



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Tesis Previa la Obtención del Título de Licenciadas en Enfermería

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA DEMENCIA SENIL EN
ADULTOS MAYORES DE LOS ASILOS DE LOS CANTONES ANTONIO ANTE
Y COTACACHI, EN EL PERÍODO 2012.**

**Autoras: Silvia Narciza Ichao
Andrea Brigitte Zúñiga**

Tutora: Mgs. Graciela Ramírez

Ibarra – Ecuador

APROBACIÓN

Mgs. Graciela Ramírez

DOCENTE DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA.

CERTIFICO:

Haber dirigido y asesorado en todas sus partes, la tesis, **“PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA LA DEMENCIA SENIL EN ADULTOS MAYORES DE LOS ASILOS DE LOS CANTONES ANTONIO ANTE Y COTACACHI, EN EL PERIODO 2012”**.

De la autoría del siguiente grupo de investigación:

Silvia Narciza Ichao

Andrea Brigitte Zuniga

Además encuentro que este trabajo ha sido realizado de acuerdo a las exigencias Metodológicas - Técnicas exigentes para el nivel de licenciatura, por lo que autorizo su Presentación. Sustentación y Defensa.

En la ciudad de Ibarra a los 8 días del mes de Enero del 2012

Mgs. Graciela Ramírez

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios mi amigo y compañero, quien me ayudó a forjar el sueño de ser un ser humano que ayude a las personas que más lo necesitan y que en sí; es la base de mi profesión.

Silvia Narciza Ichao

Este trabajo de tesis va dedicado a mis padres a mi hija Salito, quienes llenan mi vida de felicidad y dicha, quienes con amor y paciencia me han dado las fuerzas y la razón de seguir siempre adelante y han sido un pilar fundamental para alcanzar mi meta.

Andrea Brigette Zúñiga

AGRADECIMIENTO

Nuestra gratitud a la Universidad Técnica del Norte, que nos abrió sus puertas y nos brindó la oportunidad de adquirir conocimientos científicos, mismos que nos forjaron para ser excelentes profesionales.

A quien nos impartió sus conocimientos con libertad y generosidad; nuestra asesora de tesis Lic. Graciela Ramírez, quien con su gran aporte de conocimientos hizo posible culminar con éxito este trabajo y plasmar una gran meta en nuestra vida profesional.

A todo el personal de los hogares de ancianos de Atuntaqui y Cotacachi en especial al Dr. Jaime Gordillo por la colaboración brindada en el desarrollo de la investigación.

A nuestra familia y amigos quienes contribuyeron con su apoyo moral para llegar a la culminación de este trabajo.

TABLA DE CONTENIDOS

Contenido

| | |
|--|-----|
| RESUMEN | v |
| SUMARY | vi |
| INTRODUCCION..... | vii |
| CAPITULO I | 1 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 1 |
| 1.2. JUSTIFICACIÓN | 3 |
| 1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 4 |
| Objetivo General..... | 4 |
| Objetivos Específicos | 4 |
| CAPITULO II | 5 |
| 2. MARCO TEÓRICO..... | 5 |
| 2.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)..... | 5 |
| 2.1.1 DEFINICIÓN. | 5 |
| 2.1.2. RESUMEN DE LOS CINCO PASOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA..... | 6 |
| 2.1.3. OBJETIVOS DEL P.A.E.- | 7 |
| 2.1.4. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA: | 7 |
| 2.1.5. VENTAJAS | 8 |
| 2.1.6. RELACIÓN DE LOS PASOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA | 9 |
| 2.1.7. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA | 10 |
| 2.1.8. DEMENCIA..... | 11 |
| 2.1.9. Definición: | 11 |
| 2.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS | 13 |
| 2.2.1. TIPOS DE DEMENCIAS | 17 |
| 2.2.2. INICIO DE LA ENFERMEDAD. DEMENCIA LEVE..... | 18 |
| 2.2.3. DEMENCIA TIPO VASCULAR | 20 |
| 2.2.4. DEMENCIA TIPO LEWY | 22 |
| CAPITULO III | 26 |
| 3. METODOLOGÍA | 26 |

| | |
|---|----|
| 3.1Tipo de estudio | 26 |
| 3.1.1Diseño de la investigación: | 26 |
| 3.1.2Población | 27 |
| 3.1.3Muestra..... | 27 |
| 3.2VARIABLE DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN | 28 |
| 3.2.1VARIABLE INDEPENDIENTE | 28 |
| 3.2.2VARIABLE DEPENDIENTE..... | 28 |
| 3.3TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 28 |
| CAPITULO IV | 29 |
| 4. MARCO ADMINISTRATIVO | 29 |
| 4.1CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES..... | 31 |
| CAPITULO V | 32 |
| 5.1.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS: | 32 |
| 5.2.- CONCLUSIONES..... | 48 |
| 5.3 RECOMENDACIONES..... | 49 |
| CAPITULO VI..... | 50 |
| 6.1.- PROPUESTA..... | 50 |
| 6.1.1PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA DEMENCIA SENIL EN ADULTOS MAYORES. | 50 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 60 |
| LINCOGRAFÍAS | 62 |
| | 73 |

INDICE DE GRAFICOS

Test Realizado A Los Adultos Mayores De Los Hogares De Ancianos “San Vicente De Paul” Y “Carmen Ruiz De Echeverria”.

| | |
|---|----|
| Tabla –Grafico # 1 .- Sondeo De Orientación Temporal..... | 33 |
| Tabla –Grafico # 2 .- Fijación De Recuerdo Inmediato..... | 34 |
| Tabla –Grafico # 3 .- Atención Y Calculo..... | 35 |
| Tabla –Grafico # 4 .- Lenguaje (Orden)..... | 36 |
| Tabla–Grafico # 5 .- Recuerdo Diferido..... | 37 |
| Tabla –Grafico # 6.- Lengua (Copiado)..... | 38 |

Encuesta Realizada A Las Cuidadoras De Los Adultos Mayores De Los Hogares De Ancianos “San Vicente De Paul” Y “Carmen Ruiz De Echeverria”.

| | |
|--|----|
| Tabla –Grafico # 1.- Capacitación Sobre Demencia Senil..... | 39 |
| Tabla –Grafico # 2.- Conocimiento De Demencia Senil..... | 40 |
| Tabla–Grafico # 3.- Conocimiento De Síntomas De Demencia Senil... | 41 |
| Tabla –Grafico # 4.- Identifica A Los Adultos Mayores Con Demencia Senil..... | 42 |
| Tabla–Grafico # 5.- Conocimientos Previos Para El Cuidado De Adultos Mayores Con Demencia Senil..... | 43 |
| Tabla–Grafico # 6.- Existen Instalaciones Y Servicios De Cuidado Adecuados Para Adultos Mayores Con Demencia..... | 44 |
| Tabla–Grafico # 7.- Actividades Que Estimulan La Calidad De Vida En Adultos Mayores Con Demencia Senil..... | 45 |
| Tabla –Grafico # 8.- Existen Actividades De Terapia Ocupacional..... | 46 |
| Tabla –Grafico # 9.- Estaría Usted De Acuerdo Que Se Aplique Un Proceso De Atención De Enfermería Para Los Adultos Mayores..... | 47 |

RESUMEN

Objetivo. Mediante esta investigación

Metodología: El presente estudio es de tipo cuali-cuantitativo, de caso y cohorte de tipo no experimental, transversal, correlacional, aplicativo y propositivo.

Procedimiento: se aplicó encuestas a un número de 20 adultos mayores con demencia que tienen comunicación fluida, junto a 10 cuidadores.

Análisis e interpretación de datos: a través de lo investigado se pudo determinar que en un porcentaje alto los adultos mayores que residen en los asilos de Antonio Ante y Cotacachi poseen demencia y que las personas encargadas del cuidado directo son enfermeras o auxiliares de enfermería .

Aunque existe un conocimiento sobre demencia en las personas encargadas, no existe un PAE elaborado y estructurado el cual ayude a los cuidadores a brindar una mejor atención a los adultos mayores asilados institucionalmente.

Conclusión: mediante esta investigación hemos podido evidenciar que los adultos mayores están bien cuidados aunque no existe elaborado por parte de los cuidadores un plan de proceso de atención de enfermería en ptes con demencia lo que sería necesario establecer una guía de atención y protocolizar los procedimientos en beneficio del cliente y que se ejecuten.

SUMMARY

Objective. Through this research

Methodology: This study is qualitative and quantitative type of case and cohort of non-experimental, cross-correlation, and proactive application. Procedure: survey was applied to a number of 20 older adults with dementia who have fluid communication, with 10 caregivers.

Analysis and interpretation of data: through the investigated q could be determined in a high percentage of older adults residing in nursing homes and Cotacachi Antonio to have dementia and that direct caregivers are nurses or nursing assistants. Although an understanding of dementia in the persons responsible, there is no PAE which developed and structured to help caregivers provide better care for the elderly inmates institutionally.

Conclusion: Through this research we have seen that the elderly are well cared for while there made by caregivers plan nursing process in dementia ptes what would be necessary to establish a care guide and protocol procedures benefit of customers and running.

INTRODUCCION

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través del todo el ciclo de vida. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma y el cuidado de adultos mayores dependientes y más concretamente con demencia requiere cuidados específicos que una persona de cuidado directo a un adulto mayor o una enfermera debe conocer.

La demencia es un problema de gran magnitud por el deterioro que implica para la persona en diferentes aspectos como es la motricidad, la memoria, la orientación, etc. Este síndrome mental que se caracteriza por un deterioro de la memoria a corto y largo plazo, asociado a trastornos del pensamiento es el resultado, entre otros factores, del aumento de la esperanza de vida al nacer y de la disminución de la mortalidad del grupo de adultos mayores, que ha sido posible por la existencia de un sistema de salud accesible, que jerarquiza la atención a los grupos más vulnerables de la población, para lo cual cuenta con un Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor que el MIES se encuentra al frente en estos años.

Generalmente, Esta es una enfermedad del sistema nervioso central, dada por alteraciones de los procesos mentales superiores, que modifica la personalidad y la conducta de las personas que la padecen, este deterioro funcional provoca alteraciones emocionales y cognitivas que agravan la situación del anciano, aumenta la tensión de los miembros de la familia, y se hace más difícil la tarea del cuidado para quienes asumen esta responsabilidad dentro de ella. Si bien algunos tipos de demencia pueden presentarse antes de los 60 años, la gran mayoría de ellas aparecen después de esta edad y se duplica por cada década de la vida en el caso de algunas, como por ejemplo, en la enfermedad de Alzheimer, que se considera el tipo más frecuente.

Si bien se reconoce la implicación que tiene este problema de salud, no sólo para el paciente sino para el cuidador, la familia y la sociedad en general, es frecuente que en la práctica cotidiana, los profesionales de la salud dirijan su atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente, sin tener en cuenta el contexto familiar donde se genera un sinnúmero de cambios.

A pesar de que se acepta el papel del cuidador o enfermera (o) como un respaldo insustituible en el cuidado del anciano dependiente, no se le ha dado la importancia suficiente, pues se ha tendido a considerarle como algo estático y que actúa de forma pasiva. Es por esto que el cuidado que se debe tener en un adulto mayor debe ser planificado, tomando a consideración los diferentes síntomas que puede padecer la persona con demencia.

El PAE es el conjunto sistemático de acciones, cuyos datos recolectados le conduzcan a optar por estrategias eficientes y adecuadas para responder las necesidades y problemas de salud que presenten los adultos mayores. El principal objetivo del trabajo de investigación es implementar el Proceso de Atención de Enfermería para Adultos Mayores con demencia, usuarios de los asilos del Cantón Antonio Ante y Cotacachi.

Dentro de los centros gerontológicos de atención prioritaria el 90% de los adultos mayores sufren ya de demencia o que están con los primeros síntomas como es pérdida de memoria, orientación y motricidad y se vuelve un desafío el cuidar a este tipo de pacientes quienes comienzan a sentirse desplazados de su misma familia. Tanto en Cotacachi y Antonio Ante en los hogares de ancianos no existe una guía de proceso de atención de enfermería sobre demencia y a través de la investigación se pudo notar que algunas personas poseen conocimiento sobre demencia y de las cuales son enfermeras que no tienen estructurado un PAE, además se ve necesario la capacitación al personal de trato directo debido a que existen falencias en el cuidado con personas que poseen demencia.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es una realidad muy conocida de nuestra sociedad que el cuidado del adulto mayor ya no se lo realiza muy comúnmente en su hogar entonces las familias de Antonio Ante y Cotacachi recurren a un asilo para que pueda disfrutar de un espacio y una socialización más acorde a sus circunstancias a causa de que atender a una persona acarrea algunas dificultades en el hogar más cuando el adulto mayor es dependiente para la realización de sus actividades diarias, también existen ancianos cuya posibilidades económicas tanto propias como de sus familiares no les permite darle la protección y atención que requiere.

El cuidado del adulto mayor en un asilo, depende totalmente de sus cuidadores, es una problemática muy amplia que exige no sólo experiencia sino que las atenciones y cuidados que recibe sean personalizados, ajustados específicamente para las necesidades de cada persona. Es por eso que se pretende realizar un Proceso de Atención de Enfermería tratando de lograr una conducta equilibrada para mejorar la calidad de vida del paciente sobre todo de los que ya tienen demencia.

