



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Proceso Atención de Enfermería: aplicado a una adulta mayor
con Demencia tipo Alzheimer, basado en el
Modelo de Virginia Henderson

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

VERONICA GARCIA MENDOZA

No. de Cuenta 403073106

Director Académico

M.C.E. Araceli Jiménez Mendoza

MEGAPROYECTO NUEVAS ESTRATEGIAS EPIDEMIOLÓGICAS, GENÓMICAS Y
PROTEÓMICAS EN SALUD PÚBLICA. SECRETARIA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
PROGRAMA TRANSDISCIPLINARIO EN INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO 05.5.
MODELO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN PREVENTIVA Y TERAPÉUTICA EN
PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y SUS FAMILIARES ENEO 020.



MEXICO D.F 2008



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.

Araceli García Mendoza

Tus brazos siempre se abren cuando

necesito un abrazo, tu corazón sabe comprender cuando necesito una amiga, tus ojos sensibles se endurecen cuando necesito una lección, tu fuerza y tu amor me han dirigido por la vida y me han dado las alas que necesito para volar. Mamá, un agradecimiento para ti no es suficiente, porque, no pides nada a cambio e incondicionalmente te encuentras a mi lado, más que juzgar y recriminar mis errores los perdonas, estas a mi lado, tomas mi mano y me alientas a continuar. Sabes que esta meta es de las dos y que aunque en el camino hubo obstáculos logramos superarlos... Es el inicio de una nueva etapa, que sin duda compartiré contigo, te amo, te agradezco darme la vida, gracias a ello puedo estar a tu lado y ser la persona que soy

Aarón Zaiid Mi chiquitín, porque tú presencia ha sido y seguirá siendo un motivo que me impulsa para seguir en el camino. Siempre anhele tu llegada y Dios me concedió la dicha en el momento preciso para que juntos poder compartir este logro. Eres el regalo más hermoso que me ha dado la vida.

Maribel Mendoza Milo por que, una amiga es alguien que cree en ti incluso cuando tú has dejado de creer en ti misma.

Gracias por los momentos compartidos con tus palabras y apoyo, tuviste mucho que ver para cerrar este ciclo.

Araceli Jiménez Mendoza. Agradezco tu paciencia y tiempo dedicado, por creer en mí no me permitiste desistir y me impulsaste a continuar en el camino del conocimiento, aprendizaje y desarrollo personal

Amado



Angelina

Su apoyo y enseñanza fueron fundamentales, gracias por todo, en mi mente, alma y corazón, siempre me acompañan.

VERO



INDICE

INTRODUCCIÓN.....	5	Fase inicial.....	26	
JUSTIFICACIÓN.....	7	Fase de estado.....	27	
METODOLOGÍA.....	8	Fase Terminal.....	28	
OBJETIVOS.....	9	Métodos de Diagnóstico.....	29	
CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO		Tratamiento.....	32	
1.1 EVOLUCIÓN DEL CUIDADO Y ENFERMERÍA		El profesional de Enfermería y la atención al paciente con EA.....	33	
Introducción.....	12	1.4 EL CUIDADOR PRIMARIO DE LA PERSONA CON EA		
Prehistoria.....	12	El cuidador Primario de la Persona con EA.....	37	
Edad Antigua.....	12	Repercusiones de la EA en el Cuidador Primario.....	39	
Edad Media.....	13	Atención de Enfermería al Cuidador Primario.....	42	
Progreso de la Medicina y Profesionalización de Enfermería.....	13	CAPITULO 2. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA		
1.2 VIRGINIA AVENEL HENDERSON		Presentación del caso y Exploración Física.....	46	
Antecedentes Personales.....	16	Resumen por necesidades.....	47	
Fuentes Teóricas.....	16	Síntesis Diagnóstica.....	50	
Tendencia y Modelo.....	17	Plan de Atención de Enfermería.....	52	
Principales conceptos.....	17	CONCLUSIONES.....		77
Supuestos principales.....	18	REFERENCIAS		
Afirmaciones Teóricas.....	19	BIBLIOGRAFICAS.....		80
1.3 LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER		ANEXOS.....		88
Introducción.....	20			
Demencia.....	20			
Demencia tipo Alzheimer.....	21			



INTRODUCCIÓN

La población envejece, la esperanza de vida es cada vez mayor y el número de ancianos crece. En consecuencia, también aumentan las enfermedades relacionadas con la vejez, entre ellas destacan las demencias, consideradas como uno de los más grandes retos de salud pública. Ha sido necesario llamar la atención de quienes trabajan con la población adulta mayor, tanto de manera directa (en la atención), como de manera más general (en la planificación de políticas y programas), y en especial de las familias, debido en gran parte al estigma con que estas enfermedades se manejan en el contexto social (Caro, 1999). La demencia es una disfunción cerebral que se caracteriza por la disminución de la memoria y de la función intelectual. Según la Alzheimer's Disease International, hay en el mundo unos 18 millones de personas que padecen demencia, y la enfermedad de Alzheimer afecta a más de la mitad de esos casos. Como las probabilidades de que una persona desarrolle la demencia aumentan con la edad, es de prever que el número de casos de demencia aumente rápidamente con el envejecimiento de la población mundial en los próximos decenios. La demencia, que es causa de discapacidad grave entre las personas que la padecen, tiene efectos muy diversos en las familias y en los amigos cercanos que participan en el cuidado de una persona querida, pueden experimentar estrés, frustración y agotamiento, además de un sentimiento de pérdida de la persona que antes conocían. La demencia tiene además elevados costos económicos.

En México se estima que el 6% de las personas mayores de 60 años sufren de la Enfermedad de Alzheimer o de algún tipo de demencia, es decir, aproximadamente 360 mil, y en el Distrito Federal se estima que hay 41 mil personas con esta enfermedad; cantidad que aumentará proporcionalmente con el incremento en la población adulta mayor, ya que la edad avanzada constituye uno de los principales factores de riesgo para la aparición de la enfermedad. La presencia de la demencia y en particular de la Enfermedad de Alzheimer, tiene fuertes implicaciones a nivel personal, familiar, social y económico. Los recursos monetarios y humanos necesarios para su atención son muchos y diversos, además de que no existe un tratamiento que cure esta enfermedad (Caro, 1999).



Podemos deducir entonces que cuidar es imprescindible para la vida y para la perpetuidad del grupo social y que lo ideal es promover la cura de uno mismo, pero en algunas etapas o situaciones no es posible hacerlo, sobre todo cuando el individuo tiene una pérdida gradual de la salud y cuando este problema se trata de una patología crónica, se vuelve primordial que la atención sea oportuna y eficaz, así mismo conlleva; la tarea de adquirir nuevos conocimientos, una formación adecuada y continua para poder brindar los cuidados necesarios. En una persona que padece una patología como lo es, la Enfermedad de Alzheimer (EA) el reto se vuelve aún mayor, ya que, no es de fácil diagnóstico, no se tiene conocimiento de su etiología, y no es curable pero si progresiva; por ende, no existe un tratamiento específico.

Por lo tanto el presente trabajo pretende englobar lo antes expuesto y contribuir al conocimiento de la patología pero sobre todo a la comprensión de las personas con dicho padecimiento, se divide en dos capítulos, en el primer capítulo se describe el Marco Teórico, el primer apartado desarrolla la importancia del cuidado desde el inicio de nuestra existencia aún siendo brindado de forma empírica pues, la esencia sigue siendo el bienestar. Al mismo tiempo se contextualiza el surgimiento de enfermería y su evolución hasta llegar a ser la profesión propia del cuidado. En el segundo apartado se introduce al lector al modelo de Virginia Henderson pues, cabe mencionar que es la base primordial del presente trabajo. El tercer apartado se constituye de información básica necesaria para adentrarse en qué es la EA, signos y síntomas y comportamiento que presentan las personas con esta patología.

El segundo capítulo, integra la información desarrollada en los apartados anteriores a través del desarrollo de un Proceso de Atención de Enfermería personalizado. En el primer apartado se presenta el caso y valoración que, integra un resumen; el segundo apartado describe la síntesis diagnóstica y el tercer apartado e integra las subsecuentes etapas del PAE, planeación, ejecución y evaluación. Posteriormente se incluyen las conclusiones obtenidas a lo largo del desglose de la información ya expuesta y sobre todo del Plan de Atención otorgado a la paciente. Finalmente se incluye bibliografía y anexos.



La enfermedad de Alzheimer y la mayoría de los demás tipos de demencia no tienen cura. Por ello, el tratamiento se centra en mejorar la calidad de vida, esto supone reducir al mínimo los síntomas y atacar su causa cuando sea posible. Los tratamientos farmacológicos pueden ser eficaces para controlar la depresión y la agitación, sin embargo; conforme la evolución natural de la enfermedad continúa, el paciente va perdiendo su individualidad y por ende necesita el apoyo de una persona para que, a través de esta; se puedan mantener, ayudar o suplir las habilidades afectadas. Por lo tanto, los cuidados consisten en evaluar las necesidades de la persona que padece demencia y las de las personas encargadas de su atención. Las personas con demencia necesitan un entorno vital seguro, acceso a cuidados de apoyo coordinados multidisciplinarios, además; respeto y protección. Los familiares que prestan cuidados deben participar en las decisiones sobre éstos; se les debe proporcionar información, formación y capacitación relacionadas con la demencia, así como; oportunidades de descanso, se debe reconocer la exigente función que desempeñan y la importante contribución que hacen.

Con base en lo anterior, las enfermeras tienen una función esencial que desempeñar para hacer a la sociedad, más consciente y capaz de reconocer a la demencia como un problema que incrementa día a día. El profesional de Enfermería debe promover la importancia de la evaluación y del diagnóstico temprano; la necesidad de servicios de apoyo, el valor de la formación y capacitación de los cuidadores. Pueden fomentar y apoyar a los grupos de autoayuda, así como; a la colaboración multidisciplinaria en la práctica profesional y en la investigación dirigida a establecer acertadamente el diagnóstico de demencia; abogar a favor de la protección de los derechos e intereses de los pacientes.

A las enfermeras incumbe asimismo la responsabilidad de mantener su propio nivel de competencia; ampliar constantemente sus conocimientos, y contribuir a la elaboración de políticas a favor de las personas que padecen demencia y a favor de sus familias, para que reciban cuidados y consigan calidad de vida. Para esto es necesario también impulsar políticas que favorezcan la aportación y la gestión de los recursos humanos en el futuro.



Se presenta un caso de un adulto mayor, femenino que se captó a través del programa de televisión de la Coordinación de Universidad Abierta y Educación a Distancia (CUAED)-UNAM en el mes de septiembre de 2007, con la difusión del macroproyecto “Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública”, coordinado por la Facultad de Medicina con clave 5DEI.PTDO5.5 del cual se deriva “Modelo de Enfermería para la atención preventiva y terapéutica en personas con enfermedad de Alzheimer en el que participa la ENEO cuya clave de registro es folio 020. Posteriormente se concertó una cita en las instalaciones de la ENEO, ya que la paciente refería problemas de memoria y otros signos característicos de EA, pero sin contar aún con un Diagnóstico, ni evaluación Clínica de tipo médico. Durante esta primera cita, se abre un expediente iniciando con historia clínica, se realizan las pruebas Mini-Mental State Examination (MMSE) y Test 7 Minutos, obteniendo resultados en ambos el resultado de alta probabilidad de deterioro cognitivo; se aplican también los instrumentos Inventario de Depresión (Beck ET AL) y Escala Corta de depresión Geriátrica (SDG). Se completa la evaluación con la colaboración de un médico neurólogo quien confirma el Diagnóstico de Demencia moderada probable tipo Alzheimer. A partir de la ratificación de este diagnóstico, se realiza la valoración de necesidades afectadas y grado de dependencia elaborado en el mismo proyecto; a partir de este se elabora el diseño del Plan de Cuidados de Enfermería y se pone en práctica el para brindar una atención personalizada.



GENERAL

Aplicar el proceso Atención de Enfermería, en una paciente con demencia tipo Alzheimer, con el fin de seleccionar las herramientas que nos permitan detectar oportunamente las necesidades afectadas en el adulto mayor con este tipo de padecimiento y así poder diseñar y proponer un plan de intervenciones de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson personalizado a través de sesiones educativas a la paciente con Alzheimer.



ESPECIFICOS

- ⊕ Interactuar con la paciente con demencia, para la detección oportuna de necesidades afectadas, identificando el grado de dependencia del individuo.

- ⊕ Identificar Diagnósticos de enfermería que presenten con mayor frecuencia las personas Diagnosticadas con EA, con base en el modelo de Virginia Henderson.

- ⊕ Integrar un plan de cuidados de Enfermería a nivel preventivo y/o terapéutico, conforme el grado de avance de la EA, el cual repercuta en la calidad de vida de la paciente.

- ⊕ Sensibilizar al personal (familiares, cuidadores) que se encuentra en el entorno de la paciente y así, mejorar el cuidado.

CAPITULO 1

MARCO TEÒRICO



1.1 EVOLUCIÓN DEL CUIDADO Y ENFERMERÍA

Introducción

Los hombres, como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, acto de vida que tiene por objetivo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie. Los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayudaran a otra asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida del grupo (Collière, 1982. p.47).

Prehistoria

Los hombres se preocuparon de asegurar la continuidad de la vida de grupo y perpetuar la especie, organizando las tareas para asegurar la cobertura de una serie de necesidades: alimentación, protección de intemperies, defensa del territorio, salvaguarda de los recursos y de las enfermedades (Collière, 1982 p. 24).

Edad Antigua

Se consiguió el progreso y mejoría de las condiciones de vida para los seres humanos. *El empirismo*, que se traducía en tratamientos quirúrgicos, fármacos, recursos dietéticos, masajes y baños; *la magia*, representada por encantamientos, exorcismos, ofrendas a dioses, plegarias y sacrificios.

Las culturas griega y romana contribuyeron en la consolidación de la Medicina y otras profesiones, el cristianismo impulsó a muchas personas a cuidar a enfermos y favoreció la creación de enfermerías en monasterios y hospitales. Las epístolas de San Pablo mencionan a Febe (Jaimeison, 1968. p.52), mujer nombrada diaconisa a quienes algunos autores la consideran primera enfermera de la historia. Febe, al igual que las diaconisas de su época cuidaba de los enfermos en sus domicilios. Otras organizaciones que se dedicaron al cuidado de los enfermos fueron las "Viudas y Vírgenes" y las "Matronas romanas", entre las últimas



destaca Fabiola que fundó el primer hospital de Roma en el año 390. Los cuidados de Enfermería, se limitaban a cuidados elementales de higiene, alimentación, abrigo y confort al paciente en su sufrimiento.

Edad Media

El sistema feudal con sus continuas guerras, propició que las enfermedades hicieran su aparición favorecidas por la mala nutrición.

Poco a poco los monjes y monjas fueron desplazando a las mujeres que siempre habían prodigado los cuidados de Enfermería, comenzando la etapa que Collière denominada "*Mujer Consagrada*". La filosofía de estas mujeres y hombres ordenados comportaba dar mucho *valor al aspecto espiritual* (dualismo cuerpo-alma), por medio de la oración, mientras que *técnicas de Enfermería eran muy elementales*: abrigar a los pacientes, alimentarlos, lavarlos, colocarles agua fría de rosas para la fiebre, transportar y curar heridos.

La enseñanza de la Medicina se hizo inicialmente en los monasterios y las escuelas catedralicias (Salerno s. XI), hasta la llegada a la Universidad en el s. XIII, pero para ejercer como enfermera/o no se le exigía formación, la *vocación* se consideraba suficiente.

Progreso de la Medicina y Profesionalización de Enfermería

En el período histórico europeo, entre el siglo XV y XVI, significa el resurgimiento de la civilización, artes, estudios y un redescubrimiento de los conocimientos clásicos. Mientras los progresos de la Medicina, son constantes y evidentes, la Enfermería va a entrar en período de decadencia debido a la *Reforma protestante* que se desarrolló a lo largo del s. XVI ya que en los países que se adhirieron a la Reforma, desaparecieron las órdenes religiosas, quedando los cuidados de Enfermería en manos de sirvientas y asistentes sin preparación. Los hospitales se convirtieron en lugares de desesperación y horror (Molina, 1993. p.45).



El problema de asistencia a enfermos fue estudiado cuidadosamente, por nuevas órdenes religiosas; como la orden fundada por *San Juan de Dios* (1495-1550), que en su Reglamento de 1540, quedaban delimitadas las funciones de los enfermeros y la orden de las "Hermanas de la Caridad" fundada por *San Vicente de Paul* (1576-1660), considerado como el precursor de la Enfermería moderna al exigir que las hermanas que cuidaban enfermos además de leer y escribir, recibieran clases. Sin duda los países en los que los religiosos/as católicos pudieron continuar ofreciendo la atención al enfermo (como España), el nivel de cuidados de Enfermería (aún siendo bajo), era superior a aquellos países en los que triunfó el protestantismo donde era menor el número de personas dedicadas a la atención de los pacientes, que carecían de preparación y vocación.

En el período del s. XVII a XIX muy agitado políticamente, sucedieron acontecimientos muy importantes: La guerra de los Siete Años, la Revolución Francesa y la guerra de la Independencia de América de Norte. e realizaron numerosos descubrimientos científicos.

