar el avance de la misma.

El objetivo general de esta investigación es, mediante la valoración de enfermería detectar cuáles son las necesidades básicas más afectadas en una segunda etapa de Alzheimer y de esa manera realizar planes de atención

6.1.2 Etapas del Alzheimer

El Alzheimer se manifiesta de diferentes maneras de una persona a otra. El avance de la enfermedad y sus síntomas no son los mismos para todos los pacientes. Sin embargo, la evolución general de la enfermedad suele dividirse en tres etapas (inicial, intermedia y avanzada) según que la progresión de la muerte neuronal produzca efectos en la memoria, en el pensamiento y en la capacidad del paciente para atender a sus necesidades.

La primera etapa o fase, denominada Alzheimer inicial o leve, se caracteriza por una pérdida poco significativa de la memoria.

Los pacientes, en esta etapa, sufren pérdidas ocasionales de la memoria de ciertas palabras en su expresión oral, lo que empieza a presentarles problemas en su conversación fluida y dificultades en su relación social.

Por lo que esta fase inicial también se caracteriza por un aumento de la irritabilidad en el carácter de los pacientes, al verse incapaces de superar esas diferencias intelectuales que reconocen perfectamente.

A medida que la pérdida neuronal avanza, *entramos en una segunda fase o etapa denominada enfermedad de Alzheimer intermedia o moderada* donde el paciente empieza a sufrir fallos en la memoria de los hechos recientes, iniciándose una desorientación espacio-temporal importante.²⁴

En esta etapa los pacientes pueden recordar anécdotas de su infancia con el mismo detalle que si las hubieran vivido ayer, sin embargo dejan de reconocer a sus nietos pequeños o no se acuerdan de dónde dejaron el cepillo de dientes.

En el carácter de los enfermos en esta etapa aparecen signos depresivos, y en general disminuyen su conversación con quienes les rodean y se empiezan a sumergir en sus propios pensamientos.

La segunda etapa del Alzheimer puede que sea la peor de todas por la transformación del carácter que sufre la persona, a veces se vuelve violento y agresivo. En ésta etapa la persona con Alzheimer puede escaparse de casa, y después no saber volver. Se pierde y se desorienta. Entonces comienza a vestirse de forma estrafalaria, coloca la ropa al revés y no sabe por qué. La persona tiene ganas de estar activo, de moverse continuamente y realiza acciones inadmisibles como por ejemplo cortar las sábanas con unas tijeras, escribir en las paredes.

En algunos casos se vuelven peligrosos, porque encienden el fuego para freír un huevo y mientras se calienta la sartén se van a una habitación contigua y se olvidan de que están cocinando provocando un incendio. Es decir, que son personas que exigen vigilancia continua porque son más propensos sufrir accidentes. Son personas que llegan a escaparse de sus casas, subirse al transporte público e ir a parar a sitios extraños sin saber adónde van.

Se vuelven seres frenéticos hasta que llega un día en que todo cambia de golpe. Gritan, pegan, dan patadas, hacen lo impensable. Es una etapa que suele

²⁴ Enfermedad Alzheimer Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos, J. Peña-Casanova, Fundación la Caixa, Barcelona 1999.

provocar angustia a sus familiares, muchos de los cuales se ven incapaces de afrontar la enfermedad y terminan por ingresarlos en residencias.²⁵

En la tercera etapa de la enfermedad de Alzheimer, o Alzheimer avanzado, el paciente ha perdido su contacto con el entorno, siendo absolutamente dependiente de los demás.

Han olvidado en este punto hasta las habilidades más básicas de alimentación e higiene. Si alguien no los viste ellos no lo harán. Sus movimientos en esta etapa están muy reducidos, necesitándose en la mayoría de los casos sillas de ruedas y elementos ortopédicos para desplazarlos de un lugar a otro.

En esta fase, llegan a perder la capacidad de llegar a reconocer a sus familiares con los que habitualmente conviven, teniendo una desconexión total de su entorno social.²⁶

6.1.3 Factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer

Un factor de riesgo es aquello que incrementa su probabilidad de contraer una enfermedad o condición.

Es posible desarrollar enfermedad de Alzheimer con o sin los factores de riesgo listados a continuación. Sin embargo, mientras más factores de riesgo tengan, será mayor su probabilidad de desarrollar enfermedad de Alzheimer.²⁷

²⁵ Asociación De Familiares De Enfermos De Alzheimer, Miranda De Ebro (Burgos), Mr. Alzheimer... Ladrón de los recuerdos, Julio 2011, <http://asociacionmirandaalzheimer.blogspot.mx/2011/06/las-3-fases-del-alzheimer.html>

²⁶ Ana Martínez, Ibídem.

²⁷ González Fabián Justo Luis, Gómez Viera Nelson, González González Justo Luis, Marín Díaz Miguel E. Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del Policlínico "La Rampa". Rev. Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2006 Sep. [citado 2012 Oct 28] ; 22(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300005&lng=es.

Aún existen muchas preguntas con respecto a la causa exacta de enfermedad de Alzheimer, así que los factores de riesgo aún se están identificando.²⁸ Actualmente, factores de riesgo para enfermedad de Alzheimer incluyen:

Edad

La edad es el factor de riesgo conocido más importante para desarrollar enfermedad de Alzheimer. El número de personas con enfermedad de Alzheimer se duplica cada cinco años después de la edad de 65 años hasta los 85 años, cuando casi el 50% de todas las personas tienen la enfermedad.

Sexo

La enfermedad de Alzheimer afecta tanto a hombres como a mujeres, pero las mujeres tienen un riesgo ligeramente más alto de desarrollar la enfermedad que los hombres. Algunos expertos creen que esto se debe al hecho de que las mujeres viven más tiempo que los hombres, pero otros disputan esta alegación.

Factores Genéticos

Personas con un pariente de primer grado de alguien con enfermedad de Alzheimer (un padre o hermano) tienen un riesgo del doble al triple de desarrollar la enfermedad en comparación con el resto de la población.

Además, ha habido un claro vínculo genético establecido para una forma de inicio temprano de enfermedad de Alzheimer (que ocurre en personas durante sus 30, 40, y a principios de sus 50 años de edad), y se sospecha de un vínculo genético para la enfermedad de Alzheimer de inicio posterior.

Sin embargo, aún no se ha identificado un gen específico. Un gen que se ha implicado como un importante factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer

²⁸ Libre Guerra Juan Carlos, Guerra Hernández Milagros A., Perera Minie Elianne. COMPORTAMIENTO DEL SINDROME DEMENCIAL Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. Rev. haban cienc méd [revista en la Internet]. 2008 Mar [citado 2012 Oct 28] ; 7(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100008&lng=es.

de inicio posterior es el gen ApoE4. Científicos continúan estudiando el papel de los factores genéticos en el desarrollo de esta enfermedad.²⁹

Condiciones Médicas

Lesiones en la Cabeza

Hay algunos estudios que sugieren que las personas que sufren una lesión seria y traumática en la cabeza en algún momento de su vida, podrían tener riesgo más alto de desarrollar enfermedad de Alzheimer.

Síndrome de Down

Casi todas las personas con síndrome de Down que viven para la edad de 40 años o más, desarrollan enfermedad de Alzheimer.

Las mujeres que dan a luz antes de los 35 años de edad a un niño con síndrome de Down también tienen riesgo más alto de desarrollar enfermedad de Alzheimer.

Colesterol Elevado e Hipertensión

Investigación reciente sugiere que las personas que tienen colesterol elevado y presión arterial elevada podrían tener riesgo incrementado de desarrollar enfermedad de Alzheimer.

Deficiencia de Vitamina B

Niveles bajos de la vitamina B12 y folato se han relacionado con un desarrollo de enfermedad de Alzheimer.³⁰

²⁹ Genética en la enfermedad de Alzheimer, Setó-Salvia, N.; Clarimon, J., Revista de Neurología, 2010 Mar.

³⁰ Guerra M. Enfermedad de Alzheimer. En: Principios de geriatría y gerontología. Lima: Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005.

Actividad Mental y Educación

Investigación ha sugerido que las personas que tienen niveles educativos más altos y continúan siendo mentalmente activas e involucradas en sus años posteriores son menos propensas a desarrollar enfermedad de Alzheimer.

Sin embargo, algunos expertos sugieren que este hallazgo en realidad podría deberse al hecho de que aquellas personas con niveles educativos más altos tienden a tener mejores resultados en los exámenes psicológicos usados para diagnosticar enfermedad de Alzheimer.

Entorno

Algunas teorías sugieren que la enfermedad de Alzheimer podría estar relacionada con la exposición a ciertos factores ambientales, como toxinas, algunos virus y bacterias, algunos metales, o campos electromagnéticos, pero actualmente no hay evidencia concluyente para apoyar estas teorías.³¹

³¹ Zea Herrera María del Carmen, López Alzate María Elizabeth, Valencia Marín Claudia Marcela, Soto Gómez Juliana Andrea, Lopera Restrepo Francisco, Wolf D Oswald et al . Autovaloración de calidad de vida y envejecimiento en adultos con riesgo de Alzheimer. Invest. educ. enferm [serial on the Internet]. 2008 Mar [cited 2012 Oct 28] ; 26(1): 24-35. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072008000100002&lng=en.