La demencia afecta a una gran cantidad de adultos mayores, en el Ecuador el 80 % de las personas mayores de 65 años padece esta enfermedad, aunque a esta edad la demencia afecta sólo a un pequeño porcentaje de los casos, según un estudio del director del Instituto de Neuropatología del Hospital de Bellvitge, Isidre Ferrer.

En los asilos de Antonio Ante y Cotacachi el cuidado de los adultos mayores es buena, pero llegan a presentar limitaciones y se vuelve necesario poseer el proceso de atención de enfermería para cuidados en pacientes con demencia ya elaborado y capacitar al personal.

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que las personas que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo, lo que se traduce en una actitud que transmita valores como el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores.

Debido a la complicada situación que existe en el cuidado del adulto mayor con demencia senil existe la necesidad de darle una atención más adecuada y característica según sus requerimientos y problemas y necesidades de salud de este grupo vulnerable de atención.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Durante algunos años no se ha tomado en cuenta en los asilos de nuestros cantones a pacientes con trastornos cognitivos, especialmente en el caso de las demencias. Es por esto que nosotras queremos determinar un Proceso de Atención de Enfermería para que los Adultos mayores tengan una mejor atención. Para ello contaremos con ayuda de personal capacitado y especializado en diferentes ramas de la medicina.

A través de este trabajo elaboraremos un PAE el cual ayudara al personal de trato directo con los adultos mayores brinde una atención adecuada. La reforma a la Constitución, la Ley del Anciano y las Políticas públicas establecidas en las distintas instancias jurídicas han impulsado la realización del presente trabajo, que permitirá evaluar las debilidades de los centros de atención de los ancianos y en base a esta realidad elaborar un Proceso de Atención que se ajuste a nuestro contexto y que de cumplimiento a las normas mínimas indispensables para brindar una adecuada atención al adulto mayor.

Esta investigación tiene como designio explorar la forma de entender y cuidar a los adultos mayores en los asilos de Cotacachi y Atuntaqui para elaborar un PAE de atención y cuidado de personas con demencia tomando en cuenta los síntomas más característicos.

Los beneficiarios directos de este trabajo serán los adultos mayores asilados en los hogares de ancianos de Cotacachi y Atuntaqui, conjuntamente con sus familiares.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Implementar el Proceso de Atención de Enfermería para Adultos Mayores con demencia senil, usuarios de los asilos del Cantón Antonio Ante y Cotacachi.

Objetivos Específicos

- Determinar las características socio-demográficas de los Adultos Mayores con Diagnostico de Demencia Senil.
- Identificar los problemas de Salud del Adulto Mayor por patrones funcionales.
- Establecer el diagnostico Enfermero(a)
- Elaborar un PAE para el Adulto Mayor con Demencia Senil.
- Socializar la implementación del PAE.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

2.1.1 DEFINICIÓN.

Según el libro de proceso de atención de enfermería de Ropper, el PAE es el mecanismo que guía el proceso cognoscitivo de la enfermera. Es el conjunto sistemático de acciones que deben llevarse a cabo por el personal de enfermería con un análisis riguroso cuyos datos recolectados le conduzcan a optar por estrategias eficientes y adecuadas para responder las necesidades y problemas de salud que presenta el paciente, familia y comunidad

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen de la siguiente manera.¹

¹ Proceso de atención de enfermería N Ropper; W Logan; Aj Tierney Milagros Segura, Sagrario Almazán y M^a Paz Pág. 124-145 Editorial Interamericana.

**2.1.2. RESUMEN DE LOS CINCO PASOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN
DE ENFERMERIA**

| COMPONENTE | OBJETIVO | PASOS |
|----------------------------------|--|--|
| VALORACIÓN | Obtener, comprobar y comunicar datos sobre el paciente estableciendo así una base de datos. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Obtener la historia de enfermería 2. Realizar la exploración física 3. Obtener datos de laboratorio 4. Validación de los datos 5. Clasificación de los datos 6. Registro de los datos |
| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA | Identificar las necesidades de asistencia sanitaria del paciente y las respuestas a los problemas de salud con el fin de guiar los cuidados de enfermería. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de los problemas del paciente. 2. Formulación del diagnóstico 3. Documentación |
| PLANIFICACIÓN | Identificar los objetivos de paciente; determinar las prioridades de asistencia; determinar los resultados esperados; diseñar las estrategias de enfermería para alcanzar los objetivos de la asistencia | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de los objetivos del paciente. 2. Establecimiento de los resultados esperados. 3. Selección de las acciones de enfermería. 4. Realización de consultas 5. Delegación de actuaciones 6. Redacción del plan de cuidados de enfermería |
| EJECUCIÓN | Llevar a cabo las actuaciones de enfermería necesarias para cumplir el | <ol style="list-style-type: none"> 1. Llevar a cabo las actuaciones de enfermería 2. Valoración nueva del paciente |

| | | |
|-------------------|---|--|
| | plan | 3. Revisar y modificar el plan de cuidados existente |
| EVALUACIÓN | Determinar en qué grado se han conseguido los resultados esperados. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Comparar la respuesta del paciente con los resultados esperados 2. Analizar las razones de los resultados y las conclusiones 3. Modificar el plan de cuidados |

2.1.3. OBJETIVOS DEL P.A.E.-El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir e individualizar las necesidades del paciente, la familia y la comunidad y brindar una interrelación permanente con un encuadre de trabajo claro y asistencia personalizada al paciente teniendo en cuenta su dimensión física, psicológica y social.

Entre otros objetivos tenemos:

- Imprimir a la profesión de enfermería un carácter científico.
- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Traza objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.

2.1.4. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

2.1.5. VENTAJAS

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero:

- Define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad.
- Contribuye a la contención de los costes, dado que los cuidados de enfermería se basan en las necesidades del paciente.
- Hay un ahorro de tiempo y esfuerzo
- Proporciona los medios a través de los cuales el personal aumenta su autonomía en la que se cumple con sus responsabilidades profesionales y legales

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora y garantía de la calidad de la atención en los cuidados de enfermería.

Para la enfermera:

- Aumenta la satisfacción laboral y profesional.
- Se convierte en experta.
- Relación enfermera-paciente es fructífera.

- Estimula la creatividad
- Plantea estrategias innovadoras para la solución de los problemas
- Desarrolla habilidades interpersonales cognoscitivas y técnicas verbales y no verbales.
- Aumenta la capacidad de observación y censo-percepciones.
- Crecimiento profesional.

El PAE es un método concreto de la profesión de enfermería en el cual se define ciertas características que ayudaran a la atención de los pacientes. Facilita el seguimiento del caso a través de enfermería y garantiza una atención de calidad con calidez.

2.1.6. RELACIÓN DE LOS PASOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Cada etapa del proceso de atención de enfermería resulta fundamental dentro de la técnica de resolución de problemas y se encuentra estrechamente relacionado con los otros cuatro pasos. Durante la valoración, el profesional de enfermería obtiene datos sobre el paciente a partir de diversas fuentes. La información se utiliza para la identificación del problema, de tal forma que la planificación y la ejecución se adecuen a las necesidades del paciente; también constituye una base para una evaluación precisa.

En la fase de diagnóstico de enfermería se incluye la formulación de informes diagnósticos que identifiquen los problemas sanitarios del paciente. La exactitud de estos informes depende de la minuciosidad de la valoración, que comprende el proceso de obtención, clasificación y agrupación de los datos, así como de su confirmación durante la valoración. El diagnóstico de enfermería constituye la base del plan de cuidados de enfermería. En efecto, proporciona al personal sanitario un punto de atención centrado en el paciente.

A través de la fase de planificación del proceso se establece un plan de cuidados. Se trata de un plan individualizado, basado en la valoración y en el diagnóstico de enfermería. El plan de cuidados abarca los resultados esperados y los objetivos de paciente y las actuaciones de enfermería pertinentes. Los resultados esperados son los criterios utilizados para valorar la eficacia de la asistencia.

La ejecución constituye la fase de puesta en práctica del proceso de enfermería. Durante este paso se lleva a cabo el cuidado individualizado del paciente, según el plan de cuidados. Las actuaciones pueden modificarse cuando se considere necesario, gracias a la valoración continuada de las respuestas del paciente.

Es éste el último paso del proceso. El profesional de enfermería determina los progresos del paciente hacia el cumplimiento de los resultados esperados y la consecución de los objetivos, así como el éxito de las actuaciones realizadas, la consecución de los resultados esperados, la resolución del diagnóstico de enfermería y la exactitud y perfección de los datos de valoración.

La evaluación permite revisar el plan de cuidados de enfermería cuando sea necesario para resolver los problemas de salud del paciente.

Todo el proceso es secuencial y sus distintas fases están interrelacionadas, pues cada paso depende del paso anterior. La secuencia es lógica, dado que la información sobre el paciente se obtiene antes de determinar sus necesidades de asistencia sanitaria. El plan se establece en función de dichas necesidades. Los cuidados de enfermería se llevan de acuerdo con el plan y la actuación de enfermería se evalúa en razón de la consecución de los resultados esperados. Por otro lado se trata de una secuencia dinámica, debido a que cada paso puede ser analizado y revisado en la evaluación. Esta flexibilidad dinámica permite al profesional de enfermería responder a las diversas necesidades del paciente

2.1.7. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN DE ENFERMERIA

Constituye la primera fase del proceso de atención de enfermería y en esta se encuentra la recogida sistemática de datos sobre el paciente relativos a sus antiguas enfermedades, su estado actual de salud, problemas inmediatos que requieren asistencia, en definitiva consiste en la recopilación, clasificación y registro de información suficiente para orientar las acciones de enfermería posteriores.

El formato para la recogida de datos puede consistir en un formato para la revisión de sistemas.- Además se ha desarrollado un modelo de valoración patrón de la

salud funcional, un modelo que ofrece una guía para una valoración en el momento del ingreso y una base de datos para obtener diagnósticos de enfermería.- En cada uno de los 11 patrones se valora a los pacientes mediante la organización de patrones de conducta y respuestas fisiológicas que responda a una categoría de salud funcional.²

2.1.8. DEMENCIA

2.1.9. Definición:

Etimológicamente derivada del latín demencia que significa espíritu o mente y cia que significa cualidad además la palabra senil es relativo a la vejes con lo cual podríamos decir que la demencia senil es las cualidades de la mente que relativo a la vejes posee una persona.

La demencia senil según el DSM-III-R lo define como un síndrome mental orgánico que se caracteriza por un deterioro de la memoria a corto y largo plazo, asociado a trastornos del pensamiento abstracto, juicio, funciones corticales superiores y modificaciones de la personalidad. Estas alteraciones son lo suficientemente graves como para interferir significativamente en la vida del individuo.

Aunque el concepto es similar en el DSM-IV no se hace distinción entre trastornos y síndromes mentales orgánicos, introduciendo todos los tipos de demencias en el concepto de demencia como trastorno cognoscitivo.

La demencia, según la definición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión (CIE-10), **es un síndrome debido a una enfermedad o lesión cerebral u otra afección causante de disfunción cerebral.** Y Slachevsky al hablar de la demencia menciona que **es un síndrome adquirido, causado por una disfunción cerebral,**

²Diagnósticos De Enfermería Carpenito L. J.

caracterizado por un deterioro de la cognición y/o una alteración del comportamiento³

La demencia analizando estas definiciones podríamos decir que es un síndrome mental que se caracteriza por un deterioro de la memoria a corto y largo plazo, asociado a trastornos del pensamiento. Todas estas alteraciones son lo suficientemente graves como para interferir significativamente en las actividades de relación, laborales o sociales que les permita desarrollarse con normalidad. Esta pérdida irreversible de las capacidades intelectuales, incluyendo la memoria, la capacidad de expresarse y comunicarse adecuadamente, de organizar la vida cotidiana y de llevar una vida familiar autónoma. Conduce a un estado de dependencia total y finalmente, a la muerte.

Por lo tanto, las demencias no son una enfermedad, sino un síndrome: múltiples enfermedades o causas pueden causar una demencia. Se han propuesto distintas definiciones de las demencias según el DCM IV y el CIE 10, y en la mayoría se encuentran los siguientes elementos: i) las demencias son un síndrome adquirido y crónico, por lo tanto se diferencian del retardo mental y del síndrome confusional, las demencias son generalmente irreversibles y son causadas por lesiones estructurales en el cerebro, se caracterizan por un deterioro de las capacidades intelectuales, acompañado frecuentemente de trastornos del comportamiento y, en ocasiones, de trastornos del movimiento; los trastornos presentados por los pacientes interfieren con sus habilidades sociales y les impiden llevar una vida independiente.

³Slachevsky&Oyarzo (2008), Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en Tratado de Neuropsicología Clínica, Labos E., Slachevsky A., Fuentes P., Manes E. Librería kadia editorial; Buenos Aires, Argentina

2.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Existen algunos criterios para el diagnóstico en demencia y en estos años se han dado aportaciones significativas para definir y consensuar los criterios para definir una serie de criterios diagnósticos de demencias. En la actualidad los criterios más utilizados son los correspondientes a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su 10ª Revisión (CIE-10) y los elaborados por la American Psychiatry Association (DSM-IV); estos dos documentos no sólo contemplan los criterios operativos diagnósticos, sino que incluyen también una descripción general de demencia, especialmente extensa en el caso del DSM IV, que incluye información adicional sobre prevalencia, caracteres clínicos, curso y diagnóstico diferencial.