Una figura a destacar es *E. Fry* (1780-1845) dedicada a la reforma y humanización de las cárceles, quien con su labor, inspiró al pastor alemán *Theodor Fliedner* a instalar en *Kaiserswerth*, una casa refugio para acoger a ex-presidarias, un hospital para proporcionar atención a los enfermos y una casa para la formación de enfermeras a las que él denominaba "Diaconisas", fueron seleccionadas de un grupo de jóvenes de buena familia y vida ejemplar, recibían clases de los médicos del centro y del propio *Fliedner* y esposa. Sin embargo; la auténtica profesionalización de Enfermería, llegaría de mano de una mujer inglesa llamada *Florence Nightingale* (1823-1910) (Tomey, 1996 .p.69). Nació en Florencia durante un viaje de sus padres en esta Ciudad. Creció en una atmósfera de lujo y confort. Inició los estudios de Enfermería, a pesar de la oposición de su familia y en 1851, estuvo en la Escuela de las Diaconisas de Kaiserwerth donde completó su formación. De nuevo en Inglaterra dirige una casa de salud en Londres, para institutrices enfermas, donde con la incorporación de sencillas



mejoras como: agua caliente y timbre en habitaciones, ascensores, búsqueda de un trabajo tras el alta, consiguió elevar de forma significativa los cuidados prestados.

En 1854 estalló la Guerra de Crimea, el ministro de la misma, conocedor de la labor de F. Nightingale, le confió la mejora de la asistencia a los soldados heridos. Su llegada fue mal recibida por los médicos que no querían mujeres en la atención a los soldados. Sin embargo y tras comprobar que apenas transcurrido un año, el índice de mortalidad pasó de un 40% al 2%, aplicando elementales medidas como: limpieza, suministro de agua y sistema de desagüe, instalación de lavandería, cocina y compra del material básico (jabón, mantas, peines, etc).

Un mérito importante de esta mujer es haber comprendido la importancia de la formación sistemática, creando así una verdadera profesión: *"No vale la intuición sin educación, lo mismo que se tiene por charlatán al que cura sin haber estudiado, hay que rechazar a la enfermera sin educación específica"*(1990 p.12). Se puede decir que el primer modelo conceptual de Enfermería ha nacido.

Entre otras muchas actividades organizó una escuela de enfermeras según los principios siguientes: programa de estudios de tres años, reglamentos referentes a las horas de trabajo y descanso, anexión de la escuela al hospital y fijación de condiciones de admisión, de los exámenes y entrega de diploma. Asimismo, preparó el terreno para la participación de la Enfermería en la investigación. Sus conocimientos de estadística quedaron demostrados por la competencia con que reunió, analizó e interpretó datos sobre la práctica de salud en su época. Al escribir acerca las elevadas tasas de mortalidad en los hospitales, se planteaba la cuestión de porque ocurrían las defunciones y porque las tasas variaban de un hospital a otro. Sus estudios, concebidos desde un punto de vista epidemiológico, permitieron conocer mejor los factores asociados a las variaciones de las tasas de morbilidad, mortalidad y restablecimiento. Para defender sus ideas sobre el mejoramiento de la atención de salud y persuadir a los gobiernos que modificaran sus sistemas de servicios de salud, utilizó estos datos de morbilidad y mortalidad (Nuttal, 2003. p.28).



1.2 VIRGINIA AVENEL HENDERSON

Antecedentes personales

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Aunque oriunda de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia y adolescencia en Virginia ya que su padre era abogado en Washington, D.C.

Durante la primera guerra mundial Henderson desarrolló su interés por la enfermería, y en 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Henderson se graduó en 1921, aceptando un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inició su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en el Teacher's Collage de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de B. S y M. A. en formación de enfermería. En 1929 Henderson trabaja como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Vuelve al Teacher's Collage en 1930 como miembro de la facultad impartiendo cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional, hasta 1948. Henderson tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia en el Teacher's Collage, reescribió la cuarta edición de la obra de Bertha Harper, *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, tras la muerte de la autora, siendo publicada esta edición en 1939. La 5ª edición de este libro se publicó en 1955 y contenía la definición de Henderson sobre enfermería (Tomey 1996).

Fuentes Teóricas

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero, al revisar el [texto](#) de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la [Conferencia](#) Regional de la National Nursing Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio [interés](#) en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una [síntesis](#) de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas. (Tomey, 1996, p.101).



Tendencia y Modelo

El [modelo](#) de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la [acción](#) de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, concibe el papel de la enfermera como la realización de las [acciones](#) que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, [vejez](#)), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia(Tomey, 1996 p. 102).

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas(Tomey, 1996). La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla.

Principales Conceptos

Su [objetivo](#) es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del [plan](#) de cuidado. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando esta sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Enfermería. Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible (Tomey, 1996 p. 104).



Salud. Es la [calidad](#) de salud más que la propia vida, ese margen de vigor físico y mental; que permite a una [persona](#) trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida (Tomey,1996 p. 105).

Entorno. Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo (Tomey, 1996 p. 105).

Persona (paciente). Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el [alma](#) son inseparables. Contempla al paciente y a [la familia](#) como una unidad (Tomey, 1996, p.105).

Necesidades

Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente. Señala 14 básicas (Henderson 1978), que son:

1. Respirar normalmente.	9. Evitar peligros y no dañar a los demás.
2. Comer y beber de forma adecuada.	10. Comunicarse con otros expresando sus emociones , necesidades, temores u opiniones.
3. Evacuar los desechos corporales.	11. Vivir Según valores y creencias.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.	12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
5. Dormir y descansar.	13. Participar y disfrutar de actividades recreativas.
6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).	14. Aprender, satisfacer la curiosidad.
7. Mantener la temperatura corporal del cuerpo dentro de límites normales	
8. Mantener higiene corporal e integridad de la piel.	

Supuestos Principales

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de [biología](#) como [sociología](#), puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su [equilibrio](#) fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia. La salud es



calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo (Tomey, 1996, p.105).

Afirmaciones Teóricas

Relación enfermera – paciente

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- La enfermera como un *sustituto* de algo necesario para el paciente.

Se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

- La enfermera como auxiliar del paciente.

Durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia (Tomey, 1996, p.106).

- La enfermera como compañera del paciente.

Supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico

La enfermera tiene una función diferente al médico, su trabajo es independiente aunque, existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen (Tomey, 1996, p.107).

Relación enfermera – equipo de salud

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas (Tomey, 1996, p.105).



1.3 LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Introducción

La Enfermedad de Alzheimer es una demencia irreversible, frecuentemente confundida con otro tipo de padecimientos de tipo demencial, algunos de los cuales pueden ser reversibles.

Debido a que en alguna época el término “demencia senil” fue ampliamente usado para definir enfermedades de Alzheimer, existe todavía la errónea creencia de que estas enfermedades son una consecuencia natural del envejecimiento.

El diagnóstico de esta enfermedad es difícil, no se han identificado con precisión las causas que la originan y no se conoce una cura. Existe un número reducido de instituciones que auxilian apacientes con la enfermedad. Éstos son atendidos en sus hogares y los cuidadores requieren de los elementos para brindar la atención y apoyos necesarios.

La EA provoca un deterioro de la calidad de vida del enfermo y de su entorno familiar, lo que conlleva graves dificultades de convivencia. Se trata de una de las formas más comunes de demencia.

Los cuidadores que están bien informados pueden ayudar a mejorar la calidad de vida, tanto para ellos como para las personas que atienden (Caro, 1999, p.7).

DEMENCIA

Concepto

Es una alteración mental orgánica que origina pérdida general progresiva y permanente de la capacidad intelectual como alteraciones de la memoria, juicio y pensamiento abstracto, además de cambios en la personalidad (Tortora y Derrickson, 2006, p. 493). Es un desorden progresivo de las funciones intelectuales superiores tales como la memoria, el lenguaje y otras habilidades cognitivas y afectan las actividades de la vida diaria. Cuando a una persona se le diagnostica una demencia, es porque da claras señales de deficiencias en la memoria, el lenguaje, el razonamiento y el comportamiento.



Demencia tipo Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurológica incapacitante que afecta al casi 5% (casi un millón de personas) de la población de más de 65 años de edad (Tortora, 2006).

Se inicia, por lo general, a los 60 años y el riesgo de contraerla aumenta con la edad. Aunque las personas más jóvenes también pueden desarrollarla, es mucho menos común entre ellas. Cerca de un 5 por ciento de hombres y mujeres entre los 65 y los 74 años de edad tienen Alzheimer, y casi la mitad de aquellos que tienen 85 años de edad en adelante pueden tener la enfermedad. Sin embargo, es importante advertir que la enfermedad de Alzheimer no es parte del proceso natural de envejecimiento.

El nombre de esta enfermedad se atribuye al médico alemán, Alois Alzheimer, quien en 1906 notó cambios en el tejido cerebral de una mujer que había muerto de una rara enfermedad mental. Alzheimer encontró depósitos anormales (ahora llamados “placas de amiloide”) y una acumulación de estructuras fibrilares entrelazadas (conocidas en la actualidad como “ovillos neurofibrilares”). Hoy en día, la presencia de estas placas y ovillos en el cerebro se considera el sello característico de la enfermedad de Alzheimer. Los científicos también han descubierto otros cambios en el cerebro de las personas que tienen esta enfermedad. Estos cambios tienen que ver con la destrucción de células nerviosas en áreas del cerebro que son vitales para la memoria y otras facultades mentales, lo cual causa la interrupción de las conexiones entre las células nerviosas. También se presentan niveles más bajos de algunas de las sustancias químicas del cerebro que se encargan de la transmisión de mensajes entre las células nerviosas. La enfermedad de Alzheimer altera los procesos del pensamiento, la memoria y el lenguaje al interrumpir la transmisión de estos mensajes.

La enfermedad ha provocado más de 120 000 muertes en un año, convirtiéndose en la cuarta causa de muerte entre los ancianos después de la enfermedad cardíaca, el cáncer y el paro cardíaco (CIIISE, 2008, p. 1-3).



Etiología

Los científicos aún no entienden del todo lo qué causa la enfermedad de Alzheimer. Es probable que no haya una sola causa, sino varios factores que afectan a cada persona de forma diferente. La edad es el factor de riesgo más conocido.

Así mismo, hallazgos de la autopsia; muestran claramente varias características patológicas en los cerebros de las víctimas de la EA. Aunque hay una pérdida gradual normal de neuronas en el cerebro en asociación con el envejecimiento, la velocidad de la pérdida neuronal de las personas con la EA es mayor de lo normal, en especial en las regiones del cerebro que son importantes para la memoria y otros procesos intelectuales, como la corteza cerebral, y el hipocampo. Otro hallazgo patológico es la presencia de mallas neurofibrilares, haces de proteínas fibrosas, en los cuerpos celulares de las neuronas de la corteza cerebral, hipocampo y tallo cerebral. También se encuentra presente el amiloide, acumulaciones patológicas ricas en proteínas.

En algunos casos, el amiloide rodea e invade los vasos sanguíneos cerebrales, esta forma se llama amiloide cerebrovascular el cual se acumula en la capa muscular media de vasos sanguíneos y en forma eventual origina hemorragia, otra forma de amiloide es un componente de las placas neuríticas (seniles) que consiste de axones anormales y terminales axonales que rodean al amiloide. Las placas neuríticas son abundantes en la corteza cerebral, el hipocampo y la amígdala (Tortora, 2006, p. 492).

El **amiloide** forma un **proteína** que se llama **A68** que se encuentra en las mallas neurofibrilares. Tanto las mallas neurofibrilares y la proteína A68 se encuentran en sólo dos grupos de adultos: personas con EA y personas síndrome de Dawn. Es un defecto genético que provoca retardo mental. De las dos proteínas, la A68 es un factor clave en la aparición del síndrome de Dawn. En los niños normales se cree que la A68 provoca muerte programada de las neuronas sobrantes, un proceso que termina a los 2 años de edad, después la proteína A68 desaparece del cerebro.



Sin embargo reaparece en los pacientes con la EA. Se sospecha que la proteína A68 puede causar la EA disparando el crecimiento de las mallas neurofibrilares mediante la muerte celular programada como lo hace en los niños normales (Tortora, 2006, p. 492).

Los antecedentes familiares son otro factor de riesgo. Los científicos creen que la genética puede jugar un papel importante en muchos de los casos de Alzheimer. Por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer familiar de aparición temprana, una rara forma de la enfermedad que generalmente se manifiesta entre los 30 y 60 años de edad, es de carácter hereditario. El tipo más frecuente de Alzheimer es el de la aparición tardía. Se presenta más adelante en la vida y en la mayoría de familias no se observa un patrón hereditario obvio. Sin embargo, varios factores de riesgo genético pueden interactuar el uno con el otro y con factores no genéticos para causar la enfermedad. El único factor de riesgo genético identificado hasta ahora para la enfermedad de Alzheimer de aparición tardía es un gen que produce una forma de proteína llamada apolipoproteína E (ApoE). Todas las personas tienen ApoE, la cual ayuda a transportar el colesterol en la sangre.

Solamente cerca de un 15 por ciento de personas tienen la forma de esta proteína que aumenta el riesgo de contraer la enfermedad (CIIISE, 2008, p. 3-4).

Se ha encontrado recientemente que un gen en el cromosoma 21 es el código para el amiloide, y un gen extra, como el que se encuentra en el síndrome de Dawn puede provocar una producción excesiva de amiloide (Tortora, 2006, p. 492).

Dicha información sugiere que un defecto genético común puede ser el responsable para la EA y el síndrome de Down. Una hipótesis que se relaciona con la posible causa de la EA se centra en la observación de que la enzima **colinacetiltransferasa** se encuentra en muy bajas concentraciones en los cerebros de las víctimas de EA. La enzima es necesaria para la síntesis del neurotransmisor acetilcolina en los axones terminales. Los niveles de la enzima son muy bajos en la corteza cerebral e hipocampo de los pacientes con la EA lo que lleva la pérdida de los axones terminales en estas regiones, y por lo tanto los niveles de acetilcolina son también bajos. La disminución en los niveles de acetilcolina se corrige con la transmisión de impulsos nerviosos, impulsos que se requieren para la memoria.



Otra hipótesis sugiere que la EA puede ser consecuencia de la pérdida de neuronas debido a la falta hereditaria de genes, una acumulación anormal de proteínas en el cerebro, virus de activación lenta, toxinas del medio ambiente, como es el aluminio y la disminución del flujo sanguíneo al cerebro como resultado de cantidades inadecuadas de oxígeno y glucosa (Tortora, 2006, p. 492 y 493).

Es probable que haya otros genes que también puedan aumentar el riesgo de desarrollar esta enfermedad o de proteger a las personas contra la misma, pero todavía no han sido descubiertos.

Los científicos aún tienen mucho que aprender sobre las causas de esta enfermedad. Además de la genética y de la ApoE, los científicos se encuentran investigando el papel que podrían desempeñar la educación, la alimentación y el ambiente en el desarrollo de la misma. Los científicos están encontrando cada vez más indicios de que algunos de los factores de riesgo de las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares, como la hipertensión arterial, el colesterol alto y los niveles bajos de la vitamina folato, pueden también aumentar el riesgo de desarrollar Alzheimer. También hay mayores indicios de que las actividades físicas, mentales y sociales pueden ser factores de protección contra la enfermedad (CIIISE, 2008, p. 4).

Esta enfermedad afecta a todos los grupos de la sociedad y no respeta clase social, género, grupo étnico ni lugar geográfico. Y aunque la Enfermedad de Alzheimer es más común entre personas adultas mayores, también pueden padecerla personas más jóvenes(Caro, 1999).



Signos y Síntomas del Paciente con EA

La enfermedad se manifiesta de forma lenta y progresiva (Caro, 1999).

La Enfermedad de Alzheimer afecta a cada persona de diferente manera. Su impacto depende, en gran parte, de cómo era antes de la enfermedad, su personalidad, condición física, estilo de vida. Cada una vivirá el progreso de la enfermedad de manera distinta (Caro, 1999, p. 12).

Las manifestaciones clínicas de las demencias expresan el deterioro simultáneo de varias o todas las funciones superiores: memoria, lenguaje. Antes o después se afecta también la conducta y el estado anímico.

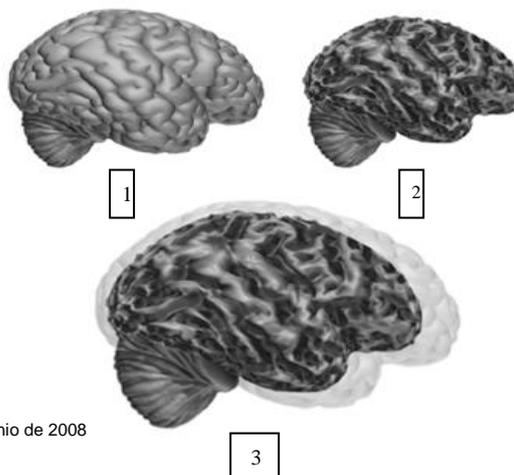
Muchos de los primeros síntomas de la enfermedad de Alzheimer pueden no ser percibidos fácilmente porque se parecen a los signos naturales del envejecimiento, tales como el olvido, pérdidas de la concentración, así como problemas motrices y de lenguaje, incluyendo dificultades para hablar y caminar. Los signos de deterioro van aumentando rápidamente, sobre todo la alteración de la memoria y la atención.

El síntoma neurológico más frecuente y principalmente el que motiva la primera consulta es la falta de memoria, específicamente a corto plazo con repercusión en las actividades cotidianas (del hogar, del trabajo, de las finanzas) con inicial conservación de la memoria lejana evocadora que en estadios avanzados también se afectará (Coria, 1994. p. 2).

La enfermedad de Alzheimer causa la muerte de neuronas y la pérdida de tejido en todo el cerebro. Con el tiempo, el cerebro se encoje dramáticamente, afectando casi todas sus funciones (Alzheimer's Association 2008).

ESQUEMA 1.

1. [Cerebro Normal](#)
2. [Cerebro en etapa avanzada EA](#)
3. Comparación de cerebros



FUENTE: www.alz.org/brain revisado en junio de 2008



De forma general se han establecido tres fases en la evolución de la EA (Coria, 1994).

