



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MEXICO

Centro Académico y Capacitación de Excelencia Dr. "Ernesto Giovanni Porras"

TEMA:

LA IMPORTANCIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE.

TESINA PROFESIONAL

Para obtener el grado de:

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

PRESENTA:

MARTIN IVAN CORTEZ AGUILAR

DIRECTOR:

M. en C. JERONIMO RAMON BALDERAS RUIZ

ASESOR DE TESIS:

M.E ALICIA CHINO AMADOR



PUEBLA, PUE.

OCTUBRE 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

1 Agradecimientos

A mi tutor

Deseo expresar mi agradecimiento a mi titular de tesina “Alicia Chino Amador. Por la dedicación, orientación, confianza, motivación que ha brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas así mismo por su apoyo.

A mi madre

Por estar en cada momento y darme el apoyo necesario para formarme con principios y valores pero principalmente por darme el inicio de mis estudios, y llegar hasta donde hoy me encuentro, por ser un ejemplo de grandeza en donde las virtudes son una fortaleza en este camino.

A mi esposa

Es mi gran motivación y fuente de inspiración para seguir superándome en un ámbito personal y profesional por estar en cada obstáculo, ser ejemplo de perseverancia, disciplina. Así mismo por sus consejos, tolerancia y empatía.

2 Índice.

1	AGRADECIMIENTOS	2
2	ÍNDICE.....	3
3	INTRODUCCIÓN.	9
4	JUSTIFICACIÓN.	10
5	CAPÍTULO I.....	13
5.1	ANTECEDENTES.....	13
5.2	OBJETIVOS.....	15
5.2.1	<i>Objetivo General.....</i>	<i>15</i>
5.2.2	<i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>15</i>
5.3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	16
5.4	HIPÓTESIS.....	18
6	CAPITULO. II.....	19
6.1	DETERIORO COGNITIVO.....	19
6.1.1	<i>Deterioro Cognitivo Leve.</i>	<i>20</i>
6.1.2	<i>Deterioro Cognitivo Moderado.....</i>	<i>20</i>
6.1.3	<i>Deterioro Cognitivo Severo.....</i>	<i>21</i>
6.2	DETERIORO COGNITIVO LEVE.	21
6.2.1	<i>Subtipos de Deterioro Cognitivo Leve (DCL)</i>	<i>21</i>
6.2.2	<i>Factores de Riesgo.....</i>	<i>24</i>
6.2.3	<i>Cuadro Clínico.....</i>	<i>24</i>
6.2.4	<i>Pruebas Diagnósticas.</i>	<i>25</i>
6.2.5	<i>Tratamiento Farmacológico.</i>	<i>26</i>
6.2.6	<i>Tratamiento No Farmacológico.....</i>	<i>28</i>

6.2.7	<i>Seguimiento</i>	29
7	CAPITULO III	30
7.1	ENVEJECIMIENTO.....	30
7.1.1	<i>Envejecimiento en México</i>	31
7.1.2	<i>Esperanza de Vida</i>	32
7.2	ADULTO MAYOR.....	32
7.3	PRINCIPALES CAMBIOS MORFOLÓGICOS DE LOS APARATOS Y SISTEMAS EN RELACIÓN CON EL ENVEJECIMIENTO.	34
7.3.1	<i>Aparato Cardiovascular</i>	34
7.3.2	<i>Aparato Respiratorio</i>	34
7.3.3	<i>Aparato Digestivo</i>	34
7.3.4	<i>Aparato Nervioso</i>	35
7.3.5	<i>Sistema Nefrológico</i>	35
7.3.6	<i>Aparato Genital</i>	36
7.3.7	<i>Sistema Endocrino</i>	36
7.3.8	<i>Sistema Hematológico</i>	37
7.3.9	<i>Sistema Osteoarticular</i>	37
7.3.10	<i>Piel</i>	37
8	CAPITULO. IV	38
8.1	MODELO DEL CUIDADO.....	38
8.1.1	<i>Definición</i>	38
8.1.2	<i>Objetivo</i>	39
8.1.3	<i>Estructura Metodológica del Modelo del Cuidado</i>	40
8.1.3.1	<i>Metaparadigmas</i>	40
8.1.3.2	<i>Cuidados de Enfermería</i>	40
8.1.3.3	<i>Entorno Medio Ambiente</i>	41

8.1.3.4	Salud.....	41
8.1.3.5	Persona.....	41
8.2	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	42
8.2.1	<i>Etapas.....</i>	42
8.2.1.1	Valoración.....	42
8.2.1.2	Diagnóstico de Enfermería.....	42
8.2.1.3	Planeación.....	42
8.2.1.4	Ejecución.....	42
8.2.1.5	Evaluación.....	42
8.3	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	43
8.3.1	<i>Individualizado.....</i>	43
8.3.2	<i>Estandarizado.....</i>	43
8.3.3	<i>Estandarizado con Modificaciones.....</i>	43
8.3.4	<i>Computarizado.....</i>	43
8.4	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA INTERNACIONAL.....	44
8.4.1	<i>Tipos de Diagnósticos de Enfermería.....</i>	44
8.4.1.1	Diagnostico Enfocado en el Problema.....	44
8.4.1.2	Diagnóstico de Riesgo.....	44
8.4.1.3	Diagnóstico de Promoción de Salud.....	44
8.4.1.4	Diagnóstico de Síndrome.....	44
8.4.2	<i>Formato Pes.....</i>	45
8.4.3	<i>Mapa Conceptual Diagnósticos de Enfermería.....</i>	46
8.5	CLASIFICACIONES DE RESULTADOS NOC.....	47
8.5.1	<i>Indicadores.....</i>	47
8.5.2	<i>Escala Likert.....</i>	48
8.5.3	<i>Puntuación Diana de Resultado.....</i>	48
8.6	CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) TAXONOMÍA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	49

8.6.1	<i>Intervenciones de Enfermería</i>	49
8.6.2	<i>Actividades de Enfermería</i>	50
8.6.3	<i>Guía de Práctica Clínica</i>	50
9	CAPÍTULO V	53
9.1	ANEXOS.....	53
9.1.1	<i>Instrumentos de Evaluación Cognitivo</i>	53
9.1.1.1	Anexo 1: Montreal Cognitive Assessment (MOCA).....	53
9.1.1.2	Anexo 2: Mini-Mental State Examination (MMSE).....	54
9.1.1.3	Anexo 3: Fases evolutivas de una demencia degenerativa. Escala de deterioro global (GDS).....	55
9.1.2	<i>Anexo 4: Proceso de Atención de Enfermería a Paciente Adulto Mayor de la Comunidad de Santa Catarina Villanueva con Diagnostico de Deterioro Cognitivo Leve</i>	56
9.1.2.1	Introducción.....	56
9.1.2.2	Justificación.....	56
9.1.2.3	Objetivo General.....	58
9.1.2.4	Objetivos Específicos.....	58
9.1.3	<i>Anexo 5: Valoración</i>	59
9.1.3.1	Datos Generales.....	60
9.1.3.2	Signos Vitales.....	60
9.1.4	<i>Valoración por Once Patrones Funcionales de Marjory Gordon</i>	60
9.1.4.1	Percepción y Manejo de la Salud.....	60
9.1.4.2	Patrón Nutrición Metabólico.....	60
9.1.4.3	Patrón de Eliminación.....	60
9.1.4.4	Patrón Actividad y Ejercicio.....	60
9.1.4.5	Patrón Sueño y Descanso.....	61
9.1.4.6	Patrón Cognitivo Perceptual.....	61
9.1.4.7	Patrón Autopercepción, Autoconcepto.....	61
9.1.4.8	Patrón Rol, Relaciones.....	61

9.1.4.9	Patrón de Sexualidad y Reproducción.....	61
9.1.4.10	Patrón de Adaptación y Tolerancia al Estrés.....	61
9.1.4.11	Patrón de Valores y Creencias.....	61
9.1.5	<i>Anexo 6: Valoración Cefalocaudal.....</i>	<i>62</i>
9.1.5.1	Datos de Ingreso.....	62
9.1.5.1.1	Piel.....	62
9.1.5.1.2	Cabeza.....	62
9.1.5.1.3	Ojos.....	62
9.1.5.1.4	Nariz.....	62
9.1.5.1.5	Boca.....	62
9.1.5.1.6	Brazos.....	62
9.1.5.1.7	Tórax.....	62
9.1.5.1.8	Abdomen.....	62
9.1.5.1.9	Cadera.....	62
9.1.5.1.10	Genitales.....	63
9.1.5.1.11	Piernas.....	63
9.1.5.1.12	Pies.....	63
9.1.6	<i>Anexo 7: Valoración del Adulto a Través de Patrones Funcionales.....</i>	<i>63</i>
9.1.6.1	Datos del paciente.....	63
9.1.6.2	Percepción y Manejo de la Salud.....	64
9.1.6.3	Patrón Nutrición Metabólico.....	65
9.1.6.4	Patrón de Eliminación.....	65
9.1.6.5	Patrón Actividad y Ejercicio.....	66
9.1.6.6	Patrón Sueño y Descanso.....	66
9.1.6.7	Patrón Cognitivo Perceptual.....	66
9.1.6.8	Autoconcepción, Autoconcepto.....	67
9.1.6.9	Patrón Rol, Relaciones.....	68
9.1.6.10	Patrón Sexualidad, Reproducción.....	69

9.1.6.11	Patrón de Adaptación y Tolerancia al Estrés.	69
9.1.6.12	Patrón Valores y Creencias.	70
9.1.7	<i>Anexo 8: Plan de Cuidados de Enfermería a Paciente Adulto Mayor de la Comunidad de Santa Catarina Villanueva con Diagnostico de Deterioro Cognitivo Leve.</i>	<i>71</i>
10	CONCLUSIÓN.....	89
11	RESUMEN.....	90
11.1	TEMA.....	90
11.2	OBJETIVO GENERAL.	90
11.3	MATERIAL Y MÉTODOS.....	90
11.4	VARIABLES.	90
11.5	CONCLUSIÓN.	90
11.6	PALABRAS CLAVE.	90
12	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	91

3 Introducción.

El presente documento tratara sobre las principales intervenciones de enfermería que se pueden aplicar a pacientes adultos mayores que cursan DCL, puesto que según la OMS: Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. (Organizacion Mundial de la Salud, 2021)

Las enfermedades crónicas degenerativas constituyen un serio problema de salud por su elevada prevalencia y mortalidad. Estas enfermedades representaron la causa principal de mortalidad en la mayoría de los países, con un estimado mundial de 63 % en 2015. (Miguel Soca, 2022)

En relación sobre el aumento en la esperanza de vida también incrementa la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas

En un estudio reciente de Prince y colaboradores señala que, a nivel mundial, el 23% del gasto en salud está destinado a la atención de enfermedades en el segmento de adultos mayores de 60 años y que el 7% de ese gasto corresponde a enfermedades neurológicas y mentales. (Cancino, 2016).

Con respecto a los pacientes adultos mayores con diagnostico DCL se ve afectado el núcleo familiar por la forma del cómo se involucran, a causa de las diferentes características, que reflejan estos pacientes; A consecuencia dentro de las intervenciones de enfermería se ha percatado que no llegan a cumplir los estándares para frenar el avance de la enfermedad, viéndose afectado su tratamiento y acelerando su evolución.

Es importante analizar el motivo por el cual las intervenciones y actividades no resultan de manera eficaz para pacientes adultos mayores con DCL.

4 Justificación.

Los adultos mayores son catalogados como personas vulnerables. Debido a todos los cambios que se presentan en la dimensión física, social y psicológica la cual es notable dentro su vida diaria por lo que es fundamental dar conocer a la sociedad la importancia de intervenciones y actividades de enfermería, que se pueden realizar dirigidas a los pacientes con (DCL) tomando en cuenta el núcleo familiar educando, enseñando sobre esta patología y sus riesgo de evolucionar, junto con la problemática que se acompaña esta misma, por lo que realizando de forma correcta y adecuada las intervenciones y actividades se puede hacer que el avance de DCL sea más pausado, logrando que el adulto mayor tenga una buena calidad de vida y se encuentre con más adherencia al núcleo familiar sin afectar su convivencia familiar, un haciéndolo menos dependiente de sus cuidadores, sin dejar de recordar que esta es una patología crónica degenerativa, aunque con nuestro rol de enfermería se puede retardar el avance de esta.

Es muy común que presenten una evolución temprana los pacientes adultos mayores con DCL, debido al no acoplarse al tratamiento médico y el no acatar las intervenciones de enfermería teniendo en cuenta esto, es muy importante analizar los factores predisponentes por la cual las intervenciones de enfermería no resultan eficientes. El incremento de la expectativa de vida a nivel mundial, ha traído consigo un aumento en la incidencia de las enfermedades propias de la edad avanzada, de ahí que es muy importante investigar y realizar estudios sobre la aparición de Deterioro Cognitivo (DCL), ya que afecta tanto a la calidad de vida de quien lo padece, así como al núcleo familiar y a la sociedad. (Gómez Viera, 2003)

La prevalencia mundial de la dependencia en las personas adultas mayores es de 13%. Esta cifra refleja la transformación de los requerimientos mundiales para su cuidado debido al acelerado envejecimiento de la población. (López-Ortega & Aranco, 2019)

En las comunidades rurales de México existe una alta incidencia de enfermedades deterioro cognitivas en adultos mayores, una de estas es la comunidad de Santa Catarina Villanueva.

Figura.1

Tabla de longevidad adultos mayores en santa Catarina Villanueva.

Santa Catarina Villanueva	
Localización.	Municipio Quecholac del Estado de Puebla México
Coordenadas.	Longitud (dec): -97.614722 Latitud (dec): 18.999167
Población.	2275 personas, de cuales 1107 son masculinos y 1168 femeninas
Rango de edad Adultos mayores.	1143 adultos, de cuales 262 (60 años o más)
Vivienda.	559 hogares de los cuales; 403 viviendas, 68 tienen piso de tierra, 71 consisten de una sola habitación. 365 de todas las viviendas tienen instalaciones sanitarias, 346 son conectadas al servicio público, 391 tienen acceso a la luz eléctrica.
Estructura económica.	3 viviendas tener una computadora, a 88 tener una lavadora y 332 tienen una televisión.
Educación.	Población a partir de los 15 años 285 no tienen ninguna escolaridad, 670 tienen una escolaridad incompleta. 254 tienen una escolaridad básica y 105 cuentan con una educación pos-básica.

(mexico.pueblosamerica.com, 2020)

Se ha evidenciado que las intervenciones enfermeras reducen la sobrecarga emocional, física y psicológica de familiares y cuidadores es de suma importancia la intervención de

enfermería en conjunto con el entorno social inmediato del adulto mayor, para lograr una mejora en la calidad de vida. (Navarro Martínez, 2017)

5 Capítulo I.

5.1 Antecedentes.

El envejecimiento poblacional constituye en la actualidad, centro de atención a nivel internacional, problemática esta de la que difícilmente queda exonerada alguna sociedad del planeta. Adultos mayores han existido en todas las épocas, pero el envejecimiento poblacional es un fenómeno nuevo, poco conocido y que ya estamos viviendo. Constituye uno de los eventos poblacionales que ha emergido con rapidez e involucra a políticas nacionales e internacionales, a científicos, obreros, instituciones de las más disímiles esferas y a la sociedad en general. Es un tema de múltiples aristas, complejo y de importancia creciente en el todo el mundo.

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. (Organización Mundial de la Salud, 2021)

El país con la población más envejecida de la región de las Américas es Canadá, sin embargo, proyecciones de las Naciones Unidas indican que, en menos de una década, países como Cuba, (OPS, 2015)

La proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, de 11 al 22% por ende es necesario que los gobiernos deben garantizar políticas que permitan a las personas mayores seguir participando activamente en la sociedad, además de evitar las inequidades que con frecuencia sustentan la mala salud de estas personas. (Martínez Pérez, 2018)

En México la esperanza de vida se ha incrementado casi 10 años a lo largo de los últimos 50 años, debido a un mayor acceso de la población a los servicios de salud, lo que ha hecho que la población de adultos mayores haya aumentado. De acuerdo con el Consejo Nacional de

Población (CONAPO), en el 2017 habitaban en el país casi 13 millones de personas mayores de 60 años, y las proyecciones de índice de envejecimiento indican que en cuarenta y cinco años abarcarán el 30.9% de la población.

Así mismo para el año 2030, el Estado de México, el Distrito Federal, Veracruz, Jalisco y Puebla seguirán concentrando, al igual que en 2015, el mayor número de adultos mayores del país (el 41.3% de las personas de 60 años y más vivirá en ellas). No obstante, al explorar el porcentaje que la población de edad avanzada representará en cada entidad federativa, notamos que sólo tres tendrán una proporción menor a 13 por ciento (Quintana Roo, Chiapas y Baja California Sur) y en dos será superior a 16 (Distrito Federal y Veracruz). (CONAPO, 2015)

En México de acuerdo al Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México la prevalencia de deterioro cognitivo es de alrededor del 8% en la población mayor de 65 años. (INEGI, 2018)

5.2 Objetivos.

5.2.1 Objetivo General.

Ejecutar y demostrar la eficacia de las intervenciones de enfermería para retardar la evolución del (DCL) en adultos mayores junto sus complicaciones a corto plazo.