7 Alzheimer México I.A.P., “Una Esperanza De Vida”

Alzheimer México se constituye legalmente como una Institución de Asistencia Privada el 30 de Septiembre del 2004. Pertenece a la Junta de Asistencia Privada del D.F., que se encarga de vigilar la transparencia y el buen funcionamiento de nuestro centro. Nuestra experiencia es de 19 años trabajando con personas que padecen algún tipo de demencia, brindándoles atención seria y profesional. Además compartimos la experiencia de tener un enfermo con demencia, situación que nos enseñó la importancia de apoyar al paciente y a la familia

Este centro de día cubre una de las necesidades más trascendentes: cuidar a los enfermos durante las horas en que la familia labora, para evitar recurrir al hospital o al asilo. Así, se previene el colapso del cuidador y se da un valioso apoyo a los familiares, en esta tarea agotadora.

La asociación es líder en la atención del paciente y apoyo a la familia, además proporciona capacitación a profesionales e instituciones del sector salud, para la adecuada atención del enorme reto que implica tratar las demencias.

Alzheimer México I.A.P., “Una esperanza de vida” ofrece sus servicios a pacientes con Alzheimer y demencias similares, a través de un centro de día especializado. Sus objetivos primordiales son:

1. El cuidado integral del paciente con demencia
2. El apoyo al cuidado primario (el cónyuge, un hijo, una sobrina, una enfermera o cuidador remunerado, etcétera)
3. Capacitación
4. Difusión

El centro diurno de la Asociación Alzheimer México I.A.P ofrece las siguientes ventajas al paciente y al cuidador:

- Es una opción para que la familia disponga de tiempo libre con el fin de recargar su energía, sabiendo que su ser querido está siendo tratado por personal especializado
- Ayuda a evitar el agobio, el riesgo de colapso del cuidador y el maltrato del paciente.
- Brinda al paciente con demencia un espacio de convivencia con otras personas y lo rescata como un ser social.
- Otorga cuidados generales (alojamiento de medio tiempo, comida, asistencia en las necesidades básicas, vigilancia de la salud),
- Estimula las capacidades físicas y mentales del paciente.

8 Metodología

8.1 Tipo de estudio

Transversal, descriptivo y es una investigación de tipo cuantitativo

8.2 Universo

Personas adultas mayores de la Asociación Alzheimer México IAP previamente diagnosticadas en una segunda etapa de Alzheimer

8.3 Población

Personas adultas mayores con segunda etapa de Alzheimer y que den el consentimiento para participar en el estudio por parte del familiar o persona responsable del enfermo.

8.4 Muestra

20 personas adultas mayores con Alzheimer segunda etapa

8.5 Lugar

Esta investigación se realizó en la Asociación Alzheimer México IAP “Alguien con quien contar”

8.6 Tiempo

Del 1 al 31 de julio del 2012.

8.7 Criterios de inclusión

- ❖ Pacientes de la Asociación Alzheimer México IAP
- ❖ Que presenten demencia tipo Alzheimer
- ❖ Que estén diagnosticados en una segunda etapa de la enfermedad
- ❖ Que tengan el consentimiento de aceptación de los familiares

8.8 Criterios de exclusión

- ❖ Que no sean miembros de la Asociación Alzheimer México IAP
- ❖ Que presenten otro tipo de demencia
- ❖ Que se encuentren en primera o tercera etapa
- ❖ Que no autoricen su participación

8.9 Criterios de eliminación

- ❖ Fallecimiento
- ❖ Abandono

8.10 Recursos

Humanos, baumanometro, estetoscopio, termómetro, báscula, estadímetro, fotocopias del Instrumento de valoración de enfermería, lapiceros

8.11 Instrumentos de recolección de datos

Instrumento de Valoración de Necesidades en la persona con Alteraciones Motoras, de lenguaje, Memoria y Conductuales. Derivado del Megaproyecto Nuevas Estrategias Epidemiológicas Genómicas y Proteómicas en Salud Pública con número de registro SDEI.PTDO 0.5., y forma parte del proyecto Modelo de Enfermería para la Atención Preventiva y Terapéutica en personas con enfermedad de Alzheimer registrado con el número 020; está dirigido a las personas y/o cuidadores primarios de personas con alteraciones motoras, de lenguaje, memoria y conductuales. Tiene como finalidad valorar a las personas para detectar las necesidades que se encuentren afectadas en ellos con el fin de ofrecer atención de enfermería.

8.12 Procedimiento de recolección de datos

Se realizó mediante la entrevista a las personas y/o cuidadores primarios de personas con Alzheimer, utilizando para ello el Instrumento de Valoración de Necesidades en la persona con Alteraciones Motoras, de Lenguaje, Memoria y Conductuales.

8.13 Procedimiento de análisis de resultados

Para el análisis de resultados se realizó la captura de todos los datos obtenidos elaborando una base de datos utilizando el programa de Excel.

Los resultados relevantes para su presentación e interpretación han sido graficados.

8.14 Aspectos éticos y legales

Consentimiento informado

Puede definirse como un proceso mediante el cual se garantiza por escrito que después de haber recibido y comprendido toda la información necesaria y pertinente, el paciente ha expresado voluntariamente su intención de participar en cualquier investigación o su autorización para que sobre él se efectúen procedimientos diagnósticos, tratamientos médicos, riesgos o inconvenientes que previsiblemente puedan afectar su salud o su dignidad, así como las alternativas posibles, derechos, obligaciones y responsabilidades.

Una concepción holística reconoce que la solicitud de firma del documento que estipula un consentimiento bajo información implica una obligación profesional de tipo moral que liga al personal de los servicios de salud con sus pacientes.

El principio de respeto por la autonomía faculta la toma de decisiones racionales y constituye el fundamento de los derechos de los pacientes.

El consentimiento informado se sustenta en el principio de autonomía del paciente, considerando para su existencia tres requisitos básicos necesarios para que sea válido:

- Libertad de decisión.
- Explicación suficiente.
- Competencia para decidir.

El derecho sanitario mexicano en materia de investigación para la salud, el consentimiento informado se entiende como “el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

El consentimiento informado se sustenta en el artículo 77 bis, 37 fracción IX, de la Ley General de Salud.

Así mismo, en la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico (NOM. 168-SSA 1-1998) se define a las cartas de consentimiento bajo información, como los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta, bajo debida información los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o de rehabilitación.

En México, un formulario escrito de consentimiento informado debe respetar, al menos, los siguientes criterios de información respecto a la intervención o tratamiento.

1. Naturaleza: en qué consiste, qué se va a hacer.
2. Objetivos: para qué se hace.
3. Beneficios: para qué se hace.

4. Riesgos, molestias y efectos secundarios posibles, incluidos de los derivados de no llevar a cabo la intervención o el tratamiento.
5. Alternativas posibles a lo propuesto.
6. Explicación breve del motivo que llevara al médico a elegir una y no otras
7. Posibilidad de retirar el consentimiento de forma libre cuando lo desee.

En relación a la información sobre riesgos del tratamiento o intervención en los formularios escritos de consentimiento informado, deben quedar las siguientes cláusulas establecidas:

1. Consecuencias posibles o seguras.
2. Riesgos típicos: aquéllos cuya producción debe normalmente esperarse, según el estado y conocimiento actual de la ciencia.
3. Riesgos personalizados: aquellos que se derivan de las condiciones peculiares de la patología o estado físico del sujeto, así como de las circunstancias personales o profesionales relevantes.
4. Contraindicaciones.
5. Disponibilidad explícita a ampliar toda la información si el sujeto lo desea.³²

La protección de sujetos sin capacidad para proporcionar el consentimiento

Las personas que por su situación no pueden dar el consentimiento de forma adecuada deber ser protegidos de forma especial. Entre ellos se encuentran los niños, los deficientes mentales, pacientes que requieren asistencia sanitaria de urgencia, etc. Además, ello debe permitir la deseable participación de estas personas en investigaciones de las que se pueden beneficiar directamente (lo que

³² El consentimiento informado como garantía constitucional desde la perspectiva del derecho mexicano, Gisela María Pérez Fuentes, Karla Cantoral Domínguez, Revista de Derecho Privado, nueva época, año V, núm. 15, septiembre-diciembre, 2006.

es acorde con el principio de justicia) o que sean imprescindibles para obtener cierto conocimiento.

Dicha protección puede tomar varias formas. En el caso de niños, que no tienen capacidad legal para otorgar el consentimiento, es imprescindible el consentimiento de sus padres o representantes legales. Si el niño tiene cierta capacidad de comprensión, en general a partir de los 5 años, es deseable su asentimiento, es decir el acuerdo afirmativo para participar en la investigación. El mero hecho de la falta de objeción no debe considerarse asentimiento. Cuando el niño es algo mayor, en general por encima de los 12 años, debe emitir su consentimiento por escrito. Estas consideraciones, con pequeñas adaptaciones, son también aplicables a las personas con deficiencias intelectuales, innatas o adquiridas. En este último caso, además pueden haber establecido antes de la pérdida intelectual las personas que pueden tomar decisiones, tanto de asistencia sanitaria como de participación en investigación, en caso de que la pérdida se produjera. En general, los niños y deficientes psíquicos deberían participar sólo en investigación con fines terapéuticos (de la que pueden beneficiarse) o en investigación no terapéutica con riesgos mínimos.