Fase Inicial

- ❖ Duración de la enfermedad entre 1 y 3 años.

Por ser una enfermedad gradual es difícil de precisar el momento exacto en que comienza. En esta primera etapa es necesario buscar un diagnóstico oportuno ya que muchas veces es confundida por profesionales, familiares y amigos como “vejez” o como algo normal en el proceso de envejecimiento (Caro, 1999, p. 12).

En las etapas más tempranas del Alzheimer, antes de que los síntomas puedan ser detectados por pruebas actuales, las placas y las marañas empiezan a formarse en las áreas del cerebro que son para (Alzheimer’s Association 2008):

ESQUEMA 2

- Aprender y recordar
- [Pensar y planear](#)



FUENTE: www.alz.org/brain revisado junio de 2008

La persona puede:

- Tener dificultades con el lenguaje
- Tener pérdida significativa de memoria, en especial la reciente (a corto plazo)
- Estar desorientado en el tiempo
- Perderse en lugares conocidos
- Tener dificultad en tomar decisiones
- Tener falta de iniciativa y motivación
- Manifestar señales de depresión y agresión
- Perder el interés en actividades
- Tener alteraciones en el sueño (inversión de horarios)
- Descuido en su higiene



Fase de Estado

- ❖ Duración de la enfermedad entre 2 y 10 años.

En las etapas leves o moderadas del Alzheimer, las regiones del cerebro que son importantes para *la memoria y el poder pensar y planear* desarrollan más placas y marañas de las que estuvieron presentes en las etapas tempranas.

Esto resulta en problemas de la memoria o del pensamiento tan serio como para interferir con el trabajo o la vida social. Las personas en esta etapa pueden volverse confundidas y tener problemas al manejar el dinero, expresarse y organizar sus pensamientos. Muchas personas con la EA son diagnosticadas durante esta etapa (Alzheimer's Association, 2008).

Se vuelven más confusos y olvidadizos, con frecuencia repiten preguntas o se pierden cuando viajan a lugares familiares. Aumenta su desorientación, desaparecen de su memoria los acontecimientos pasados y puede haber episodios de paranoia, alucinación o cambios violentos en el estado de ánimo (Tortora, 2006, p. 493).

Conforme su mente sigue deteriorándose, pierden la capacidad para leer, escribir, platicar, comer, caminar o cuidarse a sí mismos.

Placas y marañas también se propagan a áreas del cerebro usadas para:

- [Hablar y comprender el habla](#)
- [Entender la posición de su cuerpo en relación a los objetos a su alrededor](#)

ESQUEMA 3.





Con el progreso de la enfermedad, los individuos afectados pueden experimentar cambios de personalidad y de comportamiento y tener dificultad en reconocer a sus amigos y familiares (Alzheimer's Association, 2008). A medida que avanza la EA, los síntomas son más evidentes y restrictivos. La persona con la enfermedad tiene dificultad para realizar las actividades de la vida diaria (Caro, 1999, p. 12).

- ❑ Olvidadiza, especialmente de episodios recientes y nombres de personas
- ❑ Necesita ayuda para su higiene personal, ir al baño, lavarse y vestirse
- ❑ No puede cocinar, limpiar o salir de compras
- ❑ Tiene dificultades para hablar
- ❑ Comienza a vagabundear
- ❑ Se pierde en la casa y en la colonia
- ❑ Puede tener alucinaciones
- ❑ Se torna extremadamente dependiente, requiere supervisión las 24 hrs.

Fase Terminal

Finalmente la enfermedad culmina en la demencia, la pérdida de la razón.

- ❖ Duración de la enfermedad entre 8 y 12 años.

En la etapa avanzada del Alzheimer, la mayoría de la corteza está seriamente dañada. El cerebro se encoge dramáticamente debido a la muerte de un gran número de células. Las personas que padecen de Alzheimer pierden su habilidad de comunicarse, reconocer a su familia y a sus seres queridos y de cuidarse de sí mismo (Alzheimer's Association 2008).

ESQUEMA 4.





Esta etapa es de total dependencia e incluso inactividad. Los disturbios en la memoria son muy serios y se nota más el deterioro físico. La persona:

- ❑ Tiene dificultad al comer
- ❑ No reconoce a familiares, amigos y objetos conocidos
- ❑ Tiene dificultad para entender e interpretar situaciones
- ❑ Se pierde dentro de su propia casa
- ❑ Tiene problemas para caminar
- ❑ Tiene incontinencia urinaria y fecal
- ❑ Se comporta de forma inapropiada en público
- ❑ Está en silla de ruedas o postrada en cama en posición fetal o rígida
- ❑ Sólo emite sonidos

Algunos de estos aspectos pueden aparecer en cualquier etapa, por ejemplo, un comportamiento que aparece en la última etapa puede ocurrir en la etapa media. Además los cuidadores deben saber que *en todos los períodos pueden aparecer momentos cortos de lucidez* (Caro, 1999, p.12).

Métodos de Diagnóstico

El hecho de presentar pérdida de memoria no es exclusivo de la EA. El diagnóstico temprano sigue siendo clínico, generalmente se hace por exclusión (al descartar otras enfermedades que pueden mostrar los mismos síntomas) y su confirmación definitiva es a través de un examen del cerebro después de la muerte (Caro, 1999, p. 14). Pues, la única forma definitiva de diagnóstico es determinar si hay placas y ovillos o acumulaciones en el tejido cerebral. Sin embargo, para observar el tejido cerebral los médicos deben esperar a que se realice una autopsia. Por esta razón, **los médicos sólo pueden hacer un diagnóstico “posible” o “probable”** de la enfermedad mientras la persona está viva (CIIISE, 2008, p. 5). La primera evaluación médica de un paciente con demencia, tiene como meta descartar la posibilidad de un cuadro de demencia reversible y la asociación con enfermedades subyacentes.

Todas las personas con demencia deben ser sometidas a una evaluación detallada que consiste en entrevista con el paciente y sus familiares, examen físico, exámenes de laboratorio e imagen y pruebas neuropsicológicas.



Entrevista

La primera visita del enfermo con el médico y personal de enfermería deberá ser **en compañía de algún familiar que conozca y describa los cambios y problemas del paciente**, se deberán preguntar los primeros signos anormales que se detectaron (fecha, tipo), su evolución (tiempo de duración, situaciones importantes), descripción detallada de los problemas actuales, enfermedades previas, situaciones mal definidas del pasado (desmayos, caídas, convulsiones) y medicamentos utilizados anteriormente y en el presente. Además se deberá explorar la memoria, el comportamiento, la comunicación, la autonomía, la orientación en el tiempo, el espacio y los hábitos (Caro, 1999, p. 14).

Exámenes de Laboratorio e Imagen

No existe un examen de laboratorio e imagen que identifique totalmente la EA

Un diagnóstico aproximado se realiza por exclusión de otras posibles condiciones. Dentro de ellas se incluyen problemas tratables y reversibles como la depresión, alteraciones de la tiroides, reacción adversa a fármacos, deficiencias vitamínicas, entre otras. Algunas pruebas que se realizan son: en sangre, biometría hemática, química sanguínea, vitaminas, hormonas tiroideas; examen general de orina, electrocardiograma, electroencefalograma y radiografía de tórax.

Estos exámenes pueden ser complementados, en una segunda fase, con tomografía computarizada de cráneo, electroencefalograma, evaluación psiquiátrica, pruebas neuropsicológicas. También se incluyen la resonancia magnética nuclear y tomografía por emisión de positrones.

Evaluación Cognitiva

Dentro de las características clínicas de la Enfermedad de Alzheimer, la alteración cognitiva acaba por afectar funciones específicas, por esta razón es necesario un estudio integral que evalúe el lenguaje, la condición motora, las condiciones perceptivas sensoriales, la capacidad de abstracción, el raciocinio, el cálculo y la



memoria, lo cual ayudará a un diagnóstico más preciso. También será necesario tomar en cuenta algunos factores que pueden interferir en la evaluación como son la ceguera, la sordera, la limitación motora, las diferencias geográficas y culturales, el aislamiento y ciertas dificultades con el idioma oficial.

Las pruebas neuropsicológicas son excelentes instrumentos complementarios para esta evaluación.

Deben ser aplicadas por profesionales especializados; sin embargo, se sabe que las personas adultas mayores y/o que presentan demencia, colaboran muy poco y por poco tiempo, y no es extraño que al ser presionados, acaben reaccionando con agitación e incluso con agresión (Caro, 1999, p. 15).

Evaluación del Estado Mental

Desde el punto de vista práctico, para una primera evaluación del estado cognitivo, el MiniMental es la prueba más difundida y de mayor validez con sensibilidad de 80 a 90 % y especificidad de 80%; dura aproximadamente 10 minutos y permite establecer, de modo ordenado y, el proceso de deterioro. Evaluará la orientación en tiempo y espacio, el registro, la fijación, la concentración y el cálculo, la memoria reciente, el lenguaje y la construcción de palabras y frases, sin embargo; tiene un sesgo se que se basa en el nivel educativo de la persona a evaluar y de quien lo aplica (Caro, 1999, p. 16).

Test de los 7 minutos

Aunque no es tan rápido como su nombre indica, el test de los 7 minutos (T7M) constituye un medio de detección de demencia con alta sensibilidad (>90%) y especificidad (>90%). Es una combinación del test de orientación temporal, un test mejorado de recuerdo de dibujos, un test de dibujo de reloj, y otro de fluencia verbal. Este test ha demostrado ya su utilidad en la detección de enfermedad de Alzheimer (EA) entre sujetos con quejas de memoria.



Tratamiento

En la actualidad no existe un tratamiento eficaz y que cure esta enfermedad y todos los esfuerzos se dirigen a aplicar medidas generales que, por una parte, traten los síntomas del paciente mediante medicamentos que alivien los problemas que vayan surgiendo, con ello se consigue un enlentecimiento de la enfermedad, pero no frena su evolución; y por otra, apoyo a los familiares que conviven con estos pacientes ya que, la evolución de la enfermedad en la mayoría de los casos es muy larga y dura de soportar.

La dieta debe contener gran cantidad de nutrientes antioxidantes (vitamina A, C y E; selenio y zinc). El selenio es un valioso protector de las membranas celulares, evita su oxidación y por tanto, previene el envejecimiento celular. Algunos de los alimentos ricos en estos nutrientes son: perejil, zanahorias, espinacas, pimientos, fresas, cítricos y pescado. El mantener el cuerpo en óptimas condiciones es muy importante, por eso, se realizan ejercicios de rehabilitación, masajes, técnicas de relajación. Todo ello para evitar la rigidez muscular y mantener un estado de tranquilidad que ejerce un efecto positivo tanto para el paciente como en su familia (Tarrida, 2000)



El Profesional de Enfermería y la Atención al Paciente con EA

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

Desde la Atención Primaria la figura de la Enfermera presta cuidados específicos en función de la fase evolutiva de la enfermedad, tanto en el Centro de Salud como en el propio domicilio del enfermo. En la Atención Especializada (Centros de Día, Residencias, Hospitales de Día, Unidades de Demencia, etc), el Profesional de Enfermería se ocupa de poner en marcha programas, en los que los cuidados son el centro de atención y dispensados con la máxima participación del propio enfermo y la familia. (Peñafiel, 1999).

Las actividades desarrolladas por el Profesional de Enfermería a lo largo del proceso degenerativo de esta patología, se agrupan de acuerdo a las características comunes que presentan los pacientes con demencia tipo Alzheimer en cada una de sus fases evolutivas:

Atención de Enfermería para Facilitar el Diagnóstico Precoz.

Por todos es conocida la importancia del diagnóstico precoz en la enfermedad de Alzheimer a la hora de implantar un tratamiento temprano, el cual se ha evidenciado como más eficaz en estadios iniciales. El profesional de Enfermería es una apoyo fundamental a la hora de detectar los síntomas tempranos en el la persona con probabilidad de demencia tipo Alzheimer.

La Enfermería es uno de los grupos asistenciales que más horas dedica a la atención de la población mayor, realiza el mayor número de visitas domiciliarias, presta un gran porcentaje de horas totales de cuidados, tiene una participación activa dentro de programas en Atención Primaria, etc. En el momento en el que la Enfermera se encuentra ante la presencia de dificultad reiterativa para retener información nueva por parte del paciente de riesgo, manejar labores complejas,



resolver problemas, orientarse temporoespacialmente, uso del lenguaje empobrecido o reiterativo, etc.; independientemente del ámbito de trabajo de la ésta (Centro de Salud, Centros de Día, Hospitales de Día, Residencias, Domicilios, etc.), se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Confirmar indicios que puedan constatar dicha sospecha utilizando diferentes instrumentos de diagnóstico pluriprofesional como el test Minimental o el test de Barthel.
- Indicar al enfermo y/ o familiares la conveniencia de que le sea realizado estudios complementarios.
- Iniciar el protocolo administrativo para que pueda realizarse el proceso de diagnóstico y atención de manera rápida y eficaz: Médico familiar–Interconsulta con especialidad de Neurología –Diagnóstico diferencial – Diagnóstico posible Alzheimer (Ruiz, Adame, Portillo, 1996. p.2).

Atención de Enfermería en la Fase Inicial de la EA

Teniendo en cuenta la sintomatología que se produce en esta fase, las características más importantes que presenta el enfermo y que afectan a la práctica enfermera son, tanto para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) como el olvido de algunos factores que influyen en su ejecución. Esto produce un abandono del cuidado personal y del rol habitual. (Balbás, 2005, p. 3). Las actividades del profesional de enfermería en esta fase irán encaminadas hacia la facilitación en la ejecución de dichas actividades.

Adaptación del entorno o formación del cuidador primario en dicho campo, disminuir los factores extrínsecos que favorecen la producción de accidentes y caídas y conseguir un ambiente de prevención y protección.

La organización minuciosa de las AVD, fomentando su autonomía y participación activa, estableciendo rutinas secuenciadas siempre de la misma forma, ésto facilita la ejecución de las AVD y que en estadios posteriores conserve la independencia el mayor tiempo posible, realizando una discreta vigilancia, no prestando nunca mayor ayuda de la necesaria y potenciando la toma de decisiones por parte del afectado. Asimismo, fomentar la instauración de terapias cognitivas en centros especializados o en el propio domicilio por con la participación de familiares y/o cuidadores.



Atención de Enfermería en la Fase Moderada de la EA

En esta fase la característica más importante que aparecen en el paciente con EA es el olvido de las actividades de autocuidado y la pérdida de destrezas para la realización de actividades cotidianas y domésticas. Esto se materializa en la necesidad de dispensar ayuda al enfermo, por lo que los objetivos del profesional de Enfermería van encaminados a realizar el paciente realice con la menor ayuda, el mayor número de actividades (Balbás, 2005, p. 3)

Las actividades de la Enfermera en esta etapa son evaluar las pérdidas reales así como las capacidades residuales, haciendo que la persona afectada realice las actividades por imitación, completar una acción empezada por el cuidador, etc; para suplir únicamente las áreas perdidas por la persona afectada, como ayudar en AVD mediante supervisión o ayuda según el caso, realizar secuencias de la

vida cotidiana, introducir, técnicas de control de esfínteres, si es necesario auxiliar en desplazamientos y de ambulación, potenciar técnicas de estimulación cognitiva, adaptándolas al estado de deterioro del paciente, desarrollar programas de rehabilitación funcional, instaurar programas de modificación de trastornos de la conducta o informar y considerar tratamiento farmacológico de los mismos; siempre y teniendo en cuenta la formación y atención al cuidador principal.

Atención de Enfermería en la Fase Severa de la EA.

La característica más importante del enfermo en esta fase es la pérdida de la movilidad y por tanto la incapacidad para realizar las actividades cotidianas y domésticas. Por lo tanto, los cuidados van dirigidos a suplir al enfermo en estas actividades. Los cuidados de se encaminan a realizar por y para el paciente las actividades básicas del cuidado, prevención de problemas asociados a la inmovilidad, y teniendo en cuenta la atención al cuidador. (Balbás, 2005, p. 3)

Las más importantes son: ayuda/ suplencia en las AVD, estimulación psicomotriz, movilizaciones pasivas para evitar el síndrome por desuso, prevención y cuidado de los trastornos derivados de la inmovilización (estreñimiento, úlceras por presión, etc.), fomentar el uso de medidas técnicas para el cuidado del enfermo (colchones mitigadores de presión, sillas de ruedas, andadores, sistemas para la incontinencia, etc.).



Atención de Enfermería en la Fase Terminal de la EA

La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad incurable que evoluciona hacia la muerte , en la última fase de la enfermedad, la persona es totalmente dependiente de los demás para poder seguir viviendo, encontrándose postrado en la cama y con distintos grados de desconexión con el medio. Las actividades del profesional de enfermería se dirigen hacia los cuidados paliativos, que consiste en la cuidado que pretende evitar los síntomas provocadores de malestar, como dolor, estreñimiento, dificultad respiratoria, cuidados de la boca, cuidados de la piel, apoyo a la familia, tratamiento de la incontinencia urinaria, etc.(Balbás, 2005,p. 4). Con el fallecimiento del paciente, no finaliza el programa de cuidados, por el contrario, comienza una nueva etapa en la que se apoya a la familia para que la elaboración del duelo se realice en las mejores condiciones.



1.4 El Cuidador Primario de la Persona con EA

La aparición de una enfermedad crónica, invalidante física y cognitivamente como la demencia tipo Alzheimer en una familia, altera la dinámica familiar, es decir; las relaciones que existían en esa familia. Tras en diagnóstico de EA, la familia debe ser informada que sus consecuencias no solo afectarán al paciente, sino al conjunto del núcleo familiar, repercutiendo en su calidad de vida; por tanto, los cuidadores y familiares del enfermo son también víctimas de la enfermedad.