5.2.2 Objetivos Específicos.

Realizar los test neurocognitivos dentro de las valoraciones en adultos mayores en el centro de salud santa Catarina Villanueva para determinar qué nivel de DC se encuentra el adulto mayor.

Entrevistar a la familia para conocer cuánto se involucra con el paciente y su conocimiento ante la patología (DCL) presente.

Identificar las causas del no implementar correctamente las intervenciones de enfermería en adultos mayores con (DCL).

Realizar un plan de cuidados de enfermería basada en evidencia científica para brindar un cuidado óptimo a pacientes con (DCL).

Aplicar las intervenciones y actividades de enfermería en pacientes con (DCL)

Realizar talleres, dirigidos a pacientes con DCL

Llevar a cabo visitas domiciliarias para brindar orientación y dar a conocer las recomendaciones por parte enfermería sobre su patología.

Revalorar mediante el test neurocognitivos y realizar una evaluación comparativa para observar la evolución de la patología.

Mantener la independencia del paciente el mayor tiempo posible.

5.3 Planteamiento del Problema.

La edad de 65 años se considera a la persona como adulto mayor, es a partir de esta edad el inicio de la jubilación y la terminación de un ciclo en su vida. (Organización Mundial de la Salud, 2021).

La función cognitiva se debe al resultado de áreas intelectuales entre las cuales tenemos los pensamientos, percepción, cálculo, orientación, memoria, comprensión y la resolución de problemas el deterioro presente en los adultos mayores es producto del envejecimiento en las funciones cognitivas, puede variar dependiendo de las condiciones de vida de la persona por otro lado es un síntoma que no solo afecta a la persona que lo padece, es vivido por sus familiares y personas que conviven a su alrededor.

Por ende, es de suma importancia saber el estilo de vida, su estatus socioeconómico de los adultos mayores. Las personas que lo padecen suelen tener problemas de convivencia dentro del núcleo familiar, lo cual los lleva a disminuir su calidad de vida.

En México hay diversas comunidades donde el número de personas adultos mayores es considerable al resto de la población una de estas es Santa Catarina Villanueva Puebla donde se observa un alto nivel de pacientes que reflejan signos y síntomas atribuibles a DCL por ejemplo olvidan fechas importantes (consultas médicas, cumpleaños, aniversarios), se les dificulta memorizar, comprender y aprender información, confunden nombres de personas, presentando alteraciones del lenguaje (disnomias, anomias, parafrasis) así mismo de la memoria aprendizaje, velocidad de procesamiento, razonamiento, cálculo, atención, percepción, praxias, habilidades visoespaciales, gnosia extravían objetos (llaves, documentos, etc) cabe mencionar debido a su estilo de vida presentan diversos factores de riesgo que disponen a padecer esta patología, como la precariedad económica, alfabetización, bajo nivel académico, tabaquismo y aislamiento social

por otro lado Es de esperarse que a mayor edad, existe un declive en las funciones intelectuales donde el abordaje clínico ocupa un papel importante para diferenciar un declive de la función cognitiva fisiológica normal a una alteración mayor , sin embargo en dicha comunidad no se aplica una detección eficaz y el correcto manejo sobre DCL a esto podemos incluir las intervenciones de enfermería ya que tampoco se observa un rastreo correcto e identificación de esta patología dándole prioridad a otras enfermedades olvidándose que el DCL es uno de los factores principales de problemas de salud en el adulto mayor, por esta razón habrá una evolución acelerada y se pierde la correcta función cognitiva repercutiendo es los pacientes dejándolos vulnerables en diversas características: No poder realizar sus actividades de la vida diaria , su núcleo familiar y social se ve afectados sufriendo maltrato verbal, discriminación, agresiones físicas y mentales. Por ello la finalidad de este proyecto es realizar intervenciones de Enfermería adecuadamente a cada tipo de diagnóstico Enfermero guiado en el proceso de atención de Enfermería en donde se verá involucrado el personal de salud y el núcleo familiar para tener una mejoría en el estado de salud de estos pacientes y al mismo tiempo responder a la pregunta central.

¿Cuál es la importancia en que los cuidadores de los pacientes con dcl conozcan y realicen las intervenciones y actividades adecuadas apoyadas del personal de enfermería de la comunidad de santa Catarina Villanueva, para así disminuir el avance progresivo de la enfermedad en los pacientes adultos mayores?

5.4 Hipótesis.

El DCL es una enfermedad crónico degenerativa muy frecuente en adultos mayores, sin embargo el personal de enfermería tiene un déficit de conocimiento acerca de este padecimiento principalmente en su clasificación en comparación a otras enfermedades crónico degenerativas (diabetes, hipertensión, cáncer) por consecuencia se ve afectado el manejo científico y es reflejado en la mejorad el paciente, a esta causa también se le atribuye su entorno por ejemplo: la sociedad al discriminarlos a si bien el núcleo familiar por desconocer esta patología acerca de los síntomas, factores de riesgo y complicaciones así bien que el trato brindado a esta población longeva con DCL no es adecuado por lo que hay un poco interés del paciente para mejorar su estado cognitivo omitiendo el correcto apego a su tratamiento, las recomendaciones y orientación del equipo multidisciplinario médico.

6 Capítulo. II

6.1 Deterioro Cognitivo.

El Deterioro Cognitivo en los Adultos Mayores es un estado en el cual el individuo pierde sus capacidades de razonamiento, entendimiento y de memoria, sin que cumpla con criterios para clasificarlo como demencia. Las personas que lo padecen suelen tener problemas de convivencia dentro del núcleo familiar, lo cual los lleva a disminuir su calidad de vida.

(Montes González, 2017)

Así mismo se define como la pérdida de funciones cognitivas, estas van a depender tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a gran variabilidad interindividual.

El deterioro cognitivo se caracteriza por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. (G.P.C, 2012)

Es de esperarse que, a mayor edad, existe un mayor declive en las funciones intelectuales, lo que conlleva a un mayor riesgo para DC y/o demencia. Por lo que se debe distinguir entre una disminución cognitiva fisiológica normal y cuando se trata de una alteración mayor, ya que, el realizar un diagnóstico temprano de DC en el adulto mayor, permitirá el establecimiento de medidas preventivas de demencia.

El deterioro cognitivo es un síndrome que amerita realizar una evaluación integral para identificar si un paciente presenta demencia, o algún problema de tipo psicológico no resuelto. Por ello, el nivel deterioro cognitivo constituye la respuesta expresada por el adulto mayor respecto a las diversas manifestaciones que intervienen en su estado cognitivo y que repercuten en su forma de vida; en consecuencia, el deterioro cognitivo se clasifica en normal, deterioro

cognitivo leve, deterioro cognitivo moderado y deterioro cognitivo severo; a continuación, se explican cada uno de ellos.

6.1.1 *Deterioro Cognitivo Leve.*

El término DCL queda englobado en el DSM-5 como trastorno neurocognitivo menor. El criterio que diferencia un trastorno neurocognitivo menor de uno mayor es que las dificultades cognitivas no deben influir en la capacidad en la persona para efectuar su AVD. Si esto es así ya se hablaría de un deterioro cognitivo mayor. Debido a la similitud de los cambios cognoscitivos que se observan en el envejecimiento patológico y en el proceso normal de la vejez la evaluación neuropsicológica resulta esencial.

Este tipo de deterioro cognitivo también se caracteriza por deterioro de la orientación, dificultad para adquirir nueva información, deterioro de la memoria reciente, problemas con el razonamiento lógico, dificultades para realizar cálculos matemáticos y tareas complejas.

Petersen y Morris establecieron dos tipos de DCL: uno de tipo amnésico y otro de tipo no amnésico, categorización que es independiente de la cantidad de dominios cognitivos afectados por la enfermedad; esto es, uní o multidominio. (Cancino L. , 2016, pág. 3)

6.1.2 *Deterioro Cognitivo Moderado.*

Este tipo de deterioro cognitivo se caracteriza por la presencia de alteraciones en el lenguaje, incapacidad para la programación, alteración en las funciones intelectuales,

Por lo mencionado anteriormente cuando el DCL avanza al moderado se presenta cuando el paciente olvida recuerdos pasados de su infancia, olvida su ubicación y grave cuando no reconoce familiares y ha perdido el 90% de la memoria. Representa un estado psicológico que se evidencia por la pérdida gradual del proceso de cognición respecto a la orientación en tiempo, espacio y persona.

En los pacientes en estadios de leve a moderado, aparecen los déficits en otros dominios cognitivos y las AVD están totalmente afectadas.

6.1.3 *Deterioro Cognitivo Severo.*

Representa una alteración del estado psicológico que se considera como la fase límite entre el envejecimiento normal y la demencia. (González Palaua, 2015)

Basada en una breve descripción del tipo de (DC), podemos observar que esta investigación se centra en el deterioro cognitivo leve.

6.2 *Deterioro cognitivo leve.*

El termino DCL queda englobado en el DSM-5 como trastorno neurocognitivo menor. El criterio que diferencia un trastorno neurocognitivo menor de uno mayor es que las dificultades cognitivas no deben influir en la capacidad en la persona para efectuar su AVD. Si esto es así ya se hablaría de un deterioro cognitivo mayor.

6.2.1 *Subtipos de Deterioro Cognitivo Leve (DCL)*

Amnésico y No amnésico y éstos se dividen en subtipos, estos subtipos tienen diferentes perfiles neuropsicológicos y variaciones en el nivel de severidad.

a. El primer subtipo, correspondería al DCL clásico con alteraciones objetivas únicamente en la memoria.

b. El segundo grupo de DCL incluye alteraciones de memoria y dificultades en otro dominio cognitivo, dentro de los que se incluyen atención, lenguaje, funciones ejecutivas o funciones visoespaciales.

c. El tercero no incluye afectación de la memoria y un área cognitiva afectada

d. El cuarto implicaría trastornos en al menos dos dominios cognitivos, distintos de la memoria.

Aparentemente los amnésicos puros rara vez evolucionan a una demencia mientras aquellos con deterioro en la memoria y en otras áreas presentan un riesgo incrementado de demencia.

Igualmente, el DCL con defectos atencionales aislados o combinados está altamente asociado con una demencia mayor a continuación se explica en (Fig. 2).

En otros casos puede estar afectada otra área, como por ejemplo el lenguaje o la función ejecutiva, de manera también aislada. Hablamos entonces de Deterioro Cognitivo Leve de dominio único distinto de la memoria. Cuando hay más de un área afectada, hablamos de Deterioro Cognitivo Leve de múltiples dominios. (De la Vega, 2018)

Figura. 2

TIPO BÁSICO	SUBTIPOS	CLÍNICA	CONVERSION REFERENTE A
AMNÉSICO	DCL amnésico	Afectación pura de la memoria	Enfermedad de Alzheimer (menos probable)
AMNÉSICO	DCL amnésico Multifunción	Afectación de la memoria y de otra área cognitiva al menos	Enfermedad de Alzheimer
NO AMNÉSICO	DCL un función	Afectación de un área cognitiva distinta de la memoria	Demencia frontal, afasia primaria progresiva, demencia con cuerpos de Lewy, demencia vascular,
AMNESICO	DCL multifunción	Alteración de dos áreas cognitivas al menos, distintas de la memoria	Demencia vascular, envejecimiento normal, Enfermedad de Alzheimer

Fuente. (Ralda, 2017, pág. 23)

Nota. Ralda resume los tipos de deterioro cognitivo leve

6.2.2 Factores de Riesgo.

Existen muchos factores que modifican el estado cognitivo y funcional del anciano, entre ellos diversas enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cerebro vascular, cardiopatías, la inactividad física y cognitiva, la dieta, el consumo de tabaco el consumo nocivo de alcohol, el bajo nivel educativo y el aislamiento social, síndrome metabólico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, distribución de grasa central y la presencia de 3 o más factores de riesgo cardiovascular también son factores de riesgo para deterioro cognitivo de igual forma existe asociación con pluripatología concomitante, entendida como 4 o más procesos crónicos y vivir en una zona rural. Auné a esto la situación económica (las pensiones que reciben tienen bajo poder adquisitivo, y las necesidades de atención médica e ingesta de medicamentos aumenta constantemente, los factores políticos (falta de programas de ayuda social y de atención en los sistemas de salud. Se dice también que el uso de medicación antihipertensiva está estrechamente vinculado con la aparición de esta patología incluyendo Deterioro Cognitivo Leve. (León G, 2017, pág. 4)

6.2.3 Cuadro Clínico.

Típicamente la evaluación clínica cognoscitiva solo se realiza después de que el paciente o la familia se quejan de problemas de memoria. Sin embargo, la evaluación cognoscitiva se debe realizar a todos los adultos mayores en el primer nivel de atención rutinariamente por lo menos una vez al año en busca de deterioro cognoscitivo. La evaluación clínica en el primer nivel de atención debe de ser práctica, requiere ser dirigida, eficiente y se debe de interpretar en el contexto de las enfermedades concomitantes y otros factores contribuyentes. (G.P.C, 2012, pág. 3)

6.2.4 Pruebas Diagnósticas.

Los cambios inherentes afectaran la función mental superior de los ancianos, cognitivos leves pueden convertirse en demencia, por ello es importante la detección precoz y el tratamiento oportuno. Se recomienda que el cribado para detectar deterioro cognitivo, una evaluación integral y un historial médico completo sea la base del diagnóstico.

El examen mínimo de estado mental (MMSE), es útil como instrumento de detección del deterioro cognoscitivo, su aplicación lleva menos de 10 minutos e identifica en forma temprana trastornos de la memoria y el deterioro cognoscitivo. El MMSE de Folstein tiene una sensibilidad de 90% y una especificidad 75% para detectar deterioro cognoscitivo.

La prueba MMSE es un recurso adecuado para la evaluación temprana del deterioro cognitivo. Tiene una puntuación máxima de 30 puntos que valora diferentes dominios: orientación, registro o fijación, atención y cálculo, memoria reciente, lenguaje y construcción visual.

El resultado del MMSE deberá ser controlado por la escolaridad de los sujetos. Con una media para normalidad de 24 puntos o más para individuos con 5 a 8 años de escolaridad y de 22 puntos para los que tienen de 0 a 4 años de escolaridad (Guía de Práctica Clínica, 2014). En personas con más de 8 años de escolaridad el MMSE establece como deterioro cognoscitivo:

Sin deterioro: 24 o más puntos

Leve; 19 a 23 puntos

Moderada; 14 a 18 puntos

Grave: <14 puntos

La prueba del dibujo del reloj es una herramienta bien establecida y validada debido a su rápida y fácil aplicación se lleva dos minutos aproximadamente, además tiene una buena aceptación en los pacientes de edad avanzada. El instrumento de escrutinio prueba el dibujo del reloj, evalúa la función ejecutiva, construcción visto-espacial y habilidades cognitivas, ha sido validado en muestras comunitarias extensas para diferenciar pacientes con demencia de sanos. (G.P.C, 2012, pág. 4)

Cabe señalar que los trastorno del sueño, tales como insomnio, hipersomnía, hiperactividad motora nocturna y alucinaciones los cuales deben ser tratados con eficacia para mejorar la calidad de vida de los pacientes y cuidadores.

Las pruebas de imagen pueden ayudarnos tanto al diagnóstico diferencial del Deterioro Cognitivo Leve como a la monitorización de los cambios que pueden tener lugar en el paciente.

Las pruebas de imagen estructural (resonancia magnética) muestran habitualmente atrofia de hipocampos en el Deterioro Cognitivo Leve amnésico en comparación con controles normales, y además esa atrofia hipocámpica puede servir como predictor de la conversión de Deterioro Cognitivo Leve a demencia, correlacionándose incluso con evidencia de atrofia y de pérdida neuronal en la necropsia. (De la Vega, 2018)

6.2.5 Tratamiento Farmacológico.

Los inhibidores de colinesterasa (donepezilo, galantamina y rivastigmina), mejoran la función cognoscitiva, actividades de la vida diaria y síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con demencia tipo Alzheimer leve a moderada debido a su mecanismo de acción, que aumenta la presencia de acetilcolina en la hendidura sináptica, sin embargo NO previenen la progresión de deterioro cognoscitivo leve (DCL) a demencia y deben suspenderse en demencia grave. Su prescripción deberá hacerse por el geriatra, psiquiatra o neurólogo. El control óptimo de la

presión arterial en personas hipertensas es especialmente recomendable, debido a los beneficios observados en la reducción de la mortalidad, de eventos cardiovasculares y de demencia vascular. La prevención secundaria de eventos cerebro-vasculares recurrentes en pacientes con deterioro cognoscitivo de origen vascular debe ser realizada con fármacos antihipertensivos, estatinas y antiagregantes plaquetarios. Mientras que la eficacia de la aspirina en la prevención secundaria del evento vascular cerebral está establecida, no hay estudios que evalúen la eficacia de la aspirina u otros antiagregantes plaquetarios en la prevención o el tratamiento de demencia vascular. No se recomienda la prescripción de suplementos con ginkgo biloba, vitaminas B1-B6-B12, ácido fólico o ácidos grasos omega-3 con la intención de prevenir o mejorar deterioro cognoscitivo; tampoco se recomienda usar piracetam, pentoxifilina, citicolina, estrógenos, prednisona u homeopatía con la finalidad de mejorar el estado cognoscitivo.