La participación en investigaciones de pacientes que requieren asistencia sanitaria urgente puede plantear problemas éticos especiales porque dichos sujetos están a menudo incapacitados y puede que no se encuentre un representante legal que otorgue el consentimiento. Además, algunas intervenciones solo son eficaces si se realizan dentro de una estrecha "ventana terapéutica". Cuando el paciente no esté incapacitado o esté disponible su representante legal, siempre deben conceder el consentimiento escrito ellos mismos. Si no es así, es posible bajo ciertas circunstancias que lo otorgue personal médico independiente de la investigación o incluso que se solicite al interesado una vez reclutado para la investigación y superado su estado sanitario crítico. Como regla general estos pacientes sólo

deben participar en estudios con un específico interés terapéutico particular para ellos.³³

En la presente investigación el consentimiento informado se realizó en primera instancia de manera verbal a los familiares y/o personas responsables de las personas con Alzheimer, posteriormente se les hizo llegar la información de manera escrita pidiéndoles firmaran la autorización para llevar a cabo la investigación.

³³ Aspectos éticos y legales de la Investigación en Salud Pública, Dr. F. Rodríguez Artalejo, Dr. J. Fernández-Crehuet, Dr. V. Domínguez Rojas, 2004, http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=276

La presente investigación conto con un documento de consentimiento informado donde se le notificó al cuidador los fines de la investigación cubriendo los aspectos éticos de confidencialidad.

Los principios éticos aplicados son:

La veracidad:

Se presentó ante los sujetos de investigación la verdad, con los objetivos y lo propuesto en el proyecto. Los datos obtenidos siempre se dirigieron con autenticidad, respetando la participación de los cuidadores.

La reciprocidad:

Esta se proporciono al momento de la aplicación del instrumento de valoración, escuchando y orientando al cuidador en cuanto a la atención de su familiar con demencia.

Principio de autonomía:

Mediante el consentimiento informado cada participante fue libre de aceptar o rechazar la aplicación del instrumento y con ello participar en la investigación.

Principio de beneficencia:

La investigación se encamino en el actuar de la verdad del bien de los sujetos en estudio, evitando acciones que pudieran producirles algún tipo de daño.

Principio de no maleficencia y justicia

Aunque los sujetos a investigación son personas con demencia el trato fue igual con dignidad, consideración y respeto manteniendo en todo momento su integridad.

8.15 Resultados

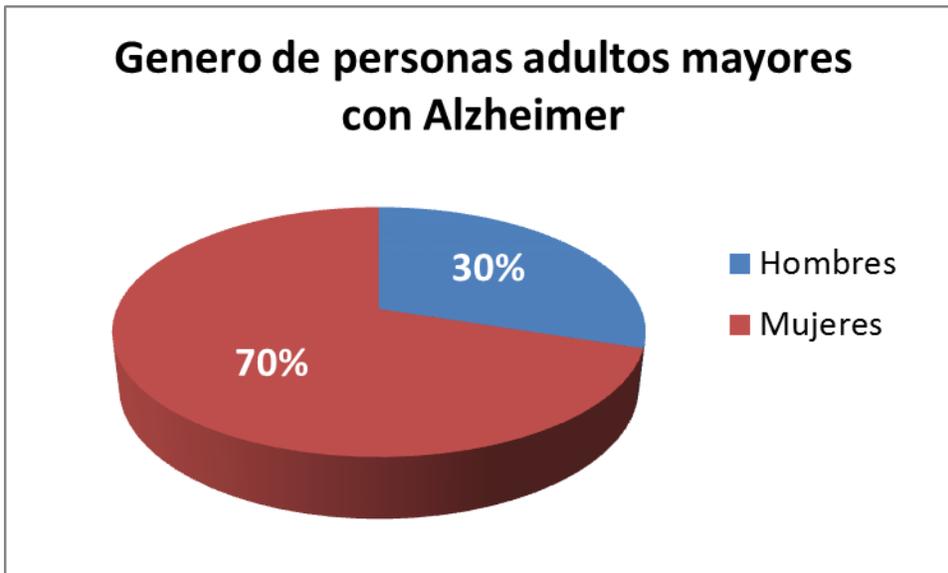
Cuadro 1

Genero de personas adultos mayores con Alzheimer	
Hombres	30%
Mujeres	70%

Fuente: Instrumento de valoración aplicado por Ma. Del Rosario Torres Cruz En la Asociación Alzheimer México I.A.P. 2012

Grafica 1

n= 20



Fuente: Instrumento de valoración aplicado por Ma. Del Rosario Torres Cruz En la Asociación Alzheimer México I.A.P. 2012

Se observa que del total de la muestra un 70% son mujeres

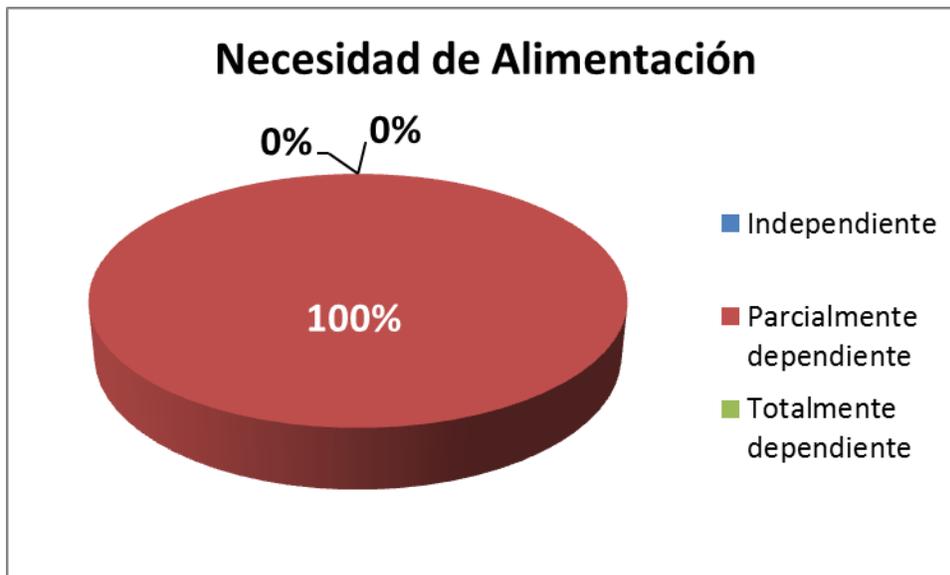
Cuadro 2

Necesidad de Alimentación	
Independiente	0%
Parcialmente dependiente	100%
Totalmente dependiente	0%

Fuente: misma de cuadro 1

Grafica 2 Necesidad de alimentación

n= 20



Fuente: misma de grafica 1

Se observa que el 100% de las personas en segunda etapa de Alzheimer son parcialmente dependientes para su alimentación.

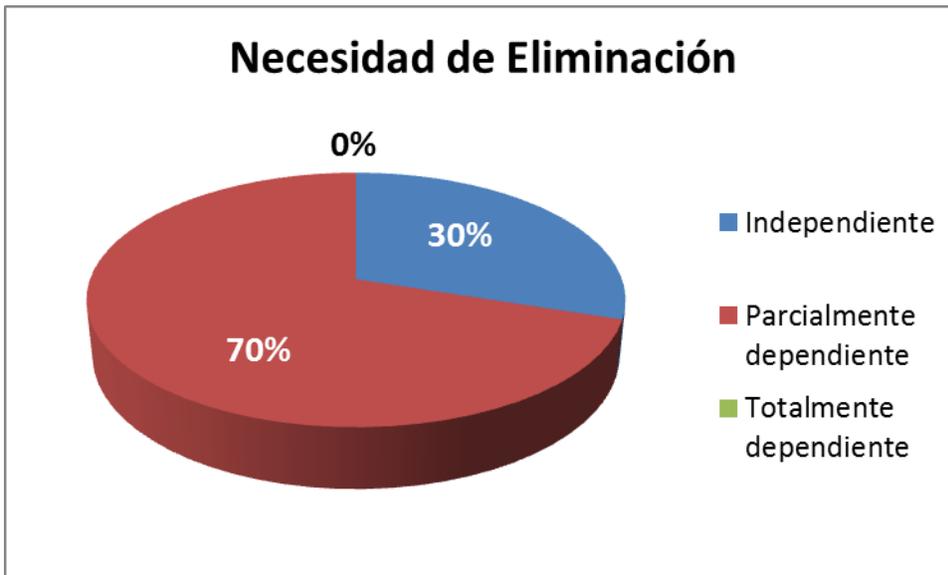
Cuadro 3

Necesidad de Eliminación	
Independiente	30%
Parcialmente dependiente	70%
Totalmente dependiente	0%

Fuente: misma de grafica 1

Grafica 3 Necesidad de eliminación

n= 20



Fuente: misma de cuadro 1

Destaca que en una segunda etapa un 70% de la población valorada ya es parcialmente dependiente en la necesidad de eliminación.