En tal situación de crisis, no todos los miembros de la familia responden igual, apareciendo diferentes prototipos (Peón, 2004, p.16):

a . *Víctima*, percibe la enfermedad como una amenaza personal, ya que se afectan las atenciones que hasta ese momento recibía del resto de la familia, siendo posible además, que se le considere un candidato a cuidador. Es una persona que habitualmente demanda una gran atención sanitaria.

b . *Escapado*, alguien “muy ocupado” o que vive lejos y no puede hacerse cargo del problema; es la válvula de escape de las críticas familiares.

c . *Experto de patología*, persona convencida de saber más que los demás y hacer todo mejor que nadie, suele discrepar del diagnóstico, tratamiento, cuidados, cambiándolos a su antojo. Suele tener dificultades para aceptar la realidad del problema, ya que no admite todo aquello que no tiene solución.

d . ***Cuidador Primario o Informal (CP)***, se define como aquella **persona (remunerada, no remunerada, familiar o amigo) del entorno del discapacitado que asume el papel de cuidador** en el más amplio sentido de la palabra, ya que; desempeña diversas funciones en relación a la persona afectada, cubre las necesidades básicas de éste de forma directa realizando las tareas de ayuda, o indirecta determinando cuándo, cómo y dónde se tienen que dar (Pérez, 2006). Existen 2 tipos culturales de cuidadores: cuidador tradicional y cuidador en la sociedad moderna (Rodríguez, 2005).



El cuidador primario tradicional es el cuidador habitual que ha convivido siempre con el paciente y se ha encargado de su cuidado. En este caso, al paciente se le cuida en un contexto de obligación social mezclado con afectividad creado a lo largo de muchos años de convivencia donde el intercambio de apoyo fue más o menos recíproco (esposa, hija).

El cuidador primario en la sociedad moderna es el que ha asumido este papel obligado por las circunstancias, es decir, cuando la aparición de la enfermedad en la familia obliga a crear una relación cuidador-cuidado que no existía previamente. En este caso además, el cuidador (hija, nuera, sobrina) suele tener una actividad laboral fuera del domicilio, lo que acarrea tensiones al tener que coordinar su papel socio-laboral con el de cuidador.

Todo ello hace que el CP tenga cargas de trabajo importantes tanto subjetivas como objetivas. Las cargas de trabajo objetivas tienen que ver con la severidad de la enfermedad (funcional, cognitiva y conductual) que va aumentando a lo largo de los años al hacerse el paciente con EA cada vez más dependiente y por otro lado con el tiempo dedicado al cuidado, es decir, a cubrir las necesidades del paciente según sea su incapacidad funcional.

Las cargas de trabajo subjetivas tienen que ver con los sentimientos y percepciones negativas que el CP experimenta sobre las funciones que realiza, lo cual viene determinado por algunos indicadores como son las características de la enfermedad (severidad, incapacidad funcional y cognitiva), problemas conductuales (agitación, insomnio y vagabundeo del paciente), necesidades asistenciales en la vida diaria (movilización, nutrición, incontinencia), edad del paciente, la red social, familiar, y en menor medida, del soporte de los cuidadores formales y características del cuidador (personalidad, relación previa con el paciente con EA).



Repercusiones de la EA en el Cuidador Primario

La mayoría de los cuidadores de pacientes con demencia han de enfrentarse al estrés emocional que supone la lenta pérdida de un ser querido y a la enorme carga que su cuidado conlleva. Son cuidadores, para quienes la demencia es algo desconocido y destructivo. Además, no es raro que se establezcan complejos lazos y mecanismos psicológicos que agravan aún más la carga y el sufrimiento (Bermejo, 1998).

Estos problemas cotidianos y el hecho de que las necesidades del paciente de Alzheimer son cada vez mayores provocan que el cuidador se vea sometido a un estrés psíquico y físico constante mientras que, como todo ser humano, tiene sus limitaciones. Es decir, el cuidador quiere asistir y ayudar de la mejor manera posible; pero, evidentemente, conforme pasa el tiempo, va sufriendo las consecuencias de no poder dar la asistencia o el servicio que quisiera, bien por falta de medios o fuerzas, bien porque las necesidades que demanda el enfermo superan sus posibilidades.

El resultado es que el cuidador, sin quererlo, se satura, lo que perjudica su salud y bienestar tanto físico como mental, de manera que repercute todo ello en la persona a quien quiere ayudar y en el resto de sus familiares o personas de su entorno más cercano (Díaz, 2006. p. 283).

El impacto de la EA sobre la familia y especialmente del cuidador principal del enfermo es un hecho incuestionable, que está modulado por múltiples factores, entre los que destacan:

Las repercusiones laborales: Si el paciente con EA está en edad laboral, pasará de activo a pensionista. En el CP se puede producir, debido a la sobrecarga familiar, mayor absentismo, menor rendimiento y más conflictos con los compañeros, aumentando también la siniestralidad laboral. Todo ello puede llevar a disminuir la jornada laboral o abandonar el trabajo, al no poder compatibilizarlo con su tarea de cuidador.

En consecuencia la *economía* del CP se resiente ya que por un lado tiene menos ingresos (jubilación, disminución de jornada, pérdida de empleo) y por otro lado mayores gastos, por contratación de servicio personales, adaptación de la vivienda y material de consumo (pañales, colchones antiescaras, etc.). Diversos



estudios confirman que la magnitud de la carga percibida por el cuidador familiar de un paciente con EA depende de su estatus económico Biengel, Song y Chakravarthy, 1994; Biegel, Milligan, Putman Y Song (1994) citados por Peinado y Garcés (2004, p. 3).

También se evidencian *situaciones de estrés y crisis personales*, relacionadas con la duración de la enfermedad, la intensidad de los síntomas y de la complejidad de los cuidados que hay que dar al paciente, así como la convivencia y cohesión del grupo familiar, por lo tanto; la red de apoyo social, englobando dentro de este término a los miembros de la familia como a los profesionales de la salud, tiene que estar presente y el familiar-cuidador debe ser consciente de su presencia y tener acceso directo y rápido a ella.

Si el *afrentamiento no es adecuado*, con posibilidad de ayuda y descansos, pueden surgir situaciones de riesgo para el cuidador y su entorno, con riesgo de maltrato físico o psíquico del paciente que revierten en una institucionalización temprana como consecuencia del estrés y tensiones acumuladas a lo largo de los años como cuidador.

Se manifiesta *reducción de la vida social*, relacionado con el tiempo dedicado al cuidado del paciente, lo que repercute en que salga menos de casa, disminuya sus actividades, tiempo de ocio y se distancie de sus relaciones personales (familia, amigos), lo que le proporciona un aumento de carga subjetiva con sentimientos de “enclaustramiento”, aislamiento y soledad.

Pueden presentarse *problemas legales*, ya que, se hace cargo de los bienes del afectado, teniendo que tomar decisiones por él (tutela) (Peón, 2004, p.16).

El tipo de *relación conyugal* expone Peinado (2004), quien cita a Cabello (1993) que el apoyo emocional que provee una relación afectiva conyugal satisfactoria, y se ha revelado como una condición fundamental para no sobrepasar los niveles óptimos de estrés.

Alteraciones físicas: a las dolencias propias de la edad, hay que añadir el esfuerzo y la sobrecarga física constante, con poco tiempo dedicado al descanso y sueño y en un entorno donde a veces existen barreras arquitectónicas importantes (camas bajas, bañeras, escaleras,..) que ocasionan en el cuidador alteraciones músculo-esqueléticas.



El nivel de stress además deteriora el sistema inmunitario del C.P. a costa de la inmunidad celular por agotamiento de las defensas, lo que le hace más susceptible a contraer enfermedades víricas (gripe, herpes) y dermatológicas (eczemas, dermatitis, psoriasis). También tiene mayor predisposición para contraer patologías con componente psicossomático como la úlcera péptica y alteraciones cardiovasculares.

Todo ello conlleva un aumento de la morbilidad e incluso se demostró un incremento del 63% del riesgo de mortalidad entre los cuidadores ancianos cónyuges que habían desarrollado un elevado nivel de estrés.

Alteraciones psicológicas: el cuidado del paciente con E.A. no detiene el progreso de la enfermedad ni el deterioro del paciente, de forma que éste va perdiendo rasgos de sí mismo (personalidad, carácter) que le hacen parecer una persona distinta. Este proceso provoca gran desánimo en el cuidador, lo cual, unido a su cansancio, poco reconocimiento por parte de la familia como del enfermo, favorecen la aparición de desórdenes psicoafectivos, que aumentan la sensación de carga subjetiva.

Los principales problemas psíquicos que aparecen en el CP son el insomnio, la depresión y ansiedad debidos al stress emocional. La depresión se ve influida por la falta de apoyo social, carencia de recursos económicos, relaciones previas con el paciente, sentimiento de culpa (no hacerlo bien, percepción de pérdida de control ante el paciente), historia familiar de depresión y limitaciones psicofísicas del cuidador.

Si además el paciente con E.A. presenta problemas conductuales (agresividad, delirio, vagabundeo) es más frecuente la depresión en el cuidador por el estrés que ello conlleva.

La ansiedad, en principio, es una respuesta psicológica normal que funciona como una señal de alerta generando una respuesta adaptativa ante situaciones amenazantes internas o externas. Si no generamos respuestas adecuadas o la amenaza persiste en el tiempo, esta ansiedad se convierte en patológica, como un temor adquirido, de forma que puede dañar la salud física (somatizaciones)



con síntomas cardiovasculares (palpitaciones, mareos), respiratorios (sofocos, jadeos), gastrointestinales (diarrea, náuseas, vómitos, estreñimiento).

Estas somatizaciones pueden cronificarse produciendo fatiga, insomnio, contracturas musculares y dificultad para afrontar los problemas de forma eficaz. Como consecuencia, el cuidador presenta una elevada incidencia de automedicación, especialmente con psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos) y analgésicos.

Todo lo anterior repercute en alteraciones socio-familiares, ya que, va teniendo alejamiento de sus vínculos laborales, sociales y lúdicos por falta de tiempo o de fuerza, además; aparecen conflictos familiares referentes al reparto de tareas, de gastos, de asunción de responsabilidades, toma de decisiones, etc, lo que aumenta la sensación de soledad.

Atención de Enfermería al Cuidador Primario

Enfermería es una pieza clave tanto para prevenir y detectar problemas que presenta el CP derivados del cuidado que proporcionan a la persona con EA como para proporcionar los cuidados que éste necesita, ya que en atención primaria (consulta y atención domiciliaria) atiende las necesidades tanto del cuidador como del enfermo con EA, pudiendo valorar de forma incipiente signos de sobrecarga en el cuidador. (Bermejo, 1998, p.19).

1. En este contexto, es importante que el cuidador exprese sus sentimientos y preocupaciones acerca de la enfermedad, del enfermo y de sí mismo como cuidador, valorando su carga subjetiva y los problemas de salud que ésta le pueda causar.
2. Es fundamental que el CP tenga una asistencia cercana y ágil, de forma que encuentre soluciones rápidas en la problemática que le ocasiona el cuidado del enfermo, como en la obtención ágil de material de consumo específico (pañales, material de soporte).



3. Proporcionar cuidados y tratamiento específico a los problemas de salud que presenta el CP secundarios a su labor como tal (ansiedad, depresión, problemas osteomusculares, etc).
4. Informar y formar al CP sobre la enfermedad y cuidados del paciente con EA potenciando así su competencia como cuidador y promoviendo que el paciente haga por sí mismo todo aquello de lo que aún sea capaz aunque necesite ayuda (estimulación cognitiva, autoestima).
5. Informar acerca de recursos sanitarios, recursos socioeconómicos (ayuda a domicilio, programas de respiro).
6. Promover el autocuidado del CP tanto en su salud física, psicológica, y social; si l se encuentra “saludable”, también cuidará mejor.
7. Procurar que tenga tiempos de descanso y ocio adecuados, buscando respiros (apoyo externo) a través de familiares, amigos, voluntariado, programas de vacaciones, rotación en el cuidado del paciente.
8. Animarle a que busque ayuda si hay sobrecarga, aprendiendo a delegar; colocar la enfermedad en su lugar. Si la salud y el bienestar están afectados, buscar ayuda especializada permanente si no es posible encontrar otro cuidador. Sin sentimiento de culpa o fracaso, sino para que ambos vivan mejor.
9. Promover el asociacionismo. Las asociaciones son ONGs creadas por y para los familiares de pacientes con E.A. para recibir información y ayuda, para vivir mejor con la enfermedad y conseguir para el enfermo una atención integral.

En las asociaciones suele colaborar un equipo interdisciplinario en el que enfermería tiene un papel fundamental: informando y formando al paciente y familia (función docente), detectando aquellos cuidadores en situación de riesgo de desarrollar SCP, aconsejando medidas de prevención y autocuidado del propio



cuidador (función asistencial), colaborando en la investigación y siendo el nexo de unión entre el centro de salud, las asociaciones y el CP.

Promueven el bienestar del cuidador a través de sus servicios de voluntariado, ayuda a domicilio, terapias de grupo, relajación, manualidades y la atención integral del enfermo: centros de día, talleres de estimulación cognitiva, rehabilitación, podología, etc. Además, en la asociación; el CP comparte sus problemas con otras personas, mitigando su sensación de sobrecarga y ansiedad y disminuyendo su aislamiento.

10. Implicar a la familia en el cuidado del enfermo y apoyo al cuidador, promoviendo la formación de una red familiar que vaya dando respuestas a las necesidades de todos sus miembros. En este sentido y desde diferentes ámbitos se están desarrollando programas específicos formativos para las familias de los pacientes con EA (Millán, 1999).

11. Atender al C.P. en la etapa de duelo. El SCP no se resuelve cuando el paciente fallece o ingresa en una residencia, ya que en ese momento el cuidador puede sentir un vacío existencial y de tiempo, unido a sentimientos de culpa (por la institucionalización, por no haberle cuidado mejor, por las relaciones distorsionadas con el paciente), agravado por la ansiedad y el cansancio acumulados a lo largo de los años y que ya empiezan a repercutir en el presente. En esta situación la atención al cuidador requiere (Barbeito, 2001):

a) Promover su salud física y psíquica ahora que ya tiene más tiempo para cuidarse y descansar.

b) Alentar el contacto físico y el apoyo de sus familiares y amigos, como parte del ritual de duelo.

c) Recapitular la vida del paciente, sobre cómo era antes de enfermar y como la E.A. lo transformó, enfatizando la fortuna que tuvo de recibir los cuidados que le proporcionó el CP.

d) Ofrecer a la familia y al C.P. el apoyo de grupos de autoayuda en esta etapa de duelo.

CAPITULO 2

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Presentación del Caso y Exploración Física

Se trata del caso de MMM, femenina adulta mayor de 80 años de edad aparente a la cronológica, de nacionalidad mexicana, actualmente reside al norte de la ciudad de México en zona urbana, en departamento propio que se encuentra en un tercer piso del edificio, cuenta con los servicios básicos de agua, luz, drenaje, intradomiciliariamente. Posee escolaridad de 5º año de primaria, es viuda desde hace 20 años; anteriormente trabajaba realizando quehaceres domésticos en casa, actualmente se dedica a su hogar, profesa la religión católica-creyente, vive con su hija.

Cuenta con antecedentes familiares de demencia por parte de su padre, sin identificar causa alguna. Tiene antecedentes de G3 P3 C0 A0 y cirugía gástrica en 1988, sin especificar motivo.

A la exploración física se encuentra normocefálica, cabello semihidratado, canoso, se observa ligera palidez de tegumentos, mucosas semihidratadas, lengua rosada, levemente agrietada, placa total superior bien ajustada, cuello corto, cilíndrico, ligeramente rígido sin presencia de masas.

Movimientos toraco-abdominales simétricos, con adecuada expansión y depleción torácica. Campos pulmonares con buena entrada y salida de aire. Ruidos cardiacos, rítmicos, regulares, con buena intensidad sin agregados. Abdomen blando, depresible, no globoso, no doloroso, sin presencia de masas, peristaltismo presente. Genitales de acuerdo a género sin alteraciones.

Miembros superiores simétricos con disminución de fuerza y tono, miembros inferiores simétricos se observa ligera resequedad, no presenta edema.