Las siguientes tablas muestran los criterios diagnósticos del DCM IV y CIE 10 para el diagnóstico de demencia.

| Cuadro 2: Criterios DSM-IV para Demencia | |
|---|---|
| DSM – IV (APA, 1998) | |
| Criterios de demencia A | Déficits cognitivos múltiples: (1) y (2) (1) Trastorno de memoria, aprendizaje o recuerdo. (2) Presencia de más de un déficit en otras funciones cognitivas: (a) afasia (b) apraxia (c) agnosia (d) trastorno de las funciones ejecutivas |
| Criterios de demencia B | Déficit cognitivo en A1 y A2 causan: - Trastorno significativo en funcionamiento social y laboral y - Representa un deterioro significativo del nivel cognitivo previo. |
| Criterios de demencia C | El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo continuo. |
| Criterios de demencia D | Déficit cognitivo en A1 y A2 no se deben a: (1) Otra patología del sistema nervioso central (2) Cuadro sistémico que causa demencia (3) Abuso de sustancias |
| Criterios de demencia E | Déficits no se explican únicamente por la existencia de un síndrome confusional. |
| Criterios de demencia F | La alteración no se explica mejor por la presencia |

Cuadro 3: Criterios CIE - 10 para Demencia**CIE – 10 (WHO, 1992)**

| | |
|---|--|
| Demencia en la enfermedad de Alzheimer | <p>La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida, que presenta rasgos neuro-patológicos y neuroquímicos característicos. El trastorno se inicia por lo general de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un período de años. El período evolutivo puede ser corto, dos o tres años, pero en ocasiones es bastante más largo. Puede comenzar en la edad madura o incluso antes (enfermedad de Alzheimer de inicio presenil), pero la incidencia es mayor hacia el final de la vida (enfermedad de Alzheimer de inicio senil). En casos con inicio antes de los 65 a 70 años es posible tener antecedentes familiares de una demencia similar, el curso es más rápido y predominan síntomas de lesión en los lóbulos temporales y parietales, entre ellos disfasias o dispraxias. En los casos de inicio más tardío, el curso tiende a ser más lento y a caracterizarse por un deterioro más global de las funciones corticales superiores.</p> <p>a) Presencia de un cuadro demencial, como el descrito arriba.</p> <p>b) Comienzo insidioso y deterioro lento. El momento exacto del inicio del cuadro es difícil de precisar, aunque los que conviven con el enfermo suelen referir un comienzo brusco.</p> <p>c) Ausencia de datos clínicos o en las exploraciones complementarias que sugieran que el trastorno mental pudiera ser debido a otra enfermedad cerebral o sistémica capaces de dar lugar a una demencia (por ejemplo, hipotiroidismo, hipercalcemia, deficiencia de vitamina B12, deficiencia de niacina, neurosífilis, hidrocefalia normotensiva o hematoma subdural).</p> <p>d) Ausencia de un inicio apoplético, súbito o de signos neurológicos focales, tales como hemiparesia, déficits sensoriales, defectos del campo visual o falta de coordinación de movimientos, signos estos que no han tenido que estar presentes en la etapas iniciales de la enfermedad (aunque puedan superponerse a ella en períodos más avanzados).</p> <p><i>Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.</i></p> <p><i>Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.</i></p> <p><i>Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.</i></p> <p><i>Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.</i></p> |
| Demencia vascular | <p>Presencia de demencia. Deterioro cognoscitivo, que suele ser desigual, de tal manera que puede haber una pérdida de memoria, un deterioro intelectual y signos neurológicos focales, mientras que la conciencia de enfermedad y la capacidad de juicio pueden estar relativamente conservadas. Un comienzo brusco, un deterioro escalonado y la presencia de síntomas y signos neurológicos focales aumenta la probabilidad del diagnóstico de demencia vascular, cuya confirmación vendrá sólo, en algunos casos, de la tomografía axial computarizada o en último extremo de la neuropatología. Otras características son: hipertensión arterial, soplos carotídeos, labilidad emocional con distimias depresivas pasajeras, llantos o risas intempestivas, episodios transitorios de obnubilación de conciencia o de delirium, a menudo provocados por nuevos infartos. Suele aceptarse que la personalidad se mantiene relativamente bien</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>conservada, pero en algunos casos hay cambios evidentes de la misma, apareciendo apatía o desinhibición o acentuación de rasgos previos, tales como egocentrismo, actitudes paranoides o irritabilidad.</p> <p>Demencia vascular de inicio agudo. Demencia multi-infarto. Demencia vascular subcortical. Demencia vascular mixta cortical y subcortical. Otras demencias vasculares. Demencia vascular sin especificación.</p> |
| Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar | <p>Se clasifican aquí los casos de demencia debidos a una etiología distinta de la enfermedad de Alzheimer o de la enfermedad vascular. Pueden comenzar en cualquier período de la vida, aunque raramente en la edad avanzada.</p> <p>Demencia en la enfermedad de Pick. Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Demencia en la enfermedad de Huntington. Demencia en la enfermedad de Parkinson. Demencia en la infección por VIH. Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.</p> |
| Demencia sin especificación | <p>Se recurre a esta categoría cuando se satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de demencia pero no es posible identificar ninguno de los tipos específicos</p> <p>Incluye: Psicosis senil o presenil sin especificación. Demencia senil o presenil sin especificación. Demencia degenerativa primaria sin especificación.</p> |

Analizando los diferentes autores y criterios diagnóstico podemos darnos cuenta que existen algunos síntomas claros que poseen las personas adultas mayores.

- Pérdida de memoria
- Insomnio
- Problemas con el equilibrio
- Desorientación
- Falta de coordinación física
- Fatiga
- Apatía
- Confusión
- Aislamiento social
- Falta de iniciativa

Según la Escala Global de Deterioro de Reisberg existen algunas etapas que poseen ciertas características, dentro de estas tenemos

Etapas intermedia

- Habilidades deficientes de aprendizaje
- Falta de juicio
- Deterioro de las habilidades cognitivas
- Inestabilidad emocional
- Aumento de la confusión
- Interrupción en los patrones de sueño de los miembros de la familia.
- Necesidad de asistencia en el desempeño de tareas diarias.
- Agresión.

En etapas más graves de demencia la sintomatología es la siguiente:

- Pérdida gradual de peso
- Disminución de las capacidades cognitivas.
- Dificultad al caminar.
- Mala higiene personal.
- Incontinencia urinaria.
- Violencia y agresividad.
- Defecación involuntaria.
- Dificultad para reconocer a miembros de la familia.
- Tendencia a vagar sin informar al cuidador.
- Incapacidad para vestirse, bañarse y comer.
- Incapacidad para cuidar de si mismo.
- Alucinaciones visuales o auditivas.
- Cambios en la personalidad.
- Problemas comunicativos.

Podemos darnos cuenta observando las etapas de la demencia que existen características visibles en las personas que poseen ya deterioro por la edad. Podemos ver que existen adultos mayores con un deterioro desde su nivel de funcionamiento previo y adultos mayores donde la demencia interfiere significativamente con el trabajo y actividades habituales.

2.2.1. TIPOS DE DEMENCIAS

DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Según la doctora **Dr. Carlos Alberto Parquet** la EA es un trastorno neurodegenerativo que produce un deterioro progresivo de la función cognitiva originando una afectación funcional. Es la forma más frecuente de demencia. El síntoma inicial es la pérdida de memoria en la mayoría de los casos. El paciente suele desarrollar una insidiosa pérdida de memoria durante meses y años, a la que sigue una progresiva desaparición de otras funciones cognitivas y alteraciones de la conducta.⁴(Parquet., 2007)

A medida que la enfermedad progresa, se ven involucrados otros dominios cognitivos además de la memoria. Ocasionalmente, pueden aparecer alteraciones de la conducta tales como ansiedad, depresión, apatía y alucinaciones.

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurológico que provoca la muerte de la célula nerviosa del cerebro. Por lo general, la Enfermedad de Alzheimer comienza paulatinamente y sus primeros síntomas pueden atribuirse a la vejez o al olvido común. A medida en que avanza la enfermedad, se van deteriorando las capacidades cognitivas, entre ellas la capacidad para tomar decisiones y llevar a cabo las tareas cotidianas, y pueden surgir modificaciones de la personalidad, así como conductas problemáticas. En sus etapas avanzadas, la Enfermedad de Alzheimer conduce a la demencia y finalmente a la muerte.

⁴Parquet., D. C. (2007). ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. N° 175, 1.

2.2.2. INICIO DE LA ENFERMEDAD. DEMENCIA LEVE

El inicio de la enfermedad, se caracteriza por pequeños cambios de personalidad y olvidos frecuentes, existiendo una reducción progresiva de la capacidad para pensar, recordar, aprender y razonar, que con el paso del tiempo conduce a una incapacidad para cuidar de sí mismo y tomar decisiones. Estas personas, se caracterizan por un cambio sutil de humor, pérdida de interés y deterioro de memoria.

La enfermedad de Alzheimer presenta como síntoma principal en sus primeros estadios, disminución de memoria, inmediata y de fijación, a diferencia de otras enfermedades demenciantes, como las de tipo subcortical, que la mantienen más preservada. Así pues, típicamente en los estadios iniciales, la memoria es la capacidad cognitiva que tienen más alterada, aunque no es la única y no se altera de manera uniforme.

Las personas que presentan una demencia leve presentan las siguientes características :olvido de hechos cotidianos y recientes, evidente dificultad de concentración en operaciones de resta, déficits en la memoria de su historia personal, incapacidad para planificar viajes, vida socio laboral o realizar tareas complejas, labilidad emocional ,mecanismo de negación que domina el cuadro, conservando la orientación en espacio y en persona, el reconocimiento de caras familiares y la capacidad de viajar a sitios conocidos.

Se observa una disminución de afecto y se da un abandono en las situaciones más exigentes

Según la revista Cubana de Medicina La enfermedad de Alzheimer es una patología que va asociada a la edad, afecta aproximadamente al 10% de la población de 65 años, llegándose a incrementar progresivamente su prevalencia hasta alcanzar aproximadamente el 50% de los mayores de 85 años.

Resulta difícil dar una definición concreta de la enfermedad de Alzheimer desde el momento en que se desconoce su etiología. Eventualmente se la puede definir como un trastorno adquirido y crónico de dos o más de las

funciones cerebrales: memoria, lenguaje, pensamiento y conducta, que lleva inexorablemente a un deterioro cognitivo múltiple e invalidante. Es una de las principales causas de demencia, se considera que constituyen el 50-70% de las mismas.⁵

La demencia es un síndrome causado por un trastorno cerebral, usualmente de naturaleza crónica y progresiva, en el cual existe una alteración de funciones corticales, incluidas la memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio. El deterioro de estas funciones cognitivas está comúnmente acompañado, y ocasionalmente precedido, por un deterioro en el control emocional, conducta social o motivación. Los primeros síntomas, como la pérdida de memoria y de facultades intelectuales, pueden ser tan ligeros que pueden pasar inadvertidos tanto por la persona afectada como por su familia y amigos. Sin embargo, según la enfermedad va progresando, los síntomas se hacen más evidentes y empiezan a interferir en el trabajo y en las actividades sociales. Los problemas prácticos que suponen las tareas diarias de vestirse, lavarse e ir al baño se van haciendo tan graves que, con el tiempo, el enfermo acaba dependiendo totalmente de los demás. La enfermedad de Alzheimer no es infecciosa ni contagiosa. Es una enfermedad terminal que produce un deterioro general de la salud. Sin embargo, la causa de muerte más común es la pulmonía, porque a medida que avanza la enfermedad el sistema inmune se deteriora, se produce una pérdida de peso que hace aumentar el riesgo de infecciones de garganta y pulmón.

En el pasado, el término enfermedad de Alzheimer solía aplicarse a una forma de demencia presenil, diferenciándola de la demencia senil. Sin embargo, ahora se entiende más que la enfermedad afecta tanto a personas por encima como por debajo de los 65 años de edad. Por lo tanto, ahora la

⁵Rodríguez J, Guerra Hernández M. Enfermedad de Alzheimer. Situación actual y estrategias terapéuticas. Revista Cubana de Medicina [en línea]. Ciudad de La Habana. Junio 2008 [fecha de acceso 04 de Noviembre de 2012] 38 (2). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75231999000200007&script=sci_arttext

enfermedad a menudo se define como demencia presenil o senil de tipo Alzheimer, según la edad de la persona afectada.

En estos últimos años la EA ha cobrado un relieve significativo, no sólo en el ámbito médico, sino también, en la comunidad en general. La EA tiene un curso devastador para el paciente y su familia, con un costo económico-social que aumenta alarmantemente a medida que aumenta el porcentaje de la población geriátrica en la sociedad contemporánea.

2.2.3. DEMENCIA TIPO VASCULAR

De la Vega en su documento menciona **que la expresión demencia vascular (DV) hace referencia al deterioro cognitivo global originado a través de la existencia de enfermedad vascular cerebral de tipo isquémico o hemorrágico, siendo necesario un nexo temporal entre ambas condiciones. Es un síndrome de etiopatogenia multifactorial, reflejo de la gran heterogeneidad de la patología vascular cerebral**⁶

Se podría definir a través de los diferentes autores como el deterioro cognitivo secundario a lesiones cerebrales causadas por enfermedad cerebro-vascular (ECV), con intensidad suficiente para interferir las actividades de la vida diaria. Hay que tomar en cuenta que los requisitos básicos para el diagnóstico de demencia vascular son los siguientes: el paciente debe cumplir criterios de demencia, debe existir evidencia de enfermedad cerebro-vascular por historia, exploración física y técnicas de neuro-imagen (TAC o RM cerebrales), y ambos requisitos deben estar razonablemente relacionados.