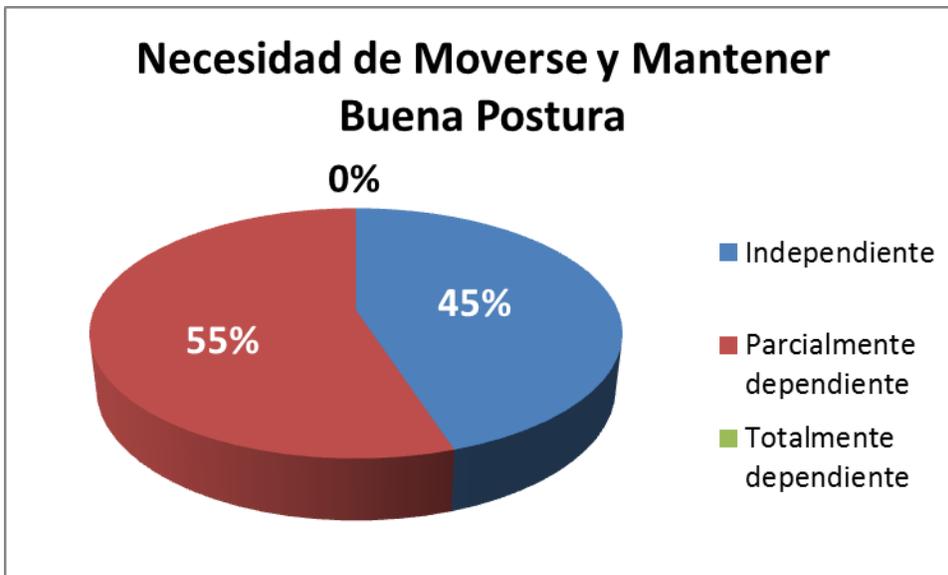
Cuadro 4

Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura	
Independiente	45%
Parcialmente dependiente	55%
Totalmente dependiente	0%

Fuente: misma de cuadro1

Grafica 4 Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura

n= 20



Fuente: misma de cuadro 1

En esta grafica se observa un 55% de la población parcialmente dependiente en la necesidad de moverse y mantener buena postura.

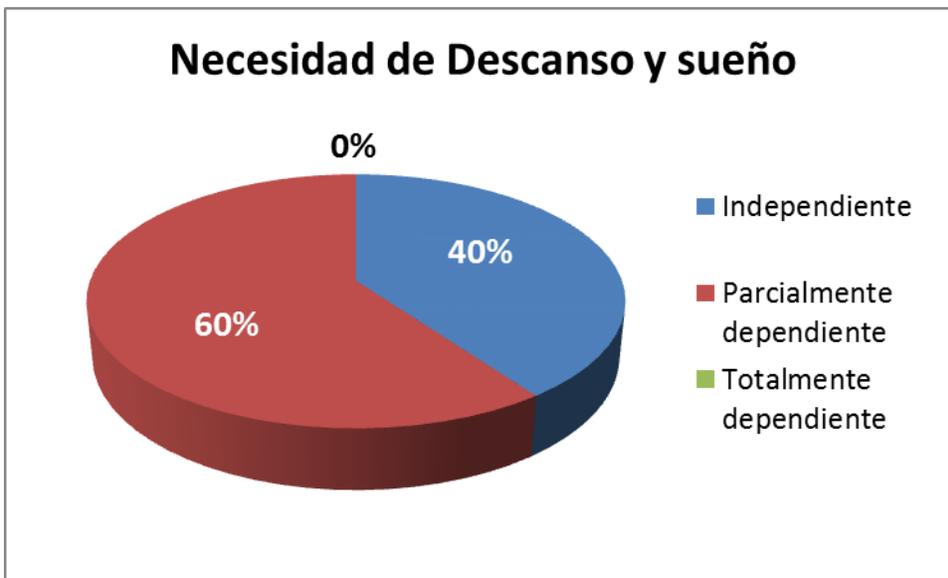
Cuadro 5

Necesidad de Descanso y sueño	
Independiente	40%
Parcialmente dependiente	60%
Totalmente dependiente	0%

Fuente: misma de cuadro1

Grafica 5 Necesidad de Descanso y sueño

n= 20



Fuente: misma de grafica 1

En esta grafica destaca que del total de la muestra un 60% ya tiene alterada la necesidad de dormir y descansar.

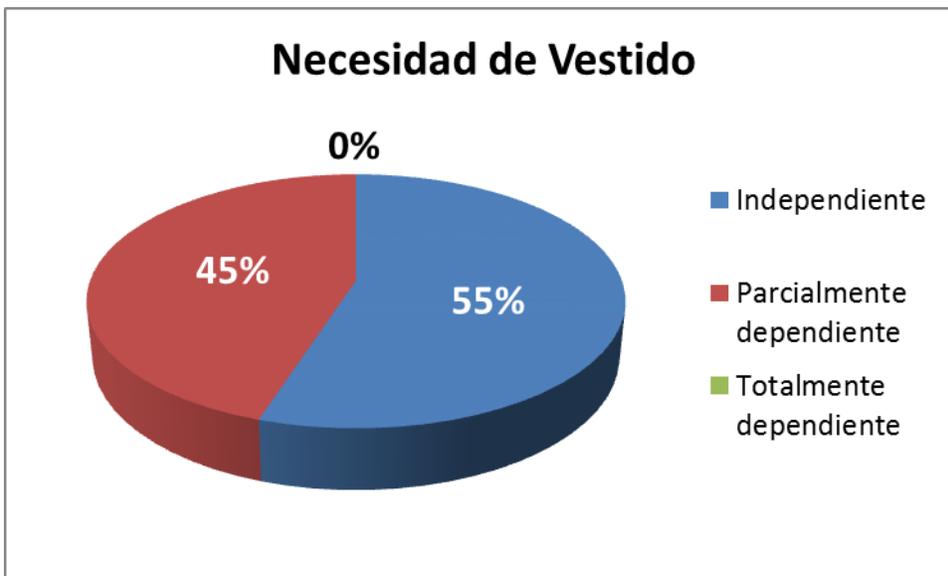
Cuadro 6

Necesidad de Vestido	
Independiente	55%
Parcialmente dependiente	45%
Totalmente dependiente	0%

Fuente: misma de cuadro1

Grafica 6 Necesidad de Vestido

n= 20



Fuente: misma de grafica 1

Se observa en esta grafica que en la población en estudio un 55% aun son independientes para cubrir la necesidad de vestido.

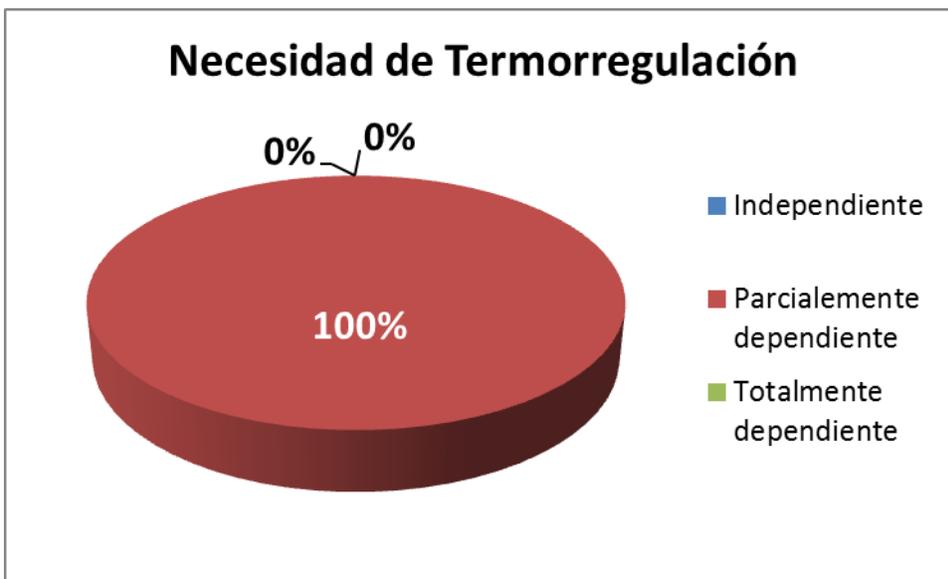
Cuadro 7

Necesidad de Termorregulación	
Independiente	0%
Parcialmente dependiente	100%
Totalmente dependiente	0%

Fuente: misma de cuadro 1

Grafica 7 Necesidad de Termorregulación

n=20



Fuente: misma de grafica 1

Es relevante observar que un 100% de la población valorada ya son parcialmente dependientes para cubrir la necesidad de termorregulación.

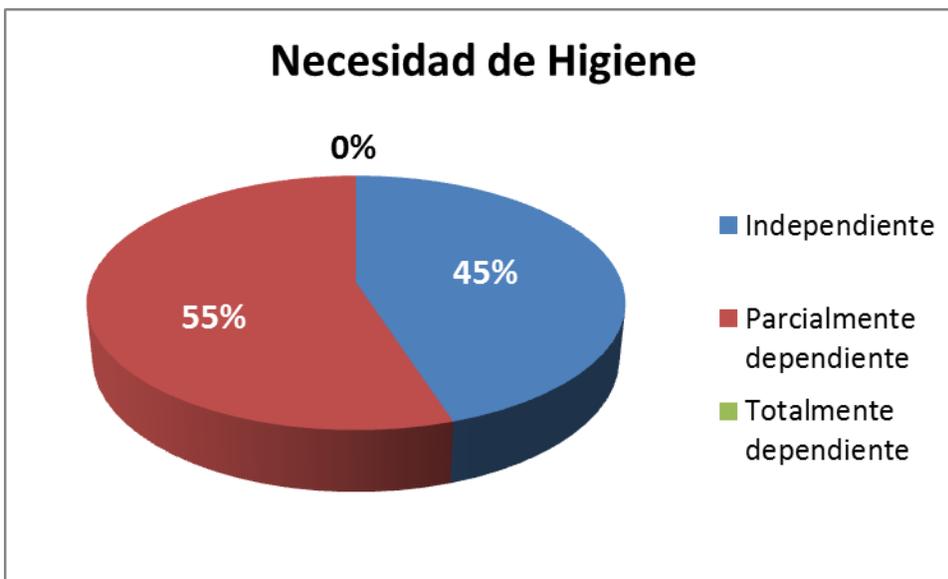
Cuadro 8

Necesidad de Higiene	
Independiente	45%
Parcialmente dependiente	55%
Totalmente dependiente	0%

Fuente: misma de cuadro 1

Grafica 8 Necesidad de Higiene

n=20



Fuente: misma de grafica 1

Aquí se observa que solo un 55% de las personas valoradas son parcialmente dependientes para su necesidad de higiene.