Signos vitales	Somatometría	Medicamentos
Fc 82/min	Talla 1.52 m	Metformina / Glibenclamida
Fr 18/min	Peso 56 kg	1 - 1/2 - 1
T/A 120/80		Nitrato de isorbide
Temp. 36.7º C		1 - 0 - 0



Resumen de Valoración por Necesidades

Necesidad	Resumen de valoración	
1. OXIGENACIÓN	Realiza sus actividades cotidianas sin presentar dificultad para respirar, ni presentar signos y síntomas fatiga.	I
2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	La Sra. MMM se encarga de su alimentación, realiza 3 comidas al día e ingiere 1 litro de agua aproximadamente, sin embargo; ha disminuido su apetito, presenta dificultad para deglutir y ocasionalmente ya no reconoce los alimentos, siempre come acompañada de su hija.	PD
3. ELIMINACIÓN	Es autosuficiente para cubrir las necesidades de eliminación, ya que no presenta incontinencia y es capaz de desplazarse al sanitario por si misma cuando es necesario, en ocasiones presenta problemas de estreñimiento.	I
4. MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA ADECUADA	La marcha la realiza con pequeños pasos y tambaleantes, por su edad avanzada frecuentemente necesita apoyo para movilizarse especialmente en pisos con desnivel, pero no utiliza bastón o andadera, además que se le dificulta recordar en que lugar se encuentra.	PD
5. DORMIR Y DESCANSAR	Diferencia entre el día y la noche, muestra múltiples cambios de ánimo durante el día, presenta el síndrome “puesta de sol”, tiene dificultad para conciliar el sueño y permanece en vigilia, ocasionalmente duerme acompañada.	PD



6. USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	Es capaz de reconocer su ropa, vestirse por sí sola colocándose adecuadamente las prendas de vestir pero, no es capaz de abotonársela y anudarse zapatos.	PD
7. TERMORREGULACIÓN	Es capaz de reconocer los cambios de temperatura ambiental y elegir prendas de acuerdo a este, y diferenciar entre frío y caliente en los líquidos (agua para bañarse) y en la comida.	I
8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	Aún es independiente para realizar su aseo personal e identifica los elementos necesarios para hacerlo.	I
9. EVITAR PELIGROS	No es capaz de distinguir colores y con dificultad reconoce olores, presenta periodos de pérdida de ubicación y orientación, no puede salir sola de casa, le cuesta mucho trabajo leer y tiene problema al tratar distinguir ruidos de alarma. Como se encarga de cocinar, utiliza los aditamentos de la cocina.	D
10. COMUNICACIÓN	Tiene disminución de la comunicación porque presenta reducción en el habla, conversa de forma lenta y presenta dificultad para encontrar palabras apropiadas, así mismo realiza pausas e interrupciones al hablar; con incapacidad para completar frases. Siente mucha ansiedad al estar con otras personas.	PD
11. CREENCIAS Y VALORES	Actúa y vive según su religión, pero ha sentido falta de interés y motivación por su religión y no se apoya mucho en esta.	PD



12. SATISFACCIÓN	No siente satisfacción por las actividades que realiza y no cree que sea necesario satisfacer sus gustos y aficiones.	D
13. JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	Su estado de animo influye para realizar diferentes, actividades, no muestra satisfacción por las actividades que realiza, ocasionalmente no es capaz de terminar las actividades que inicia, no mantiene contactos sociales con vecinos o amigos, no realiza actividades físicas, no baila no canta, pero si recuerda música de su tiempo, no se concentra cuando ve televisión, o en alguna actividad lúdica.	D
14. APRENDIZAJE	No muestra ningún tipo de interés cuando se le proporciona información, no identifica los días de la semana, aunque se reconoce a sí misma a algunos familiares ya no los identifica, tiene dificultad para concentrarse , tiene dificultad para hacer cálculos sencillos por lo tanto ya no lleva control de la economía, necesita de instrucciones para realizar tareas.	D



Síntesis Diagnóstica

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO (S) DE ENFERMERÍA
1.OXIGENACIÓN	⊕ Mantenimiento saludable
2.NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	⊕ Alteración de la alimentación por defecto, relacionada con deterioro cognitivo manifestada por falta de reconocimiento de los alimentos, disminución del apetito y dificultad para deglutir
3.ELIMINACIÓN	⊕ Mantenimiento de la necesidad
4.MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA ADECUADA	⊕ Alteración de la movilidad relacionado con trastorno cognitivo, manifestado por trastorno de la coordinación, pasos pequeños y tambaleantes
5.DORMIR Y DESCANSAR	⊕ Alteración del patrón del sueño relacionado con síndrome de puesta de sol manifestado por, dificultad para conciliar el sueño, permanencia en vigilia durante la noche
6.USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	⊕ Déficit de autocuidados relacionado con, deterioro cognoscitivo, manifestado por incapacidad para abotonarse la ropa y anudarse los zapatos
7.TERMORREGULACIÓN	⊕ Mantenimiento de la necesidad
8.HIGIENE/PROTECCIÓN DE LA PIEL	⊕ Mantenimiento saludable
9.EVITAR PELIGROS	⊕ Alto riesgo de traumatismo relacionado con disminución de la capacidad sensorial
10.COMUNICACIÓN	<p>⊕ Alteración de la comunicación verbal relacionada con deterioro cognoscitivo, manifestada por búsqueda mental de palabras, repetición de términos, lenguaje incoherente</p> <p>⊕ <i>Alteración de los procesos familiares relacionada con la crisis provocada por los cambios de conducta que presenta la paciente, manifestada por alteración de la vida familiar y la modificación de los papeles dentro de la familia</i></p>



<p>11. CREENCIAS Y VALORES</p>	<p>⊕ Alto riesgo de sufrimiento espiritual, relacionado con separación de lazos religiosos</p>
<p>12. SATISFACCIÓN</p>	<p>⊕ Riesgo de alteración en las satisfacciones personales, relacionado con deterioro cognitivo</p>
<p>13. JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS</p>	<p>⊕ <i>Aislamiento social (paciente y cuidador principal) relacionado con la pérdida de memoria del paciente e imposibilidad de dejarla sola, manifestada por expresión de soledad, escasas salidas de su casa, nulas visitas.</i></p>
<p>14. APRENDIZAJE</p>	<p>⊕ Ansiedad, relacionada con pronóstico de probable demencia tipo Alzheimer (desconocimiento de la patología), manifestada por angustia, nerviosismo e inquietud</p> <p>⊕ Alteración de los procesos mentales relacionados con Demencia tipo Alzheimer, manifestado por pérdida de memoria, confusión y desorientación</p>



PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Dx. De Enfermería

- ⊕ **Ansiedad, relacionada con pronóstico de probable demencia tipo Alzheimer, manifestada por angustia, nerviosismo e inquietud.**

FUNDAMENTACIÓN. La mayoría de las personas no piensa que puede enfermar o sufrir accidentes que modifiquen su vida. Una de las esperanzas más comunes es una vida longeva y sana. Sin embargo, en cualquier punto del espectro continuo de la vida pueden enfrentarse cambios difíciles y dolorosos en el estado de salud. La experiencia de sufrir una enfermedad precipita muchos sentimientos y reacciones estresantes. Entre estos se cuentan los de frustración, ansiedad, ira, negación, vergüenza, pesar e incertidumbre (Smeltzer, 1994. p. 137)

La ansiedad (del latín anxietas=angustia, aflicción), es una reacción normal al estrés y a las amenazas percibidas. Se trata de una emoción que surge ante la percepción de peligros, reales o imaginarios, que se experimenta de manera fisiológica, psicológica y conductual (Smeltzer, 1994, p. 143).

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar significativo, deterioro en las relaciones familiares, sociales, laborales o de otras áreas importantes de la actividad de la persona. El padecer ansiedad, significa anticipar siempre un desastre frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo (López, 2002.).

OBJETIVO

- ⊕ Reducir la ansiedad del paciente, y con esto contribuir a la disminución progresiva de la angustia, el nerviosismo e inquietud.



CUIDADOS

1. Escuchar activamente y permitir que MMM hable sobre sus sentimientos personales.

FUNDAMENTACIÓN. Escuchar es un proceso activo de recibir información y examinar la reacción del paciente al mensaje recibido. Su valor terapéutico, comunica en forma no verbal, el interés de la enfermera en el paciente (Smeltzer, 1994, p.35). Una comunicación eficaz es esencial para la independencia, la adaptación, la socialización y los sentimientos de satisfacción y bienestar de uno mismo. Cuando falla la comunicación, las necesidades de la persona anciana no son satisfechas y aumenta el estrés con los demás (Simon, 1996. p. 25).

EVALUACIÓN. *La paciente se presento ocasionalmente con ansiedad por la desorientación y desconocimiento de su entorno, su CP (hija), manifestó lo que le preocupaba, como ambas se encuentran en incertidumbre de un diagnóstico certero presentan dudas, inseguridad y sobre todo temor, ante el futuro. Escucharlas sin interrupciones permitió que expresaran sus sentimientos y disminuyo en cierta medida su nerviosismo.*

2. Utilizar expresiones positivas al conversar con la paciente, enfocarse en el aspecto favorable de la vida con orientación de la realidad.

FUNDAMENTACIÓN. La orientación en la realidad es un enfoque conductual que intenta aumentar la conciencia de tiempo, lugar y persona. En la orientación en la realidad, todos los que entran en contacto con el paciente actúan a modo de equipo ayudando al paciente a orientarse, dándole información veraz y oportuna (Simon, 1996. p.347). Así mismo, tranquilizar al paciente y a la familia en cuanto a que los problemas que surgen son únicos, no existe una respuesta absoluta, correcta o errónea.

EVALUACIÓN. *Lo más preocupante era el futuro, se oriento y se planteo el aquí y el ahora, explicando la importancia del apego a un protocolo de atención y sobre todo, que se diera cuenta que no esta sola, pues siempre ha contado con el apoyo de su hija. Haciendo hincapié en que dicha enfermedad afecta de diferentes formas a los individuos que la padecen, por lo cual es difícil que los médicos y personal de salud puedan predecir los efectos y la velocidad con la que avanzará.*



3. Informar la importancia de la seguridad y del sentido de bienestar.

FUNDAMENTACIÓN. Cookfair (1996) Indica que el bienestar “incluye un esfuerzo consciente y deliberado por obtener un estado avanzado de salud física, psicológica y espiritual, y es un estado dinámico y fluctuante”. Leddy y Pepper (1998) sostienen que el bienestar se indica por:

- 1) la posibilidad de cada persona para actuar a la medida de sus capacidades
- 2) la habilidad de ajustarse y adaptarse a circunstancias variadas
- 3) una sensación de bienestar manifestada por el propio individuo
- 4) una sensación de que “todo concuerda” y está en “armonía”

Con base en estos criterios, resulta evidente que el objetivo de quienes proporcionan atención a la salud consiste en fomentar cambios positivos, encaminados a la salud y al bienestar. El hecho de que la sensación de bienestar tenga un aspecto subjetivo, resalta la importancia de conocer y responder a cada paciente en forma individual y variada con respecto a la enfermería y los servicios de salud (Smeltzer, 1996. p. 5).

EVALUACIÓN. *A medida que las señoras mostraban tranquilidad se hizo conciencia que aunque es muy difícil la situación habían alternativas de cuidado y no era bueno adelantarse a los hechos de manera catastrófica, y de esta manera se evitarían problemas innecesarios y que complicarían más la situación como tristeza y/o depresión. Que potenciar su bienestar físico y mental ayuda mucho, pues es una fase “temprana” en la cual aún se pueden reaprender habilidades y practicar para mantenerlas por un tiempo más largo, ofreciendo una mayor calidad de vida.*



4. Manifestar con tacto apoyo y/o canalizar a un grupo de autoayuda.

FUNDAMENTACIÓN. Los pacientes con frecuencia están atemorizados, ansiosos y suelen sentir una gran soledad. Un factor de importancia para enfrentar las enfermedades es estar en posibilidad de solicitar o recibir el apoyo de los demás. Esto hace que se conserve la esperanza por medio del aliento que se brinda. Sin importar que las limitaciones sean transitorias o permanentes todo mundo necesita saber que domina en otras cosas. Los grupos de apoyo para los pacientes y sus familiares son útiles porque alientan la expresión de sentimientos, además de que en ellos se comparten problemas cotidianos y formas eficaces de enfrentarlos. Los pacientes se tranquilizan cuando otras personas les dicen que su cooperación con el equipo asistencial es útil para luchar contra la enfermedad que sufren (Smeltzer, 1996. p. 153-154).

EVALUACIÓN. *Afortunadamente la señora y su hija, son dos personas muy cooperadoras por lo que permitieron mostrar el apoyo que se pretendió desde el principio a través del protocolo, y se mostraron interesadas desde el primer momento a seguir teniendo contacto con el equipo de enfermería, para conocer más sobre la enfermedad y hacerlo lo más posible para adaptarse a los cambios e iniciar con las actividades planeadas.*

5. Explicar el protocolo de atención a seguir, para facilitar la adaptación a las nuevas condiciones de la paciente y así mismo del CP.

FUNDAMENTACIÓN. El modelo de adaptación propuesto por Roy es un modelo de sistemas en que se incluyen conceptos de interacción. La adaptación se define como el proceso de cambio, un fenómeno universal en los seres humanos. Dentro de este modelo, se conceptúa al individuo, como un ente biopsicosocial en interacción constante con su ambiente, interacción que lo obliga a llevar acabo adaptaciones continuas. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y de su nivel de adaptación. Este a su vez, depende del efecto de 3 clases de estímulos:



1. Focales, o sea los que enfrenta de manera inmediata
2. Contextuales, que son todos los demás estímulos presentes, y
3. Estímulos residuales, la experiencia en el pasadoLos hombres tienen 4 modelos de adaptación: fisiológica, del concepto que tienen de sí mismos, de su papel y de sus relaciones de independencia. De esta manera, las respuestas de adaptación o positivas a los estímulos permiten mantener la integridad del individuo o como ente (Smeltzer, 1996. p. 6).

EVALUACIÓN. *Se oriento en un primer momento a la paciente y en otro a su hija pues es el cuidador primario, sobre los aspectos de la patología y el tratamiento, pero se hizo hincapié que el demás conocimiento se iba ir dando sobre el desarrollo del plan planteado.*



DX. DE ENFERMERÍA

⊕ ***Alteración de los procesos mentales relacionados con Demencia tipo Alzheimer, manifestado por pérdida de memoria, confusión y desorientación.***

FUNDAMENTACIÓN. La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más común (representa alrededor del 75% de las demencias). Se trata de una patología degenerativa, progresiva, de lenta evolución y sin cura, que afecta al cerebro humano en su totalidad; pero sobre todo van a verse afectadas las áreas asociativas corticales y parte del sistema límbico, zonas en las que están albergadas las funciones cognitivas superiores que nos diferencian del resto de los seres vivos (razonamiento lógico, pensamiento abstracto, respuesta emocional, lenguaje, etc.) (Balbas L, V.M, 2005, p. 1.)

OBJETIVO

⊕ Ayudar al cuidador a controlar el comportamiento del paciente, provocado por un deterioro mental, y adoptar medidas que compensen la demencia.

CUIDADOS

1. Proporcionar al paciente un ambiente coherente y rutinario.

FUNDAMENTACIÓN. Se entiende por rutina el realizar las actividades de la vida diaria en una forma ordenada y precisa estableciendo horarios, espacios y personas con las que se realizan estas actividades como son: baño y aseo personal, alimentación, vestido, suministro de medicamentos y otros. La rutina representa seguridad para la persona con la EA. Contribuye a mantener e incluso mejorar las habilidades del enfermo de Alzheimer, dándole mayor seguridad y autonomía. También ayuda a que el cuidador sistematice sus tareas diarias, permitiéndole tiempos libres para su autocuidado (Caro, 1999, p. 17).

EVALUACIÓN. *Al inicio el mantener una rutina fue difícil, pues no era el estilo de vida que llevaban tanto la paciente como su hija, al empezar a implementarla fue poco aceptada, conforme paso el tiempo se pudo establecer la rutina y se dieron cambios*



favorables para facilitar la atención, ambas percibieron las ventajas que les brinda, y así se da oportunidad a que MMM se mantenga activa.

2. Evitar reorientar al paciente más de una vez en cada encuentro.

FUNDAMENTACIÓN. La reorientación irrita, intranquiliza y frustra al paciente con demencia, ya que; no puede recordar (Kaschak, 1994. p. 184).

Si el anciano percibe la realidad de manera diferente a los demás, su conducta y su habilidad para comunicarse se alterarán. Cuando esto persiste por mucho tiempo, confunden, amenazan y enajenan a los familiares y personas que conviven con él. La irritación y la intranquilidad son más incapacitantes cuando se acompañan de confusión mental y pérdida de la memoria, y hay mayor probabilidad de que la vida diaria resulte difícil (Burke, 1998. p.315-316).

EVALUACIÓN. *Al inicio de la implementación de la rutina, la intranquilidad y nerviosismo de MMM eran evidentes, pues había actividades que tenía que realizar y no las recordaba, posteriormente; con apoyo visual (dibujos impresos) que se colocaron en puntos estratégicos, fue más fácil la adaptación al ambiente rutinario.*

3. Si el paciente tiende a repetir preguntas o gestos, desviar su atención cambiando de tema.

FUNDAMENTACIÓN. La persona con la Enfermedad de Alzheimer se puede olvidar de lo que dijo de un momento para otro, repitiendo la pregunta y las acciones una y otra vez, distráigala con algo distinto para ver, oír o hacer. Esta técnica interrumpirá el curso de sus pensamientos (Caro, 1999, p. 28).

EVALUACIÓN. *Al conversar con la paciente e identificar que repetía historias, se desviaba la plática con comentarios de noticias y sucesos de la actualidad, para orientarla en tiempo lugar y espacio y al mismo tiempo aclarar de manera sutil y sin que ella se sintiera agredida a que eso ya lo había mencionado antes.*



4. Permitir comportamientos habituales, como acaparamiento, vagabundeo; siempre que se realicen en un ambiente seguro.

FUNDAMENTACIÓN. Es necesario organizar el espacio del enfermo para disminuir los riesgos de accidentes, facilitar el desarrollo de su vida diaria (ya que la rutina debe ser la base de sus actividades) y facilitar la tarea del cuidador. Esto se debe hacer de forma gradual, evitando las transformaciones bruscas que puedan acrecentar el sentimiento de inseguridad de la persona enferma (Caro, 1999, p. 23).

EVALUACIÓN. Cuando MMM mostraba signos de cansancio, aburrimiento y se manifestaba desinterés e intentaba realizar una actividad diferente se dio oportunidad a ello, sin presionarla a continuar en lo que no quería, para evitar abrumarla y no llegar a la frustración e iniciar con ansiedad.

5. Valorar si la paciente presenta depresión

FUNDAMENTACIÓN. La persona con la Enfermedad de Alzheimer puede experimentar depresión, sentirse triste e infeliz y hablar, actuar y pensar lentamente. Esto puede afectar la rutina diaria. La depresión puede agravar la demencia, siendo necesario, por lo tanto, el tratamiento (Caro, 1999, p. 31).