Los antidepresivos pueden ser utilizados en el tratamiento de la comorbilidad con depresión. Se sugiere utilizar principalmente inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) ya que los antidepresivos tricíclicos pueden empeorar el déficit cognoscitivo por sus efectos anticolinérgicos secundarios. Las benzodiazepinas no son recomendadas para el manejo de los síntomas conductuales de la demencia, ya que están asociadas a mayor riesgo de caídas, somnolencia diurna y mayor deterioro cognitivo. Los antipsicóticos buscan mejorar los síntomas conductuales que se presentan en la demencia: psicosis, agresión, agitación, trastornos del sueño, si es necesario, los antipsicóticos convencionales (haloperidol) pueden ser utilizados con precaución, previa valoración por el especialista en psiquiatría y vigilando estrictamente sus efectos colaterales. La prioridad en la evaluación médica es resolver la situación subyacente antes de iniciar tratamiento antipsicótico. (G.P.C, 2012, pág. 8)

6.2.6 Tratamiento No Farmacológico.

El tratamiento no farmacológico es eficaz para el manejo de los síntomas neuropsiquiátricos del adulto mayor con deterioro cognoscitivo (Agitación, agresividad, depresión, alucinaciones, vagabundeo, comportamiento sexual inapropiado). Las alteraciones conductuales en el paciente con deterioro cognoscitivo pueden ser secundarias a su incapacidad de adaptación a un nuevo ambiente (o cuando ha sido cambiado) y debe identificarse y corregirse antes de intentar un tratamiento farmacológico. Para ello, la modificación del entorno domiciliario para adaptarlo al nivel de funcionalidad estimula la independencia y mejora la adaptación, además la educación en salud al cuidador ha demostrado mejorar los resultados en el tratamiento no farmacológico de síntomas neuropsiquiátricos.

Este incluye:

- Recomendaciones de modificación arquitectónica del domicilio para eliminar o disminuir potenciales riesgos y simplificar las actividades básicas de la vida diaria.
- Corrección de las deficiencias sensoriales visual y auditiva.
- Educar al cuidador sobre la sintomatología de la enfermedad.
- Vigilar la presencia de colapso, depresión, ansiedad o maltrato del cuidador (Cuidar al cuidador).
- Recomendar la actividad física para mejorar la funcionalidad.
- El abordaje del paciente con demencia y la elaboración del plan terapéutico debe ser interdisciplinario.
- Incentivar al adulto mayor a realizar actividades básicas de la vida diaria, ajustadas a la capacidad del paciente.

- Actividades físicas, recreativas y ocupacionales las cuales deben ser supervisadas según la gravedad del deterioro cognoscitivo.

Se recomienda que el cuidador realice otras actividades (recreativas, asistencia a grupos de apoyo) y solicite ayuda por un similar, como estrategia para aliviar la sobrecarga. Los cuidadores y familiares responsables deben recibir un entrenamiento en intervenciones para funciones mentales superiores efectivas para las personas con demencia. • Actividades físicas, recreativas y ocupacionales las cuales deben ser supervisadas según la gravedad del deterioro cognoscitivo. Se recomienda que el cuidador realice otras actividades (recreativas, asistencia a grupos de apoyo) y solicite ayuda por un similar, como estrategia para aliviar la sobrecarga. Los cuidadores y familiares responsables deben recibir un entrenamiento en intervenciones para funciones mentales superiores efectivas para las personas con demencia. (G.P.C, 2012, pág. 7)

6.2.7 Seguimiento.

Se deberá realizar una evaluación del estado cognoscitivo al menos una vez al año a todos los pacientes mayores de 60 años sin deterioro cognoscitivo aparente en primer nivel de atención para la detección oportuna. En caso de que se cuente con el diagnóstico de deterioro cognoscitivo o demencia se deberá llevar seguimiento al menos cada 6 meses con pruebas objetivas como el MMSE o la prueba del dibujo del reloj. (G.P.C, 2012, pág. 9)

7 Capítulo III.

7.1 Envejecimiento.

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. A pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos, es difícil aceptarlo como una realidad innata a todo ser.

Actualmente se considera un problema de salud pública tanto a nivel nacional como internacional, ya que el cambio en la pirámide poblacional se ha volcado hacia el aumento de esta población y desafortunadamente los gobiernos no están preparados para las consecuencias físicas, mentales, sociales y sanitarias que esto implica, motivo por el cual se requiere ahondar en el conocimiento del mismo desde múltiples perspectivas.

El mundo está experimentando una transformación demográfica: para el 2050, el número de personas de más 60 años aumentará de 600 millones a casi 2000 millones, y se prevé que el porcentaje de personas de 60 años o más se duplique, pasando de un 10% a un 21%. Ese incremento será mayor y más rápido en los países en desarrollo, donde se prevé que la población anciana se multiplique por cuatro en los próximos 50 años.

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.

7.1.1 Envejecimiento en México.

La vejez resulta ser el desenlace de un proceso que atraviesa la población de 60 años y más en el país, resultado de las bajas tasas de mortalidad y de fecundidad alcanzadas en el país, que han propiciado que la población en su conjunto pueda llegar a edades que anteriormente resultaban difíciles de alcanzar y que cada vez podrán aumentar hasta llegar al horizonte de vida.

Dentro las implicaciones del proceso de envejecimiento se encuentran, además de las atribuibles a la edad, los patrones sociales, culturales y ambientales que afectan el desarrollo de este grupo de población. La vejez es la etapa de la vida en donde se establece disfrutar de los beneficios alcanzados en el ámbito laboral, económico, familiar y social.

En nuestro país, explica la investigadora titular del IIS, las proyecciones de crecimiento de la población se modificaron se incrementa el número de personas adultas y adultas mayores; la tendencia es hacia el envejecimiento, fenómeno que se muestra también en el descenso de las tasas de fecundidad, aunque no es homogéneo en el país. Hay entidades que tienen una natalidad alta, como Chiapas, y otras que crecen porque tienen más inmigración, como Quintana Roo; unas más registran una tasa de crecimiento menor, como la Ciudad de México. (Social D. G., 2021)

La presencia de mayores proporciones de población en edades avanzadas y en donde la reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida estén presentes resultan atribuibles principalmente a los avances en materia de salud y a los hallazgos para la atención de enfermedades.

7.1.2 Esperanza de Vida.

La esperanza de vida hace referencia al número de años que en promedio se espera que viva una persona al nacer y refleja la calidad de vida de un país. A inicios del siglo pasado, la esperanza de vida en México era de 34 años (1930) y aumentó a 71 años en 1990. Actualmente (2020) el promedio de vida de una niña o niño al nacer es de 75 años; según la estimación del CONAPO. Las mujeres viven en promedio más años que los hombres. En 1990 el indicador para la población femenina fue de 74 años y para los hombres, de 68 años; para 2020, la esperanza de vida aumentó a 78 y 72 años, respectivamente. (INEGI, inegi.org.mx, 2021, pág. 3)

7.2 Adulto Mayor.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), considera anciano o adulto mayor a toda persona mayor de 65 años en países desarrollados y de 60 años a personas en países en vías de desarrollo como el nuestro. (Organizacion Mundial de la Salud, 2021)

Este adulto mayor por naturaleza ha alcanzado rasgos que se adquieren desde un punto de vista biológico, social y psicológico (esfera biopsicosocial), que van desde experiencias, circunstancias, entorno social y familiar enfrentadas durante toda su vida. Sin duda alguna un concepto que considero ideal, apropiado y por lo tanto utilizo a diario en mi vida y desarrollo profesional. (Reyes, 2018)

De acuerdo a la información consulta en la revista mexicana del seguro social de México en un artículo de opinión se dice que el envejecimiento humano es como un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la reserva y de la respuesta biológica ante las exigencias para mantener o recuperar la homeostasis, debido a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales, propiciadas por la carga genética y el desgaste acumulado ante los retos que enfrenta la persona a lo largo de su historia

en un ambiente determinado. Por otro lado, la vejez es un concepto relativo a una etapa del ciclo vital humano, cuyo inicio, desarrollo, limitaciones y oportunidades son determinados por los grupos sociales. Al respecto, cada sociedad establece la edad de inicio de la vejez y esta ha cambiado a lo largo del tiempo; de ahí que en los inicios del siglo pasado se consideraba como viejas a las personas mayores de 40 años, en la actualidad la mayoría de los países asumen los acuerdos de organismos internacionales. (Mendoza V, 2018)

Durante esta etapa normalmente con el envejecimiento se presentan diversos cambios en morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios, cabe mencionar que a nivel cerebral la plasticidad cerebral puede presentarse actividad redundante de muchas funciones cerebrales pueden llevar a presentar alteraciones cognitivas o continuar su función normal. Algunos de los cambios morfológicos que se presentan son pérdida de volumen y adelgazamiento de la corteza frontal; disminución del volumen neuronal, cambios sinápticos y en las extensiones dendríticas de las células piramidales; disminución en neurotransmisores y disminución del número de receptores. Además, las alteraciones en la memoria están dadas por cambios en los circuitos frontales- estriados que parecen estar involucrados en el proceso de memorización y la formación del recuerdo, a continuación se describe algunos cambios principales morfológicos en los aparatos y sistemas en relación con el envejecimiento.

7.3 Principales Cambios Morfológicos de los Aparatos y Sistemas en Relación con el Envejecimiento.

7.3.1 Aparato Cardiovascular.

- Reducción en el número de células marcapaso.
- Mayor grosor de la pared posterior del ventrículo izquierdo.

Cambios Morfológicos

- Menor número de miocitos, con modificación en las características del sarcolema y en la composición de las isoenzimas.
- Calcificaciones valvulares y subvalvulares.
- Degeneración mixoide de las valvas auriculoventriculares.
- Engrosamiento de la pared arterial de los vasos grandes y medianos.

7.3.2 Aparato Respiratorio.

- Calcificación de los cartílagos traqueales.
- Disminución del número y actividad de los cilios.
- Aumento en número y tamaño de las glándulas mucosas de los bronquios.
- Aumento del volumen residual y del espacio muerto.
- Pérdida del resorte elástico y de la elasticidad pulmonar.
- Reorganización de la arquitectura alveolar con aplanamiento de los alvéolos y pérdida de superficie interna del pulmón.
- Pérdidas en el aparato de sostén (vértebras, discos, cartílagos costales y musculatura auxiliar).

7.3.3 Aparato Digestivo.

- Menor producción de saliva.

- Pérdidas frecuentes de piezas dentarias.

- Tendencia a la atrofia y a la desdiferenciación funcional de toda la mucosa gastrointestinal.

- Zonas de gastritis atrófica.

- Reducción del número de glándulas mucosas.

- Tendencia a la aparición de divertículos.

- Modificación en la cuantía y en los componentes de la microbiota intestinal.

7.3.4 Aparato Nervioso.

- Pérdida de peso del cerebro (10% entre los 20 y los 90 años).

- Aumento del tamaño de los surcos interhemisféricos y de los ventrículos cerebrales.

- Fibrosis, calcificación y osificación de las meninges <<encogimiento neuronal>>.

- Fenómenos de neuroplasticidad (neoconexiones dendríticas).

- Cambios en la membrana citoplasmática de las neuronas.

- Aumento progresivo de hallazgos-problema: cuerpos de Lewy, ovillos neurofibrilares, placas seniles, degeneración granulovacuolar, distrofia neuroaxonal.

7.3.5 Sistema Nefrológico.

- Reducción en el volumen y peso del riñón.

- Despoblación progresiva de nefronas, más acusada en la cortical.

- Reducción progresiva de la superficie de filtración de la membrana basal del glomérulo.

- Aumento de tejido mesangial.

- Aparición de microdivertículos en la porción distal del túbulo.

- Pérdidas en el tono muscular de la vejiga.

- Trabeculación de la mucosa vesical y pérdida de su elasticidad.

-Aumento progresivo del tamaño de la próstata, con la pérdida del tejido noble e hiperplasia glandular.

7.3.6 Aparato Genital.

-Pérdida de la capacidad reproductora (absoluta en la mujer tras la menopausia y progresiva en el varón).

-Limitación progresiva en el varón de la capacidad de erección y de eyaculación, con aumento del periodo refractario tras la actividad sexual.

-Mantenimiento del lívido en ambos sexos, con modificaciones en su forma de expresión.

7.3.7 Sistema Endocrino.

-Cambios de comportamiento y respuesta de la ADH (la hiponatremia es frecuente en el anciano).

-Aumento en la producción FSH y LH por reducción de la producción y secreción de hormonas sexuales.

-Modificaciones en el comportamiento de GH y prolactina.

-Menor producción y eliminación de T3 Y T4, manteniéndose sus concentraciones séricas sin cambios.

-Menor producción y eliminación de cortisol, manteniéndose sus valores séricos.

-Menor producción de aldosterona y de renina.

-Aumento de la resistencia periférica a la insulina.

-Aumento de los niveles de los péptidos natriuréticos.

-Menores niveles de vitamina D.

-Menor producción de eritropoyetina.

-Hormonas gastrointestinales: mayor actividad de glucagón, CCK y leptina. Menores niveles de gastrina y de grelina.

7.3.8 *Sistema Hematológico.*

Discreto de censo en la actividad hematopoyética.

-Menor capacidad bactericida de los neutrófilos.

-Moderados cambios cualitativos en la función linfocitaria.

-Pérdida en la hemostasia primaria por aumento de la fragilidad capilar.

7.3.9 *Sistema Osteoarticular.*

-Disminución en las propiedades elásticas del cartílago articular.

-Disminución de la capacidad del cartílago para soportar sobrepeso sin presentar fisuras y erosiones.

-Limitación de la capacidad funcional de los tendones.

7.3.10 *Piel.*

-Menor protección ante las agresiones (sol o microorganismos).

-Mayor facilidad para las heridas ante pequeños traumatismos.

8 Capítulo. IV

8.1 Modelo del Cuidado

8.1.1 *Definición.*

En Primer lugar, según la RAE, la palabra modelo proviene del italiano “Modello”, que significa la “representación que simboliza la perfección en todos los aspectos naturales que posee y en la forma en que la sociedad reacciona ante ello. (Marriner-Tomey, 2000).

Una idea que se explica a través de la visualización simbólica y física”.

En segundo concepto es, “enfermería” (Rodríguez, 2000), dice: es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales.

La preservación de la naturaleza, la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad; es contribuir a la construcción de la historia, del conocimiento y de la vida.

Los elementos del modelo del cuidado de enfermería, tienen como objetivo fortalecer la estructura disciplinar, en el proceso de cuidar de enfermería.

8.1.2 Objetivo.

Tiene como objetivo orientar al personal de enfermería en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para contribuir en la mejora de la calidad de atención basada en las mejores prácticas.

- Estandarizar la atención de enfermería en el SNS
- Estandarizar los Planes de Cuidado de Enfermería (PLACE)
- Utiliza la evidencia científica y la práctica basada en evidencia científica
- Disminuir la variabilidad en la práctica de enfermería (PAE)
- Documentar en el formato de registros clínicos.
- Evaluar la calidad del cuidado
- Fortalecer el cuidado de enfermería

Surge la necesidad de proponer un modelo del cuidado de enfermería mexicano, para reconceptualizar los elementos nucleares de la disciplina considerados en el metaparadigma (persona, entorno, salud y enfermería). (SSA, 2018, pág. 17)

8.1.3 Estructura Metodológica del Modelo del Cuidado.

8.1.3.1 Metaparadigmas. Un metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Representa la estructura más abstracta y global de la ciencia enfermera(o). (SSA, 2018, pág. 14)

8.1.3.2 Cuidados de Enfermería. Acción encaminada hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola, con respecto a sus necesidades básicas, incluye también para mejorar la salud a través de la enseñanza, la facilitación de la expresión de los sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia.

Dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de la persona. Visión integral de la persona, familia y comunidad con una serie de conocimientos, fundamentos, habilidades.

Han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.

Acción encaminada hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola, con respecto a sus necesidades básicas, incluye también para mejorar la salud a través de la enseñanza, la facilitación de la expresión de los sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia.

Dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de la persona. Visión integral de la persona, familia y comunidad con una serie de conocimientos, fundamentos, habilidades.

Han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes. (SSA, 2018, pág. 15)

8.1.3.3 Entorno Medio Ambiente. Florence decía que las condiciones ambientales, tienen influencia tanto en los cuerpos como en las mentes. Los núcleos disciplinares de metaparadigma, integran la expresión del conocimiento del cuidado requerido para la aplicación del proceso de intención de enfermería Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

8.1.3.4 Salud. La organización mundial de la salud define la salud como un completo estado de bienestar en los aspectos físicos, mentales, sociales y no solamente la ausencia de enfermedad el bienestar es aprovechar al máximo las energías de las personas, además contempla la enfermedad como un proceso reparador instituido por la naturaleza.

8.1.3.5 Persona. Individuo, familia, grupo o comunidad entendido desde un marco holístico humanista ser espiritual y cultural una interacción del todo Florence en la mayoría de sus escritos, aludía a las personas como pacientes. (SSA, 2018, pág. 15)

8.2 Proceso de Atención de Enfermería.

8.2.1 Etapas.

8.2.1.1 Valoración. Consiste en la recolección, organización y validación de los datos relacionados con el estado de salud de la persona. Se realiza a través de la entrevista, observación y exploración física.

8.2.1.2 Diagnóstico de Enfermería. Se define como un juicio clínico sobre las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar; siendo estos la base para iniciar la etapa de planeación y por consiguiente el plan de cuidados de enfermería PLACE.

8.2.1.3 Planeación. Etapa en la que se establecen las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico o para promocionar la salud. En esta etapa se determinan los resultados esperados e intervenciones independientes e interdependientes, entendiendo las primeras como, aquellas que realiza el profesional de enfermería sin que exista de por medio una indicación médica y las segundas son realizadas en coordinación con otros miembros del equipo de salud.

8.2.1.4 Ejecución. Se pone en práctica el PLACE para lograr los resultados específicos y consta de tres fases: preparación, ejecución y documentación.

8.2.1.5 Evaluación. Es la última etapa del proceso y se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios indicadores.

8.3 Plan de Cuidados de Enfermería.

Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello, este puede ser de forma:

8.3.1 Individualizado.

Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.

8.3.2 Estandarizado.

Es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

8.3.3 Estandarizado con Modificaciones.

Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

8.3.4 Computarizado.

Requiere la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización de la atención personalizada a un paciente concreto. (SSA, 2018, pág. 20)

8.4 Diagnósticos Enfermeros Nanda Internacional.

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico relacionado con una respuesta humana a las condiciones de salud procesos de vida o la vulnerabilidad de esa respuesta por parte de un individuo familia grupo o comunidad véase (Fig.3).

8.4.1 Tipos de Diagnósticos de Enfermería.

8.4.1.1 Diagnostico Enfocado en el Problema. Juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud/proceso de vida que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad.

8.4.1.2 Diagnóstico de Riesgo. Juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud/proceso de vida que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad.

8.4.1.3 Diagnóstico de Promoción de Salud. Juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud.

8.4.1.4 Diagnóstico de Síndrome. Juicio clínico relacionado con un grupo específico de diagnósticos de enfermería que ocurren juntos y, por lo tanto, se abordan mejor juntos y mediante. (Heather T, 2018, pág. 35)

8.4.2 *Formato Pes.*

El formato PES fue publicado por primera vez por la doctora Marjory Gordon fundadora y ex presidenta de NANDA.

PES: PES es un acrónimo que significa:

Problema, Etiología, Signos / Síntomas

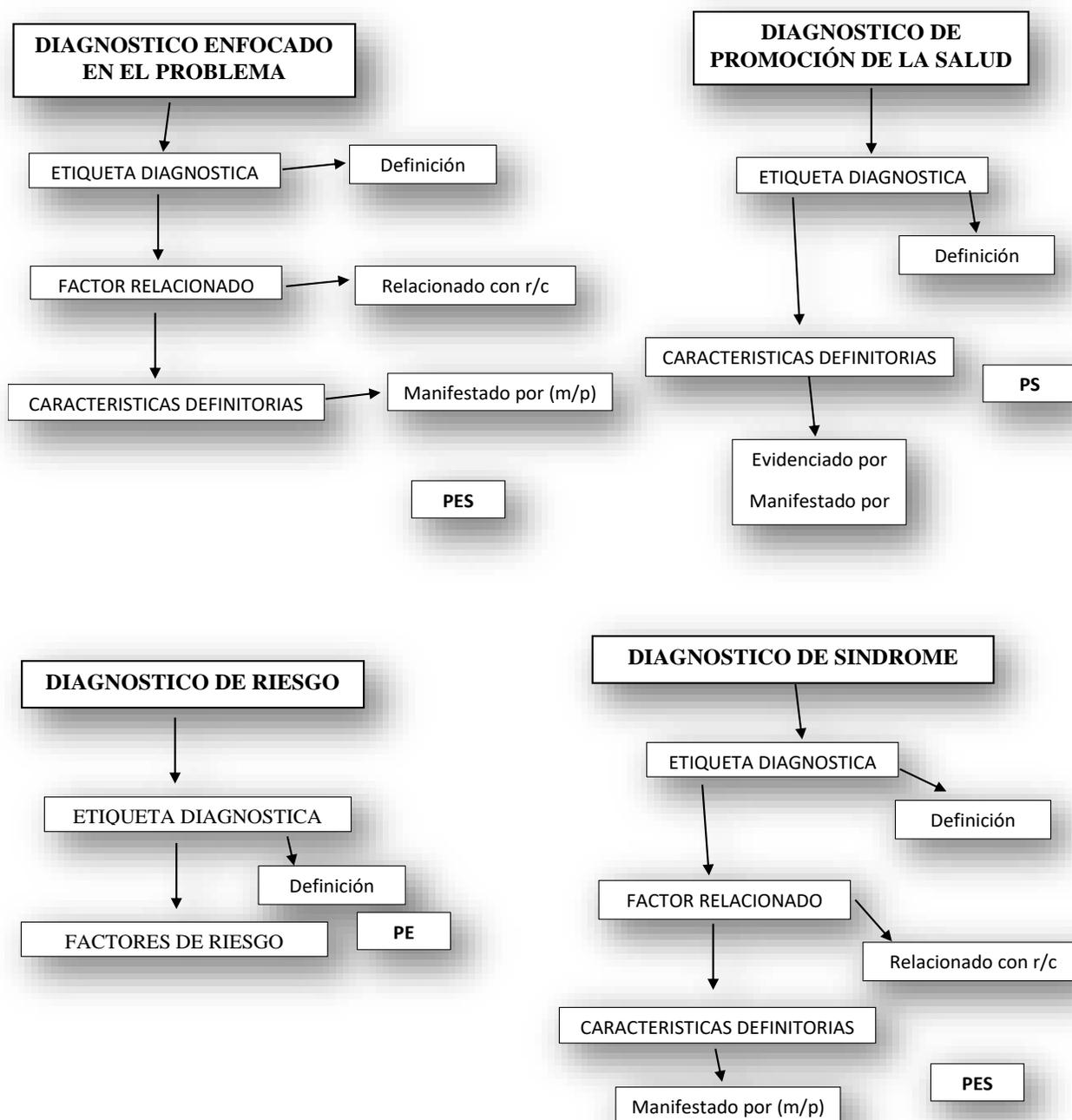
P: Problema

E: Factores relacionados

S: Características definatorias

8.4.3 Mapa Conceptual Diagnósticos de Enfermería.

Figura. 3



(Heather T, 2018)

Nota. Mapa conceptual donde simplifica los tipos de diagnósticos de enfermería.

Fig. 3 Adaptado

En efecto al tener ya estructurada una valoración sabemos que patrón se ve alterado y así obtener una etiqueta diagnóstica de Enfermería en donde podemos observar los signos y síntomas pasaremos a una clasificación de resultados de Enfermería (NOC) para medir el estado del paciente y conseguir una puntuación.

8.5 Clasificaciones de Resultados Noc.

Clasificación de resultados de enfermería (NOC) presenta la terminología estandarizada de los resultados sensibles a la práctica enfermera para ser utilizada por enfermeras de diferentes especialidades y entornos de práctica con el fin de identificar cambios en el estado del paciente después de la intervención.

Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para medir el estado de un paciente cuidador familia comunidad antes y después de una intervención.

Los resultados se han desarrollado para ser utilizados por las enfermeras si bien otras disciplinas pueden encontrar los útiles para evaluar la efectividad de las intervenciones que realizan independientemente o en colaboración con las enfermeras.

Cada resultado tiene una definición una escala o escalas de medida una lista de indicadores asociados al concepto y una bibliografía de apoyo.

8.5.1 Indicadores.

Se utilizan para determinar el estado del paciente y la puntuación del estado general, es mejor considerar todos los indicadores relevantes para el paciente en la obtención de la puntuación de resultado. Con los indicadores elegidos, las enfermeras evalúan los indicadores y

obtienen la puntuación general de resultado sobre la escala de medición que se adjunta.

(Moorhead S, 2018)

8.5.2 Escala Likert.

Se utiliza una escala tipo Likert de 5 puntos con todos los resultados e indicadores que proporciona un número adecuado de opciones para demostrar la variabilidad en el estado conducta o percepción descrita por el resultado.

Las escalas de medida están estandarizadas de forma que una puntuación de <<5>> es siempre la mejor puntuación posible y una puntuación de <<1>> es la peor puntuación posible. Las enfermeras deberían emplear su experiencia para determinar una puntuación general para cada resultado, sabemos que unos indicadores son más importantes que otros para esa puntuación general. Debido a esto no recomendamos hacer un promedio es decir sumar todas las puntuaciones y dividir entre el número de indicadores.

Al medir el resultado antes de intervenir la enfermera establece una puntuación general de resultado elegido al inicio pudiendo puntuar lo después de la intervención.

Esto permite a las enfermeras seguir los cambios en el estado del paciente o el mantenimiento de los estados del resultado a lo largo del tiempo y en diferentes entornos.

(Moorhead S, 2018)

8.5.3 Puntuación Diana de Resultado.

La puntuación Diana se utiliza para sustituir el establecimiento de un objetivo. Esta puntuación se establece cuando la puntuación inicial es determinada por la enfermera o el paciente basada en el efecto esperado de las intervenciones de enfermería sobre el problema. Así

mismo cabe mencionar que es una puntuación hipotética donde el personal de Enfermería espera los resultados esperados.

Para un paciente con una puntuación inicial de 2 la puntuación Diana si se espera mejoría podría ser de tres o cuatro según intervención y el periodo de tiempo que abarca el cuidado a veces una puntuación Diana podría significar que el objetivo es mantener la puntuación actual de resultado. (Moorhead S, 2018)

Obteniendo el estado del paciente mediante la medición y la puntuación por medio de los resultados en donde cada indicador es relevante para el personal de Enfermería ya que de ahí partiremos a la realización de intervenciones (NIC) que son actividades para el tratamiento de la enfermedad la prevención y la promoción de la salud que el personal de Enfermería realiza a un individuo familia o comunidad.

8.6 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Nic) Taxonomía de las Intervenciones de Enfermería.

Organización sistemática de las intervenciones en función del marco conceptual de estructura de taxonomía de la NIC tiene tres niveles campos, clases e intervenciones.

8.6.1 *Intervenciones de Enfermería.*

Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza una enfermera para favorecer el resultado esperado del paciente.

Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos dirigidos a la persona la familia y la comunidad como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería médicos y otros proveedores de cuidados.

Una intervención de enfermería directa consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente o grupo de pacientes, comprenden actuaciones de enfermería (SSA, 2018) Una intervención de enfermería indirecta es un tratamiento realizado lejos del paciente, pero en beneficio del paciente un grupo de pacientes incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria estas acciones apoyan la eficacia de las intervenciones de enfermería directas.

Previamente como resultado final de las intervenciones que se realizaran en esta tesina se espera tener una mejoría en el estado cognitivo de los pacientes con DCL en donde se verá reflejado la participación del personal de Enfermería –Paciente-Familia. (SSA, 2018, pág. 21)

8.6.2 *Actividades de Enfermería.*

Actividades o acciones específicas que realizan las enfermeras 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 se requiere una serie de actividades.

8.6.3 *Guía de Práctica Clínica.*

Las GPC son un elemento de rectoría en la atención médica cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y la efectividad de la atención médica. (cenetec.salud.gob.mx, 2022)

En México, a partir del año 2007 surge el Programa Nacional de Guías de Práctica Clínica, bajo la coordinación de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud a través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) quien conduce la integración sectorial del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica como un referente

nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia científica disponible, teniendo como objetivo reducir la variabilidad de la práctica clínica, así como el uso de intervenciones innecesarias e inefectivas, facilitar el tratamiento de pacientes con el máximo beneficio y el menor riesgo a un costo aceptable.

Para lograr dicho fin, la Dirección de Integración de Guías de Práctica Clínica en conjunto con las instituciones del Sector Salud produce:

Metodología para la Integración de Guías de Práctica Clínica

Talleres de Capacitación en Medicina Basada en Evidencia Científica.

Asimismo, la participación del CENETEC como miembro de organismos internacionales permite la colaboración e intercambio de experiencias, de tal forma, que se promueva y eleve la competitividad y calidad de las Guías de Práctica Clínica en un entorno global.

El CENETEC es miembro de dos instancias internacionales de gran relevancia en la integración de Guías de Práctica Clínica y Revisiones Sistemáticas respectivamente.

Las Guías de Práctica Clínica: son un conjunto de evidencias y recomendaciones desarrolladas a través de la revisión sistémica de literatura médica, con el objetivo de guiar al personal, en la mejor toma de decisiones.

Para contribuir a la atención segura y de calidad a través de la práctica crítica y reflexiva

Las GPC son una herramienta útil para la mejor toma de decisiones en el cuidado de enfermería razón por la cual las recomendaciones se incorporan al plan de cuidados de enfermería con intervenciones basadas en la mejor evidencia científica para guiar, orientar y mejorar la calidad de la atención convirtiendo la EBE en práctica basada en evidencia (PBE) como herramienta de consulta y conducir al personal en el ámbito ambulatorio hospitalario,

aplicando el cuidado integral y sistémico con intervenciones independientes e interdependientes basadas en la mejor evidencia disponible

Los puntos de buena práctica deben de ser adaptadas y adecuadas a las condiciones de infraestructura, diversidad cultural y recursos de los entornos y unidad de salud cada una de las recomendaciones y punto de buena práctica de enfermería deben de ser aplicadas considerando las características particulares de la persona, asimismo deberán ser medibles y evaluables a corto mediano o largo plazo. (SSA, 2018, pág. 23)

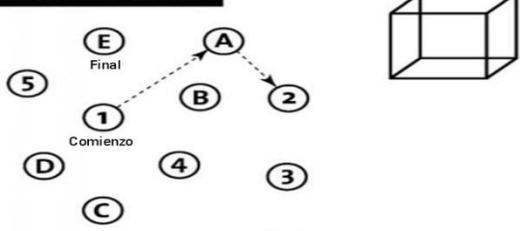
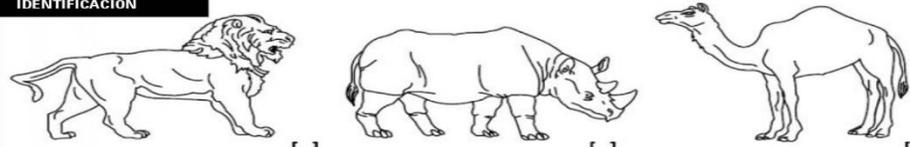
9 Capítulo V

9.1 Anexos.

9.1.1 Instrumentos de Evaluación Cognitivo.

9.1.1.1 Anexo 1: Montreal Cognitive Assessment (MOCA).

Figura. 4

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)		NOMBRE: Nivel de estudios: Sexo:		Fecha de nacimiento: FECHA:			
VISUOESPACIAL / EJECUTIVA 		Copiar el cubo <input type="checkbox"/>		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Agujas		<input type="checkbox"/> /5	
IDENTIFICACIÓN 		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> /3	
MEMORIA Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		ROSTRO <input type="checkbox"/>		SEDA <input type="checkbox"/>		IGLESIA <input type="checkbox"/>	
1er intento 2º intento		CLAVEL <input type="checkbox"/>		ROJO <input type="checkbox"/>		Sin puntos	
ATENCIÓN Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> /2	
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. <input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> /1	
Restar de 7 en 7 empezando desde 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> /3	
LENGUAJE Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. <input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> /2	
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. <input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 palabras)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> /1	
ABSTRACCIÓN Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> /2	
RECUERDO DIFERIDO Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO <input type="checkbox"/>		SEDA <input type="checkbox"/>		IGLESIA <input type="checkbox"/>	
Optativo Pista de categoría Pista elección múltiple		CLAVEL <input type="checkbox"/>		ROJO <input type="checkbox"/>		Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> /5	
ORIENTACIÓN <input type="checkbox"/> Día del mes (fecha) <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> /6	
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL <input type="checkbox"/> /30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios		<input type="checkbox"/>	