Según las guías de la Secretaria de Salud de México la **Demencia vascular y la de Alzheimer son las causas más comunes de deterioro cognoscitivo en la edad adulta, colocándose como la segunda causa**

⁶De la Vega, R. y Zambrano, A. *Demencia vascular* [en línea]. Circunvalación del Hipocampo, septiembre 2007 [Consulta: 6 diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.hipocampo.org/dv.asp>

para países anglosajones. Demencia vascular, recientemente renombrada como trastorno cognoscitivo vascular es usado como termino preferentemente que incluye a todas las demencias relacionadas a trastornos vasculares cerebrales que se han descrito como “demencia arterioesclerótica”, demencia multi-infarto, “demencia post- accidente vascular cerebral estratégica”, “demencia vascular debido a lesiones lacunares” “demencia vascular subcortical” “leukoaraiosis”, y enfermedad de Binswanger.⁷

El desarrollo de la demencia se da cuando el aporte de oxígeno y nutrientes al cerebro se interrumpe. Esto puede deberse no sólo a patología cerebro vascular oclusiva, por trombosis o embolias, sino también a hemorragias y a lesiones cerebrales hipóxico-isquémicas tras paro cardíaco o hipotensión arterial grave. Existen algunas condiciones serie de condiciones que pueden causar o incrementar el daño en el sistema vascular. Entre ellas se incluyen: edad, hipertensión arterial, enfermedad cardiaca, Ictus previo, colesterol elevado, diabetes y tabaquismo. Es importante que estos factores de riesgo cardiovascular sean reconocidos y tratados precozmente.

La demencia vascular presenta una clínica y una velocidad de progresión distinta en cada paciente, dependiendo de la etiología de la misma. Algunos síntomas pueden ser similares a otros tipos de demencia. Sin embargo, los pacientes con demencia vascular se caracterizan por:

- Progresión escalonada, con curso fluctuante y deterioros súbitos
- Síntomas y signos neurológicos como disminución de fuerza o parálisis
- Problemas de memoria
- Problemas de concentración
- Depresión asociada a la demencia

⁷Diagnóstico y tratamiento de Demencia vascular Mexico: secretaria de Salud, 2011

- Crisis epilépticas
- Episodios de confusión aguda

Otros síntomas:

- Alucinaciones (ver cosas que no existen)
- Delirios (creer cosas que no son ciertas)
- Irritabilidad con agresión física y verbal
- Inquietud
- Incontinencia o urgencia miccional

2.2.4. DEMENCIA TIPO LEWY

La DCL se denomina así por unas estructuras proteicas redondas y lisas, llamadas cuerpos de Lewy, que se observan en las neuronas del cerebro afectado. Los cuerpos de Lewy suelen observarse en los núcleos de las neuronas cerebrales de pacientes que padecen diversos trastornos. En la DCL, los cuerpos de Lewy se distribuyen por toda la capa exterior del cerebro (la corteza cerebral) y en la zona profunda del cerebro medio o del tronco cerebral. Estas "estructuras proteicas anormales" las describió por primera vez el Dr. Frederick Heinrich Lewy en 1912, un contemporáneo de Alois Alzheimer, que fue quien definió la otra forma más común de la demencia que lleva su nombre.

Refiriéndonos nuevamente a De la Vega y Zambrano en su documento mencionan que las principales características clínicas de la demencia con cuerpos de Lewy difusos (DCL, también denominada demencia de cuerpos de Lewy o demencia por cuerpos de Lewy) son el deterioro mental, parkinsonismo de intensidad variable, rasgos psicóticos como las alucinaciones visuales (AV), y fluctuaciones del estado cognitivo que afectan especialmente a la atención y concentración

Demencia con declive cognitivo de carácter progresivo, de magnitud suficiente para interferir en la función social o laboral. Una alteración prominente de la memoria puede no ser evidente en las fases iniciales, pero habitualmente se desarrolla con la progresión de la enfermedad.

Son típicos los déficits en la atención, en la función ejecutiva y en la capacidad visuoespacial⁸

La demencia con cuerpos de Lewy según la secretaria de Salud de México mencionan que es diagnosticada cuando la demencia precede al parkinsonismo o aparece al mismo tiempo que este. La demencia de la enfermedad de Parkinson debería utilizarse para describir la demencia que aparece en el contexto de una enfermedad de Parkinson ya bien establecida. En el caso de los estudios de investigación que deban distinguir entre demencia con cuerpos de Lewy y demencia de la enfermedad de Parkinson, se recomienda que para diagnosticar demencia con cuerpos de Lewy se use como norma que la demencia no debería haber comenzado más allá de un año tras el inicio del parkinsonismo⁹

La demencia con cuerpos de Lewy o DCL es una enfermedad de síndrome degenerativo y progresivo del cerebro. Los pacientes con DCL presentan síntomas conductuales y de la memoria propios de la demencia, semejantes a los de la enfermedad de Alzheimer y, en mayor o menor grado, los síntomas del sistema motor que se observan en el mal de Parkinson. Sin embargo, los síntomas mentales del paciente con DCL pueden fluctuar con frecuencia, los síntomas motores son más benignos que en la enfermedad de Parkinson, y los pacientes con cuerpos de Lewy suelen tener alucinaciones visuales muy vívidas. Además de estos síntomas, los pacientes presentan los síntomas físicos de la enfermedad de Parkinson, entre ellos un leve temblor, rigidez muscular y problemas para moverse.

En general, los primeros síntomas de la DCL son similares a los del Alzheimer o demencia vascular y son de carácter cognitivo (mental). También es posible que algunos pacientes presenten en primer lugar los

⁸De la Vega, R. y Zambrano, A. *Demencia con cuerpos de Lewy* [en línea]. Circunvalación del Hipocampo, julio 2009 [Consulta: 6 diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.hipocampo.org/dcl.asp>.

⁹Diagnostico y tratamiento de Demencia vascular México: secretaria de Salud, 2011

síntomas neuromusculares de la enfermedad de Parkinson. Hay un pequeño grupo de pacientes en quienes la enfermedad se inicia con síntomas simultáneos de demencia y de parkinsonismo.

Los principales síntomas son los siguientes:

En la mayor parte de los pacientes de DCL, problemas leves relacionados con la memoria a corto plazo, como el olvido de hechos muy recientes.

- Breves episodios de confusión sin causa aparente, junto con otros trastornos conductuales o cognitivos. Es posible que el enfermo se desoriente con respecto a la hora o el sitio en que se encuentra; que presente problemas del habla para encontrar palabras o mantener una conversación; que enfrente dificultades de percepción espacial (para encontrar el camino correcto o para resolver ciertos rompecabezas); y problemas del pensamiento como la falta de atención, la inflexibilidad mental, la dificultad para llegar a decisiones, la pérdida del buen juicio y de la comprensión de las cosas.
- Fluctuación en la manifestación de estos síntomas cognitivos de un momento a otro, de hora en hora, de día en día o de semana en semana. Por ejemplo, el paciente puede conversar normalmente en un día o incluso un-determinado y ser incapaz de hablar al día siguiente momento después. Si bien suele considerarse que esa característica es un componente importante de la DCL, también puede presentarse en otras demencias, y a veces es muy difícil determinar si realmente ocurren las fluctuaciones en un paciente específico.
- Alucinaciones visuales vívidas y bien definidas. En las primeras etapas de la DCL es posible que el paciente admita y describa las alucinaciones. Hay otros tipos de alucinaciones de menor frecuencia, pero que también ocurren en ocasiones. Pueden ser auditivas ("escuchar" sonidos), olfativas ("oler" algo) o táctiles ("tocar" algo que objetivamente no existe).

- Las alteraciones motrices del parkinsonismo, que a veces se denominan síntomas "extra piramidales". Con frecuencia parece que estos síntomas se inician espontáneamente. Entre ellos están la postura flexionada, la marcha arrastrando los pies, una reducción en el vaivén de los brazos, rigidez de las extremidades, propensión a caerse, bradicinesia (lentitud en los movimientos) y temblores.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo cuali-cuantitativo, de caso y cohorte de tipo no experimental, transversal, correlacional, aplicativo y propositivo el cual se desarrollará en el periodo de un año.

3.1.1 Diseño de la investigación:

Para la realización de este trabajo investigativo se utilizó la investigación exploratoria y descriptiva, basados en los métodos de investigación descriptiva cuyo objetivo consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento y fue la que facilitó la orientación metodológica del objeto de investigación.

El método sintético que facilitó la comprensión del objeto de estudio, el histórico que ayudó al cumplimiento de los objetivos propuestos, para que se evidencie el aporte histórico de la institución, la inducción, deducción y hermenéutico que nos permitió generalizar, explicar, analizar los datos empíricos que se obtuvieron en el proceso de investigación e interpretación bibliográfica y el estadístico como herramienta que permitió organizar las

tablas estadísticas de información obtenidas de la aplicación de los instrumentos de investigación.

En este proceso investigativo fue necesaria la interpretación y comprensión de la bibliografía básica, observación y análisis de los instrumentos de investigación, tabulación de la información análisis e interpretación de resultados, redacción y elaboración del informe que concluye el trabajo investigativo.

3.1.2 Población

Se tomaron en cuenta 46 adultos mayores que se encuentran en los asilos de Antonio Ante y Cotacachi

3.1.3 Muestra.

Debido a que la población escogida es un número manejable se ha visto conveniente tomar como muestra a todos los adultos mayores con demencia que tengan comunicación fluida dando un total de 20 usuarios, junto a 10 cuidadores.

3.2 VARIABLE DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN

3.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Nivel cultural y socio-económico

3.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Adultos mayores con demencia

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para obtener la información del presente trabajo investigativo se utilizó:

Observación: Al comenzar con la investigación se realizó una invitación a todos los adultos mayores para realizar una observación de su participación en el ambiente del asilo y así determinar los elementos que son necesarios para su mejor calidad de vida.

Investigación documental : Con todos los datos obtenidos tanto del asilo por medio de sus cuidadores se sometió a los adultos mayores así como a los cuidadores de una indagación comparativa con respecto a los síntomas descritos en documentos y bibliografía acerca del tema

Entrevistas con los adultos mayores: En la entrevista lo que se realizó es socializarnos con el paciente, de esta manera se conoció un poco más de la situación en la que se encontraba, así determinamos su situación actual.

Encuestas: Durante la entrevista con el adulto mayor se procedió a llenar una encuesta con datos informativos y sus padecimientos adecuados respecto a los indicadores requeridos por la investigación

Observación in situ: La observación in situ estuvo presente durante todo el proceso de investigación ya que es de vital importancia tomar en cuenta todos los detalles que puedan dar información acerca de posibles alteraciones en el comportamiento del paciente en los asilos.

CAPITULO IV

4. MARCO ADMINISTRATIVO

RECURSOS HUMANOS

Investigadoras: Andrea BrigitteZuñiga y Silvia Narcizalchao

Director de Tesis.

Personal de los asilos, sus cuidadores y administradores

Adultos mayores de los asilos de los cantones Cotacachi y Antonio Ante

Materiales

- Internet
- Libros
- Cd
- Papel bond
- Tinta impresora
- Copias
- Cámara de fotos

Presupuesto

| Recursos | Valor unitario | Cantidad | Total |
|-----------------|-----------------------|-----------------|--------------|
| Materiales | 6.00 | 60 | 360.00 |
| Suministros | 0.02 | 400 | 4.00 |
| Cd | 0.50 | 10 | 5.00 |
| Papel bond | 0.01 | 2000 | 20.00 |
| Tinta impresora | 33.00 | 6 | 198.00 |
| Copias | 0.02 | 200 | 4.00 |
| De escritorio | 0.25 | 40 | 10.00 |
| Transporte | 2.50 | 60 | 150 |
| Alimentación | 2.00 | 60 | 120.00 |

| | | | |
|-------------|-------|----------|--------------|
| Libros | 15.00 | 2 | 30.00 |
| Internet | 0.70 | 260horas | 180.00 |
| SUBTOTAL | | | 873 |
| Imprevistos | | | 87,3 |
| TOTAL | | | 960,3 |

4.1CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDAD | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Selección del tema | x | | | | | | | | | | | | |
| Diseño del anteproyecto | x | x | | | | | | | | | | | |
| Revisión del anteproyecto | | x | x | | | | | | | | | | |
| Presentación del anteproyecto | | | | x | x | | | | | | | | |
| Aprobación del anteproyecto por el directivo | | | | | x | | | | | | | | |
| Ejecución del proyecto | | | | | x | x | x | x | | | | | |
| Revisión Bibliográfica | x | x | x | x | x | X | x | x | | | | | |
| Diseño de instrumentos y validación | | | | x | | | | | | | | | |
| Ejecución de encuestas | | | | | | | x | x | | | | | |
| Procesamiento y análisis de información | | | | | | | | x | x | x | x | x | |
| Defensa de Tesis | | | | | | | | | | | | | x |

CAPITULO V

5.1.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

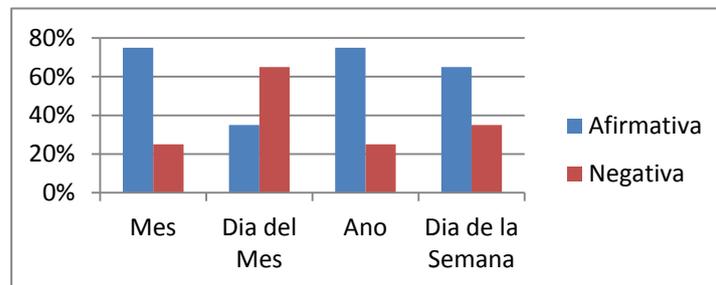
La información se realizó y proceso en un programa computacional EXCEL en donde utilizando la estadística descriptiva nos permitió determinar los resultados a cada una de las variables descritas en el instrumento, visualizando las frecuencias y porcentajes en las tablas y pasteles que se manejaron en el proceso, para luego realizar el análisis correspondiente de los resultados obtenidos.