EVALUACIÓN. A través del instrumento de Inventario de Depresión Beck et. al y Escala Corta de depresión Geriátrica, se evaluó que la paciente presenta depresión leve y mediante el análisis de datos se pudo determinar que es porque ya no se siente útil, no puede tomar decisiones propias, por lo que se diseñó un plan para que su hija le permita decir en ciertas cosas y solo la oriente. También se está buscando contar con la colaboración de un psicólogo para canalizarla y cuenta con atención en dicho aspecto.



6. Fomentar la actividad física regular (disminuye la agitación e intranquilidad del paciente).

FUNDAMENTACIÓN. Mantener el cuerpo en óptimas condiciones es muy importante, por eso, realizaremos ejercicios de rehabilitación, masajes, enseñaremos técnicas de relajación, para evitar rigidez muscular y mantener un estado de tranquilidad que ejerce un efecto positivo tanto para el paciente como en su familia (Sanchos, 2007. p. 31). Realizar ejercicio físico regular se considera que es un factor importante no sólo para una vida saludable sino también para mantener la salud mental y un mejor funcionamiento cognitivo. Existe evidencia de que la actividad física juega un papel importante en el bienestar psicológico, pudiendo incluso mejorar el funcionamiento intelectual. Numerosas investigaciones han concluido que la actividad física tiene un efecto positivo sobre diferentes aspectos de la función del SNC como la disminución de la depresión y ansiedad, el acortamiento del tiempo de reacción y la mejora de la memoria y otras funciones cognitivas (Redolat, 2004. p. 49).

EVALUACIÓN. *Con la orientación de enfermeras especialistas en rehabilitación se implemento una rutina de ejercicios que la mantiene activa, física y cognitivamente.*

7. Colocar una pulsera con datos de identificación.

FUNDAMENTACIÓN. La pulsera es una manera importante de verificar su identidad, proporciona información sobre su estado de salud y qué tipo de atención debe proporcionar el profesional de la salud y personas que pudieran estar alrededor del paciente en determinado caso. Verifique que el nombre esté escrito correctamente y que toda la información de la pulsera sea correcta.

EVALUACIÓN. *Desde el inicio de la intervención se planteo la idea de la pulsera agrado a la hija de MMM. Esta pulsera se elaboró de manera provisional debido a las condiciones económicas. Posteriormente, se pretende cambiarla por una de metal personalizada.*



DX. DE ENFERMERÍA

⊕ ***Alteración de la comunicación verbal relacionada con deterioro cognoscitivo, manifestada por búsqueda mental de palabras, repetición de términos, lenguaje incoherente.***

FUNDAMENTACIÓN. La demencia puede ser definida como un síndrome caracterizado por deterioro adquirido y persistente de la función intelectual, con afección de al menos tres áreas de la actividad mental, como trastornos del lenguaje, de la memoria y de las habilidades visoespaciales; trastornos emocionales o de la personalidad, y trastornos cognitivos (Vega, 2007. p. 32). La Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad progresiva y degenerativa del cerebro para la cual no existe recuperación. Aunque se desconoce la causa exacta de la EA, los investigadores han descubierto que las células cerebrales de los pacientes con esta enfermedad carecen de determinados neurotransmisores, como la acetilcolina y la noradrenalina, lo que puede ser causa de las alteraciones cognitivas características de la enfermedad (Kaschak, 1994, p.183). Lentamente, la enfermedad ataca las células nerviosas en todas las partes de la corteza del cerebro, así como algunas estructuras circundantes, deteriorando así las capacidades de la persona de controlar las emociones, reconocer errores y patrones, coordinar el movimiento y recordar. También se presentan cambios en las siguientes áreas: lenguaje, capacidad de toma de decisiones, juicio, atención y otras áreas relacionadas de la función cognitiva y la personalidad (Juárez, 1997, p. 18).

OBJETIVO

⊕ Establecer una comunicación verbal y no verbal eficaz con el paciente para comprender sus necesidades a medida que aumente su demencia y el deterioro de sus técnicas verbales.



CUIDADOS

1. Dirigirse suavemente al paciente, de forma abierta, amistosa y relajada.

FUNDAMENTACIÓN. Los pacientes con Alzheimer tienden a reflejar el afecto a quienes les rodean (Kaschak, 1994, p.185). La comunicación con la persona deteriorada desde el punto de vista cognitivo, se potencia si la enfermera reconoce de forma empática la pérdida de autoestima o la pérdida real del propio yo, que el paciente, esta experimentando. Un acercamiento afectuoso supone al menos un cierto grado de conocimiento de la experiencia del paciente, lo más difícil que podría existir. Mantener una actitud relajada, ayudarle a lograr una sensación de triunfo, no de fracaso, ya que el premio alimenta más éxito en la comunicación (Simon, 1996, p.366).

EVALUACIÓN. *Comunicarse de manera amistosa, amable, pero; sobre todo mostrando respeto y sin tratarla como niña, siempre resulto favorable porque se evitó la exaltación y favoreció mayor cooperación por parte de la paciente.*

2. Hablar al paciente con tono de voz claro y bajo.

FUNDAMENTACIÓN. Para lograr una comunicación más eficaz, se dará una indicación o hará una pregunta que sea simple y sosegada mientras se permite un tiempo suficiente para la respuesta. Deben ofrecerse selecciones, para que sean simples de formar y no resulten abrumadoras (Simon, 1996, p. 124).

Haciendo un enfoque de preguntas o argumentos que ayuden al paciente a desarrollar o ampliar una idea, ya que se dirige la conversación hacia el tema de importancia (Simon, 1996, p. 366).

Se debe intentar simplificar todos los aspectos de la comunicación e introducir solamente un tema o una idea a la vez. Se deben evitar las frases largas y palabras complicadas. No es necesario hablar a gritos, a menos que el adulto presente problemas de audición. Hay que hablar despacio y con naturalidad (Smeltzer, 1996. p. 6)



Evaluación. *Dar indicaciones de manera directa y precisa permitió que la “comprensión” de las tareas fuera más fácil, así como la realización de las mismas, lo que permitió a su vez que MMM permaneciera activa.*

3. Identificarse siempre y mirar directamente al paciente.

FUNDAMENTACIÓN. Se puede ayudar a los pacientes con pérdida de memoria reciente a mantener la orientación por medio de estímulos específicos y de la orientación intencionada. Por ejemplo, la enfermera no debe asumir que un paciente con deterioro cognitivo va a reconocerla a ella y a otros cuidadores, independientemente con la frecuencia que mantenga relaciones. Cada vez que la enfermera se acerque al paciente, debe presentarse de modo que evite las presunciones o el insulto. Los esquemas impresos pueden ayudar al paciente que es capaz de leer. Los estímulos visuales sobre los actos diarios, vacaciones y estaciones del año pueden servir de refuerzo para discusiones de lo que esta sucediendo o va a suceder. A pacientes con pérdida de memoria se les puede ayudar a aprender o retener información importante, como, por ejemplo medidas de autocuidado o un régimen de salud prescrito, si sus necesidades específicas se incorporan en el plan de educación. Se ha encontrado que el uso de la presentación tanto oral como visual de la información a aprender es efectivo a la hora de aumentar la memoria según Ressler, (1991), citado por Simon (1996, p. 365-366).

Evaluación. *El no dar por hecho de que la paciente reconocía a la gente de su entorno y siempre “recordarle” quien estaba a su alrededor y de forma simultánea realizar ejercicios de asociación resulto conveniente, porque, se ejercitaba la memoria diaria y continuamente.*



4. Valorar la audición y visión del paciente.

FUNDAMENTACIÓN. La mayoría de los adultos de edad avanzada mantienen una capacidad visual suficiente para llevar acabo las actividades de la vida diaria, sin embargo; conforme incrementa la edad el hecho de presentar una visión alterada es la norma más que la excepción. La sordera es una de las formas de derivación sensorial más crueles. A diferencia de la ceguera, suele producir una sensación de ridículo, en lugar de compasión. Una persona sorda puede parecer estúpida, ya que es incapaz de oír lo que se dice y generalmente es incapaz de controlar su propia voz (Smeltzer, 1996. p. 84-101). Los déficit de audición y visión contribuyen a complicar los problemas de comunicación (Kaschak, 1994, p.186). A medida que avanzan estas limitaciones, los adultos de edad avanzada experimentan una pérdida de independencia que conduce a sentimientos de frustración, aburrimiento, furia y aislamiento de los demás. Escuchar y hablar puede ser reconfortante, instructivo y alentador (Smeltzer, 1996. p. 84-101).

Evaluación. *La audición de la paciente esta disminuida por la edad, pero no se encuentran patologías agregadas, por lo cual es necesario aumentar la intensidad al hablar pero no es ineludible el grito, la visión se encuentra sin alteraciones es capaz de "leer" normalmente, esto sirve principalmente para el reconocimiento y asociación de imágenes impresas que permiten la asociación y reconocimiento de actividades.*

5. Valorar el comportamiento no verbal del paciente, como la expresión facial, lenguaje corporal, postura y gestos.

FUNDAMENTACIÓN. La comunicación humana es un proceso continuo de relación, que engloba en la mayoría de los casos, un conjunto continuo de relación que engloba, en la mayoría de los casos, un conjunto de formas de comportamiento, a veces, independientes de nuestra voluntad. No es necesario que toda transmisión de información sea consciente, voluntaria y deliberada de hecho, cualquier comportamiento en presencia de otra persona constituye un



vehículo de comunicación. «Cuando hablamos (o escuchamos), nuestra atención se centra en las palabras más que en el lenguaje corporal. Aunque nuestro juicio incluye ambas cosas. Una audiencia está procesando simultáneamente el aspecto verbal y el no verbal. Los movimientos del cuerpo no son generalmente positivos o negativos en sí mismos, más bien, la situación y el mensaje determinarán su evaluación» (Givens, 2000, p.4)

Evaluación. *A través del cuidado proporcionado a MMM, se lograron identificar gestos y manías que denotan ciertos sentimientos de acierto y negación por su parte, lo cual permitió comprender más a fondo su comportamiento y formar una relación de empatía que condescendió a mantener una comunicación efectiva.*

6. Reducir el ruido ambiental al hablar con el paciente.

FUNDAMENTACIÓN. Para que la enfermera pueda comunicarse de forma eficaz con el paciente, es esencial dirigir a éste hacia unos objetivos y centrar toda su atención en una tarea. La enfermera debe colocarse directamente frente al paciente, se deben eliminar todas las distracciones ambientales. Centrarse en el número y variedad de respuestas, más que en corregir los errores (Simon, 1996, p. 124).

Evaluación. *Al interactuar con MMM, siempre se pretendió no contar con distractores como radio, televisión, etc; y de en cierta medida se logró, pues, el ruido ambiental que se producía dentro de la casa se pudo controlar, pero el ruido ambiental externo como de autos, personas, era repentino y aunque no en todas las ocasiones fue impedimento, si hubo ocasiones en las que interfirió en la comunicación.*



7. Estimular al paciente a describir historias o situaciones de su pasado.

FUNDAMENTACIÓN. Típicamente, las personas con EA conservan la memoria remota hasta las últimas fases de la enfermedad. La expresión de los recuerdos es relajante.

Los apuntes visuales estimulan la memoria remota, sobre todo si se utilizan repetidamente. Un libro de recuerdos le da al paciente algo específico en qué centrarse (Kaschak, 1994, p.186).

La estimulación sensorial es beneficiosa para el paciente, sobre todo aquella que implica interacción con otra persona o grupos de personas. Las actividades que incluyen todos los sentidos parecen proporcionar más ventajas que la estimulación visual o verbal aisladas. Las actividades con la memoria o reminiscencia proporcionan a los adultos de edad avanzada la ocasión de usar una variedad de palabras mayor, así como, maneras de comunicarse, que las actividades normales de orientación en la realidad, que se han usado de forma tradicional (Simon, 1996, p. 123).

Evaluación. *Esta técnica permitió, que el equipo de trabajo tuviera más conocimiento acerca del núcleo familiar y entorno del pasado de la Sra. MMM, lo cual permitió que los temas de comunicación aumentaran y así mismo la técnica de reminiscencia se llevará a cabo con mayor efectividad.*



DX. DE ENFERMERÍA

⊕ ***Alteración de los procesos familiares relacionada con la crisis provocada por los cambios de conducta que presenta la paciente, manifestada por alteración de la vida familiar y la modificación de los papeles dentro de la familia.***

FUNDAMENTACIÓN. Las demencias en general y la de tipo Alzheimer en particular se caracterizan por el deterioro progresivo de las facultades físicas y mentales de los pacientes que conducen a una situación de total dependencia de una tercera persona para poder subsistir. Por ello, cuando una persona padece Alzheimer, toda la familia sufre la enfermedad en mayor o menor medida. En definitiva, la vida de todos, incluso de los que no van a colaborar, se ve afectada. En el caso de los que aportan ayuda, porque tienen menos tiempo personal; en el caso de los que permanecen al margen, porque sienten inquietud, miedo y rechazo (Díaz, 2000. p. 61). Como menciona Balestrero (2006) el miembro del grupo que se enferma cambia sin intención su rol y altera toda la dinámica.

2006Asociación Alzheimer Argentina

OBJETIVO

Reducir el conflicto familiar y aumentar la capacidad del cuidador para brindar los cuidados así como evitar la desesperación y desesperanza.



CUIDADOS

1. Estimular a la familia y al cuidador a expresar sus sentimientos, frustraciones y problemas (Manejo de sentimientos).

FUNDAMENTACIÓN. Como menciona Armendáriz (2004, p.65-66), una de las carencias más evidentes y a la vez lamentables de nuestra educación convencional sea el manejo de sentimientos. La escasa educación específica que recibimos al respecto es, en el mejor de los casos insuficiente. El pobre manejo convencional con que nos han adoctrinado, nos hace ocultar o reprimir los sentimientos, como consecuencia de nuestra tendencia a juzgarlos como “buenos” o “malos”. Pero los sentimientos no son buenos ni malos: simplemente son.

La expresión de los sentimientos y problemas ayuda a menudo a afrontar y encontrar soluciones apropiadas. Escuchar al cuidador en privado, permite abordar temas que a veces son vividos como especialmente delicados y para los que el cuidador demanda un espacio más privado. Esto ofrece apoyo humano para que el cuidador pueda canalizar y expresar sus emociones, favorece el proceso de aceptación de la nueva situación, trata los conflictos, modifica las conductas inadecuadas, y previene las alteraciones psicológicas perjudiciales proponiendo respuestas alternativas y compatibles con el cuidado del enfermo.

La integración de la familia se dirige a crear un marco de entendimiento y comunicación positiva entre los distintos miembros de la familia. Esta intervención busca la resolución de problemas tales como la adaptación a la nueva situación, a los posibles cambios de papeles, a las responsabilidades que aparecieron, a la enfermedad (Díaz D, 2006. p. 288).

EVALUACIÓN. *Esta técnica de “desahogo” fue fundamental para los distintos miembros de la familia, porque se permitieron expresar los sentimientos de frustración, culpa, discutieron y lloraron, pero posterior a esto mostraron mayor disposición al cuidado, sobre todo descargar el gran cúmulo de sentimientos para sí ayudo a que no repercutiera en el cuidado brindado.*



2. Informar al CP sobre la enfermedad y cuidados del paciente con E.A.

FUNDAMENTACIÓN. Como menciona Libre y col. (2007) el cuidado de una persona anciana con demencia representa una gran carga emocional, para el cuidador principal y la familia, a partir de los diferentes problemas a los que habrán de enfrentarse.

En el artículo (Mejorar el Apoyo a las Familias, 2006.) se menciona que quizás uno de los mayores costos de la enfermedad de Alzheimer es el costo físico y emocional de la familia, las personas que los cuidan y los amigos de los enfermos. Los cambios en la personalidad y las capacidades mentales del ser amado; la necesidad de proporcionar una atención constante y cariñosa hasta al final de la vida; y las exigencias de bañar, vestir, y atender al enfermo que son responsabilidad del cuidador pueden ser difíciles de sobrellevar. Muchas personas que atienden enfermos deben desempeñar roles nuevos y poco conocidos para la familia y estos cambios pueden ser tan difíciles como tristes. No es una sorpresa que quienes cuidan personas con demencia pasan significativamente más tiempo en las tareas de atención que otras personas que cuidan a enfermos de otro tipo.

EVALUACIÓN. *En el primer contacto el CP no sabía nada sobre la EA y sobre todo de los cuidados que se deben brindar a la persona que la padece, por lo tanto; se dieron en varias sesiones información para la comprensión de la misma y se dejaron actividades de retroalimentación para poder evaluar el aprendizaje obtenido y resolver las dudas expuestas. Posteriormente se logró que el CP y otros miembros de la familia exteriorizará el conocimiento adquirido.*



3. Alentar a la paciente y al cuidador a plantearse metas y objetivos reales para el futuro.

FUNDAMENTACIÓN. Una de las situaciones que más afecta a un enfermo, y de hecho a cualquier individuo, es no tener ninguna expectativa futura, lo cual conduce a un estado de desesperanza. Desde este estado, es fácil que la persona ya no desee realizar esfuerzo alguno puesto que no cree alcanzar ningún resultado. Este proceso pesimista, de hecho, tiene bastante coherencia porque si no se vislumbra posibilidad de logro ¿para qué intentar algo? Es el mecanismo mental de quien literalmente se abandona a sí mismo. (Armendáriz, 2004, p.95).