Cuadro 9

Necesidad de Evitar peligros	
Independiente	0%
Parcialmente dependiente	0%
Dependiente	100%

Fuente: misma de cuadro 1

Grafica 9 Necesidad de Evitar Peligros

n=20



Fuente: misma de cuadro 1

La necesidad de evitar peligros se ve alterada en todas las personas valoradas siendo totalmente dependientes

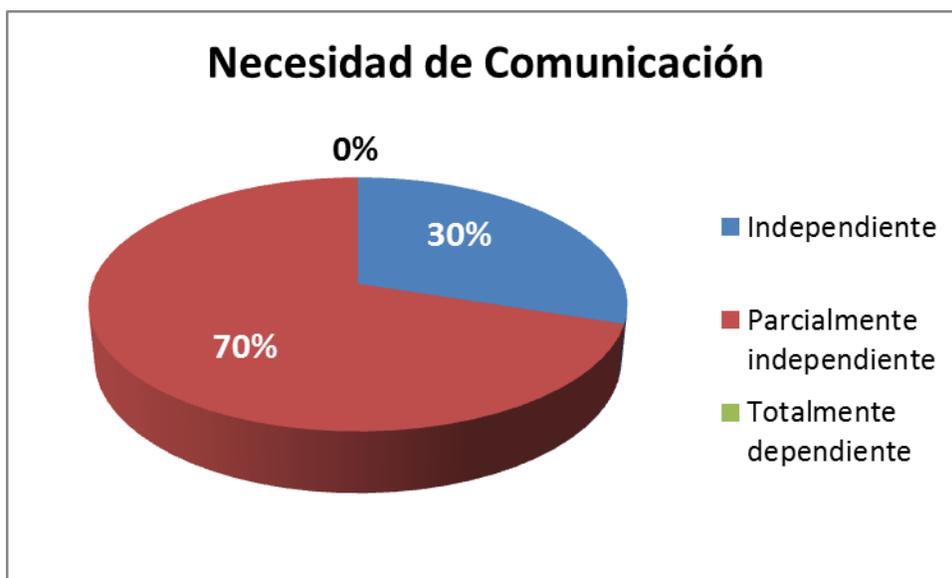
Cuadro 10

Necesidad de Comunicación	
Independiente	30%
Parcialmente independiente	70%
Totalmente dependiente	0%

Fuente: misma de cuadro 1

Grafica 10 Necesidad de Comunicación

n= 20



Fuente: misma de grafica 1

La necesidad de comunicación esta alterada en un 70% de la poblacion valorada.

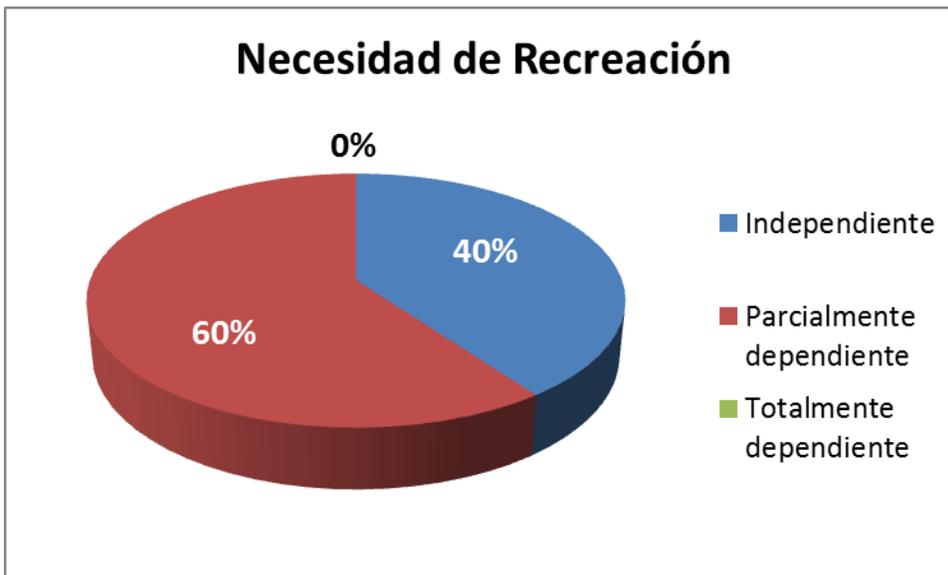
Cuadro 11

Necesidad de Recreación	
Independiente	40%
Parcialmente dependiente	60%
Totalmente dependiente	0%

Fuente: misma de cuadro 1

Gráfica 11 Necesidad de Recreación

n= 20



Fuente: misma de grafica 1

Se observa que la necesidad de recreación se encuentra alterada en un 60% de las personas valoradas siendo parcialmente dependientes.

Cuadro 12

Necesidad de Aprendizaje	
Independiente	0%
Parcialmente dependiente	0%
Totalmente dependiente	100%

Fuente: misma de cuadro 1

Grafica 12 Necesidad de Aprendizaje

n= 20



Fuente: misma de grafica 1

- 9** Destaca que el 100% de la población valorada es totalmente dependiente para cubrir su necesidad de aprendizaje.

8.16 Análisis

Como resultado de esta investigación de campo realizada en la Asociación Alzheimer México I.A.P. se detecto que en una segunda etapa de Alzheimer las necesidades de vida más afectadas son la alimentación, eliminación, descanso y sueño, vestido, termorregulación, higiene, evitar peligros, comunicación, recreación así como el aprendizaje; y que son mas mujeres que hombres las afectadas por esta enfermedad.

En cuanto al factor de riesgo de género para la Enfermedad de Alzheimer tenemos que un 70% de la población estudiada son mujeres y solo un 30% hombres esto relacionado también a que las mujeres viven mas años.

De la necesidad de alimentación tenemos como resultado que el 100% de la población valorada son parcialmente dependientes en cuanto a esta necesidad esto relacionado con la pérdida de la memoria

Para la necesidad de eliminación tenemos como resultado que un 70% de la población en estudio son parcialmente dependientes para cubrir esta necesidad

En cuanto a la necesidad de moverse y mantener buena postura solo un 55% de las personas valoradas son parcialmente dependientes

En la necesidad de dormir y descansar un 70% de las personas valoradas presentan alterada esta necesidad esto debido al cambio que se presenta en ciclo circadiano o síndrome de la puesta de sol y que les genera mucha ansiedad al llegar la noche y no poder conciliar el sueño

De la necesidad de vestido el resultado muestra que solo un 45% de las personas en estudio son parcialmente dependientes para cubrir esta necesidad

El 100% de las personas valoradas tiene alterada la necesidad de termorregulación esto relacionado con la disminución funcional del termostado biológico ya que con esto disminuye también la sensibilidad encunanto a calor o frío además de la pérdida de la memoria que ocasiona el olvido de como vestirse de acuerdo al clima.

En cuanto a la necesidad de higiene podemos observar en la población valorada que un 55% ya es parcialmente dependiente para higiene personal

La necesidad de evitar peligros se ve alterada en el 100% de las personas con esta valoradas debido a la pérdida de memoria y desorientación así como la no percepción de peligros propios del entorno

La comunicación se ve afectada esto relacionado con el aislamiento de las personas por miedo a lo desconocido o que sus momentos de lucidez lo llevan a la depresión al hacer conciencia de su enfermedad. En los resultados se puede observar que un 70% de la población valorada tiene esta necesidad parcialmente alterada.

Al igual que en la necesidad de comunicación la necesidad de recreación se ve alterada en relación al aislamiento, tristeza o depresión que les limita en la interacción con las demás personas. En este caso es un 60% de la población valorada.

La necesidad de aprendizaje se encuentra alterada en un 100% de la población en estudio relacionado con la pérdida de memoria manifestada por olvidos constantes siendo este el primer síntoma del Alzheimer .

8.17 Conclusiones

El profesional de enfermería tiene una amplia gama de funciones en su campo de desarrollo siendo la base de ello el cuidado y preservación de la salud. El área de investigación es uno de estos campos.

En esta investigación se puede concluir que los cuidados y atenciones proporcionados a una persona con demencia están en función de las necesidades alteradas., con una detección temprana tendremos una intervención más oportuna.

En la presente se cumplió el objetivo general de identificar las necesidades alteradas en una segunda etapa de Alzheimer encontrando las siguientes: alimentación, eliminación, descanso y sueño, vestido, termorregulación, higiene, evitar peligros, comunicación, recreación así como el aprendizaje., al igual se cumplieron los objetivos específicos pudiendo realizar las valoraciones de enfermería a cada uno de las personas participantes y con ello se elaboró una propuesta de planes de atención de enfermería que se anexa al final., ésta dirigida tanto a los profesionales de la salud como a los familiares y/o cuidadores de las personas con Alzheimer y que se encuentren cursando una segunda etapa de la enfermedad

Con el fin de favorecer la calidad de vida de la persona con segunda etapa de Alzheimer así como la de su familia al darles una mejor orientación sobre los cuidados y atenciones para estas personas.