TEST REALIZADO A LOS ADULTOS MAYORES DE LOS HOGARES DE ANCIANOS “SAN VICENTE DE PAUL” Y “CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA”.

TABLA # 1 .- SONDEO DE ORIENTACION TEMPORAL

| Adultos Mayores que respondieron las preguntas de Orientación Temporal. | | | | | | |
|--|----|----|------------|------------|----------|------------|
| | Si | No | Frecuencia | Afirmativa | Negativa | Porcentaje |
| Mes | 15 | 5 | 20 | 75% | 25% | 100% |
| Día del Mes | 7 | 13 | 20 | 35% | 65% | 100% |
| Año | 15 | 5 | 20 | 75% | 25% | 100% |
| Día de la Semana | 13 | 7 | 20 | 65% | 35% | 100% |

GRAFICO # 1 .- SONDEO DE ORIENTACION TEMPORAL



AUTORAS: Silvia Ichao, Andrea Zúñiga.

FUENTE: TEST Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos de Cotacachi y Atuntaqui.

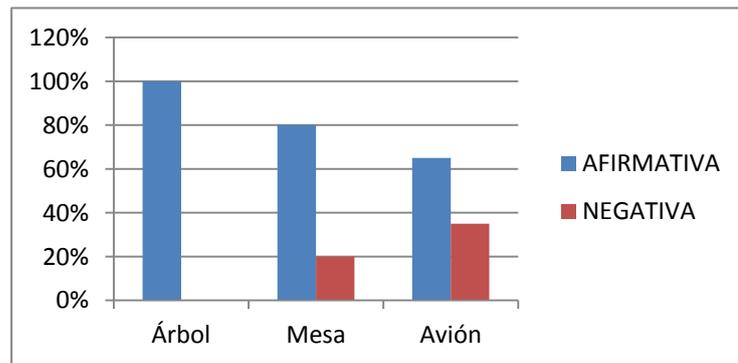
ANALISIS:

Los datos recopilados a través de las encuestas nos hacen percibir y palpar que los adultos mayores todavía poseen orientación en el tiempo dando como resultado que el 75% corresponden una afirmación de recuerdo del mes y año, mientras que el 65% día de la semana y el 35% solo el día del mes.

TABLA # 2 .- FIJACION DE RECUERDO INMEDIATO.

| Adultos Mayores que respondieron a las preguntas de Fijación de Recuerdo Inmediato. | | | | | | |
|---|----|----|------------|------------|----------|------------|
| | Si | No | Frecuencia | Afirmativa | Negativa | Porcentaje |
| Árbol | 20 | 0 | 20 | 100% | 0% | 100% |
| Mesa | 16 | 4 | 20 | 80% | 20% | 100% |
| Avión | 13 | 7 | 20 | 65% | 35% | 100% |

GRAFICO # 2.- FIJACION DE RECUERDO INMEDIATO.



AUTORAS: Silvia Ichao, Andrea Zúñiga.

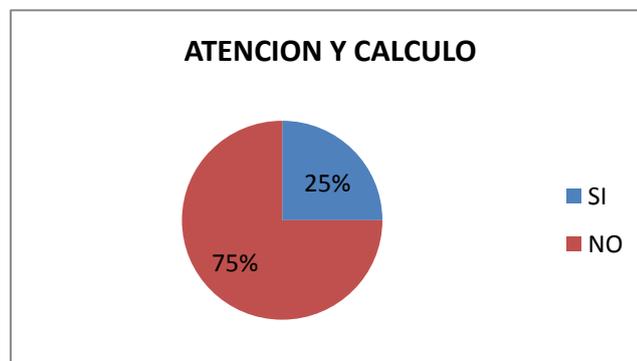
FUENTE: TEST Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos de Cotacachi y Atuntaqui.

ANALISIS: Analizando el diagrama estadístico de esta pregunta podemos apreciar como resultado que el 100% recuerdan la palabra árbol, el 80% mesa y el 65% avión. Podemos ver que la fijación que poseen los adultos mayores al recordar las palabras sobre todo se enfocan en palabras conocidas y representativas de su vida.

TABLA # 3 .- ATENCION Y CALCULO.

| ATENCION Y CALCULO | | |
|--------------------|-------|------------|
| | Frec. | Porcentaje |
| SI | 5 | 25% |
| NO | 15 | 75% |
| TOTAL | 20 | 100% |

GRAFICO # 3



AUTORAS: Silvia Ichao, Andrea Zúñiga.

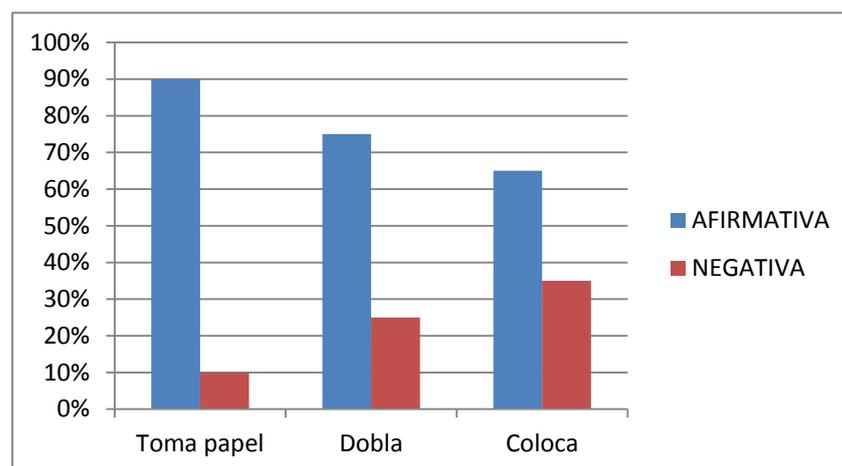
FUENTE: TEST Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos de Cotacachi y Atuntaqui.

ANALISIS: En los datos obtenidos podemos darnos cuenta que el 25% de los Adultos Mayores si respondieron normalmente a la pregunta sobre cálculo, y el 75% no respondieron. Debemos tener en cuenta que del 75% que no pudieron responder algunos son analfabetos y otros ya sobre pasan los 90 años.

TABLA # 4 .- LENGUAJE (ORDEN)

| Seguimiento de ordenes en el Adulto Mayor | | | | | | |
|---|----|----|------------|------------|----------|------------|
| | Si | No | Frecuencia | Afirmativa | Negativa | Porcentaje |
| Toma papel | 18 | 2 | 20 | 90% | 10% | 100% |
| Dobla | 15 | 5 | 20 | 75% | 25% | 100% |
| Coloca | 13 | 7 | 20 | 65% | 35% | 100% |

GRAFICO # 4 .- LENGUAJE (ORDEN)



AUTORAS: Silvia Ichao, Andrea Zúñiga.

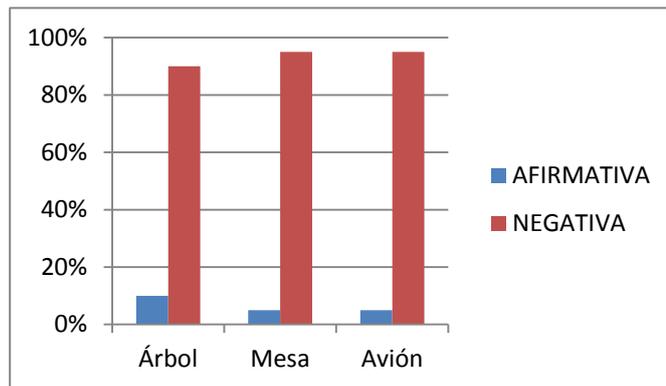
FUENTE: TEST Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos de Cotacachi y Atuntaqui.

ANALISIS: Como observamos en estos datos estadísticos el 90% de los Adultos Mayores toman papel, mientras que el 75% doblan y el 65% colocan. Los adultos mayores que poseen mayor edad tienen dificultad al recibir órdenes y poderlas realizar así sean breves.

TABLA # 5 .- RECUERDO DIFERIDO

| Adultos Mayores con Recuerdo Diferido | | | | | | |
|---------------------------------------|----|----|------------|------------|----------|------------|
| | Si | No | Frecuencia | Afirmativa | Negativa | Porcentaje |
| Árbol | 2 | 18 | 20 | 10% | 90% | 100% |
| Mesa | 1 | 19 | 20 | 5% | 95% | 100% |
| Avión | 1 | 19 | 20 | 5% | 95% | 100% |

GRAFICO # 5 .- RECUERDO DIFERIDO



AUTORAS: Silvia Ichao, Andrea Zúñiga.

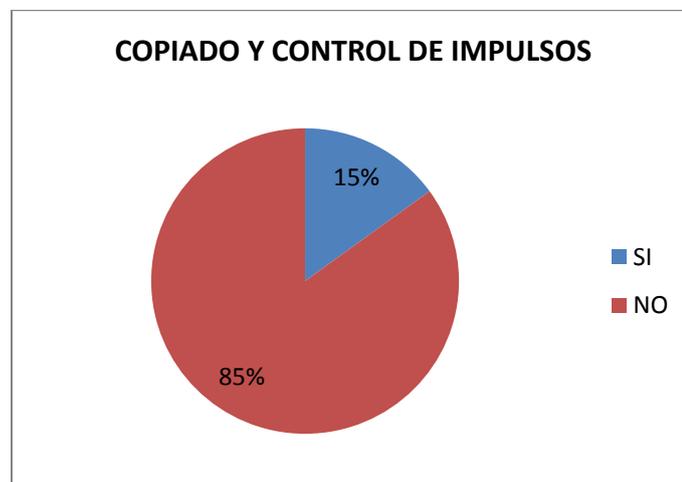
FUENTE: TEST Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos de Cotacachi y Atuntaqui.

ANALISIS: Existe un 10% de Adultos Mayores que si recordaron la palabra árbol, 5% mesa, 5% avión. La memoria a corto plazo se ve afectada con más facilidad en pacientes con demencia, por lo cual el recuerdo diferido de los encuestados se ve afectado.

TABLA # 6.- LENGUA (COPIADO)

| LENGUAJE (COPIADO) | | |
|--------------------|--------|------------|
| | # A.M. | PORCENTAJE |
| SI | 3 | 15% |
| NO | 17 | 85% |
| TOTAL | 20 | 100% |

GRAFICO # 6



AUTORAS: Silvia Ichao, Andrea Zúñiga.

FUENTE: TEST Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos de Cotacachi y Atuntaqui.

ANALISIS: Al analizar los gráficos de los Adultos Mayores el 15% si lo copiaron similar al grafico indicado el 85% no. El copiado nos ayuda a ver el control que tienen de los impulsos al manipular el lápiz.

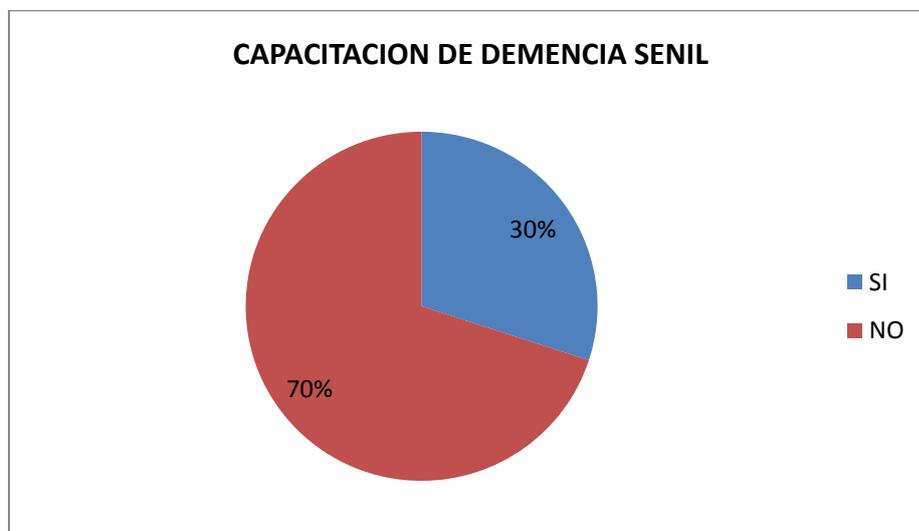
RESULTADOS

ENCUESTA REALIZADA A LAS CUIDADORAS DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS HOGARES DE ANCIANOS “SAN VICENTE DE PAUL” Y “CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA”.