EVALUACIÓN. Este punto fue fundamental debido a que una vez comprendida la enfermedad que afecta a MMM, el CP pudo percibir que a pesar de las alternativas que se ofrecieron en el protocolo, no se buscaba en ningún momento la cura del padecimiento, sin embargo sí la calidad de vida, a corto, mediano y largo plazo, por lo que se logro el planteamiento de metas reales y sobre todo se logro alcanzar gran parte de ella y con ello mantener la autonomía de la paciente.

4. Estimular la “responsabilidad” y participación del paciente

FUNDAMENTACIÓN. La familia con un paciente grave siente la responsabilidad de dar tanto apoyo y cariño como sea posible a su enfermo. Pero recordemos que también es esencial que los miembros de la familia satisfagan sus propias necesidades mientras permiten que el paciente participe activamente en su propia recuperación. Es importante que el paciente sea tratado como una persona responsable, más que como una víctima indefensa. Si el paciente u otro miembro de la familia sienten miedo, es importante lo comuniquen. Una respuesta de apoyo, en lugar de un trato “como niño”. El hecho de que este enfermo no implica que quiera o necesite ser tratado como inútil. No tratándolos como inútiles, se les comunica el reconocimiento de sus propios recursos. (Armendáriz, 2004, p.106).

EVALUACIÓN. Relacionado con el punto anterior mencionado se logro que el CP, permitiera una mayor participación de MMM y con ello conservar su independencia, explotando sus habilidades conservadas.



- 5. Alentar a mantener la relación de cariño, amor, respeto, atención, etc., que existía antes de iniciarse la enfermedad, entre el cuidador/familia y el enfermo.**

FUNDAMENTACIÓN. Cuando no queda mas remedio que aceptar un diagnóstico de gravedad, es conveniente que tanto el paciente como la familia desarrollen una fuerza psicológica conjunta. Ésta puede surgir precisamente de estar unidos, ser auténticos, flexibles, comprensivos y saber acompañar efectivamente. Todas estas cualidades de hecho, constituyen la base de una relación interpersonal, calida, armoniosa y efectiva. (Armendáriz, 2004, p.109).

EVALUACIÓN. *Afortunadamente, MMM tiene un CP muy afectivo que demuestra su cariño “incondicional”, por lo que solo se alentó a seguir manejando a MMM como una adulta y de esa forma hablarle, no tratarla como una niña, y de esa manera la paciente conserva su identidad y permite la orientación en tiempo.*

- 6. Aconsejar a la familia la participación en un grupo de autoayuda**

FUNDAMENTACIÓN. En las sesiones de ayuda grupal participa un grupo de familiares con una serie de problemas comunes, de forma que permite a cada familiar identificarse con otras personas que experimentan la misma realidad. A su vez, se produce un fuerte sentimiento de pertenencia grupal y un gran sentido de solidaridad. El grupo se convierte en el marco donde compartir problemas y dificultades, donde los familiares se sienten comprendidos, apoyados y reforzados por prestarse atención a sí mismos (Díaz, 2000. p. 61)

EVALUACIÓN. *Se planteo la posibilidad de acudir a grupos como los de la Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y otros del INAPAM, pero debido a la lejanía y costos del traslado, solo permitieron la intervención que se estaba llevando a cabo hasta el momento en su domicilio.*



DX. DE ENFERMERÍA

⊕ ***Aislamiento social (paciente-CP) relacionado con la pérdida de memoria del paciente e imposibilidad de dejarla sola, manifestada por expresión de soledad, escasas salidas de su casa, nulas visitas.***

FUNDAMENTACIÓN. La familia crea una red de comunicación dentro de la cual circula, ésta manera es propia y posee un equilibrio que mantiene unido al grupo, a su vez dinámico, complejo, inestable y distante de la quietud. Frente a la aparición de cambios, rupturas, cada grupo cuenta con un bagaje de pautas, patrones de funcionamiento que intentan restablecer el equilibrio resolviendo cada situación. Cada familia posee un repertorio de pautas que, cuanto más variables sean, le permitirán disponer de una mayor capacidad de adaptación a los cambios. Existen acontecimientos que impactan a toda la estructura familiar y superan las respuestas con que el grupo cuenta en ese momento. Si la familia recibe un diagnóstico de enfermedad demencial comienza un proceso de duelo.

OBJETIVO

Evitar el aislamiento social del paciente y su cuidador principal.

CUIDADOS

- 1. Valorar la capacidad del paciente para comunicarse y el nivel de aislamiento social en la familia.**

FUNDAMENTACIÓN. La EA evoluciona con progresivo deterioro de comunicación, añadiendo mayores dificultades de relaciones interpersonales del paciente facilitando su mayor aislamiento y deterioro. A veces, el paciente se aísla debido a su incapacidad para comunicarse eficazmente. Con frecuencia, la familia se siente violentada por el problema de la demencia, alejándose de las situaciones sociales (González, 2000, p. 136).

EVALUACIÓN. *La paciente hasta este momento no había perdido la capacidad de hablar, pero si presentaba dislalia, lo que dificulto la comunicación pero aún así, se siguió alentando a repetir las palabras y frases a través de ejercicios par mantener la capacidad de emitir sonidos.*



2. Administrar el tiempo.

FUNDAMENTACIÓN. Uno de los sellos distintivos de nuestra vida moderna es el caudal de eventos que realizamos día a día, y por tanto, el manejo del tiempo se ha vuelto una habilidad indispensable no sólo para el logro de metas personales sino incluso una clave para la salud emocional y física. El manejo que hacemos con el tiempo es un proceso mental y corporal que produce efectos, precisamente, tanto en nuestra mente como en nuestro cuerpo.

Una vida con demasiada carga de actividades puede ser un factor central en la afectación de las relaciones humanas. A continuación se mencionan estrategias que nos pueden ayudar a organizarnos para sacar un mejor aprovechamiento de nuestro tiempo, cuando pareciera que no logramos salir adelante, pues las ocupaciones se multiplican ante nuestros ojos (Armendáriz, 2004, p. 57-62).

Clasificar las actividades en:

1. Urgente-importante
2. Urgente- no importante
3. No urgente-importante
4. No urgente-no importante

EVALUACIÓN. *Se logró que el CP, hiciera prioridad de actividades y realizará una a la vez y dividiéndolas en los distintos días de la semana, además; que fuera de acuerdo a sus posibilidades, también; logrando que cuando fuera atención hacia el paciente fuera única y exclusivamente hacia él y por otro lado al realizar las actividades planeadas con el paciente por parte de enfermería ella pudiera tomar un descanso, sino era necesaria su intervención; evitando la ansiedad por la premura.*



3. Realizar un rol de cuidados con el CP e integrar otros familiares y/o amigos que ofrezcan apoyo.

FUNDAMENTACIÓN. A menudo, el cuidador necesita ayuda para darse cuenta de que los demás miembros de la familia y los amigos, si son informados, pueden ofrecer apoyo y favorecer el descanso del cuidador.

Como menciona Armendáriz (2004, p.106-107), en ocasiones queremos hacer tanto que asumimos el papel social que ha recibido el nombre del “salvador”, esto es, nos relacionamos con alguien suponiendo que se trata de una persona débil. Pero cuando pretendemos “salvar” a alguien, de hecho lo que hacemos es reforzar la supuesta debilidad del otro. Es un precio alto que la persona enferma debe pagar porque se le despoja de su poder para hacerse valer por sí misma, y es relegada a una actitud pasiva. Ante esto, al haber negado sus propias necesidades para satisfacer las del paciente, llega a sentir hostilidad hacia él, y también a sentirse culpable por su fastidio.

A veces también queremos “proteger” al paciente de otros problemas familiares, sin embargo, tomar la actitud de que el paciente “ ya tiene demasiados problemas”, lo aísla de su familia justo en el momento en que es más importante para él sentirse involucrado en la vida.

En otras situaciones, puede ser el mismo paciente quien asume el papel de “salvador”, “protegiendo” según él a los miembros de su familia, al no expresar sus preocupaciones. A largo plazo y en términos generales, la salud psicológica de todos mejora cuando los sentimientos son expresados y resueltos con franqueza.

EVALUACIÓN. *A pesar de que se planteo la posibilidad de incluir a más personas para ayudar en el cuidado de la Sra. MMM, el CP se mostró muy aprensivo, pero posteriormente se logro que dejara participar un tercer cuidador, y aunque; el CP en esas ocasiones no salía de su domicilio, si se logro que tuviera momentos de descanso y sobre todo momentos de intimidad personal.*



4. Identificar sistemas de apoyo, a través de, grupos alternativos para la familia, de modo que el cuidador pueda mantener una vida social.

FUNDAMENTACIÓN. Las exigencias de cuidados a menudo provocan aislamiento. Los grupos de apoyo oficiales y los amigos pueden proporcionar apoyo y la ayuda necesaria. En un sentido amplio se puede afirmar que los grupos se forman para satisfacer las necesidades humanas. Existen tareas que sólo pueden realizarse a través del grupo, pero también hay tareas que el grupo realiza más efectivamente que el individuo mismo (Relaciones Humanas, p.176).

Evaluación. *Nuevamente se habló y se planteó al CP, la posibilidad de acudir a grupos de apoyo, aunque solo una vez a la semana pero, el CP nuevamente en este tema se mostro insegura y renuente, y manifiesta que prefiere seguir con el apoyo hasta ahora brindado en su casa; se dejo abierta la posibilidad para volverlo a considerar.*

5. Sensibilizar al cuidador para que permita el punto de vista y apoyo de cuidadores secundarios.

FUNDAMENTACIÓN. Cada persona tiene su muy particular forma de entender el mundo, y al conocer su realidad es más fácil entenderle. De esta forma construimos un puente hacia la mutua comprensión. Por tanto si en verdad queremos acompañar y apoyar a una persona tenemos que conocer lo que es importante para el otro, qué es lo que el otro quiere y entonces procuremos dárselo. Pero antes de conocer y acompañar a otro individuo hay un paso previo e indispensable: empezar por acompañarse a sí mismo (reconociendo cuáles son mis puntos fuertes, mis puntos débiles, en qué circunstancias funciono mejor, en cuáles no, mis alcances reales, respetar mi cuerpo y mi salud, saber a dónde estoy y adónde quiero llegar, etc. Mientras las tareas básicas de los familiares serán saber acompañarse a sí mismos y al enfermo, al paciente le corresponde relacionarse consigo mismo, con sus seres cercanos y con su propio padecimiento (Armendáriz, 2004, p.15).



EVALUACIÓN. *Se logró la participación activa de un tercer miembro de la familia en los cuidados y en medida de sus posibilidades y tiempo se asignaron tareas, que no interfirieran en sus actividades personales, y el CP aceptó este tipo de ayuda y ocasionalmente que enfermería trabajara con la paciente sin intervenciones del mismo.*

6. Apoyar manteniendo la propia integridad (CP)

FUNDAMENTACIÓN. Cuando cuidamos de una persona con deterioro mental, podemos exceder nuestra capacidad física y emocional. Impulsados por el amor, la devoción o el deber, podemos olvidar nuestras necesidades personales. (Leonore S, Powell K, 1993. p. 93).

Cuando la persona amada está afectada, una excelente forma de manifestar nuestro apoyo es preguntarle directamente a ella y a la familia: ¿Hay algo que quieras que haga? Después de la pregunta habremos de escuchar con mucha atención. Ya en nuestra comunicación diaria suelen presentarse muchas equivocaciones al descifrar el mensaje de otra persona, pero en los momentos de intensidad emocional el riesgo es mayor, por ello lo mejor es repetir verbalmente lo que entendimos para asegurarnos de haber captado apropiadamente el mensaje enviado.

Pero también es de suma importancia que la persona de apoyo mantenga su propia identidad. Si al ofrecer ayuda se escuchan peticiones poco razonables o fuera del alcance, entonces es útil que expresar honestamente límites. Esto mantiene abierta la comunicación con los demás miembros de la familia y el paciente, señala la disposición y cariño y, al mismo tiempo, también define los límites sanos de lo que se puede hacer realmente (Armendáriz, 2004, p.25-26).

EVALUACIÓN. *Se tuvo en ciertos momentos charlas con el CP acerca de su Participación en el cuidado de la paciente, pero, también se advirtió de la sobrecarga que como cuidador puede tener y las consecuencias que con esto conlleva, por lo tanto se le hizo una invitación y considerara trabajar en ocasiones posteriores un plan de intervenciones específicamente para y se deja abierta la posibilidad.*

CONCLUSIONES





El objetivo principal planteado de este trabajo fue trabajar con una persona con demencia tipo Alzheimer a través del Proceso Atención de Enfermería y se cumplió satisfactoriamente, mediante la investigación de información requerida para este fin y el desarrollo del mismo, puedo concluir que; nadie puede ignorar el problema del envejecimiento y el creciente número de personas con demencia que acompañan esta etapa de la vida. Así mismo, la Enfermedad de Alzheimer además de “transformar” en su totalidad a la persona, debido a que es una enfermedad que incapacita el cerebro, afecta a un gran número de personas directa e indirectamente, porque produce un profundo impacto sobre los miembros de la familia y se vuelve un reto en el cuidado y en la calidad del mismo.

Además, al progresar el deterioro de la persona con EA necesitará que alguien la ayude en mayor medida en todos los aspectos de la vida cotidiana. A pesar de esto, continua siendo una persona con toda su valía y dignidad y merece el mismo respeto que cualquier otro ser humano, que en lo posible debe participar en las decisiones que afecten su vida diaria y su futuro cuidado.

Hablar de Enfermedad de Alzheimer, no significa simplemente atención a un paciente, dada la dependencia originada por la EA, la atención global implica la asistencia no solo del afectado, sino también de sus familiares y sobre todo de su cuidador principal, enfatizando en el modelo de Virginia Henderson que se enmarca en la filosofía humanista y holista. Entonces, se entiende que el Profesional de enfermería tiene un peso específico, desde la atención primaria hasta la proporcionada en un tercer nivel.

Se identifica que el Profesional de enfermería es uno de los pilares básicos del equipo interdisciplinario y tiene un papel fundamental que presta atención asistencial al enfermo de Alzheimer y a sus familiares. Nosotros como enfermeros podemos y debemos colaborar en la medida de lo posible, desde la importancia del pronóstico precoz, el cuidado en domicilio, la atención en el



tercer nivel y en el último estadio evitar el sufrimiento y procurar un ambiente tranquilo y de paz.

Llevar un seguimiento de la persona afectada por lo menos cada seis meses para evaluar el deterioro, según, el tiempo de evolución de la patología y el nivel de dependencia hacia cuidador; debido a que es una enfermedad crónica, que requiere de acompañamiento y en cierto momento la sustitución, en donde el papel de enfermería se destaca fuertemente.

Finalmente, las demencias en general y la Enfermedad de Alzheimer en particular, van a generar tal gama de problemas de salud, tanto física como psicológica y social, que la atención en primera instancia requiere estar enfocada a la familia quienes necesitarán el respaldo de diferentes profesionales (enfermeras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, etc.), para posteriormente brindar calidad de atención de la persona afectada.

Dentro de este equipo de atención, el Profesional de enfermería se destaca mediante la implementación un plan personalizado para, el binomio (paciente-cuidador) tanto de forma independiente como, interdependiente; siempre en coordinación con el resto de los profesionales. Pues, siempre el tratamiento va dirigido con enfoque sintomático y no dirigido en ningún momento hacia las causas de la enfermedad.

En definitiva, en la atención al paciente con demencia tipo Alzheimer se constituye de la existencia del arte y ciencia de la Enfermería.

**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**



1. Collière, M.F. (1982). *Promover la vida*. París: Intereditions.
2. Entralgo, Lain P. (1999). *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat.
3. Maderuelo, J. (1992). *Arquitectura Hospitalaria en España, en Profesión Médica*. Madrid: Masson.
4. Dominguez, C. (2001). *La Enfermería en Cataluña*. Barcelona: Rol.
5. Jameison, E. M. (1968). *Historia de la Enfermería* (6ª edición). México: Interamericana.
6. Molina, M. T. (1993). *Historia de la Enfermería*. (2º ed). Buenos Aires: Inter-Médica.
7. Tomey, A. M. (1996). *Modelos y Teorías en Enfermería*. España: Mosby-Doyma.
8. Nightingale, F. (1990). *Notas sobre Enfermería: Qué es y qué no es*. Barcelona: Salvat.
9. Nuttal, P. (2003). The passionate statistician. *Nursing Times*.
10. Molina, T. (1993). *Historia de la Enfermería*. Buenos Aires: Intermédica.
11. Kérouac, S. (1996). *El pensamiento enfermero*. España: Masson.
12. Caro, L. E. (1999). *Manual de atención. La enfermedad de Alzheimer. Recomendaciones para un cuidado de calidad*. México: COMISA



13. Tortora, G.J., Derrickson, B. (2006) *Principios de Anatomía y Fisiología* (11ª ed.). México: Harla.
14. Coria, F. (1994). *Trastornos de la memoria en la ancianidad*. Madrid: Medicine.
15. Smeltzer, S.C. (1996) *Enfermería Medicoquirúrgica de Brunner y Sudarth*. (Vol.2) (7ª ed.). México: Interamericana-McGraw-Hill.
16. López, J. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4º ed. Text Revised (DSM-IV TR)*. American Psychiatric Association. Ed. El servier Masson. España. 2002.
17. Jenet W., J. Cristensen. (1996). *Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías y modelos*. México: Manual Moderno.
18. Juárez G. L. C. (1997) *La Enfermedad de Alzheimer. Bases fisiopatológicas, diagnóstico y alternativas de tratamiento*. México: Trillas.
19. Pierre, T. (1990). *ABC de Enfermedad de Alzheimer*. España: Masson.
20. Kim-McFarland, M.C.L. (1993). *Diagnóstico de Enfermería*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
21. García G, M.J. (1997). *El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. México: Progreso.
22. Riopelle, L. (1982). *Evolución de los cuidados enfermeros a través del tiempo e individualización de los cuidados enfermeros*. Québec: Mcgraw-Hill.