(mocatest.org, 2022)

9.1.1.2 Anexo 2: Mini-Mental State Examination (MMSE)

Figura. 5

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)			
<i>Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)</i>			
Nombre:		Varón []	Mujer []
Fecha:	F. nacimiento:	Edad:	
Estudios/Profesión:	Núm. Historia:		
Observaciones:			
¿En qué año estamos?	0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)	
¿En qué estación?	0-1		
¿En qué día (fecha)?	0-1		
¿En qué mes?	0-1		
¿En qué día de la semana?	0-1		
¿En qué hospital (o lugar) estamos?	0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)	
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	0-1		
¿En qué pueblo (ciudad)?	0-1		
¿En qué provincia estamos?	0-1		
¿En qué país (o nación, autonomía)?	0-1		
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		Núm. de repeticiones necesarias FIJACIÓN RECUERDO inmediato (máx. 3)	
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)		ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)	
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un tragal había 5 perros") 0-1. ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1. LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.		LENGUAJE (máx. 9)	
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia		PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

(Esther, 2011)

9.1.1.3 Anexo 3: Fases evolutivas de una demencia degenerativa. Escala de deterioro global (GDS).

Figura 6

Estadio	Fase clínica	MEC	Comentarios
GDS 1 Ausencia de déficit cognitivo	Normal	30-35	<ul style="list-style-type: none"> No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2 Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad.	25-30	<ul style="list-style-type: none"> Quejas subjetivas de pérdida de memoria (nombres de personas, citas, etc.). No se objetiva déficit en el examen clínico. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3 Déficit cognitivo leve	Deterioro límite	20-27	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad para recordar palabras y nombres, retener información Pérdida en un lugar no familiar, pierde o coloca erróneamente objetos de valor, rendimiento laboral pobre Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas que generalmente observan familiares y amigos.
GDS 4 Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve	16-23	<p>Orientación en tiempo y persona, en reconocimiento de caras familiares, capacidad de viajar a lugares conocidos</p> <ul style="list-style-type: none"> Defectos en olvido de hechos cotidianos o recientes y en el recuerdo de su historia personal. Negación del deterioro. Incapacidad para planificar viajes, finanzas o AVD complejas
GDS 5 Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada	10-19	<p>Sabe su nombre y generalmente el de su pareja e hijos</p> <ul style="list-style-type: none"> Incapaz de recordar dirección, teléfono, nombres de familiares. Desorientación en tiempo o lugar. Dificultad para contar en orden inverso desde 20 de 2 en 2 Necesita asistencia en AVD instrumentales, no en el aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa adecuada.
GDS 6 Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave	0-12	<p>Recuerda su nombre y algunos datos del pasado</p> <ul style="list-style-type: none"> Olvida a veces el nombre de su cuidador Desorientación temporo-espacial. Dificultad para contar de 10 en 10 Cambios de personalidad y afectividad (delirio, ansiedad, agitación o agresividad, apatía). Ritmo diurno alterado. Puede necesitar asistencia para AVD Básicas (vestirse, bañarse, lavarse y puede presentar incontinencia urinaria y fecal)
GDS 7 Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave	0	<ul style="list-style-type: none"> Pérdida progresiva de la capacidad verbal (limitada a 1-6 palabras) Dependencia completa en higiene personal y alimentación. Incontinencia. Pérdida progresiva de la capacidad motora

(Comunitaria., 2020)

9.1.2 Anexo 4: Proceso de Atención de Enfermería a Paciente Adulto Mayor de la Comunidad de Santa Catarina Villanueva con Diagnostico de Deterioro Cognitivo Leve.

9.1.2.1 Introducción. El equipo multidisciplinario de la rama de salud promueve la salud para una prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de Deterioro cognitivo leve, El personal de enfermería ocupa un lugar muy importante, siendo el área de primer contacto con el paciente en donde puede recabar datos e identificar, observar, analizar, diversos factores que den indicios de una patología en curso o con riesgo de presentarla.

Los pacientes A.M con rango de edad (55-65 años) que asisten a consulta médica, cumplen con algunas características de presentar DCL, siendo un problema donde se ve afectado el núcleo familiar por la forma del cómo se involucran por culpa de las diferentes características que presentan en estos pacientes, el cual repercute en su diagnóstico oportuno e inicio de tratamiento, así también los gastos destinados al sector salud, por ello el interés de realizar un plan de cuidados de enfermería con DCL por es una herramienta de gran utilidad, para ayudar al paciente a su mejoramiento.

9.1.2.2 Justificación. El presente trabajo tiene la finalidad de aplicar un proceso de atención de enfermería en un paciente del centro de salud donde realizo mi servicio social, con diagnóstico de deterioro cognitivo brindare un cuidado personalizado y humanizado basado en evidencia científica.

Es de suma importancia que se lleve a cabo una valoración céfalo caudal y de esta forma nos sirva para implementar estrategias y al mismo tiempo los cuidados que el personal de enfermería y familiares puedan llevar a cabo para así lograr una pauta o progreso de su actual enfermedad.

Para el profesional de enfermería es de suma importancia la aplicación del proceso de la atención de enfermería, el cual es una metodología de trabajo consistente en un sistema con pasos relacionados que permite identificar y satisfacer necesidades. Para la realización de este estudio de caso clínico, se aplicó los 11 patrones de M Gordon como instrumento para la recolección de datos. Dichos datos se utilizaron para la formulación de los diagnósticos de enfermería luego de detectados los posibles problemas, y de esta manera poder planificar y ejecutar intervenciones, actividades necesarias para contribuir al mejoramiento del estado actual del paciente.

La razón de dicho plan de atención de enfermería el cual es un método sistemático abarca los cuidados de enfermería para tener un tratamiento a respuestas de dichas personas que estén cursando DCL, y a su vez manejar guías de práctica clínica las cuales son un conjunto de recomendaciones basadas en evidencias con el objetivo de adquirir conocimientos y habilidades para lograr optimizar la atención a los pacientes con DCL y a su vez ofrecer una atención adecuada, digna y con calidad que conlleve a un tratamiento adecuado para así lograr una mejoría.

9.1.2.3 Objetivo General. Identificar los principales problemas que presentan estos pacientes con DCL y realizar un plan de cuidados de enfermería basada en evidencia científica para brindar un cuidado óptimo.

9.1.2.4 Objetivos Específicos. Valorar al paciente por medio de la aplicación del instrumento facilitador de M Gordon

- Formular los Diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas de salud detectados
- Planificar las acciones de enfermería que contribuyan a solucionar o a disminuir los problemas de salud detectados
- Determinar factores que puedan desmejorar su estado de salud
- Efectuar las recomendaciones y puntos de buena práctica de las guías de práctica clínica

9.1.3 Anexo 5: Valoración.

Nombre: (Iniciales): MPG

Fecha de nacimiento: 22/04/59

Sexo: M

Procedencia: Santa Catarina Villanueva

Lugar de Nacimiento: Puebla. Pue

Alergias: Loratadina

Ocupación: Comerciante.

Afiliación a seguridad: 2110524381-5

Nombre del cuidador: GPN

Peso: 86kg

Talla 1.60

Parentesco: Hijo

Fecha de consulta: 11/16/20

Diagnóstico actual

Deterioro cognitivo leve (DC-L)

Servicio: Enfermería

Número de expediente: 125

9.1.3.1 Datos Generales. Paciente masculino se presenta en el centro de salud, con alteración en esfera neurológica mental, refiere a ver el olvidado su cita médica, se le notifica que no asistido a su control, durante la toma signos vitales, somatometría, comenta que últimamente olvida donde deja objetos de uso personal, (cartera, celular, dinero, documentos oficiales) también cambia los nombres a sus familiares, y que presenta confusión en la hora y fecha.

9.1.3.2 Signos Vitales. T/A: 146/94. F/C: 74 lpm. F/R: 20 rpm. SPO2: 93%, Glicemia capilar: 214 mg/dl. Somatometría, Talla 1.60, peso: 86 kg.

9.1.4 Valoración por Once Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

9.1.4.1 Percepción y Manejo de la Salud. Refiere olvidar sus citas, sobre el medicamento para sus otras patologías el noto que estos Refiere que el paciente es cuidarse en sus chequeos médicos, pero que última los ingería después de la hora prescrita por no recordar la hora correcta de cada uno, comenta que fue una persona que ingirió, sustancias toxicológicas (alcohol, cigarro,) no le gusta hacer ejercicio, su alimentación no es saludable y hace mención de la toma excesiva de refresco. Los medicamentos que toma son, metformina 500mg y captopril.25mg.

9.1.4.2 Patrón Nutrición Metabólico. Refiere que desayuna pan con te o atole, consume café, leche, huevo, carne, pollo, por regular en la comida, toma refresco, tortillas, sopa, guisado y en la cena pan de dulce con café. Cabe señalar que su ingesta de grasas, refresco, sal, azúcar, pan, tortilla, son con exceso.

9.1.4.3 Patrón de Eliminación. Orina normal descartan incontinencia, en la defecación padece estreñimiento frecuente.

9.1.4.4 Patrón Actividad y Ejercicio. No realiza ninguna actividad física.

9.1.4.5 Patrón Sueño y Descanso. Las horas de sueño recomendadas no las cumple por su trabajo laboral, y por la mañana cuida sus animales de granja, descansando por la tarde (durmiendo).

9.1.4.6 Patrón Cognitivo Perceptual. Refiere, que de un periodo de tiempo (hace 8 meses) olvida sus citas para chequeo, cambia nombres de la familia, no recuerda donde deja artículos como llaves, dinero, lentes, documentos oficiales, fechas, y al pagar en efectivo se le dificulta cálculos matemáticas (mentales) lo que recibe el cambio erróneo faltándole dinero.

9.1.4.7 Patrón Autopercepción, Autoconcepto. Capaz, trabajador, exigente, apoyador, irresponsable con mi salud se preocupa por los demás dejando su persona hasta el último.

9.1.4.8 Patrón Rol, Relaciones. Menciona que su familia nuclear es lo más importante que tiene, 2 mujeres 3 hombres, que de ellos en total tiene 4 nietos que a veces cuida junto con su esposa, la relación con sus (2 hijos) mayor ha cambiado ya que es víctima de maltrato verbal. Tiene una excelente relación con vecinos, como en su trabajo.

9.1.4.9 Patrón de Sexualidad y Reproducción. El descontrol de sus enfermedades metabólicas, lo han involucrado en un estado de estrés, ansiedad, depresión, y preocupación lo que refiere, por lo que su ingesta de comida ha incrementado.

9.1.4.10 Patrón de Adaptación y Tolerancia al Estrés. El descontrol de sus enfermedades metabólicas, lo han involucrado en un estado de estrés, ansiedad, depresión, y preocupación lo que refiere, por lo que su ingesta de comida ha incrementado.

9.1.4.11 Patrón de Valores y Creencias. Católico asiste todos los domingos a misa tiene miedo a la soledad.

9.1.5 Anexo 6: Valoración Cefalocaudal.

9.1.5.1 Datos de Ingreso. Paciente masculino acude al centro de salud, con alteración de esfera neurológica mental ya que refiere que olvidó la fecha de cita programada, se le explica al paciente que han sido varias veces y no es frecuente en sus citas. El refiere que últimamente olvida donde deja algunas cosas de uso diario, como llaves, cartera, dinero, documentos oficiales) también confunde nombres de familiares y recados-avisos, en cuentas matemáticas se le complica resolverlas, En el área de enfermería se le toma signos vitales, somatometría se aplica tamizaje neurocognitivo.

9.1.5.1.1 Piel. Coloración de tegumentos normales se encuentra resequeza en miembros superiores.

9.1.5.1.2 Cabeza. Tamaño normal simétrica de acuerdo a su edad, cabello con presencia de canas.

9.1.5.1.3 Ojos. Pupilas isocóricas con reflejo a la luz, párpados normales con conjuntivas blancas utilizando lentes de contacto (lentes, anteojos).

9.1.5.1.4 Nariz. Coloración adecuada a la pigmentación de la piel mediana estrecha, orificios nasales visibles secos, vellosidades, mucosas hidratadas.

9.1.5.1.5 Boca. Labios delgados, íntegros mucosas hidratadas falta de 2 piezas dentales, sin una correcta higiene bucal, presencia placas de sarro.

9.1.5.1.6 Brazos. Presenta tatuajes en ambos, cicatriz en brazo izquierdo por quemadura, uñas largas con mala higiene.

9.1.5.1.7 Tórax. Simétrico, campo pulmonar permeables a las auscultación, ruidos normales.

9.1.5.1.8 Abdomen. Distensión normal, con presencia de peristaltismo,

9.1.5.1.9 Cadera. Sin alteraciones.

9.1.5.1.10 Genitales. Sin alteraciones.

9.1.5.1.11 Piernas. Sin alteraciones.

9.1.5.1.12 Pies. Con presencia de onicomycosis, unas largas con mala higiene, resequead y descamación en talones.

9.1.6 Anexo 7: Valoración del Adulto a Través de Patrones Funcionales.

9.1.6.1 Datos del paciente. Nombre: (Iniciales): MPG

Fecha de nacimiento: 22/04/59

Sexo: M

Procedencia: Santa Catarina Villanueva

Lugar de Nacimiento: Puebla. Pue

Alergias: Loratadina

Ocupación: Comerciante.

Afiliación a seguridad: 2110524381-5

Nombre del cuidador: GPN

Peso: 86kg

Talla 1.60

Parentesco: Hijo

Fecha de consulta: 11/16/20

Diagnóstico actual

Deterioro cognitivo leve (DC-L)

Servicio: Enfermería

Número de expediente: 125

9.1.6.2 Percepción y Manejo de la Salud. ¿Cómo ha sido su salud en general? mala ¿Por qué?

R: No me cuido ni llevo correctamente mi control medico

¿Qué realiza usted para mantener su salud?

R: Nada soy muy irresponsable

¿Fuma? especifique: R: No

¿Consume bebidas alcohólicas? R: Si

¿Drogas: No Remedios caseros? R: No

¿Ha sufrido accidentes? especifique: R: Si

¿Qué medidas toma para prevenir accidentes? R: No tomo ninguna.

¿Qué cree que desencadeno su enfermedad?

R: No cuidarme, no asistir a mi control a la clínica, los problemas, beber alcohol, darle prioridad a mi trabajo

¿Qué medidas tomo cuando sintió los síntomas? R: Platicarlo con mi familia.

¿Conoce su diagnóstico? R: Si

¿Qué entiende acerca de este?

R: Que si progresa puedo olvidarme de muchas cosas, no voy a reconocer, entender ni comprender.

9.1.6.3 Patrón Nutrición Metabólico. Ingesta típica de alimentos:

Desayuno: café, atole, huevo, pan de dulce

Comida: Verduras, carne

Cena: carne, caldos, pan, leche

Describa los líquidos que toma diariamente (tipo y cantidad:

Agua 1 litro, Refresco 4 vasos

¿Cómo ha sido su apetito, cambios, causas? R: Aumento por me siento ansioso

¿Qué alimentos no le gustan? R: Papas, ejotes

¿Qué alimentos prefiere? R: Carne, sal, refrescos, grasas.

¿Cicatrizan fácilmente sus heridas? R: No

¿Consume algún tipo de suplemento alimenticio? Especificar R: No

9.1.6.4 Patrón de Eliminación. Intestinal ¿Describa las características de la eliminación intestinal? R: Estreñimiento

¿Ha presentado problemas en la eliminación intestinal?

R: Si

¿Toma algo para ayudarse en la eliminación intestinal?: Especificar:

R: No

Urinaria. Describa las características de la eliminación urinaria

R: Amarillo ámbar,

¿Ha presentado problemas en la eliminación urinaria?

No

Piel. Describa las características de la sudoración:

R: Aumenta con situaciones de alto impacto.

9.1.6.5 Patrón Actividad y Ejercicio. ¿Tiene energía suficiente para las actividades que realiza? R: No

¿Qué tipo de ejercicio realiza y con qué frecuencia?

R: Ninguno

¿Qué actividades puede realizar y con qué frecuencia?

R: Caminata 2 días por semana

9.1.6.6 Patrón Sueño y Descanso. ¿Cuántas horas acostumbra a dormir diariamente? R: 6 horas durante el día por su empleo

¿Amanece descansado y listo para las actividades del día?

R: No por su empleo.

Prácticas o rutinas especiales para dormir:

R: NO

¿Actualmente tiene problemas para conciliar el sueño o se interrumpe?