TABLA # 1.- CAPACITACION SOBRE DEMENCIA SENIL.

| CAPACITACION DE DEMENCIA SENIL | | |
|--------------------------------|------|------------|
| | # C. | PORCENTAJE |
| SI | 3 | 30% |
| NO | 7 | 70% |
| TOTAL | 10 | 100% |

GRAFICO # 1



AUTORAS: Silvia Ichao, Andrea Zúñiga.

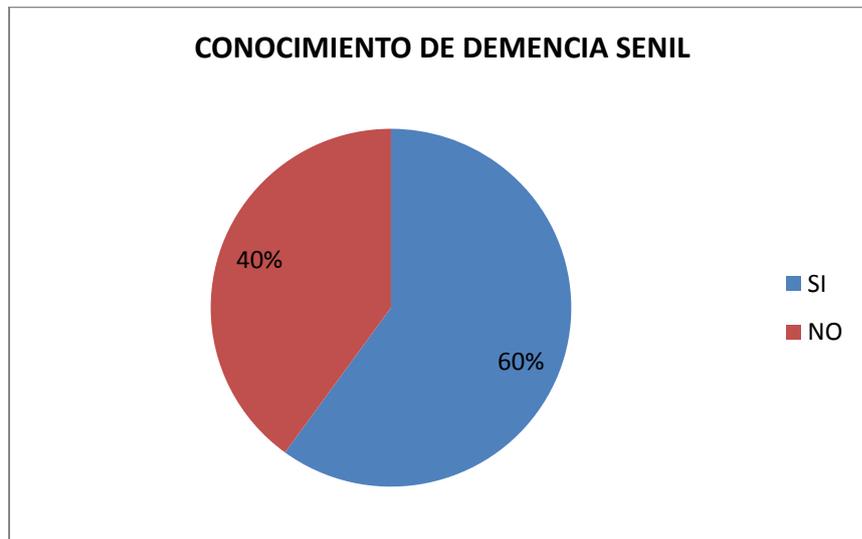
FUENTE: TEST Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos de Cotacachi y Atuntaqui.

ANALISIS: En el gráfico observamos que el 30% de las Cuidadoras si han recibido capacitación sobre Demencia Senil mientras que el 70% no hay que tomar en cuenta que el 30% que da una respuesta afirmativa son enfermeras y poseen conocimientos previos sobre demencia.

TABLA # 2 .- CONOCIMIENTO DE DEMENCIA SENIL.

| CONOCIMIENTO DE DEMENCIA SENIL | | |
|--------------------------------|-------|------------|
| | FREC. | PORCENTAJE |
| SI | 6 | 60% |
| NO | 4 | 40% |
| TOTAL | 10 | 100% |

GRAFICO # 2



AUTORAS: Silvia Ichao, Andrea Zúñiga.

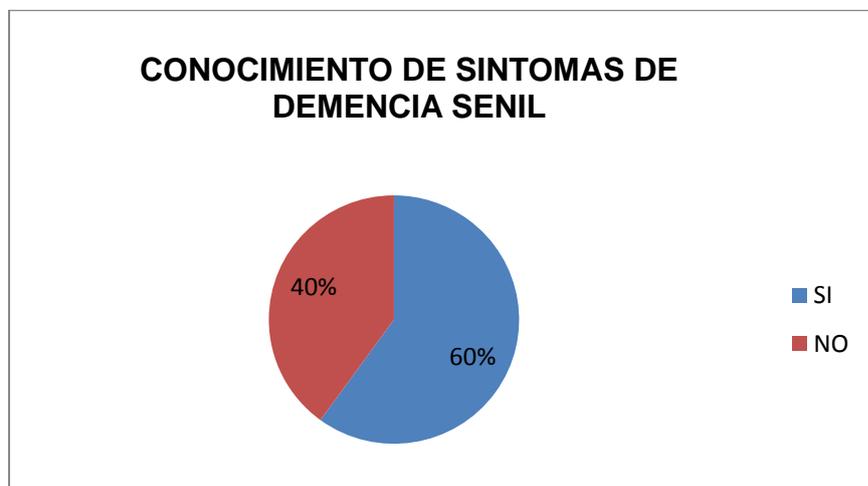
FUENTE: TEST Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos de Cotacachi y Atuntaqui.

ANALISIS: De las cuidadoras encuestadas el 60% si tienen conocimiento sobre Demencia Senil y el 40% señala que no recibió ningún tipo de capacitación. Al confrontar con la respuesta anterior nos damos cuenta que algunas personas de cuidado directo conocen sobre demencia pero no han recibido capacitación alguna y la información obtenida a sido a través de diálogos informales con psicólogos o de investigación bibliográfica.

TABLA # 3.- CONOCIMIENTO DE SINTOMAS DE DEMENCIA SENIL.

| CONOCIMIENTO DE SINTOMAS DE DEMENCIA SENIL | | |
|--|-------|------------|
| | FREC. | PORCENTAJE |
| SI | 6 | 60% |
| NO | 4 | 40% |
| TOTAL | 10 | 100% |

GRAFICO # 3



AUTORAS: Silvia Ichao, Andrea Zúñiga.

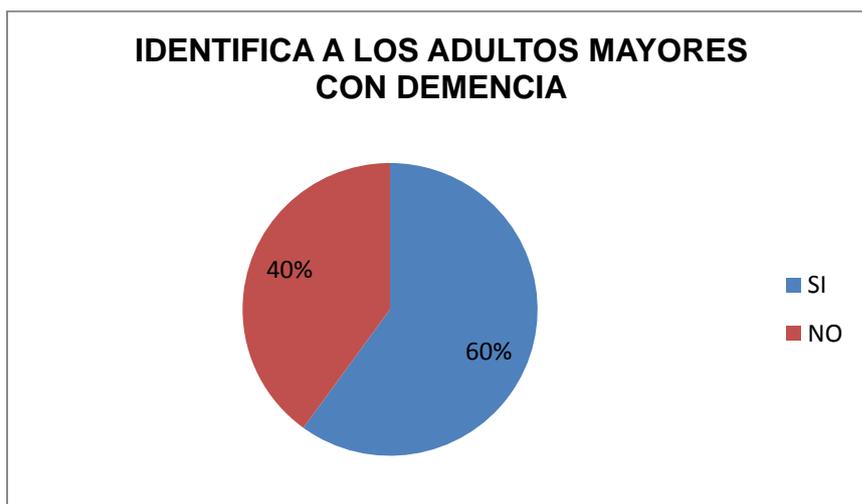
FUENTE: TEST Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos de Cotacachi y Atuntaqui.

ANALISIS: El 60% de las Cuidadoras si tienen conocimiento sobre los síntomas de Demencia Senil y el 40% lo desconocen. Cada cuidador posee diferente conocimiento de demencia senil pero conocen sobre el tema.

TABLA # 4 .- IDENTIFICA A LOS ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA SENIL.

| IDENTIFICA A LOS ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA SENIL. | | |
|--|------------|------------|
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| SI | 6 | 60% |
| NO | 4 | 40% |
| TOTAL | 10 | 100% |

GRAFICO # 4



AUTORAS: Silvia Ichao, Andrea Zúñiga.

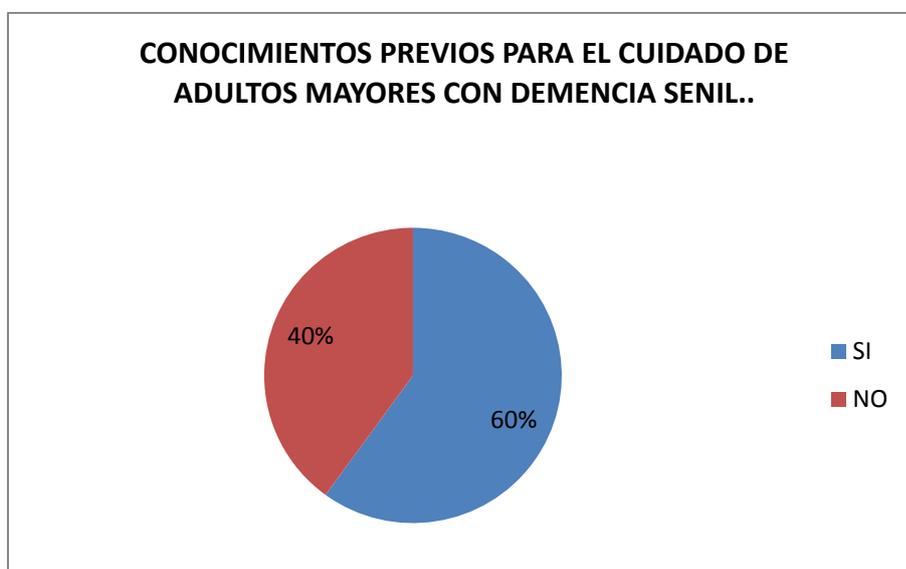
FUENTE: TEST Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos de Cotacachi y Atuntaqui.

ANALISIS: El 60% de las Cuidadoras si identifican a los Adultos Mayores con Demencia Senil y el 40% no los identifican. Dentro del Hogar de ansianos las personas que saben sobre demencia, pueden identificar a los adultos mayores que sufren de demencia.

TABLA # 5 .- CONOCIMIENTOS PREVIOS PARA EL CUIDADO DE ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA SENIL.

| CONOCIMIENTOS PREVIOS PARA EL CUIDADO DE ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA SENIL. | | |
|--|------------|------------|
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| SI | 6 | 60% |
| NO | 4 | 40% |
| TOTAL | 10 | 100% |

GRAFICO # 5



AUTORAS: Silvia Ichao, Andrea Zúñiga.

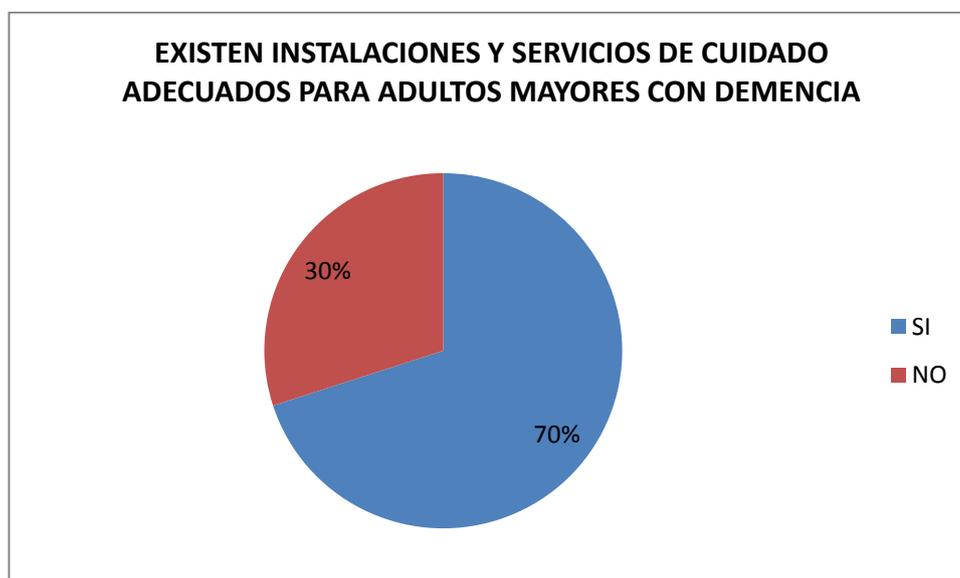
FUENTE: TEST Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos de Cotacachi y Atuntaqui.

ANALISIS: En los Hogares de Ancianos “San Vicente de Paul” y “Carmen Ruiz de Echeverría” el 60% de las cuidadoras si tienen conocimientos previos para el cuidado y el 40% no. Pero no existe dentro de los Hogares de Ansianos un PAE con el cual se puedan orientar los cuidadores.

TABLA # 6 .- EXISTEN INSTALACIONES Y SERVICIOS DE CUIDADO ADECUADOS PARA ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA.

| EXISTEN INSTALACIONES Y SERVICIOS DE CUIDADO ADECUADOS PARA ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA. | | |
|---|------------|------------|
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| SI | 7 | 70% |
| NO | 3 | 30% |
| TOTAL | 10 | 100% |

GRAFICO # 6



AUTORAS: Silvia Ichao, Andrea Zúñiga.

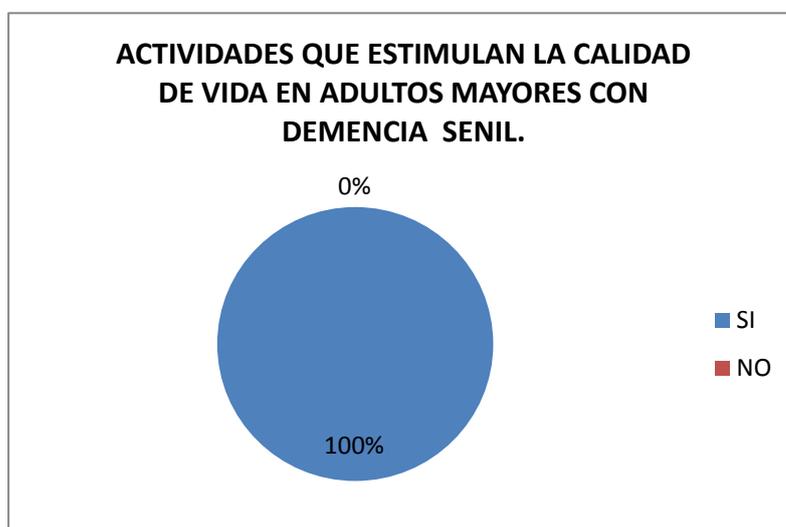
FUENTE: TEST Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos de Cotacachi y Atuntaqui.