Éticamente como profesional de la salud encargado del cuidado y preservación de la misma tenemos la obligación moral de prestar atención a cualquier señal que sugiera la existencia de una necesidad no cubierta, así como la realización de las actuaciones oportunas para corregir esta situación y evitar cualquier otra posible.

9 Bibliografía

1. Ana Martínez, ¿Qué sabemos de? El Alzheimer, Los libros de la caratula, Madrid 2009, Pág. 25
2. Asociación De Familiares De Enfermos De Alzheimer, Miranda De Ebro (Burgos), Mr. Alzheimer... Ladrón de los recuerdos, Julio 2011, <http://asociacionmirandaalzheimer.blogspot.mx/2011/06/las-3-fases-del-alzheimer.html>
3. Aspectos éticos y legales de la Investigación en Salud Pública, Dr. F. Rodríguez Artalejo, Dr. J. Fernández-Crehuet, Dr. V. Domínguez Rojas, 2004, http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=276
4. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) quinta edición editores Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochtermen, Edit el servier Mosby. 2009.
5. DONOSO S, Archibaldo y BEHRENS P, María Isabel. Variabilidad y variantes de la enfermedad de Alzheimer, Rev. med. Chile [online]. Vol.133, N.4, 2005
6. Enfermería Medico Quirúrgica Necesidad de oxigenación 2ª edición, serie manuales de enfermería, Editorial Masson, Barcelona 2001
7. Enfermedad Alzheimer Del diagnostico a la terapia: conceptos y hechos, J. Peña-Casanova, Fundación la Caixa, Barcelona 1999.

8. Enfermeros cuerpo técnico, escala de diplomado en salud pública Vol. 1, Jose Manuel Ania Palacio, Ma Dolores Millan Montes, Domingo Gomez Martinez, Jose Manuel Gonzalez Rabanal, Ángel Viches Arenas, Emilio Perea-milla Lopez, Jose Manuel Cara Cañas, Ana Gonzalez Noguera, Pilar Lopez Martinez, Edit. Mad, Murcia, 2006.
9. El consentimiento informado como garantía constitucional desde la perspectiva del derecho mexicano, Gisela María Pérez Fuentes, Karla Cantoral Domínguez, Revista de Derecho Privado, nueva época, año V, núm. 15, septiembre-diciembre, 2006.
10. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. María de Jesús García González. Editorial progreso, S.A. De .C.V. Col. Santa María la rivera. México, D.F. 2002. P. 11 – 17
11. Fernández Ferrín, Carmen. El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería. Edit. Masson-Salvat, Barcelona
12. Fundamentos de enfermería, Ledesma Ma. Del Carmen, Edit. Limusa, México, 2004
13. González Fabián Justo Luis, Gómez Viera Nelson, González González Justo Luis, Marín Díaz Miguel E. Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del Policlínico “La Rampa”. Rev. Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2006 Sep. [citado 2012 Oct 28]; 22(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300005&lng=es.
14. Genética en la enfermedad de Alzheimer, Setó-Salvia, N, Clarimon, J., Revista de Neurología, 2010 Mar.

15. Guerra M. Enfermedad de Alzheimer. En: Principios de geriatría y gerontología. Lima: Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005.
16. INEGI, Cuéntame población, Esperanza de vida, <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
17. Kozier Barbara. Enfermería fundamental I. Edit. Interamericana McGraw Hill 1993
18. Libre Guerra Juan Carlos, Guerra Hernández Milagros A., Perera Miniet Elianne. COMPORTAMIENTO DEL SINDROME DEMENCIAL Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. Rev. haban cienc méd [revista en la Internet]. 2008 Mar [citado 2012 Oct 28]; 7(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100008&lng=es.
19. Luis MT, Fernández M, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2 ed. Barcelona: Masson; 2003.
20. Marcela I. Feria. Alzheimer: una experiencia humana. México D.F. 2005. Edit. Paz México.
21. Modelos y teorías en enfermería, Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood, sexta edición, España, Edit. El servier, 2007
22. Manual para el diplomado de enfermería (ATS/DUE) Modulo I, José Manuel Pérez Santana, Luis Silva García, Domingo Gómez Martínez, José Manuel Ania Palacio, Rosa María Morillo Cadierno, et al, primera edición, España, Edit. Mad, S.L., 2003

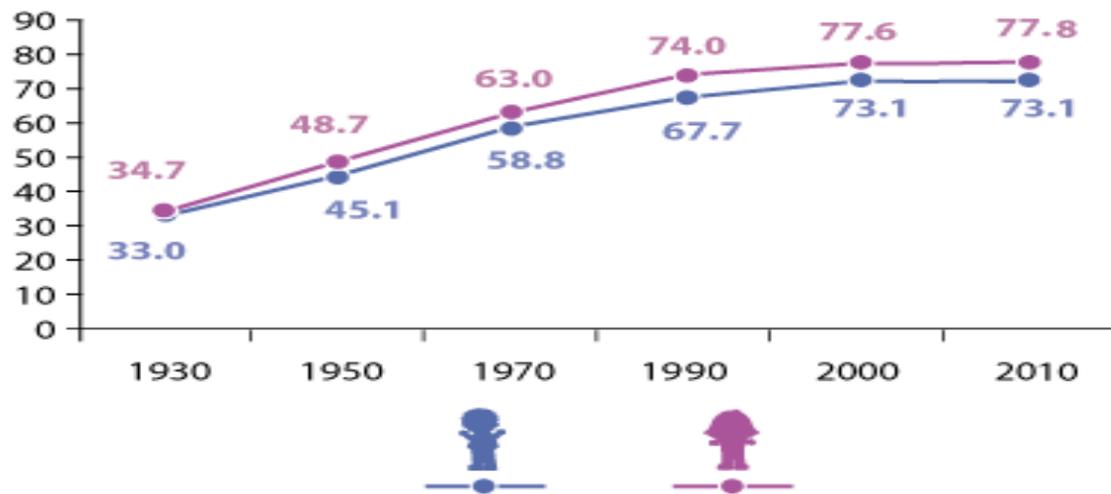
23. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería, Lynda Juall Carpenito, Edit. Mc Graw-hil, 2005.
24. Silvino José Fritzen. La ventana de Johari. Ejercicios de dinámica de grupo de relaciones humanas y de sensibilización. España. Edit. Sal Terrae.
25. Silvia Mejía Arango, Alejandro Miguel Jaimes, Antonio Villa, Liliana Ruiz Arregui, Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México, Salud Pública de México, año 2007/vol. 49, suplemento 4, Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México.
26. Zea Herrera María del Carmen, López Alzate María Elizabeth, Valencia Marín Claudia Marcela, Soto Gómez Juliana Andrea, Lopera Restrepo Francisco, Wolf D Oswald et al . Autovaloración de calidad de vida y envejecimiento en adultos con riesgo de Alzheimer. Invest. educ. enferm [serial on the Internet]. 2008 Mar [cited 2012 Oct 28]; 26(1): 24-35. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072008000100002&lng=en.

10 ANEXOS

ANEXO 1

Esperanza de vida 2010

Años



ANEXO 2



Familiares de nuestros pacientes:

La **Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO)** perteneciente a la **Universidad Nacional Autónoma de México** está realizando diversos proyectos de investigación en colaboración con nosotros.

Como parte de este trabajo se está llevando a cabo una nueva investigación que forma parte del **MEGAPROYECTO NUEVAS ESTRATEGIAS EPIDEMIOLOGICAS GENÓMICAS Y PROTEOMICAS EN SALUD PÚBLICA, SECRETARÍA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL PROGRAMA TRANSDISCIPLINARIO EN INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO 05.5**, dicho megaproyecto se está llevando a cabo en conjunto con otras Facultades como medicina, trabajo social y el Hospital Militar Central.

A la **ENEO** le corresponde realizar un Modelo de enfermería para la atención preventiva y terapéutica de personas con Enfermedad de Alzheimer y sus familiares, por esta razón han solicitado nuestro apoyo.

Para poder lograr nuestro objetivo es necesario y muy valiosa su participación, para esto requerimos nos haga favor de firmar una carta anexada llamada DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO y llenar los cuestionarios anexos, pues con esto nos autoriza el poder utilizar la información recabada para fines de investigación, obviamente sus datos serán debidamente resguardados y usados solamente con fines estadísticos.

Le recuerdo que estos proyectos son autorizados y forman parte del trabajo de la **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO** que ahora nos invita y permite poder colaborar junto con ellos en este importante trabajo.

Agradezco mucho su atención y la valiosa ayuda que pueda proporcionarnos.

Atentamente

Lic. Enf. Y Ger. Alejandra Martínez Miranda

Coordinación Asistencial

Alzheimer México IAP

Tlacotalpan 92 Colonia Roma Sur C.P. 06760 México D.F. Tel. 52804202/ 52803349

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Nuevas estrategias epidemiológicas y proteómicas en salud pública.
Secretaria de desarrollo institucional.
Programa transdisciplinario y desarrollo 0.5.5

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO VALIDAMENTE INFORMADO

DATOS GENERALES

NOMBRE: _____

EDAD: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

TELEFONO: _____

VIVE CON: _____

DOMICILIO: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBIO LA INFORMACION Y OTORGA EL CONSENTIMIENTO: _____

PARTICIPANTE () REPRESENTANTE LEGAL () FAMILIAR ()

PARENTESCO: _____

1.-Declaro de forma libre y voluntaria sin existir ninguna presión física o moral sobre mi persona, que he comprendido por las explicaciones que se me han proporcionado, el propósito y los riesgos del procedimiento, aclarando las dudas que me he planteado: así mismo declaro que e leído y comprendido totalmente el consentimiento y los espacios en blanco has asido llenados antes de firmar.