R: No

9.1.6.7 Patrón Cognitivo Perceptual. Ha notado algún cambio en la concentración de memoria? R: Si

¿Le resulta fácil/difícil tomar decisiones?

R: Si

¿Tiene alguna dificultad con el aprendizaje?

R: Si

¿Actualmente tiene dolor?

R: No

Lenguaje: R: Deterioro de la comunicación.

9.1.6.8 Autoconcepción, Autoconcepto. ¿Cómo se describe así mismo?

R: Honesto, trabajador, me preocupo por los demás antes que por mi.

¿Se siente a gusto consigo mismo/a?

R: Un poco

¿Ha tenido cambios en su cuerpo o en las cosas que puede hacer?

R: Si olvido las cosas como por ej. Donde dejo las llaves, fechas, citas con el médico, cambio los nombres de mis nietos (familia)

¿Representa un problema para usted?

R: Si

¿Ha habido cambios en sus sentimientos hacia sí mismo o hacia su cuerpo (¿desde que comenzó su enfermedad?

R: Si

¿Alguna vez ha perdido la esperanza?

R: Si

¿Hay cosas que le hacen enojar?

R: Si

Hay cosas que ¿le hacen sentir miedo? Si ¿Le aburren? Si ¿Le producen ansiedad? Si ¿Le deprimen? Si ¿Que hace en estos casos para ayudarse? Hablarlo con mi esposa y algunos de mis hijos e hijas`

9.1.6.9 Patrón Rol, Relaciones. Estructura familiar: Rol/es que desempeña:

R: Padre

¿Cómo es la relación con su familia?

R: Con pleitos con mi hijo mayor

¿Cómo resuelven los problemas familiares?

R: A veces platicando.

¿Cómo vive la familia/otros su enfermedad/hospitalización?

R: Preocupados

¿Quiénes participan como cuidadores?

R: Aun me cuido yo mismo.

¿Tiene amigos?, ¿puede contar con ellos en situaciones difíciles?

R: Si

¿Cómo es la relación con sus compañeros de trabajo / escuela?

R: Buena

¿Se siente solo con frecuencia?

R: No

¿Se siente parte del barrio donde vive?

R: Si

¿Sus ingresos económicos son suficientes para cubrir sus necesidades?

R: No

9.1.6.10 Patrón Sexualidad, Reproducción. ¿Las relaciones sexuales con su pareja son satisfactorias? R: No

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido o tiene?

R: 1

Requiere información sobre:

R: NO

Realizar valoración de mamas:

N/A

Número de embarazos:

N/A

Especificar si presenta algún tipo de problema en los órganos genitales:

R: Ninguno

9.1.6.11 Patrón de Adaptación y Tolerancia al Estrés. ¿Ha sufrido algún cambio importante en el último año? ¿Alguna crisis?

R: SI

¿Con quién le gustaría platicar de sus cosas?

R: Hijas

¿Esa persona está a su disposición cuando la necesita?

R: A veces

¿Se encuentra tenso la mayor parte del tiempo?

R: SI

¿Cuándo esta tenso que le ayuda?

R: Dormir

¿Qué situación le producen mayor tensión?

R: Sus enfermedades, problemas de trabajo y familiares

¿Cuándo tiene algún problema como lo trata?

R: Solucionándolo

9.1.6.12 Patrón Valores y Creencias. ¿Qué es importante para usted en la vida?

R: El bienestar de mi familia, mi trabajo.

Además de la salud (si la pone en primer lugar) ¿qué otras cosas son importantes?

R: Mi ganado (Pollos, borregos, chivos)

¿Siente que la vida le ha dado lo que ha esperado de ella?

R: Si

¿Hay aspectos de sus creencias sobre la vida o su religión que le ayuden a enfrentar su situación actual? R: La creencia católica

9.1.7 Anexo 8: Plan de Cuidados de Enfermería a Paciente Adulto Mayor de la Comunidad de Santa Catarina Villanueva con Diagnostico de Deterioro Cognitivo Leve.

Figura 7

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA				
	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Dominio 05 Percepción/Cognición Clase 04: Cognición FR: <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del gasto cardiaco • Hipoxia • Deterioro cognitivo leve • Deterioro neurológico CD: <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para recordar acontecimientos • Incapacidad para recordar información sobre los hechos • Expresa experiencias de olvidos Pg.279	COGNICION (0908) DOMINIO 2 Salud Fisiológica CLASE Neurocognitiva 1 Pg.147	090014 Comunicación clara según la edad	1. Gravemente comprometido	3
		090004 Se concentra	2. Sustancialmente comprometido	4
		090008 Memoria Remota	3. Moderadamente comprometido	3
		090011 Toma decisiones apropiadas	4. Levemente comprometidos	3
		090016 Habilidades de cálculos complejos	5. No comprometido	1
				Mantener: 14 Aumentar: 25

(Heather T, 2018, pág. 279) (Moorhead S, 2018, pág. 147)

Figura 7

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN IMSS.-144-08

- R. Se recomienda utilizar los criterios de Petersen o de Mayo para el diagnóstico de deterioro cognoscitivo leve (DCL):
1. Disminución cognoscitiva.
 2. Referido por el paciente o por un informante.
 3. Evaluado por pruebas cognoscitivas.
 4. Sin alteraciones en las actividades de vida diaria.
 5. Sin criterios clínicos para demencia de acuerdo al DSMIV o CIE 10
- R. Se recomienda utilizar la escala de clasificación para la evaluación funcional en la demencia de Riesberg. Es un sistema de 7 etapas que se basan en el nivel de funcionalidad en las actividades de la vida diaria relacionándose con el grado de progresión de la demencia
- R. Como parte del abordaje de la demencia la presencia de comorbilidad con depresión debe ser siempre considerada
- R. Las pruebas neuropsicológicas pueden repetirse entre 6 y 12 meses posteriores cuando el diagnóstico no esté claro, se quiera medir la progresión del déficit y en apoyo del diagnóstico diferencial
- ✓ Se recomienda enviar al nivel correspondiente para realizar los estudios complementarios en caso de sospecha de alguna de las causas de demencia y no se cuenten con ellos en el primer nivel de atención.
- R: Se observa alteraciones cognoscitivas hasta en un 42% en pacientes con polifarmacia. Por lo que se deberá tomar en cuenta a los fármacos como causa coadyuvante al realizar la evaluación para deterioro cognoscitivo
- R. La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) es un instrumento útil y fácil de aplicar por médico no especialista en salud mental para el diagnóstico de depresión en el adulto mayor con demencia y debe usarse para diagnosticar depresión en el primer nivel de atención
- R. Los adultos mayores con demencia y depresión deben ser sometidos a un programa de actividad física y social, al menos 2 o tres veces por semana (ejemplos: Caminata, Tai Chi, taller de manualidades), ya que esto contribuirá a la mejoría de la sintomatología depresiva y la calidad de vida
- R. Se recomienda que el cuidador realice otras actividades (recreativas, asistencia a grupos de apoyo) y solicite ayuda por un similar, como estrategia para aliviar la sobrecarga
- R. Los cuidadores y familiares responsables deben recibir un entrenamiento en intervenciones para funciones mentales superiores efectivas para las personas con demencia
- ✓ Se debe investigar la percepción del cuidador sobre su propia salud física y mental para establecer si existe sobrecarga del cuidador, en su caso, envíe a grupos de atención social a la salud para apoyo del cuidador
 - ✓ El abordaje del paciente con demencia y la elaboración del plan terapéutico debe ser interdisciplinario
 - ✓ Instruya al cuidador a brindar información constante y simplificada al paciente con demencia para mantenerlo orientado. Recomiende que utilice fuentes de información habituales (periódicos, programas de radio y televisión, álbumes de fotos) y elementos caseros para promover la comunicación y estimular la memoria
 - ✓ Explique al cuidador que debe incentivar al adulto mayor a realizar actividades básicas de la vida diaria, ajustadas a la capacidad del paciente en el momento. Las actividades físicas, recreativas y ocupacionales deben ser supervisadas según la gravedad del deterioro cognoscitivo
 - ✓ La evaluación minuciosa del historial de consumo de fármacos, con el fin de identificar polifarmacia injustificada, es fundamental antes de iniciar tratamiento dirigido a deterioro cognoscitivo

Figura 7

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN IMSS-144-08

- R. El control óptimo de la presión arterial en personas hipertensas es especialmente recomendable, debido a los beneficios observados en la reducción de la mortalidad, de eventos cardiovasculares y de demencia vascular
- R. La **prevención secundaria** de eventos cerebro-vasculares recurrentes en pacientes con deterioro cognoscitivo de origen vascular debe ser realizada con fármacos Antihipertensivos, estatinas y antiagregantes plaquetarios
- ✓ Para la elección tratamiento farmacológico de demencia debe considerar el nivel de conocimiento del cuidador primario respecto a la enfermedad
 - ✓ Debe garantizarse al paciente la confidencialidad del diagnóstico de demencia, y se recomienda que el médico responsable, registre en el expediente clínico los datos de localización de los familiares y del cuidador responsable.
 - ✓ El equipo de salud deberá de promover la búsqueda intencionada y la creación de redes de apoyo dentro de la comunidad del paciente con demencia. Se deberá garantizar el cumplimiento de citas y tratamientos prescritos
 - ✓ En caso de que se cuente con el diagnóstico de deterioro cognoscitivo o demencia se deberá llevar seguimiento al menos cada 6 meses con pruebas objetivas como el MMSE o la prueba del dibujo del reloj
 - ✓ En las unidades de Primer Nivel de Atención que no cuenten con la infraestructura suficiente para el cumplimiento de las recomendaciones de la presente guía, deberán, en los términos de la regionalización de los servicios y los lineamientos delegacionales en la materia, referir al paciente para su atención a otra unidad de mayor capacidad resolutive

(G.P.C, 2012)

Figura 8

ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA (4720) pg195
<p>DEFINICION: Mejorar la memoria.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recordar experiencias pasadas con el paciente, según corresponda • Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información • Proporcionar entrenamiento de orientación, como que el paciente repase información y fechas personales según corresponda • Proporcionar oportunidades para la concentración, como el juego de emparejar cartas, según corresponda • Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes • Facilitar el uso de la memoria de reconocimiento de imágenes si procede • Estructurar los métodos de enseñanza de acuerdo con la organización de la información por parte del paciente • Animar al paciente a que participe en grupos de programas de entrenamiento de la memoria, según corresponda • Vigilar la conducta del paciente durante la terapia • Controlar cambios de la memoria con el entrenamiento

(Howard K, 2018, pág. 195)

Figura 9

ESTIMULACION COGNITIVA (4720) Pg. 200
<p>DEFINICION: Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultar con la familia para establecer el nivel basal cognitivo del paciente • Estimular el desarrollo participando en actividades para aumentar los logros y el aprendizaje satisfaciendo las necesidades del paciente • Fomentar el uso de un programa de multiestimulación (p. ej. cantar y escuchar música, actividades creativas, ejercicio, conversación, interacciones sociales o resolución de problemas) para estimular y proteger la capacidad cognitiva • Proporcionar una estimulación sensorial planificada. • utilizar la televisión radio o música como parte de programas de estímulos planificados. • Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente. • Variar los métodos de presentación de materiales • Utilizar ayudas de memoria: Listas programas y notas recordatorias. • Reforzar o repetir la información.

(Howard K, 2018, pág. 200)

Figura 10



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p> <p>DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL (00055)</p> <p>Definición: Patrones de conducta y expresión de uno mismo que no concuerdan con las normas, expectativas y contexto del marco en el que se desarrollan.</p> <p>Dominio 07: Rol/relaciones Clase 03: Desempeño del rol</p> <p>FR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima • Depresión • Estrés • Violencia doméstica • Preparación insuficiente para el desempeño del rol • ecurso insuficientes <p>CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptación ineficaz al cambio • Ansiedad • Ambivalencia de rol • apoyo insuficiente para el desempeño del rol • Confianza insuficiente • discriminación • Depresión • Bajo nivel educativo • Precariedad económica • Defectos neurológicos <p>Pg.147</p>			
NIVEL DEPRESION (1208)	120801 Estado de ánimo deprimido		3
DOMINIO 3 Salud psicosocial	120802 Perdida de interés por actividades	1.Grave	4
		2.Sustancial	3
CLASE: M Bienestar Psicosocial	120804 Concentración alterada	3.Moderado	3
		4.Leve	3
Pg.147	120810 Ganancia de peso	5. Ninguno	2
	120809 Insomnio		3
	120814 Tristeza		2
	120816 Enfado		
	120819 Baja autoestima		
			Mantener: 23 Aumentar: 40

(Heather T, 2018, pág. 317) (Moorhead S, 2018, pág. 147)

Figura 11

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR E EL PRIMER NIVEL DE ATENCION IMSS-194-10

- ✓ El médico familiar debe fomentar en el adulto mayor, estilos de vida saludables (ejercicio aeróbico, dieta sana, erradicación de adicciones etc.), así como promover la asistencia a grupos de atención social a la salud y terapia ocupacional.
 - R. Se recomienda alentar a los pacientes con riesgo de depresión para que aumenten y mantengan la actividad física compartida con familiares o amigos, ya que tiene beneficios inmediatos y efectos poco riesgosos sobre el cuadro depresivo.
 - R. Es recomendable que el paciente anciano mantenga un régimen de vida variado, que incluya paseos, caminatas y diversiones, alternando actividades físicas con recreativas y reposo, eligiéndolas según sus gustos y actitudes.
- ✓ El médico familiar deberá buscar de manera intencionada y periódica síntomas depresivos en el adulto mayor con la finalidad de realizar un diagnóstico y ofrecer un tratamiento oportuno.
- ✓ Se recomienda mantener una comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, y los grupos comunitarios ya que es fundamental para la salud en todas las edades, en especial en pacientes deprimidos donde es más probable que las personas mayores tengan duelos o pérdidas y sean susceptibles a la soledad y al aislamiento social.
- ✓ Se recomienda que el adulto mayor deprimido realice ejercicio regular y consiga desarrollar su autoestima lo que favorecerá un mayor apoyo entre sus semejantes y mejorará las relaciones con el entorno.
- ✓ El médico familiar deberá identificar los diferentes factores de riesgo para depresión (ambiente social, familiar, presencia de enfermedades incapacitantes, abandono familiar, situación económica familiar, etc.)
- ✓ La búsqueda intencionada de depresión y ansiedad en pacientes ancianos con insomnio es obligada, ya que son causas frecuentemente encontradas como causa directa o indirecta de este trastorno del sueño, que a su vez con frecuencia acuden a consulta.
- ✓ La depresión debe ser considerada como un síndrome geriátrico, con procesos previos que llevan a depresión y consecuencias que este padecimiento presentará, por lo anterior se debe de abordar al paciente de forma integral.
- ✓ La colaboración interdisciplinaria debe ser establecida en el escenario del primer nivel de atención (Médico, enfermera, psicología, trabajo social).
 - R. La psicoterapia es recomendada en pacientes con depresión.
 - R. La reminiscencia (técnica que involucra los recuerdos de días o eventos especiales de la vida) es efectiva en el tratamiento de la depresión.
 - R. El equipo de salud deberá de promover la búsqueda intencionada y la creación de redes de apoyo dentro de la comunidad del paciente adulto mayor con depresión.

(IMSS, 2014)

Figura 12

CONTROL DEL ESTADO DE ANIMO (5330) PG.128

DEFINICION: Promover seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.

Actividades:

- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales)
- Poner en práctica las preocupaciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que lo rodean.
- Ayudar con el autocuidado si es necesario.
- Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal e hidratación)
- Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño.
- Proporcionar oportunidades de actividades físicas (caminar, montar en bicicleta estática)
- Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información y toma de decisiones)
- Utilizar un lenguaje sencillo y concreto y exacto durante el contacto con el paciente.
- Ayudar al paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo.
- Ayudar al paciente a controlar sentimientos de una forma adecuada (actividad, física).
- Informar sobre la enfermedad al paciente allegado, si el paciente de ánimo disfuncional tiene una base patológica (depresión).
- Ayudar al paciente a anticiparse y afrontar los cambios de la vida.

(Howard K, 2018, pág. 128)

APOYO EMOCIONAL (5220) PG.89

DEFINICION: Proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión.

Actividades:

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Explora con el paciente que ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ira y tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente está enfermo o fatigado.
- Remitir a servicios de asesoramiento si se precisa.