ANALISIS: El 70% de las Cuidadoras responden que si existen instalaciones y servicios adecuados y el 30% lo desconoce. Existe la infraestructura necesaria para brindar una atención de calidad aunque hacen falta materiales e implementos.

TABLA # 7.- ACTIVIDADES QUE ESTIMULAN LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA SENIL.

| ACTIVIDADES QUE ESTIMULAN LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA SENIL | | |
|--|------|------------|
| | # C. | PORCENTAJE |
| SI | 10 | 100% |
| NO | 0 | 0% |
| TOTAL | 10 | 100% |

GRAFICO # 7



AUTORAS: Silvia Ichao, Andrea Zúñiga.

FUENTE: TEST Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos de Cotacachi y Atuntaqui.

ANALISIS: Como podemos apreciar en el grafico el 100% de las cuidadoras responden que si se realiza actividades que estimulan la Calidad de Vida en los Adultos Mayores con Demencia Senil , ya que el encargado de estas actividades son los terapistas ocupacionales y psicólogos.

TABLA # 8.- EXISTEN ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL

| EXISTEN ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL | | |
|--|------|------------|
| | # C. | PORCENTAJE |
| SI | 10 | 100% |
| NO | 0 | 0% |
| TOTAL | 10 | 100% |

GRAFICO # 8



AUTORAS: Silvia Ichao, Andrea Zúñiga.

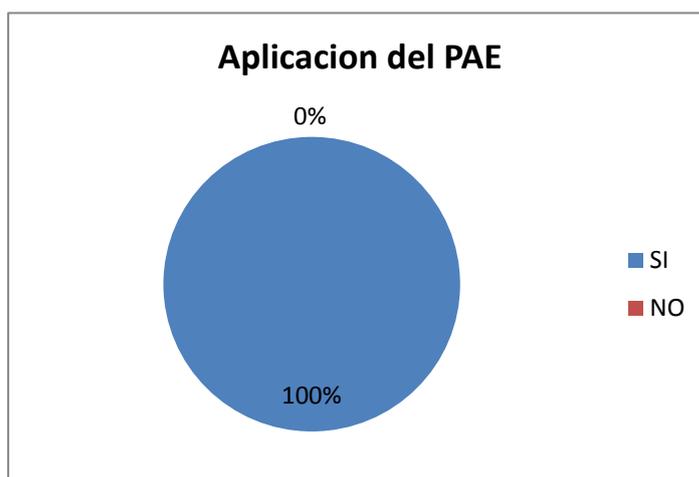
FUENTE: TEST Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos de Cotacachi y Atuntaqui.

ANALISIS: Mediante el gráfico observamos que el 100% de las Cuidadoras responden que si existen campos de actividades ocupacionales dirigidas para los Adultos Mayores. Entre ellas podemos numerar que existe terapia ocupacional aeróbica, de orientación, de memoria, motricidad fina gruesa y resistencia.

TABLA # 9 .- ESTARIA USTED DE ACUERDO QUE SE APLIQUE UN PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA LOS ADULTOS MAYORES.

| APLICACIÓN DEL PAE | | |
|--------------------|------|------------|
| | # C. | PORCENTAJE |
| SI | 10 | 100% |
| NO | 0 | 0% |
| TOTAL | 10 | 100% |

GRAFICO # 9



AUTORAS: Silvia Ichao, Andrea Zúñiga.

FUENTE: TEST Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos de Cotacachi y Atuntaqui.

ANALISIS: El 100% de las Cuidadoras responden que si es necesario un PAE para así brindar una mejor calidad de vida al adulto mayor.

5.2.- CONCLUSIONES

1. Los asilos de Cotacahi y Antonio Ante brindan cuidado y atención a los adultos mayores, como parte de la Política Pública que el Gobierno está implementando.
2. El 90% de los adultos mayores acogidos en los asilos sufren de demencia lo que significa que los programas educativos tanto en el currículo de la escuela y el MSP desplieguen programas a este grupo de personas.
3. No existe una guía de proceso de atención de enfermería sobre demencia en los asilos donde se realizó la investigación por lo que nosotros consideramos se debe instituir en estos asilos guías de atención de proceso de enfermería encaminadas a la solución de dichos problemas así como las elaboraciones de planes de intervención tanto para el personal de cuidadores como para los pacientes de nuestro objeto de estudio.
4. Los adultos mayores poseen algunas fuentes de apoyo social dentro del Asilo por parte de los cuidadores y personal de apoyo por lo que se debería utilizar esta estrategia en planes de mejora y educación continua con la participación de estudiantes, universidad y organismos gubernamentales y no gubernamentales.
5. Los cuidadores necesitan capacitación sobre los cuidados que deben tener al atender y cuidar al adulto mayor y además continuamente motivarles para que estos cuidados no se conviertan en una rutina.
6. El 60% de personas que tienen trato directo con el adulto mayor poseen conocimiento sobre demencia pero no tienen estructurado un PAE, que beneficie los cuidados básicos al paciente y de esta manera brindar una atención de calidad al ser humano.

5.3 RECOMENDACIONES

1. Es importante que las personas de cuidado directo en los Hogares de Ancianos cuenten con un PAE sobre demencia y también se estandarice protocolos de atención.
2. Se recomienda capacitar a las personas encargadas sobre los cuidados que deben tener en los adultos mayores con demencia sobre todo porque el índice en los hogares de ancianos es muy alto y hace falta insertar estrategias de atención en beneficio al cliente que de seguro se convertiría en beneficio para los ancianos y más aún si se lograra formar un equipo multidisciplinario para mejorar los estados de vida de los ancianos.
3. Implementar este proceso y que llegue a institucionalizarse la Atención de enfermería en los hogares de ancianos de Cotacachi y Antonio Ante y por ende brindar cuidados de enfermería de calidad y calidez logrando establecer una buena comunicación. Confianza en el adulto mayor y cuidados brindados y aplicados.
4. Que la universidad participe en programas de educación continua para satisfacer las necesidades del paciente y que la permanencia de las áreas de práctica no dejen de realizarse.

CAPITULO VI

6.1.- PROPUESTA

6.1.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA DEMENCIA SENIL EN ADULTOS MAYORES.

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA | OBJETIVOS | ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA |
|---|---|--|---|
| Desequilibrio Nutricional ingestión inferior a las necesidades relacionado con incapacidad para digerir los alimentos. | Controlar y mantener la alimentación adecuada y equilibrada en los Adultos Mayores. | <p>1.- Comprobar y anotar la ingesta de alimentos del adulto mayor.</p> <p>2.- Pesarse periódicamente al paciente.</p> <p>3.- Recomendar comidas frecuentes y en pequeña cantidad o complementos nutritivos entre comidas.</p> | <p>1.- Controla la ingestión calórica o la calidad insuficiente de los alimentos consumidos.</p> <p>2.- controla la pérdida de peso y la eficacia de las intervenciones nutricionales.</p> <p>3.- Puede reducir la fatiga y en consecuencia mejora la ingestión y evita la dilatación gástrica. El consumo de complementos nutritivos proporciona un complemento proteínico y calórico.</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
|  | | <p>4.- Recomendar el consumo de una dieta suave.</p> <p>5.- Ayudar en la higiene oral antes y después de las comidas, utilizar un cepillo de dientes suave y cepillar con suavidad.</p> | <p>4.- cuando existe lesiones orales, el dolor puede limitar el tipo de comida que logre tolerar el adulto mayor.</p> <p>5.- Aumenta el apetito y la ingesta oral. Disminuye el crecimiento bacteriano minimizando la posibilidad de infecciones bacteriana.</p> |
| <p>Riesgo de deterioro de la función hepática relacionado con medicamentos hepatotóxicos.</p> | <p>Prevenir el uso y administración inadecuada de medicamentos.</p> | <p>1.- Administrar los medicamentos utilizando los 5 correctos.</p> <p>2.- .Explicar la importancia de tomar el medicamento solo la dosis prescrita por el médico.</p> <p>3.- Aconsejar tomar los medicamentos en las comidas o inmediatamente después.</p> | <p>1.- Contribuye con la pronta recuperación al paciente.</p> <p>2.- Ayuda a evitar efectos secundarios de la medicación.</p> <p>3.- Algunos medicamentos son irritantes gástricos y pueden causar dispepsia, diarrea o molestias abdominales si se toma con el estómago vacío.</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | | 4.- Diluir los preparados líquidos con jugos. | 4.- Evita sentir el sabor del medicamento. |
| Incontinencia urinaria de urgencia relacionada con relajación esfinteriana involuntaria. | Ayudar a mantener o recuperar un patrón eficaz en eliminación. | 1.-prestar cuidados periódicos de la sonda y mantener la permeabilidad. 2.- palpar la vejiga. 3.-Fomentar una ingesta de líquidos según tolerancia, incluir zumos de frutas q contengan vitamina c. | 1.-previene la infección y minimiza el reflujo. 2.- la dilatación de la vejiga indica retención urinaria que puede causar infección. 3.-mantiene una hidratación adecuada. Los sumos ácidos actúan como acidificantes del PH interno , retrasando el crecimiento bacteriano. |
| Riesgo de estreñimiento relacionado con diarrea. | Establecer y mantener patrones normales de la función intestinal. | 1.-Evaluar el motivo de la diarrea. 2.-determinar la presencia de alergias a fármacos o alimentos. | 1.- la identificación es necesaria para lograr una función intestinal óptima. 2.-puede contribuir a la aparición de la diarrea. |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | <p>3.-Reducir alimentos como los derivados lácteos.</p> <p>4.-fomentar el incremento de la ingesta de líquidos.</p> <p>5.-usar pañales de incontinencia para adultos. Mantener al adulto limpio y seco, proporcionar frecuentes cuidados perineales, aplicar pomadas protectoras en la zona anal.</p> | <p>3.-se sabe que estos alimentos provocan estreñimiento.</p> <p>4.-favorece una consistencia normal de las heces.</p> <p>5.-previene el deterioro de la piel.</p> |
| <p>Alteración del patrón del sueño relacionado con estrés.</p>  | <p>Fomentar el reposo y descanso adecuado como forma de relajar los músculos.</p> | <p>1.-evaluar el grado de estrés o de orientación a medida que avanza el día.</p> <p>2.- seguir un horario ritual, regular para acostarse, informar al adulto mayor que es la hora de dormir.</p> <p>3.- ofrecer música suave o</p> | <p>1.- el aumento de la confusión, la desorientación y las conductas no cooperantes pueden interferir con lograr un patrón de sueño eficaz.</p> <p>2.-refuerza que es la hora de acostarse y mantiene la estabilidad del entorno.</p> <p>3.- reduce la estimulación</p> |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | relajante. | sensorial bloqueando otros ruidos del entorno que podría intervenir con un sueño reparador. |
| Intolerancia a la actividad relacionada con reposo en cama enfermedad progresiva debilitante o inmovilidad. | Mantener o lograr un leve incremento de tolerancia a la actividad por un grado aceptable de cansancio o debilidad. | <p>1.-Animar al adulto mayor hacer lo que pueda: sentarse en la silla, visitar a familiares o amigos.</p> <p>2.- Enseñar al adulto mayor, técnicas de conservación de energía. Incidir en la necesidad de permitir frecuentes periodos de descanso después de las actividades.</p> <p>3.-Enseñar la realización correcta de, ambulación o cambios de posición identificar los aspectos de seguridad. Mantener la zona de pasos despejada.</p> | <p>1.- proporciona un sentido de control y los sentimientos del otro.</p> <p>2.-aumenta la actividad a la vez que conserva una energía limitada y previene un aumento de nivel de cansancio.</p> <p>3.-proteje al adulto de lesiones durante las actividades.</p> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>Déficit de autocuidado (alimentación, baño, vestido) relacionado con Debilidad.</p> | <p>Brindar comodidad y confort al paciente en medio de sus limitaciones.</p> | <p>1.- Ayudar a las actividades de auto cuidados según este indicado.</p> <p>2.-valorar factores desencadenantes /causas de cansancio por ej. Tratamientos, dolor, fármacos o incomodidades del paciente.</p> | <p>1.-Cubre las necesidades personales del adulto mayor sin aumentar el estrés.</p> <p>2.- el cansancio es un efecto secundario de algunos medicamentos. el dolor y las terapias estresantes también consumen energía y causan cansancio.</p> |
| <p>Deterioro de la comunicación verbal relacionado con diferencias relacionadas con la edad de desarrollo.</p> | <p>Mantener diálogos afectivos y claros con los AM para estimular la comunicación a través de diferentes medios.</p> | <p>1.- ofrecer métodos alternativos de comunicación ejemplo proporcionar claves visuales (gestos fotografías o escuchar música).</p> <p>2.- Hablar directamente al adulto mayor, despacio y con claridad.</p> | <p>1.- permite comunicar las necesidades.</p> <p>2.- reduce la confusión, ansiedad al tener que procesar y responder a una gran cantidad de información al mismo tiempo.</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>Riesgo de cansancio del rol del cuidador relacionado con el aislamiento de la familia.</p> | <p>Ayudar a que el adulto mayor se adapte y asuma el envejecimiento de forma normal.</p> | <p>1.-identificar el grado de compromiso del cuidador de responsabilidad y de implicación en los cuidados. Utilizar herramientas de evaluación como escala de sobrecarga del cuidador para determinar con mayor exactitud las capacidades del cuidador en caso necesario.</p> <p>2.-Evaluar el grado de ansiedad de la familia y allegados</p> <p>3.- Establecer una relación de confianza y reconocer la dificultad de la situación para la familia.</p> | <p>1.-los cuidados progresivos o terminales agobian al cuidador y pueden alterar su capacidad para cubrir las necesidades del adulto mayor con las suyas propias</p> <p>2.-Se debe afrontar el nivel de ansiedad antes de iniciar la resolución de problemas. Los individuos pueden estar tan preocupados con sus propias reacciones. Ante la situación que son incapaces de responder a las necesidades de otros.</p> <p>3.- puede llegar a los allegados a aceptar lo que está sucediendo y estar dispuestos a compartir los problemas con los cuidadores.</p> |
|--|--|---|--|

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>Deterioro de la capacidad de recuperación personal relacionado con la demencia senil.</p> | <p>Brindar cuidados seguros y de recuperación al paciente con demencia senil.</p> | <p>1.-mantener un entorno agradable y tranquilo.</p> <p>2.- dirigirse al adulto mayor calmadamente.</p> <p>3.- dar instrucciones sencillas una a la vez, o instrucciones paso a paso, usando palabras cortas y frases sencillas.</p> | <p>1.- reduce la información distorsionada, mientras que las aglomeraciones, el alboroto y el ruido generan una sobre carga sensorial que estimula las neuronas alteradas.</p> <p>2.- este gesto no verbal reduce la posibilidad de malas interpretaciones.</p> <p>3.- A medida que la enfermedad progresa los centros de comunicación del encéfalo se alteran, reduciendo la capacidad de procesar y comprender mensajes complejos.</p> |
| <p>Sufrimiento espiritual relacionado con separación de los lasos familiares.</p> | <p>Fomentar la independencia a los familiares y motivar a los AM sobre una vida espiritual más tranquila</p> | <p>1.- Establecer un entorno que fomente la libre expresión de los sentimientos y preocupaciones.</p> <p>2.- escuchar las expresiones</p> | <p>1.- fomenta el reconocimiento y la identificación de los sentimientos para que se puedan afrontar.</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | | de incapacidad para encontrar el sentido a la vida un motivo para vivir. | 2.- puede indicar la necesidad de otras intervenciones. |
| Alteración de la movilidad física relacionado con el riesgo de caídas | Mostrar técnicas o conductas que permitan mantener las habilidades de movilidad. | <p>1.- ayudar con los traslados y la ambulación en caso indicado, enseñar al adulto mayor formas e moverse con seguridad utilizando todos los elementos de comodidad y de movilidad y otros. (bastones)</p> <p>2.- colocar zapatos con un buen apoyo y que ajusten bien.</p> <p>3.-Eliminar accesorios que impidan las vías de paso, mantener el piso seco. utilizar barandas en el baño, etc.</p> | <p>1.- previene las caídas accidentales y las lesiones.</p> <p>2.- ayuda al adulto mayor a caminar con paso firme y a mantener un sentido del equilibrio y a prevenir resbalones.</p> <p>3.- reduce el riesgo de caídas y lesiones.</p> |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Dolor agudo relacionado con agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos y psicológicos)</p> | <p>Instruir al AM a referir la intensidad de dolor y no sobredimensionar los síntomas.</p> | <p>1.- Obtener una descripción completa del dolor incluyendo localización, intensidad (0-10) duración, características e irrigación. Ayudar al adulto a cuantificar el dolor comparándolo con otras experiencias.</p> <p>2.- instruir al adulto mayor a referir inmediatamente el dolor.</p> | <p>1.- el dolor es una experiencia subjetiva y la debe describir el pte. Proporciona el valor de referencia de las comparaciones para poder determinar la eficacia del tratamiento y la resolución / evolución del problema.</p> <p>2.-una notificación del dolor a destiempo retrasa su alivio, puede aumentar la dosis necesaria de fármacos para lograrlo.</p> |
|--|--|--|---|

BIBLIOGRAFIA

1. Baster Moro JC. Glosario de Términos y Definiciones de Gerontología y Geriatría.
2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
3. Chávez Negrin E. Algunas consideraciones sobre el envejecimiento demográfico en Cuba [Internet]. En: Taller Población y desarrollo. La Habana: CEDEM; Jul 2002[citado 20 Ago 2010].
4. De la Vega, R. y Zambrano, A. *Demencia vascular* [en línea]. Circunvalación del Hipocampo, septiembre 2007 [Consulta: 6 diciembre 2012].
5. De la Vega, R. y Zambrano, A. *Demencia con cuerpos de Lewy* [en línea]. Circunvalación del Hipocampo, julio 2009 [Consulta: 6 diciembre 2012].
6. De la Vega, R. y Zambrano, A. Demencia con cuerpos de Lewy [en línea]. La Circunvalación del hipocampo, julio 2009 [Consulta: 28 junio 2011].
7. Diagnósticos De Enfermería Carpenito L. J.
8. Diagnóstico y tratamiento de Demencia vascular Mexico: secretaria de Salud, 2011
9. Organización Mundial de la Salud. Cuidados Globales amigables con los mayores: una guía. Ginebra: OMS; 2007.
10. Parquet., D. C. (2007). ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 175*, 1.

11. Proceso de atención de enfermería N Ropper; W Logan; Aj Tierney Milagros Segura, Sagrario Almazán y M^a Paz Pág. 124-145 Editorial Interamericana.
12. Rodríguez J, Guerra Hernández M. Enfermedad de Alzheimer. Situación actual y estrategias terapéuticas. Revista Cubana de Medicina [en línea]. Ciudad de La Habana. Junio 2008 [fecha de acceso 04 de Noviembre de 20012] 38 (2).
13. Slachevsky & Oyarzo (2008), Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en Tratado de Neuropsicología Clínica, Labos E., Slachevsky A., Fuentes P., Manes E. Librería kadia editorial; Buenos Aires, Argentina
14. Teresa Martín Rodríguez: La intervención psicosocial en contextos rurales con familias de personas mayores en situación de dependencia. (2009) Temas clave.

LINCOGRAFÍAS

1. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/1819C020.pdf>
2. <http://www.hipocampo.org/dv.asp>
3. <http://www.hipocampo.org/dcl.asp>.
4. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475231999000200007&script=sci_arttext

ANEXOS

UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA



El Presente Test Está Orientada A Determinar El Nivel De Demencia Senil Del Adulto Mayor De Los Asilos De Los Cantones De Cotacachi Y Antonio Ante.

1.- Por favor dígame la fecha de hoy. Sondee el mes, el día del mes el año y el día de la semana.

Anote un punto por cada respuesta correcta.

Mes: _____

Día del mes: _____

Año: _____

Día semana: _____

Total: _____

2.- Ahora le voy a nombrar tres objetos .después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden .recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Si para algún objeto la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.

Árbol: _____

Mesa: _____

Avión: _____

Total: _____

Número de repeticiones: _____

3.- Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9. Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no mencione o por cada número que se le añada, o por cada número que se le mencione fuera del orden indicado.

Respuesta del paciente: _____

Respuesta correcta: 9 7 5 3 1

Total: _____

4.- Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

Toma papel: _____

Dobla: _____

Coloca: _____

Total: _____

5.-Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda anote un punto por cada objeto recordado.

Árbol: _____

Mesa: _____

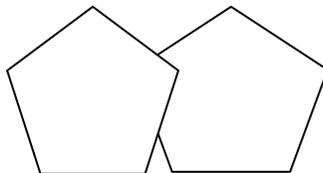
Avión: _____

Total: _____

Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.

6.- Por favor copie este dibujo.

Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero. Anote un punto si el objeto esta dibujado correctamente



Sume los puntajes totales de las preguntas del 1 al 6

Puntuación máxima: 19

Entre 14 y 19 no sugiere déficit cognitivo.

13 puntos o menos si sugiere déficit cognitivo.

La presente ficha de observación servirá para determinar los niveles y condiciones de vida del adulto mayor en los Asilos de Cotacachi y Antonio Ante

FICHA DE OBSERVACIÓN

| determinante | nivel | respuesta |
|------------------------|---|-----------|
| COMUNICACIÓN | FLUIDO BALBUCEO NO COMUNICA | |
| CAPACIDAD LECTORA | ES ANALFABETA LEE NO PUEDE LEER CON DIFICULTAD | |
| CAPACIDAD DE ESCRITURA | ES ANALFABETA ESCRIBE NO PUEDE ESCRIBIR CON DIFICULTAD | |
| MOVIMIENTOS | NO PUEDE MOVERSE SI SE MUEVE CON DIFICULTAD | |
| CONCENTRACIÓN | NO PUEDE CONCENTRARSE SI SE CONCENTRA CON DIFICULTAD | |
| APATIA | SI NO | |
| TIMIDEZ | SI NO | |
| CONDUCTAS | OBSESIVAS AGRESIVAS DEPRESIVAS | |
| TRANSTORNO SUEÑO | SI NO | |

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE LOS ASILOS DE LOS CANTONES DE COTACACHI Y ATUNTAQUI

El objetivo de la presente encuesta es determinar las condiciones de conocimientos de los cuidadores de los asilos y los cuidados pertinentes a los adultos mayores con demencia senil :

1.- usted ha recibido capacitación acerca de la demencia senil

SI

NO

2.- conoce acerca de la demencia senil

SI

NO

3.- Cuáles son los síntomas más comunes en la demencia senil

Olvido a corto plazo

Olvido a largo plazo

Agresividad

Descontrol

Pasividad

Somnolencia

Pereza

4.- identifica usted a los adultos mayores con demencia senil en el asilo

SI

NO

5.- Se siente con los conocimientos necesarios para realizar un cuidado adecuado en los adultos mayores con demencia senil

SI
NO

6.- las condiciones del asilo son adecuadas para el cuidado de los adultos mayores

SI
NO

7.- Existen actividades que estimulen la calidad de vida de los ancianos con demencia senil

SI
NO

8.- Existen actividades de terapia ocupacional para los adultos mayores

SI
NO

9.- Estaría usted de acuerdo a aplicar un manual de procedimientos para el cuidado de los adultos mayores con demencia senil

SI
NO

GLOSARIO

Afasia.- Es un desorden del lenguaje producido por daños en un área específica del cerebro que controla la comprensión y expresión del lenguaje, y deja a una persona incapacitada para comunicarse efectivamente con los demás.

Agnosia.- Incapacidad para identificar objetos ofrecidos a la percepción, es decir, para transformar sensaciones simples en percepciones propiamente dichas, sin que haya un deterioro sensorial, ni de las funciones superiores, la conciencia o la atención. Existen diversas formas, según el sentido afectado: visual, olfativa, gustatoria, auditiva y táctil.

Apraxia.- Dificultad para ejecutar movimientos intencionales en ausencia de factores motores o psíquicos que puedan interferir en su desarrollo. Se clasifican en: apraxia ideatoria: es la incapacidad de organizar la secuencia de los actos tendientes a un fin como vestirse. apraxia ideo-motora: dificultad para ejecutar un gesto. apraxia constructiva: incapacidad para construir figuras con un orden espacial.

Bradicinesia.- Lentitud de movimiento.

Cuerpos de Lewy.- son el deterioro mental, parkinsonismo de intensidad variable, rasgos psicóticos como las alucinaciones visuales (AV), y fluctuaciones del estado cognitivo que afectan especialmente a la atención y concentración.

Deficiencia de niacina.- Se ha demostrado que retrasa el metabolismo, causando disminución de la tolerancia al frío.

Disfasia.- Es la pérdida parcial del habla debida a una lesión cortical en las áreas específicas del lenguaje.

Enfermedad de Binswanger.- Es una enfermedad neurológica rara, lentamente progresiva caracterizada por la degeneración de la materia blanca del cerebro, que se inicia en la sexta o séptima década de la vida asociada a crisis convulsivas y accidentes cerebro vasculares. Afecta por igual a hombres y mujeres, aumentando su frecuencia en relación con la edad, la hipertensión arterial y la severidad de la enfermedad cerebro vascular.

Enfermedad de Huntington.- Es una enfermedad hereditaria que provoca el desgaste de algunas células nerviosas del cerebro.

Enfermedad de Pick.-Es una forma rara y permanente de demencia similar al mal de Alzheimer, excepto que tiende a afectar únicamente ciertas áreas del cerebro.

Hemiparesia.- Se refiere a la disminución de la fuerza motora o parálisis parcial que afecta un brazo y una pierna del mismo lado del cuerpo. Cuando se afecta el rostro y la cabeza la debilidad motora puede o no ser fácilmente evidente.

Leukoaraiosis.- Altera la función cerebral en las personas mayores.

Neurosifilis.- Es una infección del cerebro o de la médula espinal que ocurre por lo general en personas que han tenido sífilis sin tratamiento durante muchos años.

Sensopercepcion.- Es un mecanismo psíquico que permite al hombre la adquisición de todo el material del conocimiento, proceda éste desde el mundo exterior, como del propio mundo interior físico y mental”.

Síndrome Confusional.- La persona tiene alucinaciones y sus pensamientos no concuerdan con sus acciones.