2.-Estoy enterado que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que otorgo.

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

ACEPTO EL PROCEDIMIENTO: SI () NO ()

En: _____

Lugar y fecha

Hora

Nombre y firma de la persona que dio el consentimiento principal

Nombre y firma del investigador

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma

Función	CIFRA
Frecuencia cardiaca	
Frecuencia respiratoria	
Presión arterial	

Función	CIFRA
Temperatura	
Peso	
Talla	

V. 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. oxigenación	Nunca	Algunas veces	Siempre	Grado de Dependencia	
1. ¿Cuándo realiza sus actividades cotidianas los hace sin fatigarse?				I	
1. Tiene dificultades para respirar?				PD	
				D	
2. Nutrición	Nunca	Algunas veces	Siempre	Grado de Dependencia	
1 ¿Puede encargarse de su alimentación por si mismo?				I	
2 ¿Reconoce la comida?				PD	
3 ¿Ha presentado dificultad para deglutir los alimentos?				D	
4 ¿Ha disminuido su apetito?					
5 ¿Realiza 3 comidas al día?					
6 ¿Bebe al menos 1 litro de agua al día?					
7 ¿Come en compañía de alguien?					
3. Eliminación	Nunca	Algunas veces	Siempre	Grado de Dependencia	
1 ¿Presenta incontinencia urinaria?				I	
2 ¿Con que frecuencia utiliza pañal desechable?				PD	
3 ¿Se desplaza al sanitario por si mismo para hacer sus necesidades de eliminación?				D	
4 ¿Padece de estreñimiento?					
5 ¿Sube los pantalones / falda, trusa/ pantaleta después de ir al baño?					
6 ¿Presenta inflamación en sus piernas?					
4. Moverse y mantener buena postura	Nunca	Algunas veces	Siempre	Grado de Dependencia	
1 ¿Necesita ayuda para moverse?				I	
2 ¿Utiliza apoyo para desplazarse, como andadera, bastón, etc.				PD	
3 ¿Se mantiene sentada (o) la mayor parte del día?				D	
4 ¿Se mantiene parada (o) la mayor parte del día?					
5 ¿Camina con pequeños pasos?					
6 ¿Realiza actividades en casa como reparaciones, cocina, limpieza, etc.?					
7 ¿Tiene dificultada para recordar donde se encuentra?					
8 ¿Camina sin tropezarse con objetos que estén a su alrededor?					
5. Dormir y descansar evitar el dolor y la ansiedad	Nunca	Algunas veces	Siempre	Grado de Dependencia	
1 ¿Distingue entre la noche y el día?				I	
2 ¿Duerme toda la noche?				PD	
3 ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?				D	
4 ¿Duerme solo (a)?					
5 ¿Se muestra ansioso durante el día?					
6 ¿Tiene cambios de estado de ánimo?					

6. Usar prendas de vestir	Nunca	Algunas veces	Siempre	Grado de Dependencia	
1 ¿Se viste solo?				I	
2 ¿Reconoce su ropa?				PD	
3 ¿Se coloca la ropa en orden y adecuadamente?				D	
4 ¿Se anuda los zapatos de forma adecuada?					

7. Termorregulación	Nunca	Algunas veces	Siempre	Grado de Dependencia	
1 ¿Diferencia entre frío y caliente?				I	
2 ¿Puede ajustar la temperatura del agua?				PD	
3 ¿Elige prendas de vestir adecuadas a la temperatura?				D	

8. Higiene y protección de la piel	Nunca	Algunas veces	Siempre	Grado de Dependencia	
1 ¿Identifica el baño y sus utensilios?				I	
2 ¿Realiza el aseo bucal de forma independiente?				PD	
3 ¿Se lava las manos después de ir al baño?				D	
4 ¿Se baña por si solo?					
5 ¿Necesita ayuda para entrar o salir del baño?					

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

10. Comunicación	Nunca	Algunas veces	Siempre	Grado de Dependencia	
1 ¿Se expresa y entiende con otros?				I	
2 ¿Reconoce objetos, personas o familiares?				PD	
3 ¿Tiene dificultad para relacionarse con otras personas?				D	
4 ¿Puede concentrarse al realizar alguna actividad?					
5 ¿Siente ansiedad o temor al estar con otras personas?					
6 ¿Contesta Si o No?					
7 ¿Balbucea?					

11. Creencias y valores	Nunca	Algunas veces	Siempre
1 ¿Busca apoyo en su religión?			
2 ¿Actúa y vive según su religión?			
3 ¿Ha sentido falta de motivación o interés por su religión?			

Grado de Dependencia	
I	
PD	
D	

12. Satisfacción	Nunca	Algunas veces	Siempre
1 ¿Realiza actividades que le produzcan satisfacción?			
2 ¿Piensa que debería satisfacer sus gustos y aficiones?			
3 ¿Participa con grupos que comparten sus mismos intereses o aficiones?			
4 ¿La familia le permite realizar actividades por sí solo?			

Grado de Dependencia	
I	
PD	
D	

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

Grado de Dependencia	
I	
PD	
D	

14. Aprendizaje	Nunca	Algunas veces	Siempre
1 ¿Le interesa que le enseñen?			
2 ¿Identifica los días de la semana?			
3 ¿Reconoce a sus familiares?			
4 ¿Se reconoce a sí mismo?			
5 ¿Lleva control de monedas y billetes?			

Grado de Dependencia	
I	
PD	
D	

Gracias por su participación

Lugar y fecha _____

Nombre del investigador _____

Fuente de información _____

ANEXO 4

Propuesta de plan de cuidados de enfermería

Enfermedad de Alzheimer segunda etapa

Diagnóstico

Alteración de la necesidad de alimentación relacionado con pérdida de la memoria manifestado por no saber como llevarse la comida a la boca o como tomar los cubiertos, rechazo al alimento, el olvido de las horas de la comida o de si comió o no y que comió.

Objetivo de enfermería

Ayudar al paciente a cubrir su necesidad de alimentación mediante la asistencia al momento de cada comida

Intervenciones de enfermería

1. Proporcionar un ambiente tranquilo evitando el exceso de ruidos. Una buena idea es poner música relajante al objeto de que asocie la música con la hora de la comida.
2. Ayudar al paciente a la hora de comer, permitiéndole que coma solo, proporcionándole pajitas, vasos de preferencia de plástico, cubiertos grandes con mangos para facilitar su manipulación.
3. Si no puede utilizar los cubiertos, debemos dejarle que coma con las manos, pues lo verdaderamente importante es que no pierda autonomía (que siga realizando por sí mismo todo lo que pueda) teniendo cuidado de que los trozos de comida no sean demasiado grandes y no se atragante

4. Establecer unos horarios organizando las horas de la comida como una rutina: que coma siempre en el mismo lugar, a la misma hora, con su babero, sirviéndole los platos cuando ha finalizado el anterior.
 5. No obligarle nunca a comer, hablándole con tranquilidad y sin distraerle para que se concentre en el acto de comer.
-
1. Proporcionarle líquidos abundantes. Entre los más recomendables están el agua natural, los jugos o la leche, evitando el alcohol y las bebidas estimulantes como café, té o colas.
 2. Realizar los menús equilibrados y variados, teniendo en cuenta sus gustos y preferencias anteriores. Sobre todo cuando se niegan a comer o comen muy poco.
 3. Cuando comen a menudo (porque se olvidan de que han comido y van una y otra vez al refrigerador), tener alimentos como es la fruta, yogures.
 4. Guardar bajo llave los productos tóxicos, ya que pueden confundirlos con alimentos.

Diagnóstico

Alteración de la necesidad de eliminación relacionada con la pérdida de memoria y desinhibición manifestado por miccionar o defecar en su propia ropa sin darle importancia o en lugares inapropiados y/o desubicación del inodoro.

Objetivo de Enfermería:

Ayudar a reducir el número de episodios en que la persona realice sus necesidades de eliminación en su ropa o lugares inapropiados

Intervenciones de Enfermería:

1. Mostrarle la localización del retrete, si es necesario identificar la puerta con un dibujo de un inodoro para ayudarlo a encontrarlo.
2. Valorar los hábitos intestinales, llevarlo al cuarto de baño a la misma hora todos los días suele defecar.
3. Evaluar los indicadores no verbales del paciente ante la necesidad de eliminación.
4. En caso de incontinencia utilizar pañales desechables.
5. Después de la eliminación ayudarlo a limpiarse la zona perianal.

Diagnóstico

Alteración de la necesidad de movimiento y postura relacionado con disminución de la fuerza y tono muscular manifestado por encorvamiento, tropiezos constantes y probables caídas al verse alterada la marcha.

Objetivo de Enfermería:

Ayudar a la disminución de probables caídas favoreciendo la deambulaci3n

Intervenciones de Enfermería:

1. Utilizar zapato sin tac3n, c3modo y con suela antiderrapante.
2. Mantener el ambiente libre de obst3culos
3. Propiciar una buena iluminaci3n en la habitaci3n y los pasillos para prevenir las caídas en la oscuridad.
4. Sustituir tapetes pequeños por unos de mayor tamaño ya que favorecen los tropiezos o caídas
5. Instalar pasamanos y tapetes antiderrapantes en baño
6. Utilizaci3n de bast3n o andadera de ser necesario
7. Mantener un ambiente tranquilo y sin cambios importantes

Diagnóstico

Alteración de la necesidad de descanso y sueño relacionado cambio del ciclo circadiano o síndrome de la puesta de sol manifestado por intranquilidad y la desorientación por la noche al momento de acostarse a dormir.

Objetivos de Enfermería:

Ayudar en la disminución del trastorno del sueño.

Intervenciones de Enfermería:

1. Espaciar las actividades a lo largo del día intercalando periodos de reposo.
2. Evitar que las personas se queden dormidas durante el día, empleando paseos cortos, actividades planeadas.
3. Las personas que duermen durante el día deben de procurar hacerlo sentados en la sillas en lugar de la cama, para recordarles que ahí no se deben de dormir.
4. Evitar el empleo de sujeciones fijas porque suelen aumentar la agitación.
5. Proporcionar un ambiente tranquilo, sin ruidos y luces tenues durante la noche.
6. Administrar sedantes y ansiolíticos cuando esté prescrito.
7. Establecer una rutina para acostarse, y procurar que se cumpla.
8. Enseñar al paciente cómo puede realizar técnicas de relajación haciendo la demostración de las mismas.

Diagnóstico

Alteración de la necesidad de vestido relacionado con deterioro del control motor y la pérdida de memoria manifestado por dificultad para vestirse solo y/o vestirse de manera desordenada y/o inapropiada al clima

Objetivo de Enfermería:

Ayudar al paciente a realizar las tareas de autocuidado.

Intervenciones de Enfermería:

5. Valorar la incapacidad de vestirse y en base a ello apoyarle a realizarlo de manera que no sea totalmente dependiente proporcionando instrucciones paso a paso, para que el paciente pueda realizar el máximo número de tareas por si solo. Por ejemplo: colocando la ropa en el orden en que debe de ponerse.
6. Permítale escoger de una selección limitada de prendas. Si la persona tiene un conjunto de prendas favorito, considere comprarle varios juegos idénticos.
7. Guarde algunas prendas en otro cuarto para reducir el número de opciones. Mantenga solamente uno o dos juegos de prendas en el ropero o tocador.
8. Se recomienda zapatos sin cordones, prendas de vestir sueltas o con cierres a presión, cierres con velcros o elásticos en la cintura, evitar los botones y cinturones.

Diagnóstico

Alteración de la necesidad de termorregulación relacionada con disminución del mecanismo corporal termorregulador y pérdida de la memoria manifestado por vestir inadecuadamente al clima, exponerse al mismo sin percatarse del frío o el calor.

Objetivo de Enfermería:

Ayudar a la persona a cubrir su necesidad de termorregulación manteniendo en equilibrio la temperatura corporal

Intervenciones de Enfermería:

1. Situar al paciente en un ambiente cálido.
2. Proporcionar ropa adecuada para el clima.
3. Si por las noches tiende a perder mucho la temperatura tener a la mano mantas suficientes para cubrirlo así como considerar el colocar calcetas en los pies.
4. Evitar corrientes de aire en la habitación en tiempo de frío por el contrario favorecer la ventilación en tiempo de calor
5. Verificar que la persona no se exponga por tiempos prolongados a temperaturas muy bajas o altas.

Diagnóstico

Alteración de la necesidad de higiene relacionada con la disminución del autocuidado y la pérdida de la memoria manifestada por no poder bañarse ni asearse solo al realizar su necesidad de eliminación así como no distinguir entre la ropa sucia y limpia

Objetivo de Enfermería:

Al hablar de higiene surgen diferentes objetivos:

- Mantener limpias las diferentes estructuras corporales
- Mantener la integridad de la piel.
- Prevenir infecciones eliminando el acumulo de secreciones.
- Proporcionar confort y bienestar
- Favorecer la autoestima de la persona.

Intervenciones de Enfermería:

2. Ayudar a la persona a bañarse proporcionándole todo lo necesario para ello, guiándole en la manera de hacerlo y apoyarle en las áreas que no pueda como la espalda o los pies.
3. Higiene bucal: mantener dientes y prótesis limpios, enseñándole constantemente la técnica de como realizarlo.
4. Si es hombre ayudarle a afeitarse o afeitarlo si ya no puede hacerlo por si solo
5. Mantener las uñas cortas de pies y manos.
6. Respecto al vestido, retirar de su alcance la ropa sucia una vez que se la haya quitado para evitar confusión con la ropa limpia
7. Ayudarle a vestirse colocando la ropa en el orden en que debe ponerse.

Diagnóstico

Alteración de la necesidad de evitar peligros relacionado con la falta de conciencia ante los peligros del entorno y desorientación manifestado por salirse de la casa y no saber regresar, provocar incendios al cocinar, posible caída de la cama

Objetivo de Enfermería:

Garantizar la seguridad del paciente a medida que pierde su capacidad de controlar los factores potenciales peligrosos del entorno.

Intervenciones de Enfermería:

1. Orientar al paciente sobre el ambiente que le rodea.
2. Colocar barandales en la cama.
3. Evitar el empleo de calentadores y estufas
4. Mantener un ambiente tranquilo y sin cambios importantes
5. Al entrar y salir asegurarse de mantener cerradas con llave las puertas de la casa.

Diagnóstico

Alteración de la necesidad de comunicación relacionada con pérdida de memoria, confusión y desorientación manifestado por agitación e intranquilidad y frustración al no poder recordar.

Objetivos de Enfermería:

Ayudar a establecer una comunicación verbal y no verbal lo más eficaz posible

Intervenciones de Enfermería:

1. Dirigirse a la persona de forma abierta, amistosa y relajada.
2. Hablar en tono de voz claro y bajo, identificándose siempre mirándole directamente.
3. Proporcionar un ambiente relajado y alentador, evitando demasiado ruido y distracciones.
4. Valorar la conducta no verbal, la expresión facial, el lenguaje corporal, postura, gestos, etc....
5. Explíquele las actividades empleando para ello frases cortas. Cuando dé instrucciones usar gestos simples, señalando los objetos o usando la demostración si es posible.
6. Asegurarse de contar con su atención.
7. Escuchar al paciente e incluirse en la conversación.
8. Evitar reorientar a la persona más de una vez en cada encuentro con él, para evitar la frustración que le puede producir el hecho de no poder recordar.

9. Para evitar la agitación e intranquilidad del paciente debemos de mantener el ambiente estructurado, coherente y establecer una rutina fácil de seguir para el paciente: podemos realizar un álbum de fotos para recordar el pasado, fomento de la actividad física y la terapia artística.
10. Colocar etiquetas con el nombre de los objetos y habitaciones, para ayudar a recordar su nombre y su función.
11. Proporcionar pistas sobre la identidad de los objetos y las tareas.
12. Colocar un reloj y un calendario grande en su cuarto y marcar con una "X" los días pasados, para ayudarlo a recordar la fecha correcta.
13. Realizar una lista con las actividades diarias.

Diagnóstico

Alteración de la necesidad de recreación relacionada con pérdida de la memoria, desorientación y aislamiento manifestada por no querer integrarse a las actividades con su familia u otras personas prefiriendo quedarse solo en un sitio

Objetivo de Enfermería:

Ayudar a la integración de la persona en actividades recreativas en conjunto con su familia u otras personas.

Intervenciones de Enfermería:

1. Incluirlo en la realización de ejercicios, actividades de grupo y juegos simples.
2. Realizar junto con la persona actividades artísticas como dibujar, hacer collage, colorear, bailar y escuchar música.

Estas actividades promueven una salida creativa a la persona para expresar sus emociones sin tener que hablar. Otros beneficios son favorecer el buen estado de ánimo, estimulación sensorial e intelectual, disminución de la agitación y mejoras en las habilidades motoras.

Diagnóstico

Alteración de la necesidad de aprendizaje relacionado con la pérdida de memoria y otras funciones cognitivas manifestadas por olvidos casi instantáneos a indicaciones y/o ubicación de lugares o cosas incluso sin la menor distracción, fallo en la realización de cálculos, desconocimiento de objetos y/o de familiares

Objetivo de Enfermería:

Ayudar a la persona a reforzar la actividad mental para prolongar los olvidos

Intervenciones de Enfermería:

1. Ayudar a la persona a estimular su actividad mental mediante ejercicios de memoria por ejemplo: realizar series numéricas concretas, decir el nombre de los meses del año en sentido directo e inverso
2. La memoria: potenciando la memoria inmediata con ejercicios de repetición de series, reforzando la memoria reciente con ejercicios cortos que faciliten la fijación y el recuerdo ejemplo: me llamo como su hija, manteniendo el mayor tiempo posible la memoria remota mediante la repetición continuada de los ejercicios.
3. La orientación temporal, espacial y de la persona: con tareas básicas de situación en el momento temporal y espacial, biografía personal y de su entorno más inmediato (amigos, familia), manteniendo a la persona en contacto con la realidad que le rodea.
4. Utilizar señales visuales, tales como poner una foto de una cama en la puerta del dormitorio, pueden ayudar a una persona con demencia a encontrar el camino alrededor de la casa a medida que la memoria disminuye. Las fotos pueden proveer información más efectiva que las palabras.