(Howard K, 2018, pág. 89)

Figura 14



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

<i>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</i>	<i>RESULTADO (NOC)</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>ESCALA DE MEDICIÓN</i>	<i>PUNTAJÓN DIANA</i>
<p style="text-align: center;">DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA (00085)</p> <p>Dominio 04: Actividad- Reposo. Clase 02: Actividad y reposo.</p> <p>FR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intolerancia a la actividad. • Deterioro cognitivo • Falta de la condición física <p>CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad postural • Movimientos descoordinados • <p>Pg.239</p>	<p>Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas. (1633)</p> <p>DOMINIO 1</p> <p>Salud funcional</p> <p>CLASE: C</p> <p>Movilidad</p> <p>Pg.269</p>	020501 Alerta disminuida	1. No comprometido	3
		020502 Estado cognitivo	2. levemente comprometido	3
		020503 Atención disminuida	3. Moderadamente comprometido	1
		020509 Sentido cenestésico	4. Sustancialmente comprometido	1
		020511 Capacidad para actuar	5. Gravemente comprometido	
				Mantener: 8 Aumentar: 25

(Moorhead S, 2018, pág. 239) (Moorhead S, 2018, pág. 269)

Figura 15

PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIOS CON PLAN TERAPÉUTICO EN EL ADULTO IMSS- 626-13	
R.	Se recomienda como parte de la evaluación identificar en la historia clínica enfermedades crónicas degenerativas, como enfermedades cardiovasculares, deficiencias motoras o intelectuales, discapacidades o limitaciones para realizar ejercicios, así como el nivel de actividad previo al plan. Realizar una exploración física completa que incluya valoración cardiovascular y del sistema musculoesquelético
R.	Se recomienda en aquellos pacientes con enfermedades cardiovasculares que requieran de un programa de ejercicios con un plan terapéutico, valoración previa por el médico especialista y la realización de una prueba de esfuerzo, en caso que se requiera
R.	Se recomienda durante la exploración física valorar los componentes de la condición física que son: 1.- Aparato cardiorrespiratorio (consumo de oxígeno, funcionamiento cardíaco, funcionamiento pulmonar y presión arterial). 2.- Corporal (índice de masa corporal, grasa corporal, distribución de grasas subcutáneas y densidad ósea). 3.- Sistema muscular (fuerza y resistencia) 4.- Flexibilidad (movilidad articular y elasticidad).
R.	Se recomienda prescribir actividad física en los pacientes adultos
R.	Se recomienda al prescribir un programa de ejercicios con plan terapéutico tener en cuenta: La periodicidad en la realización del ejercicio. El tiempo de realización que mejore las condiciones físicas del paciente. Los efectos que pueden ser medibles mediante auxiliares clínicos que mejoren las condiciones físicas.
R.	Se recomienda sugerir un programa que se ajuste al nivel de acondicionamiento que tenga la persona, considerando más la cantidad que la manera en que se realice la actividad (tipo, intensidad, frecuencia, duración de los intervalos y sesiones)
R.	Recomendar realizar ejercicios de estiramiento, mínimo, 2 días a la semana. Este tipo de ejercicio puede desarrollarse como una sesión independiente o parte de la etapa de enfriamiento de un programa de fortalecimiento o de resistencia
R.	Se recomienda en el momento de prescribir un programa de ejercicios con un plan terapéutico establecer el tiempo de realización de la actividad física, midiendo el consumo máximo de oxígeno mediante la práctica de actividad física por 30 minutos diarios de forma continua o intermitente entre 8 y 10 minutos
R.	Se recomienda individualizar el programa de ejercicios para cada caso y proponer un seguimiento mensual (tipo de ejercicio o actividad, duración frecuencia e intensidad) para evitar los efectos adversos
R.	Se recomienda en personas con antecedentes o riesgo de hipertensión arterial, y en pacientes con HTA, un programa de ejercicios con plan terapéutico con un alto componente dinámico
R.	Se recomienda un programa de ejercicio sin restricciones (aeróbico o anaeróbico) en pacientes con HTA
R.	Se recomienda realizar en pacientes con hipertensión arterial ejercicios de moderada intensidad
R.	Se recomienda un programa de ejercicios en los pacientes diabéticos que incluya ejercicios de moderada intensidad y ejercicios de fortalecimiento muscular
R.	Se recomienda enfatizar a la persona realizar de forma continua y permanente el programa para lograr los beneficios esperados en salud (Tabla IX). ✓ Se recomienda en los pacientes con un programa de ejercicios por patología específica establecido por la Unidad de Rehabilitación y dado de alta por la misma, llevar a cabo la vigilancia del cumplimiento de dicho programa y en caso necesario enviar al paciente si lo requiere de acuerdo al criterio clínico de evolución hacia la mejoría.

(IMSS, www.imss.gob.mx, 2014)

Figura 16

TERAPIA DE EJERCICIOS: CONTROL MUSCULAR (0226) PG.414

DEFINICION: Utilización de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo.

ACTIVIDADES:

- Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.
- Colaborar con fisioterapeutas ocupacionales y recreacionales en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios según corresponda.
- Evaluar las funciones sensoriales visión audición y propiocepción.
- Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo a la paciente familia.
- Ajustar la iluminación la temperatura ambiente y el nivel de ruido para mejorar la capacidad de concentración del paciente en la actividad de ejercicios.
- Reforzar las instrucciones dadas al paciente respecto a la forma correcta de realizar los ejercicios para minimizar la aparición de lesiones y maximizar su eficacia.
- Proporcionar instrucciones secuenciales para cada actividad motora durante el ejercicio o actividades de la vida diaria.
- Ayudar al paciente a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia fortaleza y flexibilidad.
- Ayudar al paciente a formular objetivos realistas y mensurables.
- Incorporar las actividades de la vida diaria en el protocolo de ejercicio si corresponde.
- Ayudar o animar al paciente a que practica actividades de precalentamiento y relajación antes y después del protocolo de ejercicios.
- Observar los ejercicios realizados por el paciente para su correcta ejecución.
- Evaluar el Progreso del paciente en la mejora restablecimiento del movimiento y la función corporal.
- Colaborar con los cuidadores a domicilio respecto al protocolo de ejercicios y las actividades de la vida diaria.
- Ayudar al paciente cuidador a realizar las revisiones prescritas en el plan de ejercicios en casa si está indicado.

(Howard K, 2018, pág. 414)

Figura 17

SALUD SECRETARÍA DE SALUD		PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA																																		
<p align="center">DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p> <p align="center">INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES (00060)</p> <p>Dominio 07: Rol/Relaciones. Clase 02: Relaciones familiares.</p> <p>FR:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia Cambio de poder entre los miembros de la familia Modificación en el estado social de la familia. Alteración de las finanzas de la familia <p>CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cambios en el apoyo mutuo. Cambios en la participación de la toma de decisiones. Cambios en el patrón de la comunicación. Cambios en las tareas asignadas. Disminución en la disponibilidad para el apoyo emocional <p>Pg. 310</p>																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>RESULTADO (NOC)</th> <th>INDICADOR</th> <th>ESCALA DE MEDICIÓN</th> <th>PUNTUACION DIANA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>APOYO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO (2609)</td> <td>260901 Los miembros expresan deseo de apoyar al miembro enfermo</td> <td>1. Nunca demostrado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DOMINIO 5 Salud familiar</td> <td>260902 Los miembros expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo</td> <td>2. Raramente demostrado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>CLASE: X Bienestar familiar</td> <td>260903 Los miembros preguntan cómo pueden ayudar</td> <td>3. A veces demostrado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>260905 Piden información sobre el procedimiento</td> <td>4. Frecuentemente demostrado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>260907 Los miembros animan al miembro enfermo</td> <td>5. Siempre demostrado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>260910 Colaboran con el miembro enfermo en la determinación de los cuidados</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Mantener: 18 Aumentar: 30</td> </tr> </tbody> </table> <p>Pg. 92</p>					RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACION DIANA	APOYO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO (2609)	260901 Los miembros expresan deseo de apoyar al miembro enfermo	1. Nunca demostrado		DOMINIO 5 Salud familiar	260902 Los miembros expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo	2. Raramente demostrado	3	CLASE: X Bienestar familiar	260903 Los miembros preguntan cómo pueden ayudar	3. A veces demostrado	3		260905 Piden información sobre el procedimiento	4. Frecuentemente demostrado	3		260907 Los miembros animan al miembro enfermo	5. Siempre demostrado	3		260910 Colaboran con el miembro enfermo en la determinación de los cuidados						Mantener: 18 Aumentar: 30
RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACION DIANA																																	
APOYO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO (2609)	260901 Los miembros expresan deseo de apoyar al miembro enfermo	1. Nunca demostrado																																		
DOMINIO 5 Salud familiar	260902 Los miembros expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo	2. Raramente demostrado	3																																	
CLASE: X Bienestar familiar	260903 Los miembros preguntan cómo pueden ayudar	3. A veces demostrado	3																																	
	260905 Piden información sobre el procedimiento	4. Frecuentemente demostrado	3																																	
	260907 Los miembros animan al miembro enfermo	5. Siempre demostrado	3																																	
	260910 Colaboran con el miembro enfermo en la determinación de los cuidados																																			
			Mantener: 18 Aumentar: 30																																	

(Heather T, 2018, pág. 310) (Moorhead S, 2018, pág. 92)

Figura 18

APOYO A LA FAMILIA (7140) PG. 71
<p>DEFINICION: Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.</p> <p>ACTIVIDADES.</p> <ul style="list-style-type: none"> Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles. Valorar la relación emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. Escuchar las inquietudes y sentimientos y preguntas de la familia. Facilitar la comunicación de inquietudes-sentimientos entre el paciente y familia. Favorecer una relación de confianza con la familia. Responder a todas las preguntas de los miembros de familia. Orientar a la familia sobre el ambiente de cuidados sanitarios. Ayudar a los miembros de la familia a resolver conflictos de valores. Respetar y apoyar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia. Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados. Proporcionar cuidados al paciente en lugar de la familia para aliviar su carga y también cuando esta no pueda ocuparse de los cuidados. Remitir a terapia familiar si está indicado. Facilitar oportunidades de visita a los miembros de la familia, según corresponda. Proporcionar oportunidades para que la familia aplique estrategias de afrontamiento que puedan funcionar en la situación actual Ayudar a organizar una red de recursos diseñados para proporcionar servicios de apoyo Facilitar las expresión de preocupaciones y sentimientos entre el paciente y su familia sobre el marco de cuidados sanitarios, como un centro hospitalario u clínica

(Howard K, 2018, pág. 71)

Figura 19

ESTIMULACION DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR (7100) PG, 201
<p>DEFINICION: Favorecer la cohesión intermedia y unidad familiar.</p> <p>ACTIVIDADES.</p> <ul style="list-style-type: none">• Escuchar a los miembros de la familia.• Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.• Comprobar las relaciones familiares actuales.• Ayudar a la familia a la resolución de conflictos.• Respetar la intimidad de los miembros individuales de la familia.• Facilitar la armonía dentro de la familia.• Proporcionar información regularmente a los miembros de la familia sobre el estado del paciente, de acuerdo con los deseos de este.• Colaborar con la familia en la solución de problemas y la toma de decisiones.• Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas.• Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de familia.• Establecer los cuidados del paciente por parte de los miembros de la familia.

(Howard K, 2018, pág. 201)

Figura 20

SALUD SECRETARÍA DE SALUD		PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA			
RIESGO DE SOBREPESO (00234)			
Dominio 02: Nutrición. Clase 01: Sobrepeso.			
Definición: Susceptible a acumulación anormal o excesiva de grasa para su edad y sexo que pueden comprometer la salud			
FR:			
<ul style="list-style-type: none"> Consumo de bebidas endulzadas con azúcar Frecuencia alta en la ingesta de comida de restaurante o frita La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad Periodo corto de sueño Sedentarismo de > 2 horas/ día Tamaño de las porciones mayor que la recomendada 			
Pg. 184			
RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ESTADO NUTRICIONAL (1004) DOMINIO II Salud fisiológica CLASE: K Digestión y nutrición Pg. 398	100401 Ingesta de nutrientes	1. Desviación grave del rango normal	1
	100402 Ingesta de alimentos	2. Desviación sustancial del rango normal	1
	100408 Ingesta de líquidos	3. Desviación moderada del rango normal	2
	100403 Energía	4. Desviación leve del rango normal	4
	100405 Relación peso /talla	5. Sin desviación del rango normal	1
			Mantener: 9 Aumentar: 30

(Heather T, 2018, pág. 184) (Moorhead S, 2018, pág. 398)

Figura 21

EVALUACION Y CONTROL NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION IMSS- 095-08

R: una dieta rica en fibra puede contribuir a normalizar la función intestinal

R: las recomendaciones de agua son las siguientes:

- a) 30 a 35 ML por kg de peso corporal
- b) con un mínimo o 1500 ML/ día
- c) 1 a 1,5 ml por Kcal consumida

Adicionar las pérdidas que se presenten secundarias a enfermedades o medicamentos

R: Incluir al paciente ya su familia en las decisiones sobre la alimentación de manera que se conozcan sus gustos y pueda tener mayor apego al plan de alimentación la participación en el diseño del menú revisión y selección de alimentos es también importante.

R: La meta es reducir las ingesta energética y no de nutrientes se recomienda una reducción de 500 Kcal por día de su consumo habitual esperando una reducción de 450 g en al menos una semana

- ✓ El primer paso es adecuar el plan de alimentación basado en los requerimientos de acuerdo al peso ideal para asegurar el aporte de micronutrientes y disminuir el aporte energético habitual acompañado de incremento en la actividad física.
- ✓ En un paciente adulto mayor con obesidad como único padecimiento se recomienda disminuir el aporte energético los pacientes con comorbidades habrá que seguir lineamientos específicos de acuerdo a su patología.
- ✓ En los adultos mayores se debe promover la reducción y modificación de sus hábitos alimenticios y estilo de vida para lograr un mejor estado de nutrición y por lo tanto mejorar su calidad de vida
- ✓ Una reducción de peso corporal del 10% disminuye problemas relacionados con la obesidad y su riesgo cardiovascular

R: En los adultos mayores el sobrepeso no siempre representa un factor de riesgo en ocasiones puede ser protector de fracturas y osteoporosis es muy importante descartar la presencia de sarcopenia en pacientes con sobrepeso u obesidad ya que no es recomendable que realicen dietas de reducción pues el problema se puede agravar dando que al perder peso también pierden masa muscular la dieta de reducción siempre debe de ir acompañada de un plan de actividad física enfocado principalmente a preservar la masa muscular por lo anterior se debe tener mucho cuidado antes de prescribir una dieta de reducción y analizar los pros y los contras para la salud y calidad de vida de los adultos mayores.

(IMSS, www.imss.gob.mx, 2014)

Figura 22

EVALUACION Y CONTROL NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION IMSS- 095-08

✓ Evaluación integral en el adulto mayor debe explorar los aspectos:

- Físicos
- Mentales
- Emocionales
- Sociales
- Nutricios

R: Existen diversas escalas para evaluar los aspectos listados arriba de las cuales se elegirá la que conozca mejor quién realiza la evaluación se debe tomar en cuenta:

- Tiempo que se ocupa para realizarlas
- Tiempo disponible
- Condiciones particulares de cada adulto mayor

R: Poner atención en piel cabello labios lengua uñas y sistema músculo esquelético.

R: Identificar uso de prótesis dentales

- Caries
- Laceraciones bucales
- Boca seca

✓ Debido a que no existe un consenso internacional binacional con respecto a los puntos de corte IMC para diagnóstico de obesidad en el adulto mayor se propone usar este en conjunto con el perímetro de cintura con la adaptación para la población mexicana que refiere como ideal <80 CM en mujeres y <90cm en hombres

✓ Índice de Barthel- evalúa autonomía para las actividades de la vida diaria

✓ Los estudios de laboratorio para complementar el diagnóstico pueden ser más o menos de los mencionados en la evidencia previa y básicamente dependerán del criterio clínico del médico tratante.

R: Revisar el estado bucal del adulto mayor ya que el consumo de carbohidratos puede estar incrementado por qué este tipo de alimentos necesitan menor esfuerzo durante la masticación y el adulto mayor tienda comer preferentemente lo que puede masticar

R: Recomendar siempre ejercicio ya sea pasivo o activo de acuerdo a las condiciones físicas del adulto mayor

✓ Registro de peso en cada visita a la unidad de medicina familiar

R: Proporcionar un plan de alimentación balanceada en hidratos de carbono lípidos y proteínas

✓ Si el adulto mayor presentará signos y síntomas que sugieran déficit de vitaminas minerales y oligoelementos se dará tratamiento específico aun cuando el adulto se encuentra con peso adecuado

✓ Los hidratos de carbono complejos no es necesario restringirlos

✓ El primer paso es adecuar el plan de alimentación basado en su requerimiento del peso ideal para asegurar cubrir el aporte de micronutrientes acompañado de incremento de la actividad física

✓ En los adultos mayores se debe promover la educación y modificación de sus hábitos alimenticios y estilo de vida para lograr un mejor estado de nutrición y por lo tanto mejorar su calidad de vida.

✓ Se enviará a todos los pacientes adultos mayores el servicio nutrición para su evaluación control y seguimiento nutricional.