23. Luckmann, J., Orizaga S. J., Palacios M. R. (2000). *Saunders cuidados de enfermería*. México: Mc Graw-Hill Interamericana
24. Simon, S. A. (1996). *Enfermería Gerontológica*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
25. Kaschak, N. D. (1994). *Planes de Cuidado en Geriatría*. Madrid: Mosby/Doyma.
26. Vega O. T., Villalobos C.A. (2007). *Programa de Desarrollo Integral del Adulto Mayor Cuidando la Salud del Adulto Mayor..* México.
27. Díaz, M. A. Doménech, N. Elorriaga C. y S. Ortiz A, et al. (2000). *Encasa tenemos un enfermo de Alzheimer*. España: Masson. España.
28. Díaz D, M.A. (2006). *El paciente de alzheimer y su entorno familiar. Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias*. España: C.E.A.F.A.
29. Sanchis B, V., Ubeda M., M.F. (2007). *La Enfermedad de Alzheimer y el cuidador*. Revista Enfermería Integral. Valencia. 68:29-32.
30. Redolat R., Carrasco, M.C. (2004). *¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento?* Anales de Psicología. Murcia; 14(1):45-53
31. T, J. Salud activa. Ed. Plaza Janés. Barcelona 2000.
66 Tarrida, J. Salud activa. pág. 126, 202-204, 280-283
32. Mejía A, S., Miguel J. A., Villa A. Ruiz A. L., Gutiérrez R, L.M. (2007) *Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México*. Salud Pública México; 49(4):475-481



33. Mínguez L., González E., García Y., Blanco A. I., López R. et. al. (2001) *Alzheimer, Familiares y cuidadores.*, 75-84.
34. Evans, D. A., Funkenstein, H. H., Albert, M. S., et al. (1999) "Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons higher than previously reported"; 262(18): 255-270
35. Peón, S. M. J. Atención. (2004) "Atención de Enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de alzheimer. Prevención y cuidados en el síndrome del cuidador" *Enfermería Científica*. Coruña; (264-265): 16-22
36. Alzheimer's Association National Office 225 N. Michigan Ave., Fl. 17, Chicago, IL 60601 Alzheimer's Association is a not-for-profit 501(c)(3) organization. Disponible en www.alz.org.brain Consultado en Junio de 2008
37. Centro de Información del Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento. Guía de la enfermedad de Alzheimer. La información que usted necesita saber. Disponible en www.niapublications.org Consultado de Junio de 2008
38. Pérez T, J.M., Banto A, J., Labarta M. J. (2006). *El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo*. Atención primaria.; 18: 194-201
39. Rodríguez Rodríguez P. (2005). *Cuidados en la Vejez, el apoyo informal*. Madrid: Inersso



40. Bermejo F., Rivera J., Trincado R., Olazarán J., Morales J.M. (1998). *Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia*. Madrid: Masson.
41. Peñafiel O. A. (1999). *Atención de Enfermería en la enfermedad de Alzheimer*. España: Pamplona.
42. Ruiz M., Adame R., Portillo E., M.C. Alzheimer. (1996). *Guía para Cuidadores y Profesionales de Atención Primaria*. Andalucía: Consejo de Salud.
43. Schweiger J.L, Huey R.A. (1999). *Enfermedad de Alzheimer. Papel de la enfermera en el equipo asistencial*. Nursing;17: 814.
44. Balbas L, V.M. (2005). El profesional de Enfermería y el Alzheimer. *Nure Investigación*;13, 2:6.
45. Peinado P, A. I., Garcés F, E.J. (2004). *Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer. El síndrome del asistente desasistido*. Murcia. *Anales de Psicología*; 14 (001), 83:93.
46. Burke, M.M., Walsh M. B. (1998). *Enfermería gerontológica: Cuidados integrales del adulto mayor*. España: El servier.
47. LLibre G., J .C; Perera M. E; Soto V. M; Dopazo A. M. (2007). *Impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales*. *Rev. Cubana Med.* 38(2):134-142.
48. Armendáriz R; R. (2004). *Aprendiendo a acompañar. Guía práctica de relaciones humanas para atender a familiares y pacientes que necesitan cuidados especiales*. México: Pax México.



49. Balestrero S. (2006). *Demencias y Familia*. Asociación Alzheimer Argentina. Disponible en: <http://www.alzheimer.com.ar> Revisado en Septiembre de 2008.
50. Millán C; Gandoy C.M, Fuentes S; I; García Z. B, Buide I. A. Et. Al. (1999). Programa de intervención-apoyo dirigido a los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. *Sal Rural*;6 : 71-78.
51. Barbeito C. B; Doval P; Fernández P. E, López A. P. Sánchez M. (2001). Programa de intervención familiar para familias de enfermos de Alzheimer. En *Diseño de programa. Curso de experto en programas de intervención familiar*. Universidad de La Coruña.7-30.
52. Gonzalez M. R. (2000). *Enfermedad de Alzheimer. Clínica, Tratamiento y Rehabilitación*. España: Masson.
53. Leonore S; Powell K. (1993). *Enfermedad de Alzheimer. Una guía para la familia*. México:Pax.

A N E X  S



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública

Consentimiento Informado

A continuación se le solicita su autorización para colaborar en el proyecto **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL CUIDADOR PRIMARIO DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**.¹, en población mexicana.

El Objetivo del primer estudio es conocer las estrategias de afrontamiento ante el estrés producido por el cuidado de una persona con probable enfermedad de Alzheimer, y el objetivo del segundo proyecto es identificar el síndrome de Burnout en el cuidador primario ante el cuidado de la persona con enfermedad de Alzheimer ya que este representa un problema de salud que daña la calidad de vida del cuidador y por ende la calidad asistencial.

Su participación consistirá en el llenado de tres instrumentos que a continuación se mencionan: Escala de Zarit, Escala de afrontamiento frente a riesgos extremos e inventario de Burnout de Maslach (IMB).

Los datos obtenidos serán **confidenciales y anónimos**, y nadie, excepto las personas que trabajan en el proyecto, conocerá sus datos proporcionados. Su participación es totalmente **voluntaria**, por lo que puede libremente decidir no participar o abandonar el proyecto antes de concluirlo en cualquier momento, sin ningún perjuicio de su atención médica, presente o futura.

He recibido la información completa sobre el proyecto "Estrategias De Afrontamiento Del Cuidador Primario De La Persona Con Enfermedad De Alzheimer Y Prevalencia Del Síndrome de Burnout en el Cuidador Primario de aa Persona Con Enfermedad De Alzheimer", y estoy de acuerdo en que mis datos e información proporcionada se utilicen de acuerdo a los fines que el estudio plantea

México D. F. a ___ de _____ de 200__ Lugar_____

Nombre del Cuidador Primario

Nombre del investigador

Firma

Firma

Nombre del testigo

Nombre del testigo

Firma

Firma



Escuela Pública", 5DEI.PTDO5.5.
 "Modelo de Enfermería para la atención Nacional de Enfermería y Obstetricia
 Universidad Nacional Autónoma de México
 "Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas
 en Salud preventiva y terapéutica en personas
 con enfermedad de Alzheimer"



Folio _____

Hora inicio ____:____

ESCALA CORTA DE DEPRESION GERIATRICA (SDG)

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Inicio _____

1. ¿Usted esta satisfecha(o) con la vida?
2. ¿Usted ha dejado de lado actividades o cosas de interés personal?
3. ¿Usted siente que su vida esta vacía?
4. ¿Usted se siente con frecuencia aburrida(o)?
5. ¿Usted se siente de buen ánimo la mayoría del tiempo?
6. ¿Usted siente temor de que algo le vaya a pasar?
7. ¿Usted se siente feliz la mayor parte del tiempo?
8. ¿Usted se siente a menudo desamparada(o)?
9. ¿Usted prefiere estar en casa, en lugar de salir y hacer cosas nuevas?
10. ¿Usted se siente que tiene más problemas de memoria en comparación a otras personas?
11. ¿Usted piensa que es maravilloso estar con vida hoy?
12. ¿Usted se siente que no vale nada?
13. ¿Usted se siente llena(o) de energía?
14. ¿Usted se siente que su situación no tiene esperanza?
15. ¿Usted siente que el resto de la gente esta en mejor condición que la suya?

Si	No

Hora de término ____ Tiempo total ____ Puntaje ____

Escala Nivel de depresión

	Puntos obtenidos
Normal	0-4
Depresión leve	5 -8
Depresión moderada	9 - 11
Depresión severa	12 -15



	<p>Escuela Pública", 5DEI.PTDO5.5. "Modelo de Enfermería para la atención Nacional de Enfermería y Obstetricia Universidad Nacional Autónoma de México "Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud preventiva y terapéutica en personas con enfermedad de Alzheimer"</p>	
---	---	---

Folio _____

Hora inicio ____:____

TEST DE MINI MENTAL (MMSE)

Nombre _____ Edad ____ Sexo __ Años de estudio ____

ORIENTACIÓN

1. ¿En que número y día de la semana, mes y año estamos? Y ¿Hora aproximada?	5
2. ¿Dónde esta Ud., ahora? (Lugar, país, ciudad, y delegación)	5

REGISTRO

3. Nombra tres objetos lentamente. Ej. (Casa, zapato, papel)	3
--	---

ATENCIÓN Y CÁLCULO

4. Múltiplos de 4 de atrás hacia delante. 40- 36 – 32 28.	5
---	---

MEMORIA

5. Repetir los objetos nombrados anteriormente (Casa, zapato, papel)	3
--	---

LENGUAJE

6. Mostrar un lápiz y un reloj, preguntar los respectivos nombres	2
7. Repetir. Tres perros en tragal	1
8. Indicar. Tomar el papel con su mano derecha, dóblelo a la mitad y póngalo sobre el suelo	3
9. Lea y obedezca lo siguiente CIERRE LOS OJOS.	1
10. Escriba una oración.	1

Escala Minimental

PUNTOS	INTERPRETACIÓN
= 24	Sugiere demencia
23-21	Demencia leve
20-11	Demencia moderada
≤10	Demencia severa



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



Instrumento de Valoración de Necesidades en la persona con Alteraciones Motoras, de Lenguaje, Memoria y Conductuales.

I. INTRODUCCIÓN

El presente instrumento de valoración de necesidades se deriva del Megaproyecto Nuevas Estrategias Epidemiológicas Genómicas y Proteómicas en Salud Pública con número de registro SDEI.PTDO 0.5.5, y forma parte del proyecto Modelo de Enfermería para la Atención Preventiva y Terapéutica en personas con Enfermedad de Alzheimer registrado con el número 020; esta dirigido a las personas y/o cuidadores primarios de personas con alteraciones motoras, de lenguaje, memoria y conductuales. Tiene como finalidad valorar a la persona para detectar las necesidades que se encuentren afectadas en ellos con el fin de ofrecer atención de enfermería.

Cabe mencionar que su participación es voluntaria y que la información obtenida será anónima por lo cual agradeceremos su colaboración.

II. INSTRUCCIONES

El entrevistador es quién aplicará el instrumento a las personas y/o cuidadores primarios de personas con alteraciones motoras, de lenguaje, memoria y conductuales, debe marcar con una X la repuesta que se identifique más a las necesidades de la persona entrevistada.

Por ejemplo:

Nunca	1
Algunas veces	2
Siempre	3

III. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____		Dx. Enfermedad de Tx. _____	
Genero M F Edad 50-60		Médico Alzheimer _____	
61-70		Demencia mixta _____	
71-80		Demencia vascular _____	
Escolaridad en años _____ 81-90		Otras _____	
91 o más		Etapa de la enfermedad en la que se encuentra I II III	
Domicilio _____		Persona responsable Hija No. de integrantes de la familia	
Teléfono _____		Esposo 2-4	
Estado Civil Soltero Religión Católica		Esposa 5-7	
Casado Ateo		Padre Mas	
Viudo Creyente		Sobrino	
Divorciado Testigo de Jehová		Otro	
Otro		Tiene servicio de salud No	
Ocupación anterior _____		IMSS	
Ingresos hospitalarios en los últimos tres meses		ISSSTE	
Si () No ()		INAPAM	
		Seguro popular	
		Militar	
		Otro	


**SIGNOS VITALES
Y SOMATOMETRIA**

Función	CIF
Frecuencia cardiaca	
Frecuencia respiratoria	
Presión arterial	

Función	CI
Temperatura	
Peso	
Talla	

1. OXIGENACIÓN	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. ¿Cuándo realiza sus actividades cotidianas lo hace sin fatigarse?			
2. ¿Tiene dificultad para respirar?			

Gdo Depen	
I	
PD	
D	

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. ¿Puede encargarse de su alimentación por sí?			
2. ¿Reconoce la comida?			
3. ¿Ha presentado dificultad para deglutir los			
4. ¿Ha disminuido su apetito?			
5. ¿Realiza 3 comidas al día?			
6. ¿Bebe al menos 1 litro de agua al día?			
7. ¿Come en compañía de alguien?			

Gdo Depen	
I	
PD	
D	

3. ELIMINACIÓN.	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. ¿Presenta incontinencia urinaria?			
2. ¿Con que frecuencia utiliza pañal desechable?			
3. ¿Se desplaza al sanitario por sí mismos para hacer sus necesidades de eliminación?			
4. ¿Padece de estreñimiento?			
5. ¿Sube los pantalones / falda, trusa / pantaleta después de ir al baño?			
6. ¿Presenta inflamación en sus piernas?			

Gdo Depen	
I	
PD	
D	

4. MOVERSE Y MATENER BUENA POSTURA	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. ¿Necesita ayuda para moverse?			
2. ¿Utiliza apoyo para desplazarse, como andadera,			
3. ¿Se mantiene sentada (o) la mayor parte del día?			
4. ¿Se mantiene parada (o) la mayor parte del día?			
5. ¿Camina con pequeños pasos?			
6. ¿Realiza actividades en casa como reparaciones, cocinar, limpieza, etc.?			
7. ¿Tiene dificultad para recordar en donde se			
8. ¿Camina sin tropezarse con objetos que estén a			

Gdo Depen	
I	
PD	
D	



5. DORMIR Y DECANSAR EVITAR EL DOLOR Y LA ANSIEDAD	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. ¿Distingue entre la noche y el día?			
2. ¿Duerme toda la noche?			
3. ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?			
4. ¿Duerme solo (a)?			
5. ¿Se muestra ansioso durante el día?			
6. ¿Tiene cambios del estado de ánimo?			

Gdo Depend	
I	
PD	
D	

6. USAR PRENDAS DE VESTIR	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. ¿Se viste por sí solo?			
2. ¿Reconoce su ropa?			
3. ¿Se coloca la ropa en orden y adecuadamente?			
4. ¿Se anuda los zapatos de forma adecuada?			

Gdo Depend	
I	
PD	
D	

7. TERMORREGULACION	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. ¿Diferencia entre frío y caliente?			
2. ¿Puede ajustar la temperatura del agua?			
3. ¿Elige prendas de vestir adecuadas a la temperatura ambiente y corporal?			

Gdo Depend	
I	
PD	
D	

8. HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. ¿Identifica el baño y sus utensilios?			
2. ¿Realiza el aseo bucal de forma independiente?			
3. ¿Se lava las manos después de ir al baño?			
4. ¿Se baña por sí solo?			
5. ¿Necesita ayuda para entrar o salir del baño?			

Gdo Depend	
I	
PD	
D	

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

Gdo Depend	
I	
PD	
D	



10. COMUNICACIÓN	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. ¿Se expresa y entiende con otros?			
2. ¿Reconoce objetos, personas o familiares?			
3. ¿Tiene dificultad para relacionarse con otras?			
4. ¿Puede concentrarse al realizar alguna actividad?			
5. ¿Siente ansiedad o temor al estar con otras personas?			
6. ¿Contesta Si o No?			
7. ¿Balbucea?			
11. CREENCIAS Y VALORES	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. ¿Busca apoyo en su religión?			
2. ¿Actúa y vive según su religión?			
3. Ha sentido falta de motivación o interés por su			
12. SATISFACCIÓN	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. ¿Realiza actividades que le produzcan satisfacción en el hogar?			
2. ¿Piensa que debería satisfacer sus gustos y aficiones?			
3. ¿Participa con grupos que comparten sus mismos intereses o aficiones?			
4. ¿La familia le permite realizar actividades por si solo?			
13. JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. ¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas?			
2. ¿Dedica su tiempo libre a algún pasatiempo?			
3. ¿Influye su estado de ánimo para jugar y realizar actividades recreativas en familia o con amigos?			
4. ¿Muestra satisfacción después de realizar alguna actividad recreativa?			
5. ¿Termina las actividades que inicia?			
6. ¿Tiene contactos sociales como amigos, vecinos etc.?			
7. ¿Realiza alguna actividad física?			
8. ¿Baila y canta?			
9. ¿Recuerda música de su tiempo?			
10. ¿Le gusta jugar juegos de mesa?			
11. ¿Se puede concentrar cuando ve televisión, lee,			
14. APRENDIZAJE	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. ¿Le interesa y agrada que le enseñen?			
2. ¿Identifica los días de la semana?			
3. ¿Reconoce a sus familiares?			
4. ¿Se reconoce a si mismo?			
5. ¿Lleva control de monedas y billetes?			
Gracias por su participación Lugar y fecha de aplicación _____ Nombre del investigador _____ Fuente de información _____			

Grado Depend	
I	
PD	
D	

Grado Depend	
I	
PD	
D	

Grado Depend	
I	
PD	
D	

Grado Depend	
I	
PD	
D	

Grado Depend	
I	
PD	
D	