✓ Iniciar soporte nutricional especializado por el servicio de nutrición en segundo nivel de atención en el adulto mayor desnutrido u obeso sin comorbilidad que no ha respondido a tratamiento nutricional en primer nivel de atención en un periodo de 3 meses.

✓ Se sugiere el siguiente plan de visitas para manejo y seguimiento nutricional en los adultos mayores por parte de su médico familiar:

- Adultos mayores sanos cada 6 meses
- Adultos mayores con desnutrición cada mes
- Adultos mayores con sobrepeso u obesidad cada mes.

(IMSS, www.imss.gob.mx, 2014)

Figura 23

MANEJO DEL PESO (0490) PG. 317

DEFINICION: Facilitar el mantenimiento del peso corporal optimo y el porcentaje de grasa corporal.
ACTIVIDADES.

- Comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos el ejercicio la ganancia de peso y la pérdida de peso.
- Comentar con el individuo las condiciones médicas que pueden afectar al peso.
- Comentar con el individuo los hábitos costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso.
- Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable.
- Determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación.
- Determinar el peso corporal ideal del individuo.
- Determinar el porcentaje de grasa corporal ideal del individuo.
- Desarrollar con el individuo un método para llevar un registro diario de ingesta sesiones de ejercicio y cambios en el peso corporal.
- Animar al individuo a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio visible para que pueda revisar las a diario.
- Animar al individuo a registrar el peso semanalmente según corresponda.
- Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.
- Planificar recompensas con el individuo para celebrar el logro de objetivos a corto y largo plazo.
- Informar al individuo si existen grupos de apoyos disponibles para ayuda.
- Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético.

(Howard K, 2018, pág. 317)

Figura 24

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
<p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>			
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p> <p>RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE (00179)</p> <p>Dominio 02: Nutrición Clase 04: Nivel de glucemia</p> <p>Definición: susceptible a variaciones en los niveles séricos de glucosa del rango normal, lo que puede comprometer la salud.</p> <p>FR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de peso excesivo • Conocimiento insuficiente sobre los factores modificables • Control inadecuado de la glucemia • Estrés excesivo • Manejo ineficaz de la diabetes • No adherencia al plan terapéutico de la diabetes <p>Pg.193</p>			
<p>RESULTADO (NOC)</p> <p>NIVEL DE GLUCEMIA (23000)</p> <p>DOMINIO 2 Salud fisiológica</p> <p>CLASE: AA Bienestar Respuesta terapéutica</p> <p>Pg.460</p>	<p>INDICADOR</p> <p>230001 Concentración sanguínea de glucosa</p> <p>230004 Hemoglobina glucosada</p>	<p>ESCALA DE MEDICIÓN</p> <p>1. Desviación grave del rango normal</p> <p>2. Desviación sustancial del rango normal</p> <p>3. Desviación moderada del rango normal</p> <p>4. Desviación leve del rango normal</p> <p>5. Sin desviación del rango normal</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>Mantener: 6 Aumentar: 10</p>

(Heather T, 2018, pág. 193) (Moorhead S, 2018, pág. 460)

Figura 25

TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II IMSS- 718-14
<p>R: Una vez hecho el diagnóstico se recomienda realizar un diagnóstico diferencial de acuerdo a la clasificación de la diabetes mellitus.</p> <p>R: La participación activa del paciente logra mejores resultados en el control glucémico el proceso educativo debe de ser permanente.</p> <p>R: A las personas con diabetes se les debe ofrecer educación continua ordenada y sistematizada con objetivos claros al momento del diagnóstico y durante su evolución.</p> <p>R: Se recomienda utilizar técnicas de aprendizaje variadas adaptadas a las características de cada grupo activo participativas.</p> <p>R: El aspecto psicosocial en el paciente diabético debe de ser de manejo debe investigarse depresión ansiedad desórdenes de alimentación y trastornos cognitivos y considerar valoración especializada.</p> <p>R: Combinar la cita típica para el control del paciente con diabetes con una sesión de educación grupal se recomienda que sea el mismo día la consulta médica la enseñanza y el apoyo psicosocial con la misma frecuencia como un proceso continuo y sistemático la atención médica grupal mejora procesos relacionados con el control y detección temprana de complicaciones en el paciente los resultados;</p> <ul style="list-style-type: none">• Disminución del nivel de hba1c• Incremento el conocimiento sobre la enfermedad.• Modifica estilos de vida• Mejora la percepción de calidad de vida.• Incorpora técnicas de autocuidado y auto monitoreo. <p>R: La frecuencia de la medición de la glucemia capilar por el paciente auto monitoreo debe ser en función de las características específicas de cada persona metas de tratamiento valoración del control metabólico ajustes de tratamiento y tipo de insulina por el equipo de salud.</p>

(IMSS, www.imss.gob.mx, 2018)

Figura 26

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA																																								
 <p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p> <p>RIESGO A SINDROME DE FRAGILIDAD DEL ANCIANO (00231)</p> <p>Dominio 1: Promoción de la salud. Clase 02: Síndrome de fragilidad del anciano</p> <p>Definición: Susceptible a un estado dinámico de equilibrio inestable que afecta a los individuos más ancianos que experimentan deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica, psicosocial, o social) que conlleva a un aumento en la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad</p> <p>FR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Debilidad muscular • Depresión • Deterioro de la movilidad • Deterioro del equilibrio • Disminución de la energía • Malnutrición • Obesidad • Bajo nivel educativo. • Alteración en la función cognitiva • Enfermedad crónica <p>Pg.: 162</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>RESULTADO (NOC)</th> <th>INDICADOR</th> <th>ESCALA DE MEDICIÓN</th> <th>PUNTUACIÓN DIANA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">DESARROLLO: Adulto mayor (0121)</td> <td>012101 Mantiene la función cognitiva</td> <td>1. Nunca demostrado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>012102 Mantiene las habilidades de lenguaje</td> <td>2. Raramente demostrado</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">DOMINIO 1 Salud funcional</td> <td>012109 Mantiene interés por la vida</td> <td>3. A veces demostrado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>012119 Desarrolla nuevos intereses</td> <td>4. Frecuentemente demostrado</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">CLASE: B Crecimiento y desarrollo Pg.329</td> <td>012128 Se adapta al deterioro funcional</td> <td>5. Siempre demostrado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>012129 Evita el uso de sustancias</td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>012132 Busca comprensión para el significado de la propia vida</td> <td></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>012146 Muestra ansiedad</td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>012146 Muestra depresión</td> <td></td> <td>Mantener: 25 Aumentar: 35</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Evita el uso de sustancias</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	DESARROLLO: Adulto mayor (0121)	012101 Mantiene la función cognitiva	1. Nunca demostrado	3	012102 Mantiene las habilidades de lenguaje	2. Raramente demostrado	4	DOMINIO 1 Salud funcional	012109 Mantiene interés por la vida	3. A veces demostrado	3	012119 Desarrolla nuevos intereses	4. Frecuentemente demostrado	2	CLASE: B Crecimiento y desarrollo Pg.329	012128 Se adapta al deterioro funcional	5. Siempre demostrado	3	012129 Evita el uso de sustancias		3	012132 Busca comprensión para el significado de la propia vida		4	012146 Muestra ansiedad		3		012146 Muestra depresión		Mantener: 25 Aumentar: 35		Evita el uso de sustancias		
RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA																																					
DESARROLLO: Adulto mayor (0121)	012101 Mantiene la función cognitiva	1. Nunca demostrado	3																																					
	012102 Mantiene las habilidades de lenguaje	2. Raramente demostrado	4																																					
DOMINIO 1 Salud funcional	012109 Mantiene interés por la vida	3. A veces demostrado	3																																					
	012119 Desarrolla nuevos intereses	4. Frecuentemente demostrado	2																																					
CLASE: B Crecimiento y desarrollo Pg.329	012128 Se adapta al deterioro funcional	5. Siempre demostrado	3																																					
	012129 Evita el uso de sustancias		3																																					
	012132 Busca comprensión para el significado de la propia vida		4																																					
	012146 Muestra ansiedad		3																																					
	012146 Muestra depresión		Mantener: 25 Aumentar: 35																																					
	Evita el uso de sustancias																																							

(Heather T, 2018, pág. 162) (Moorhead S, 2018, pág. 329)

Figura 27

Mejora de la capacidad funcional (1665) PG. 327

DEFINICION: Maximizar el funcionamiento físico para evitar una disminución en las actividades de la vida diaria

Actividades:

- Establecer objetivos funcionales realistas con un plan para alcanzarlos.
- Abordar los factores de riesgo que afectan al logro de los objetivos por ejemplo efectos secundarios de la polimedición reciente hospitalización deterioro cognitivo depresión problemas nutricionales miedo a las caídas.
- abordar los procesos de la enfermedad por ejemplo enfermedad tiroidea infección afecciones cardíacas o pulmonares trastornos metabólicos anemia que puedan ser la causa del deterioro funcional.
- Determinar la necesidad de gafas audífonos y dispositivos de movilidad bastón andador.
- Abordar el consumo de alcohol tabaco y drogas ilegales
- Modificar las tareas o el entorno según sea necesario.
- aumentar la capacidad pulmonar mediante ejercicios aeróbicos y reacondicionamiento muscular según sea necesario.

(Howard K, 2018)

10 Conclusión.

El DCL es una de las principales enfermedades que padecen nuestros Adultos mayores por ende siendo el personal de Enfermería quien cuida al paciente durante su estancia hospitalaria debe darle la prioridad correspondiente a este padecimiento a igual que le da a las Enfermedades crónico degenerativas (diabetes mellitus tipo II, Hipertensión, cáncer) ya que las complicaciones del DCL tiene un impacto significativo a la salud de los pacientes que lo padecen.

En cuanto a los adultos mayores con DCL se deben implementar las intervenciones de Enfermería enfocándolas a la función cognitiva y de igual forma en su entorno para así evitar complicaciones desarrollando una enfermedad senil mayor. Las herramientas PAE, Modelo del cuidado y test de valoración cognitivos son dispensables para lograrlo puesto que teniendo una buena estructura e implementarlas de forma correcta nos permitirá obtener resultados positivos que se verán reflejados a través de ellos así como en su entorno familiar, social, psicosocial y laboral siendo éstas donde el paciente tiene una mayor vulnerabilidad.

Por otra parte cabe menciona que es de suma importancia que el personal de enfermería realice las intervenciones y actividades de enfermería en conjunto tanto con el personal multidisciplinario como con la familia y/o cuidadores de los pacientes adultos mayores con DCL para así disminuir la progresión del DC de forma acelerada, ya que el brindar la intervenciones adecuadas se puede tener una pausa a la progresión del deterioro cognitivo para así mantener una estabilidad emocional, social, económica, laboral los más aceptable dentro de su núcleo familiar.

11 Resumen.

11.1 Tema.

LA IMPORTANCIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN
PACIENTES ADULTOS CON DETERIORO COGNITIVO LEVE

11.2 Objetivo General.

Ejecutar y demostrar la eficacia de las intervenciones de enfermería para retardar la evolución del (DCL) en adultos mayores junto sus complicaciones a corto plazo.

11.3 Material y Métodos.

Será un estudio de tipo descriptivo, cualitativo prospectivo dentro lo cual se tomaría la población de Santa Catarina Villanueva Puebla con un muestreo de 40 personas adulto mayores diagnosticadas con deterioro cognitivo leve, que asisten al centro de salud de dicha población. Se utilizaran los siguientes métodos Evaluación Montreal Cognitive Assessment (MOCA), Test Mini Mental State Examination (MMSE), escala de deterioro global (GDS-FAST), test Pfeiffer, tests del reloj.

11.4 Variables.

Serian de tipo independientes.

11.5 Conclusión.

Servirá de apoyo para implementar planes de cuidado para mejorar la atención de los pacientes con un diagnóstico de DCL por parte del cuidador de forma domiciliario con la coordinación del personal de enfermería del centro de salud de la comunidad.

11.6 Palabras Clave.

Deterioro cognitivo leve, adulto mayor, intervenciones de enfermería, enfermería, modelo del cuidado.

12 Referencias Bibliográficas.

1. Cancino, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia psicológica. Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 34(3), 183-189. <https://doi.org/org/10.4067/S0718-4808201600030000>
2. Cancino, M. &. (2016). Una mirada sinóptica. *Terapia psicológica. Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 34, 02-08. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000300002> [cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx). (13 de abril de 2022). [cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx). http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/Transparencia/transparencia_focalizadagpc_gob.html
3. Comunitaria., S. E. (Diciembre de 2020). *semfyc.es*. https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2020/12/11.GDS_.pdf CONAPO. (2015). <http://www.conapo.gob.mx/>. Consejo Nacional de Poblacion http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2702/06_envejecimiento.pdf
4. De la Vega, R. y. (enero de 2018). *Circunvalación del Hipocampo*. <https://www.hipocampo.org/mci.asp>.
5. Esther. (octubre de 2011). *operativeneurosurgery.com*. <https://operativeneurosurgery.com/lib/exe/fetch.php?media=mmse.pdf>
6. G.P.C. (2012). Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atencion:: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>

7. Gómez Viera, N. B. (Marzo de 2003). *scielo.org*. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232003000100002
8. González Palaua, B. M. (2015). Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Neurología Argentina*, 7(1), 51-58.
<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2014.08.004>
9. Heather T, K. S. (2018). *Nursing Diagnoses: Definitions Classification* . Elsevier España.
<https://doi.org/9781626239296>
10. Howard K, B. G. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Elsevier España.
<https://doi.org/978-0-323-49770-1>
11. IMSS. (4 de marzo de 2014). *www.imss.gob.mx*.
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/194GRR.pdf>
12. IMSS. (16 de 01 de 2014). *www.imss.gob.mx*.
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/626GER.pdf>
13. IMSS. (03 de 03 de 2014). *www.imss.gob.mx*.
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/095GER.pdf>
14. IMSS. (02 de octubre de 2018). *www.imss.gob.mx*.
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>
15. INEGI. (2018). *Inegi.org.mx*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enasem/2018/doc/enasem_2018_diseno_conceptual.pdf

16. INEGI. (08 de julio de 2021). *inegi.org.mx*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_POBLAC21.pdf
17. León G, L. E. (2017). *sid-inico.usal.es*. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART12352/factores_q_afectan_estado_cognitivo.pdf
18. López-Ortega, M., & Aranco, N. (Agosto de 2019). *Banco Interamericano de Desarrollo*.
<https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-mexico>
19. Marriner-Tomey. (2000). *mis.kp.ac.rw*.
https://mis.kp.ac.rw/admin/admin_panel/kp_lms/files/digital/CoreBooks/Core%20Books%20In%20Nursing%20%20And%20%20Midwifery/H105%20%20H153_%20Fundamentals%20of%20nursing_%20%20Nursing%20Theorists%20and%20Their%20Work,%2008th%20Edition.%20Mosby.pdf
20. Martínez Pérez, T. G. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Finlay Revista de enfermedades no transmisibles*, 8(1), 01-07.
<https://doi.org/2221-2434>
21. Mendoza V, V. M. (2018). Modelo comunitario de envejecimiento saludable enmarcado en la resiliencia y la generatividad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(1), 110-119.
https://doi.org/https://www.redalyc.org/journal/4577/457754907016/html/#redalyc_457754907016_ref10
22. *mexico.pueblosamerica.com*. (2020). *mexico.pueblosamerica.com*.
mexico.pueblosamerica.com: https://mexico.pueblosamerica.com/i/santa-catarina-villanueva/#google_vignette

23. Miguel Soca, P. S. (22 de Agosto de 2022). *scielo.sld.cu*.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000300002&lng=es&tlng=es.
24. mocatest.org. (2022). <https://www.mocatest.org/>. <https://www.mocatest.org/>
25. Montes González, Y. M. (28 de agosto de 2017). *repositorio.ucsg.edu.ec*.
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/8982>
26. Moorhead S, S. E. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Elsevier España.
<https://doi.org/978-84-9113-375-6>
27. Navarro Martínez, J. N. (9 de junio de 2017). <https://scielo.isciii.es/>.
<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n2/1134-928X-geroko-29-02-00079.pdf>
28. OPS. (20 de septiembre de 2015). <https://www3.paho.org/>.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0
29. *Organizacion Mundial de la Salud*. (04 de Octubre de 2021). Envejecimiento:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
30. Ralda. (Diciembre de 2017). *biblioteca.galileo.edu*.
http://biblioteca.galileo.edu/tesario/bitstream/123456789/673/1/2017-T-mgg-012-ralda_diaz_domenica_y.pdf
31. Reyes, R. (20 de 4 de 2018). *adultomayorinteligente*.
<http://www.adultomayorinteligente.com/significado-de-adulto-mayor/>
32. Social, D. G. (9 de julio de 2021). *dgcs.unam.mx*.
33. Social, D. G. (9 de julio de 2021). *dgcs.unam.mx*.
https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021_574.html

34. SSA. (2018). *<http://www.calidad.salud.gob.mx/>*.

http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf