



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2019-2020
Trabajo de Fin de Grado

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL
PACIENTE ANCIANO**

Autor/: Miguel López Palomo

Tutor/a: José Luis Viaña Caballero

RESUMEN

Actualmente, el incremento de la esperanza de vida y el descenso de la tasa de natalidad están originando un aumento del envejecimiento de la población, provocando la necesidad de realizar cambios en el sistema sanitario para la provisión de servicios tanto preventivos como asistenciales hacia las personas mayores.

La vejez es un periodo de la vida en el que aparecen un conjunto de cambios morfológicos y fisiológicos, como son la pérdida de eficacia funcional en sus órganos y sistemas, y junto con ellos se producen cambios psicológicos asociados a su función cognitiva, cambios en la afectividad y cambios sociales.

El bienestar de una persona no solo reside en la ausencia de enfermedad, sino también es importante que conozcamos los aspectos psicosociales, para la prestación de la atención y los cuidados a las necesidades especiales de los grupos de población de edad avanzada, que cada día crecen más.

Con el aumento de la población anciana, se produce un incremento de las enfermedades crónicas. Como es el caso de la demencia, que si sigue aumentando la esperanza de vida, será uno de los principales problemas de salud dentro de la geriatría.

Es una enfermedad cuya prevalencia aumenta con el paso de los años, y no solo influye en el paciente, sino también en su entorno más cercano, la familia. Mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de su entorno más cercano, va a depender del apoyo y asesoramiento que reciban por nuestra parte. Siendo el papel de enfermería, muy importante para el cuidado de pacientes con demencia, realizando una labor tanto preventiva como educativa, asesorando sobre las necesidades y cuidados que se deben realizar en su vida diaria.

Palabras clave:

Envejecimiento, demencia, Enfermedad de Alzheimer, plan de cuidados de enfermería.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. OBJETIVOS	6
4. METODOLOGÍA	7
5. SINDROME DEMENCIAL Y LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER	8
6. ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. 14	
7. SINDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR	17
8. PLAN DE CUIDADOS	20
• Plan de cuidados para el paciente anciano diagnosticado de demencia tipo Alzheimer con deterioro cognitivo de la memoria.	20
• Plan de cuidados para el diagnóstico enfermero de ansiedad en el paciente anciano con demencia tipo Alzheimer	23
9. CONCLUSIÓN	26
10. BIBLIOGRAFÍA	27
11. ANEXOS	31
• Anexo I. Mini-examen cognoscitivo.	31
• Anexo II. NeuronUp.	33
• Anexo III. Terapia de validación y comunicación enfermera.	34

1. INTRODUCCIÓN

El incremento de la esperanza de la vida y el descenso de la tasa de natalidad, está produciendo un crecimiento del porcentaje de personas mayores, originando un aumento del envejecimiento de la población en la actualidad. Esto es debido al incremento de la calidad de vida, gracias a la aplicación de los nuevos avances científicos en la medicina, la promoción de un estilo de vida saludable, la mejoría de los factores ambientales y el desarrollo económico. (1)

Este envejecimiento está produciendo problemas sociales y económicos, y tiene también, repercusión en la estructura del sistema sanitario, provocando la necesidad de realizar cambios en la provisión de servicios socio-sanitarios tanto preventivos como asistenciales hacia las personas mayores. (2)

Los datos actuales de España muestran que la población mayor de 65 años se encuentra alrededor del 19,1% de la población total, son casi 9 millones de personas (Instituto Nacional de Estadística NIE 2018) de las cuales el 25% son octogenarias y sigue creciendo su proporción. Según la proyección del NIE, en 2050 las personas mayores de 65 años se habrán duplicado y estarán por encima del 30% de la población. (3)

Más del 20% de las personas mayores de 60 años de edad padecen un trastorno mental o neurológico, entre los cuales la demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos con mayor frecuencia en este grupo de edad. Las personas mayores e incluso el propio personal sanitario tienden a no reconocer los problemas de salud mental, y además el estigma que existe sobre las enfermedades mentales origina que las personas sean todavía más esquivas a buscar ayuda en estos casos. (4)

Durante el transcurso de la vida hay diferentes factores sociales, psíquicos y biológicos que condicionan la salud mental de las personas. Muchas de las personas mayores se enfrentan a cambios, entre los que se encuentran el deterioro físico, sensitivo y motor, como son la pérdida de fuerza, resistencia, movilidad, destreza, tiempo de reacción, audición y visión. Provocando dificultades de movilidad, fragilidad, dolor y enfermedades crónicas u otros problemas tanto físicos como mentales, de tal forma que se ven necesitados de asistencia a largo plazo, dificultando la capacidad de vivir independientemente. Todos estos factores dan lugar a aislamiento, soledad, angustia y pérdida de la independencia. (4)(6)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, actualmente, el plan terapéutico más efectivo es el que trata tanto cuerpo como mente, pues la salud mental influye en la salud física y viceversa. Por ejemplo, las personas mayores con alguna enfermedad crónica como el cáncer o con alguna patología cardíaca presentan una tasa mayor para sufrir trastornos mentales como depresión o ansiedad que aquellos que no poseen problemas similares. Además, las personas que padecen depresión o ansiedad no tratada y una enfermedad crónica como diabetes o una cardiopatía, puede empeorar la situación de esta última. (4)(5)

La tarea principal de las personas mayores, a nivel psicológico, es la de conocer y comprender tanto sus habilidades como sus defectos, para aceptarse a sí mismos y hacer uso de la experiencia para afrontar los cambios personales y pérdidas, adaptarse al deterioro físico y sensorial, a la jubilación y finalmente a su muerte.

La vejez es un periodo de la vida en el que aparecen un conjunto de cambios morfológicos y fisiológicos como consecuencia de la acción del tiempo. Fisiológicamente los órganos y sistemas que componen el organismo pierden su

eficacia funcional. Pero también se producen cambios psicológicos relacionados con las modificaciones anatómicas y funcionales, cambios asociados a su función cognitiva, cambios en la afectividad y cambios sociales.

Algunos de los aspectos psicosociales a los que se enfrenta el adulto mayor son:

- La pérdida de la autoestima. Muchas personas mayores alcanzan la edad de jubilación y se sienten en plenas facultades para llevar a cabo su trabajo. A pesar de ello la sociedad les dice que deben dejar su puesto de trabajo a gente joven y retirarse, o de alguna forma se prescinde de ellos a pesar de que estén en forma, lúcidos y llenos de iniciativas, ganas y planes de trabajo.

Todo ser humano tiene la necesidad de sentirse aceptado, autorrealizado, reconocido, útil, querido, perteneciente a algo o alguien, estos sentimientos son la base de nuestra autoestima. Y un buen nivel de autoestima ayuda a que la persona afronte con una mejor actitud a las adversidades y cambios que se producen en la vida, garantizando que su ánimo no decaerá fácilmente.

Decir a una persona mayor, que se prescinde de ella para el trabajo, puede provocar la pérdida de autoestima y que piense que ya no puede aportar nada a la sociedad, especialmente, si se encuentra plenas facultades para trabajar y saludable.

- Pérdida de la identidad y del sentido de la vida. Le sucede con mayor facilidad al anciano, cuyo sentido de la vida se le escapa por preguntas como: quién puedo llegar a ser, quién fui o quién soy ahora, de tal forma que su propia existencia carece de significado
- Dificultad de adaptación. Se encuentran sin las herramientas y habilidades necesarias para la adaptación a los nuevos hábitos, tecnologías y nuevas circunstancias. Así, van viendo cómo la sociedad

cambia frente a sus ojos y se sienten desplazados de ella, por lo que van perdiendo interés.

Por eso nos pueden parecer personas rígidas, que ven cómo la sociedad les deja de lado y no les valora como ellos consideran, provocando su aislamiento social.

- La tristeza por la pérdida. Este dolor no solo se produce por la pérdida de una persona sino también por todo lo expuesto anteriormente. Son personas cercanas a la muerte, cuyas pérdidas afectivas van acompañadas de una gran carga emocional y soledad.
- Insomnio. Es muy frecuente en las personas mayores, cuyos patrones del sueño cambian al envejecer. Si no es tratado, aumenta la alteración y el deterioro de las funciones del organismo, afectando tanto física como mentalmente al individuo.
- Estrés. También se puede objetivar en la tercera edad debido a problemas familiares, de salud o económicos. Un alto nivel de estrés puede lastimar la autoestima y deteriorar físicamente a la persona que lo padece.
- Pérdida de la memoria. El avance de la edad va asociado a la pérdida de memoria y el enlentecimiento de las capacidades intelectuales. Una muestra de ello es la pérdida de objetos, la charla repetitiva sobre el mismo tema, la desorientación o la dificultad para la retención de la información.

Las personas mayores se enfrentan a la frustración de ver cómo sus funciones cognitivas se van deteriorando, suele vivirse como una gran amenaza para el bienestar y la integridad personal. (7)

Es importante que conozcamos estos aspectos para la prestación de los cuidados y la atención a las necesidades especiales de los grupos de población

de avanzada edad. La salud mental de las personas mayores puede verse beneficiada gracias a la promoción de buenos hábitos saludables, para ello la sociedad debe crear entornos que mejoren el bienestar y su integración.

Una buena asistencia tanto sanitaria como social, es fundamental para la prevención y promoción de la salud en las personas mayores. Por esto, es importante, que el personal sanitario esté cualificado para enfrentarse con los problemas y trastornos relacionados con la vejez. También lo es proporcionarles una atención de salud mental eficiente a nivel comunitario y una asistencia prolongada en aquellos con trastornos mentales, así como ofrecer formación y apoyo. (4)

2. JUSTIFICACIÓN

Como he escrito anteriormente, un rasgo importante de la sociedad de los países desarrollados es el aumento considerable de su población de edad avanzada y con ello las enfermedades crónicas cada vez son más frecuentes. Ejemplo de ello es el caso de la demencia, que afecta a un 1% de los menores de 65 años y va aumentando su prevalencia de forma progresiva en relación a la edad, un 5-10% en personas mayores de 65 años y un 20-40% en personas mayores de 80 años. Si sigue aumentando la esperanza de vida la demencia será uno de los principales problemas de salud dentro de la geriatría.

La demencia no solo influye en el paciente, sino también, en su entorno más cercano, la familia. El cuidador de un familiar enfermo va a estar sobrecargado, pues se responsabiliza de la vida de otra persona y pierde de forma paulatina su independencia a medida que progresa la enfermedad. Muchos de estos cuidadores refieren que sufren enfermedades, tales como depresión o ansiedad, consecuencia del cuidado. Esto afecta indirectamente al enfermo pues su bienestar depende del bienestar del cuidador.

La mejoría de la calidad de vida tanto de los pacientes como de su entorno más cercano, va a depender del apoyo y asesoramiento que reciban por nuestra parte. Por ello, es fundamental dentro del plan terapéutico, informar sobre el progreso y los efectos de la enfermedad y educar sobre el plan de cuidados que necesite el paciente.

Por lo tanto el papel de enfermería es muy importante en el cuidado de los pacientes con demencia, siendo un punto de apoyo y realizando una labor educativa y preventiva, asesorando tanto al paciente como a su familia sobre las necesidades y cuidados que deben realizar en su vida diaria. (8)(9)

Con este trabajo, se pretenden realizar dos planes de cuidados para los pacientes diagnosticados de Enfermedad de Alzheimer, desarrollando los aspectos psicológicos y actividades de enfermería, dentro del mismo. Primero debemos conocer las principales características y la sintomatología clínica de los distintos tipos de demencia, centrándonos en la de tipo Alzheimer, así como las enfermedades psiquiátricas asociadas tanto al paciente como a su entorno más cercano. En definitiva, se aspira con este trabajo a mejorar la atención y los cuidados de enfermería en el paciente con demencia tipo Alzheimer.

3. OBJETIVOS

- Objetivo general:
 - Conocer la sintomatología clínica y principales características de la enfermedad del Alzheimer y de los distintos tipos de demencia.

- Objetivos específicos
 - Establecer un plan de cuidados para el paciente anciano con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer sobre el deterioro de la memoria.
 - Llevar a cabo un plan de cuidados para el diagnóstico enfermero de ansiedad en el paciente anciano con demencia tipo Alzheimer.

4. METODOLOGÍA

Con la finalidad de realizar los objetivos propuestos, el presente trabajo de fin de grado se trata de una revisión bibliográfica enfocada a obtener información sobre la demencia y la enfermedad de Alzheimer, y sus enfermedades psicológicas asociadas, tanto del paciente como de su entorno más cercano. De tal forma que se lleven a cabo dos planes de cuidados específicos, uno enfocado al deterioro cognitivo de la memoria y otro sobre la ansiedad que padecen los pacientes diagnosticados de demencia, cuyas actividades tengan un fundamento científico gracias a las fuentes de información obtenidas.

En primer lugar, he realizado la búsqueda bibliográfica a través de la lectura de libros y publicaciones de artículos y trabajos encontrados en las bases de datos científicas Scielo y Google académico, utilizando palabras clave como “envejecimiento”, “demencia”, “Enfermedad de Alzheimer” “plan de cuidados enfermería” y “enfermedades psicológicas”.

Para la realización de la búsqueda bibliográfica he empleado como filtros, el idioma (castellano e inglés), el área temática (Ciencias de la Salud) y el tipo de literatura (artículos y artículos de revisión), a su vez, referenciando toda la bibliografía según la normativa Vancouver.

Y en último lugar, para la ejecución de los planes de cuidados, he efectuado una búsqueda manual a través del NNNConsult, una herramienta online que permite la visualización, estudio y creación de planes de cuidados enfermeros con NANDA (diagnósticos), NOC (objetivos) y NIC (intervenciones), cuyo acceso se encuentra en la biblioteca de la Facultad de Enfermería de Valladolid.

5. SINDROME DEMENCIAL Y LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER

La demencia es el síndrome caracterizado por el deterioro crónico y global de las funciones mentales superiores, que interfiere con las actividades sociolaborales del individuo. Se caracteriza por una disminución adquirida, gradual, progresiva y persistente de varias capacidades intelectuales como la memoria, orientación, lenguaje, pensamiento abstracto y capacidad de juicio. La evolución de esta enfermedad conlleva a una dependencia total por parte del paciente para las actividades básicas de la vida, y finalmente ocasiona su muerte en un periodo de tiempo, que varía en función de su etiología. (10)(11)

Según los criterios de la DSM-IV, Asociación Americana de Psiquiatría, además de una alteración de la memoria, debe incluir una o más de las siguientes alteraciones cognitivas, para su diagnóstico:

- Afasia, trastorno del lenguaje que se caracteriza por la incapacidad o la dificultad de comunicarse.
- Apraxia, trastorno por el cual una persona es incapaz de llevar a cabo tareas o movimientos cuando se le solicita, aunque entienda la orden.
- Agnosia, incapacidad para reconocer e identificar las informaciones que le llegan a través de los sentidos.
- Alteración de la función ejecutiva, incapacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo. (11)

Además, suele estar acompañado por cambios en la conducta y estado de ánimo. Se inicia con un deterioro de la memoria y cambio en la personalidad, sin que el paciente tenga conciencia de estas alteraciones. Su conducta es desorganizada, inapropiada, descuidada, antisocial, con rutinas rígidas y disminución de intereses. El pensamiento se ve empobrecido, incoherente y puede que aparezcan ideas delirantes en relación con sus defectos. En cuanto

a su ánimo, es depresivo en fases iniciales y aplanado más adelante. La pérdida de memoria comienza con olvidos, seguidos de una alteración de la memoria reciente o a corto plazo y por último de la remota o a largo plazo. (10)

La demencia es un síndrome clínico originado por múltiples etiologías y que cursa habitualmente con un deterioro cognitivo progresivo. Los distintos subtipos se caracterizan por un cuadro clínico con síntomas comunes, pero que difieren en su etiología, edad, forma de presentación, curso clínico y trastornos asociados. (11)

Encontramos distintos tipos de demencias:

1. Demencias degenerativas:

- **Enfermedad de Alzheimer (EA)**, se trata de una enfermedad degenerativa, de origen desconocido, por lo tanto no existe ninguna cura o tratamiento específico. Es la causa más frecuente de demencia, tiene una prevalencia del 20% en personas mayores de 80 años.

Centrándonos en la fisiopatología de la enfermedad encontramos las siguientes alteraciones que originan la sintomatología clínica del paciente:

- Pérdida de neuronas colinérgicas, con reducción de acetilcolina, en el núcleo basal de Meynert, el cual envía proyecciones colinérgicas hacia las zonas de la neocorteza, afectando especialmente a los lóbulos temporales y las áreas de asociación frontal y parietal.
- Pérdida de neuronas corticales, sobre todo en el hipocampo.
- Daño estructural, por presencia de degeneración neurofibrilar, como ovillos neurofibrilares, intraneuronales, de proteínas tau anormal, y placas seniles, extraneuronales, placas de proteínas amiloide con axones y dendritas. (10)

Clínicamente, se presenta como un síndrome que afecta a las funciones intelectuales superiores: memoria, lenguaje, atención, concentración,

praxias, gnosias, funciones visuoespaciales y la capacidad ejecutiva del paciente. Acompañado por cambios psicológicos y conductuales, todo esto provocando desadaptación social, laboral y familiar.

Memoria: es la capacidad de retener información y recuperarla voluntariamente, la pérdida de esta función se trata del síntoma más característico, pero no el único, de la enfermedad del Alzheimer. Podemos diferenciar varios tipos de memoria, que se ven afectados en función del curso de esta patología.

Memoria reciente o de corta duración. Es lo primero que se va a ver afectado, el paciente tiene dificultades a la hora de recordar hechos y conversaciones recientes, los sitios donde guarda las cosas, etc. La pérdida de este tipo de memoria le impide la realización de algunas actividades de su vida diaria, como ir a la compra, la organización del dinero o recordar un número de teléfono. A medida que avanza la enfermedad, poco a poco se irá recortando el tiempo hasta que no llegue a recordar lo que ha hecho hace unas horas o unos minutos.

La memoria remota o a largo plazo. En ella se almacenan recuerdos lejanos, como es nuestra biografía, quiénes somos y lo que hemos hecho durante nuestra vida, los conocimientos generales sobre el mundo, el nombre de las cosas y su significado y las habilidades y destrezas que hemos aprendido en la vida cotidiana. Este tipo de memoria no se ve afectada en las fases iniciales, pero con el avance de la enfermedad comienza a deteriorarse. De tal forma, que en las fases finales, será completamente dependiente para las actividades de la vida diaria.

Es importante, promover la estimulación de la memoria para enlentecer la progresión del deterioro cognitivo y conservar sus recuerdos y conocimiento, lo máximo posible.

Respecto al lenguaje, comienza olvidando el nombre de objetos, personas, lugares, etc. Con el transcurso de la enfermedad, se va

empobreciendo, cada vez es menos fluido y es más complicado comunicarse con él. Además la comprensión del lenguaje y las habilidades de lectura y escritura se van perdiendo, hasta que finalmente, existe una pérdida total del lenguaje tanto escrito como oral, resultando incomprensible. El paciente adquiere una postura en la que apenas emite o pronuncia ningún sonido.

Para mejorar la pérdida del lenguaje, debemos fomentar la comunicación oral mediante las actividades cotidianas de la vida, preguntando por los objetos, la ropa que lleva, qué ha comido, o que, simplemente, nos describa hechos y vivencias. Será importante también, animarle a realizar ejercicios de lectura y escritura.

Los problemas en la orientación, tanto temporal como espacial, aparecen también en las fases iniciales de la enfermedad. En cuanto al tiempo, comienzan sin saber en qué día o mes nos encontramos, hasta que, en las fases finales, no reconocen el momento del día en el que están. Por otro lado, empiezan desorientándose en sitios que no conocen mientras conducen o caminan, y con el progreso de la enfermedad, en sitios familiares o su propio barrio. Progresivamente, se va genera una dependencia también para salir de casa, perdiendo autonomía. En las fases más avanzadas de la enfermedad, existe una desorientación personal, es decir, no reconocen ni a ellos mismos ni a su familia.

Las funciones visuoespaciales y ejecutivas como puede ser copiar un dibujo o realizar una secuencia de acciones, se ven afectadas en estadios intermedios. Más adelante sufren alteraciones como apraxias o agnosias, que limitan todavía más al paciente, pues es incapaz de realizar acciones como lavarse los dientes o de reconocer objetos cotidianos.

También se producen cambios en su conducta, los cuales suelen provocar problemas entre el enfermo y los familiares, dando lugar, en algunos casos, a su hospitalización o su institucionalización. Estos cambios afectan a su estado de ánimo y personalidad, provocando

depresión, ansiedad, tristeza o inquietud. También se pueden presentar en forma de agresividad, apatía, irritabilidad y agitación. (12) (13)

- Demencia frontotemporal, se caracteriza por la aparición precoz y una alteración, de progresión lenta, del comportamiento o el lenguaje, en relación a la atrofia de los lóbulos frontal y temporal.

Se caracteriza por un inicio súbito de cambios insidiosos conductuales, sociales, emocionales y en la personalidad, que son resultado del deterioro progresivo de la cognición social, la regulación de las emociones, la motivación y la toma de decisiones.

Los trastornos neuropsiquiátricos típicos son: alteración de la personalidad con el abandono de sus tareas, irresponsabilidad, desinhibición conductual, uso de un lenguaje soez, descuido de la higiene, embotamiento afectivo. Con el progreso de la enfermedad, se realiza la inhibición, la pérdida del lenguaje y del contacto interpersonal del paciente. (10)(11)(14)

- Demencia con cuerpos de Lewy, causa el 30% de los casos dentro de las demencias degenerativas. A diferencia de las anteriores, esta demencia se trata de un deterioro cognitivo progresivo de inicio rápido.

Se caracteriza por alucinaciones visuales recurrentes, bien formadas y detalladas y signos motores espontáneos de parkinsonismo. Al igual que en los otros tipos, percibimos cambios cognoscitivos, afectándose sobre todo la atención y concentración en la función ejecutiva y en la capacidad visuoespacial, al contrario que la enfermedad de Alzheimer, donde se ve más afectada la memoria.

Los cambios en el área motora que se producen son alteraciones de la marcha y equilibrio. Padecen crisis sincopales, pérdida de conciencia e

hipotensión ortostática, siendo frecuentes las caídas en estos pacientes.
(10)(11)(15)

2. Demencias vasculares, es la segunda causa de demencia más frecuente en las personas mayores y representa el 10-20% de los casos de demencia. Presenta mayor incidencia en varones, con patologías previas como hipertensión arterial, cardiopatías o diabetes (factores de riesgo cardiovasculares).

Consiste en el deterioro cognitivo secundario a la muerte neuronal derivada de procesos isquémicos o hemorrágicos, es decir por lesiones causadas por accidentes cerebrovasculares.

Para su diagnóstico y clasificación la demencia vascular, debe cumplir criterios de demencias y debe existir evidencia de que ha sufrido una enfermedad cerebrovascular, ya sea a través de la historia clínica del paciente, exploración física y por técnicas de neuroimagen. Ambos requisitos deben estar relacionados entre sí.

A diferencia de los otros tipos de demencia, se caracteriza por un comienzo brusco, un deterioro más escalonado, con un curso fluctuante y signos neurológicos focales, como disminución de fuerza o parálisis.
(10)(11)(16)

3. Demencias secundarias. Se trata de un conjunto de alteraciones o patologías que pueden producir un deterioro cognitivo en las personas mayores. Entre las cuales hay que destacar:

- Cualquier enfermedad del sistema nervioso central, como pueden ser infecciones asociadas a agentes infecciosos, tumores, hematomas subdurales o hidrocefalia normotensiva, la cual se produce por un defecto en la reabsorción del líquido cefalorraquídeo (LCR).

- Relacionada con enfermedades sistémicas o metabólicas, por ejemplo, enfermedades tiroideas como el hipotiroidismo o déficits de ácido fólico y de vitamina D.
- Por fármacos, la mayoría de las personas mayores son pacientes polimedicados, un mal uso y control de algunos fármacos puede ser causante de un deterioro cognitivo.

Este tipo de demencia es poco frecuente pero aun así, es necesario que se descarten las causas que pueden ser reversibles y curables en los pacientes demenciados. Además al poner un tratamiento a estas enfermedades, mejoramos el deterioro cognitivo y por tanto la calidad de vida del paciente. (11)(17)

6. ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

En la demencia tipo Alzheimer no solo se ven afectadas las áreas cognitivas del individuo, sino también la conducta. Aproximadamente el 80-90% de las personas con demencia tienen síntomas de tipo conductual y psicológicos, sobre todo en los estadios iniciales e intermedios de la enfermedad. Estos trastornos psicológicos afectan de forma negativa la vida del paciente y el entorno social, además suelen estar relacionados entre sí y el origen de unos puede preceder a la aparición de los otros, todo a raíz del deterioro cognitivo que causa esta enfermedad. (12, 13)

Depresión. Es un estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de tristeza, pérdida de interés, culpa o falta de autoestima e inutilidad, que produce, a su vez, trastornos del sueño, falta de apetito, sensación de cansancio y pérdida de concentración. (18)

Este síntoma psicológico comienza en las fases iniciales, cuando la persona se empieza a dar cuenta de cómo está afectando esta enfermedad en sus funciones

cognitivas. Se percata de que ya no puede hacer algunas cosas que antes podía sin ningún problema (dar un paseo libremente, hacer la compra sin la necesidad de consultar una lista...). Va perdiendo independencia en su vida diaria a la hora de realizar ciertas actividades, y se siente inútil y desplazado de la sociedad, derivando en un estado de ánimo decaído con pérdida de autoestima.

A medida que avanza la enfermedad, va poco a poco perdiendo el interés y la motivación para realizar actividades que antes le llenaban y le resultaban agradables de realizar. Además, cada vez cuesta más que el enfermo colabore con nosotros para sus cuidados.

Para mejorar, en cierta medida, esta situación desde enfermería:

- Debemos respetar y fomentar su independencia para la realización de las actividades de la vida diaria, según corresponda, pues lo primero es la seguridad del paciente.
- Aprobar las buenas conductas y hacerle partícipe de las mejoras, con el fin de aumentar su autoestima (refuerzo positivo).
- Promover la realización de actividades que llenan y hacen feliz al paciente (hobbies) junto con sus familiares y entorno más cercano, no solo mejora el ánimo sino que refuerza los lazos que existen entre ellos.
- Implicar a la familia (que le haga partícipe de tareas de la vida cotidiana junto a ellos, que feliciten su esfuerzo en la realización de las mismas...)

Ansiedad. Es un estado de ánimo caracterizado por una sensación de nerviosismo, agitación o de angustia, originado por una hiperactivación simpática ante situaciones de peligro o pánico. Surge en situaciones en las que nos sentimos amenazados, como son situaciones de pánico o de peligro.

Este sentimiento es muy frecuente en personas con demencia, pues son individuos que, como hemos visto antes, viven situaciones que propician a

padecer ansiedad. Por ejemplo, la hospitalización de una persona con demencia puede producir un gran sentimiento de ansiedad o agitación, pues el paciente se desorienta en tiempo y espacio, no sabe dónde se encuentra y aparecen personas que le son extrañas y desconocidas, resultándole amenazantes.

Ideas delirantes. Son pensamientos de contenido casi siempre imposible e irreal. Los pacientes están convencidos de que esas ideas son ciertas y esa convicción es inamovible.

Representan una ruptura con la realidad, y a raíz de la aparición del delirio, todo gira en torno a él y va creciendo, pues va añadiendo cada vez más elementos que provocan cambios en su conducta. Se produce una alteración en la relación con el mundo, originándose una realidad totalmente distinta. Por lo tanto es nuestro deber no fomentar ni discutir este tipo de ideas, pues empeoraríamos la situación.

Un ejemplo de este tipo de pensamientos, es el delirio de robo. El paciente piensa que los objetos desaparecen porque alguno de sus familiares le está robando, cuando se puede deber a la pérdida de memoria que provoca que no recuerde dónde ha dejado algún objeto como puede ser el dinero. Esto puede inducir en el paciente cambios en su comportamiento, generando, angustia, agitación o nerviosismo, claros síntomas de ansiedad.

Alucinaciones. Son falsas percepciones de los objetos o acontecimientos y son de origen sensorial. Cuando los pacientes con Alzheimer tienen una alucinación, pueden ver, oír, oler, saborear o sentir algo que en realidad no existe. Por ejemplo, el paciente puede referir que por las noches no puede dormir bien porque hay un gato en la habitación, estas alucinaciones pueden resultar amenazantes para el paciente. (13)

Como consecuencia de los cambios que se producen en su cerebro, es muy frecuente la aparición de alucinaciones y delirios, además están relacionados con otros trastornos psicológicos. Por lo tanto como enfermero:

- Lo primero, debemos evaluar la situación, la etiología de los delirios o alucinaciones y si puede ser peligroso tanto para el paciente como para nosotros.
- Destacar la importancia de actuar con calma, utilizando palabras que tranquilicen al paciente con un tono de voz bajo y cálido, de tal forma que nuestra presencia no le resulte amenazante, con el fin de crear un entorno seguro para el paciente.
- En algunas ocasiones, no basta con nuestra conducta para transmitir esa tranquilidad, sino que también es necesaria nuestra presencia, quedándonos y mostrando interés hacia ellos mediante la escucha activa.
- Acompañar, según corresponda, con contacto físico como caricias.
- Evitar discutir con el paciente sobre los delirios o alucinaciones, pues estaríamos fomentándolos.
- Podemos llevar la conversación hacia algo real, desviando y distrayendo al paciente para reducir su angustia y evitar reforzar los delirios o alucinaciones.
- Si el paciente nos pregunta acerca del delirio o la alucinación, responder con la mayor honestidad y respeto posibles.
- Modificar el entorno para reducir estas ideas o percepciones, como por ejemplo, encendiendo las luces.

7. SINDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Esta enfermedad supone un deterioro mental y físico progresivo y crónico, que provoca la dependencia del paciente en la realización de las actividades básicas de la vida, aumentando la necesidad de ayuda por parte sanitaria y familiar. En la mayoría de los casos, los cuidados que recibe el paciente en la familia recaen sobre una sola persona, el cuidador principal.

Esta persona realiza las tareas de cuidado del familiar enfermo, dedicándole horas de su tiempo y sin ser remunerado económicamente. Además, se le concibe por el resto del entorno cercano como el responsable de los cuidados. De esta manera, se ve sobrepasado por la exposición a la carga física, emocional, social y económica que conlleva cubrir las necesidades del enfermo.

Por lo general, el perfil del cuidador es un familiar, que comparte residencia con el enfermo, de sexo femenino cuya edad oscila entre los 50-60 años y parentesco cercano como su hija o su hermana, y entre ellos, un 25%, suele ser la mujer de más de 65 años. El familiar asume el rol de cuidador principal forzado por la situación con la aparición de la enfermedad, además suele compatibilizar este papel con su actividad laboral fuera del domicilio, aumentando la tensión al tener que coordinar ambos roles.

Entre los síntomas y repercusiones más frecuentes se encuentran:

Repercusiones laborales: debido a la sobrecarga, puede provocar menor rendimiento en el trabajo y más conflictos con sus compañeros. Todo ello le lleva a no tener vacaciones, reducir su jornada laboral o perder el empleo al no poder compatibilizarlo con su papel de cuidador.

Problemas económicos: por un lado tiene menos ingresos debido a las repercusiones laborales, y por otro lado, aumentan los gastos por contratación de servicios, adaptación de la vivienda y ayudas técnicas y materiales.

Reducción de su vida social: el cuidador tiende a aislarse, emplea la mayoría del tiempo que tiene para él en los cuidados de su familiar, deja de realizar actividades de ocio y se va distanciando de sus relaciones personales (familiares, amistades o relaciones amorosas), lo que provoca el aislamiento social del cuidador.

Síntomas físicos: debido al sobreesfuerzo físico al que es sometido, le producen síntomas como dolores, cansancio, cefaleas, problemas osteoarticulares, alteraciones inmunológicas, digestivas y aumento de la tensión arterial.

Alteraciones psicológicas: el estrés incrementa el riesgo de padecer depresión y ansiedad, además de alteraciones del sueño y de la conducta.

Como consecuencia de todo ello, el cuidador tiende a la automedicación con analgésicos, ansiolíticos y antidepresivos. El malestar general y la sobrecarga física y mental, añadida por la pérdida de actividades laborales, lúdicas y sociales, junto con los conflictos familiares que se generan por temas económicos y de responsabilidad, aumentan la sensación de soledad del cuidador.

Como profesionales de la salud, nuestro papel es fundamental tanto para prevenir como para detectar esta situación, para ello:

- Valorar la carga y los problemas de salud que pueda tener el cuidador, escuchando las preocupaciones, sentimientos y preguntas que tengan.
- Crear un ambiente terapéutico de apoyo y confianza con la familia, de tal forma que tenga una asistencia cercana y ágil para la obtención de respuestas a los problemas que puedan surgir sobre el cuidado del enfermo.
- Informar y formar al cuidador y a la familia sobre la enfermedad y los cuidados que necesita el paciente con demencia.
- Educar a la familia en el manejo de los problemas de conducta y potenciar la autonomía del paciente en la medida de lo posible.
- Informar acerca de los recursos sanitarios y socioeconómicos (subvenciones, ayuda a domicilio...), y de algunas asociaciones que promueven el bienestar tanto del enfermo como del cuidador, como es la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Valladolid (AFAVA).
- Fomentar la implicación familiar para que el papel y la carga del cuidador principal no recaiga en una sola persona.
- Promover el autocuidado personal, en todos los ámbitos de la salud, ya sea física, mental y social. (13)(19)(20)

8. PLAN DE CUIDADOS

- Plan de cuidados para el paciente anciano diagnosticado de demencia tipo Alzheimer con deterioro cognitivo de la memoria.

Diagnostico definitorio:

00131- Deterioro de la memoria.

Definición: capacidad persistente para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades.

Dominio: 5 Percepción/Cognición

Clase: 4 Cognición.

Necesidad: 1 Respirar normalmente.

Patrón: 6 Cognitivo-perceptivo.

Características definitorias:

- Incapacidad para aprender nueva información.
- Incapacidad para recordar si se ha realizado una conducta.
- Incapacidad persistente para aprender nuevas habilidades.
- Incapacidad persistente para realizar una habilidad previamente aprendida.
- Incapacidad persistente para recordar nombres, palabras u objetos familiares.
- Incapacidad persistente para recordar información objetiva o acontecimientos.
- Incapacidad persistente para retener nueva información.
- Incapacidad para retener nuevas habilidades.
- Olvido persistente.
- Preservada la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria de manera independiente.
- Sistemáticamente olvida realizar una conducta en el momento programado.

Planteamiento de objetivos:

- Memoria (0908)
- Cognición (0900)
- Concentración (0905)
- Elaboración de la información (0907)
- Conocimiento: manejo de la demencia (1851)
- Orientación cognitiva (0901)

Intervenciones:

- ❖ Entrenamiento de la memoria (4760)
- ❖ Orientación de la realidad (4820)
- ❖ Estimulación cognitiva (4720)
- ❖ Manejo de la demencia (6460)
- ❖ Manejo ambiental (6480)

Actividades:

- Identificar el tipo y grado de déficit cognitivo mediante herramientas de evaluación normalizadas. (Ver: Anexo I)
- Comentar con el paciente y la familia cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado, si procede.
- Proporcionar un ambiente físico estable y una rutina diaria.
- Hablar con el paciente.
- Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente, si procede.
- Recordar experiencias pasadas con el paciente, según corresponda.
- Proporcionar estimulación ambiental a través de contacto con sus familiares o su entorno más cercano.
- Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan trastornos.
- Permitir el acceso a sucesos de noticias actuales (televisión, periódicos, radios e informativos verbales), cuando corresponda.

- Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente.
- Reforzar o repetir la información
- Etiquetar los artículos del entorno para favorecer su reconocimiento.
- Utilizar señales ambientales (signos, cuadros, relojes, calendarios y codificación de color del ambiente) para estimular la memoria, reorientar y fomentar una conducta adecuada.
- Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas: juegos de memoria, realizar listas, utilización de nuevas tecnologías (Ver: Anexo II), utilización de etiquetas con nombres o repasar la información.
- Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de lo que ha realizado durante el día (comidas, visitas, actividades).
- Involucrar al paciente en actividades concretas <<aquí y ahora>> (actividades de la vida diaria) que se centren en algo exterior a sí mismo y que sea concreto y orientado en la realidad.
- Proporcionar entrenamiento de la orientación, como que el paciente repase información y fechas personales, según corresponda.
- Mejorar el conocimiento sobre el ámbito espacio-temporal, haciendo cuestiones sencillas sobre el mes, año, día o estación en la que nos encontramos y preguntas sobre la ciudad, barrio o domicilio en el que vive.
- Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad (p. ej., cuestiones de orientación repetidas que no pueden responderse, pensamiento abstracto cuando el paciente puede pensar solo en términos concretos, actividades que no pueden realizarse, toma de decisiones más allá de su preferencia o capacidad).
- Identificar y corregir con el paciente errores en la orientación
- Controlar cambios en la memoria con el entrenamiento.

- Plan de cuidados para el diagnóstico enfermero de ansiedad en el paciente anciano con demencia tipo Alzheimer

Diagnostico definitorio:

00146- Ansiedad.

Definición: sensación vaga e intranquilidad de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés.

Clase: 2 Respuestas de afrontamiento.

Necesidad: 1 Respirar normalmente.

Patrón: 7 Autopercepción-autoconcepto.

Características definitorias:

Conductuales:

- Contacto visual escaso.
- Hipervigilancia.
- Inquietud
- Insomnio
- Movimientos que muestran impaciencia.

Afectivas:

- Angustia.
- Aumento de la desconfianza.
- Irritabilidad.
- Nerviosismo.
- Temor

Fisiológicas:

- Aumento de la sudoración.
- Aumento de la tensión, frecuencia cardiaca y respiratoria.
- Temblor

Cognitivas:

- Alteración de la atención.
- Bloqueo de pensamientos.
- Cambios en la concentración.
- Disminución de la habilidad de aprendizaje.
- Disminución de la habilidad de resolver problemas.
- Disminución del campo perceptivo.
- Falta de memoria.
- Preocupación.
- Tendencia a culpar a los demás.

Planteamiento de objetivos:

- Nivel de ansiedad (1211)
- Afrontamiento de problemas (1302)
- Autocontrol de la ansiedad (1402)
- Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403)

Intervenciones:

- ❖ Disminución de la ansiedad (5820)
- ❖ Mejorar el afrontamiento (5230)
- ❖ Terapia de validación (6670)
- ❖ Manejo de la demencia (6460)
- ❖ Manejo de las ideas delirantes (6450)
- ❖ Apoyo emocional (5270)

Actividades:

- Presentarse a sí mismo al iniciar el contacto.
- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción y hablar despacio, con un tono de voz claro, bajo, cálido y respetuoso.
- Proporcionar un respeto positivo incondicional.
- Escuchar con empatía y atención.
- Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida.
- Ayudar al paciente a reconocer y expresar sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Aceptar la realidad del paciente.
- Evitar corregir o contradecir las percepciones y experiencias del paciente.
- Hacer preguntas objetivas no amenazantes (p. ej., ¿quién?, ¿qué?, ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿cómo?).
- Evitar preguntar << ¿por qué? >>.
- Utilizar el contacto de apoyo (una caricia en la mejilla, hombro, brazo o mano).
- Evitar situaciones extrañas (cambios de habitación y entrevistas sin presencia de personas conocidas), en lo posible.
- Evitar reforzar las ideas delirantes
- Aclarar dudas con naturalidad.
- Responder a los delirios del paciente con declaraciones tranquilas y realistas.
- Fomentar la discusión sobre los miedos, la ansiedad y el enojo sin asumir que el delirio es correcto o incorrecto.

- Realizar el seguimiento de las ideas delirantes por si hubiera presencia de contenidos que resulten dañinos o violentos para el paciente mismo.
- Ayudar al paciente a evitar o eliminar los factores estresantes que precipiten las ideas delirantes.

9. CONCLUSIÓN

- Dentro de los planes de cuidados de enfermería en el anciano, no solo se debe contemplar la salud física sino también la salud mental para el completo bienestar del paciente, pues ambas están relacionadas
- El enfermero debe conocer los aspectos psicosociales y los cambios psicológicos a los que se enfrenta el adulto mayor para llevar a cabo los cuidados de enfermería en base a ellos.
- La demencia es una enfermedad geriátrica, cuya prevalencia aumenta cada día y no solo acarrea el deterioro cognitivo del paciente sino que también provoca numerosos trastornos psiquiátricos en el individuo y su entorno.
- Debemos crear un entorno terapéutico y educacional con la familia y el paciente, para transmitir los cuidados y necesidades a su día a día en el domicilio.
- Destacar la importancia de la estimulación cognitiva, pues enlentece la sintomatología clínica y con ello mejoramos su calidad de vida. Permitiendo mayor autonomía, incrementando su autoestima y disminuyendo los síntomas conductuales en el paciente.
- Transmitir tranquilidad y seguridad al paciente mediante nuestra presencia y comunicación es fundamental frente a la ansiedad.

10. **BIBLIOGRAFÍA**

1. José Luis Fernández, Clara Papadar, Miriam Ruiz. El envejecimiento de la población. Cuadernos de la Fundación General CSIC. [Online]. 2020, (citado 16 marzo 2020). (6 p) Disponible en:
http://www.fgcsic.es/lychnos/es_es/articulos/envejecimiento_poblacion
2. J M. Puig Vela, M C. Adell Aparicio, A. Prat Marín, J. Oromí Durich. El envejecimiento poblacional como problema sanitario. Medicina integral. [Online]. Septiembre 2000 (citado 16 marzo 2020). Vol. 36. Núm. 5. (190 p). Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-el-envejecimiento-poblacional-como-problema-10022227>
3. Antonio Abellán García, Pilar Aceituno Nieto, Julio Pérez Díaz, Diego Ramiro Fariñas, Alba Ayala García, Rogelio Pujol Rodríguez. Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Instituto Nacional de Estadística. [Online]. Marzo 2019 (citado 17 marzo 2020). Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adulto mayores [Internet]. Diciembre 2017 (citado 17 marzo 2020). Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
5. Adela-Emilia Gómez Ayala. Salud física y salud mental. Un binomio indisoluble. Farmacia Profesional [Online]. Julio 2007 (citado 17 marzo 2020). Vol. 21, Núm. 7 (p 53-56). Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-salud-fisica-salud-mental-un-binomio-indisoluble-13108595>
6. Beatriz de León Luis, Schyrley Díaz. Revisión bibliográfica de la capacidad funcional en trabajadores mayores de 65 años. Medicina y seguridad del trabajo. [Online]. Marzo 2011 (citado 17 marzo 2020). Vol. 57, Núm., 222. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000100007&lang=es
7. Anamelí Monroy López. Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor. Asociación Mexicana de alternativas en Psicología AMAPSI. [Online]. Diciembre 2005 (citado 17 marzo 2020). Disponible en:
<https://amapsi.org/web/index.php/articulos/196-aspectos-psicologicos-y-psiquitricos-del-adulto-mayor>

8. E. Thomas Carazo, MJ. Nadal Blanco. Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria. Medicina de Familia (SEMERGEN). [Online]. Diciembre 2001 (citado 19 de marzo 2020). Vol. 27. Núm. 11 (575-586 p). Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-abordaje-diagnostico-terapeutico-demencia-atencion-13023105>
9. Francesc Formiga, M. José Robles, Isabel Fort. Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificación de la demencia terminal. Revista Española de Geriatria y Gerontología [Online]. Noviembre 2009 (citado 17 marzo 2020) Vol.44 Núm. S2 (2-8 p). Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-demencia-una-enfermedad-evolutiva-demencia-S0211139X09002145>
10. J.Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, Joseph Loscalzo. Harrison. Principios de Medicina Interna. 20º edición. Madrid; McGraw-Hill; 17 de agosto del 2018.
11. Pedro Gil Gregorio, Javier Martín Sánchez. Síndromes geriátricos: Demencia. Disponible en:
[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S35-05%2017 II%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S35-05%2017 II%20(1).pdf)
12. V.M. González Rodríguez, C. Martín Martín, M. Martín Prieto, M.J. González Moneo, F. García de Blas González, D. Riu Subirana. La enfermedad Alzheimer. Medicina de Familia (SEMERGEN). [Online]. Enero 2004 (citado 19 de Marzo 2020). Vol. 30. Núm. 1. (18-33 p). Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-la-enfermedad-alzheimer-S1138359304742665>
13. Víctor Isidro Carretero, Cynthia Pérez Muñano, Vanesa Sanchez-Valladares Jaramillo, Ana Balbás Repila. Guía practica para familiares de Alzheimer. Fundación PricewaterhouseCoopers; 2011. Disponible en:
https://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/13/Guia%20practica%20familiares%20de%20enfermos%20de%20Alzheimer_final.pdf
14. M. Fernández Matarubia, J.A. Matías Guiu, T. Moreno Ramos, J. Matías Guiu. Demencia frontotemporal variante conductual: aproximación clínica y terapéutica. Neurología. [Online]. Octubre 2014 (citado 24 de Marzo 2020). Vol. 29. Núm. 8. (464-472 p). Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-demencia-frontotemporal-variante-conductual-aproximacion-S0213485313000662>

15. Jaime Toro. Demencia con cuerpos de Lewy (Lewy body dementia). Acta Neurológica Colombia. [Online]. 2020 (citado 24 de Marzo 2020). Vol. 26. Núm. 3:1 (78-80 p). Disponible en:
https://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_78-80.pdf
16. Dra. B. Claramonte Clausell, Dra. M. D. Martínez Lozano. Demencia vascular. Sociedad Valenciana de Neurología. En: Guía de información al paciente con ICTUS. Valencia: Edita Generalitat 2007. (109-115 p). Disponible en:
<https://www.svneurologia.org/libroictusdefinitivo.pdf>
<https://www.svneurologia.org/libro%20ictus%20capitulos/cap14.pdf>
17. M. L. Moralejo Alonso, A. Fuertes Martín. Demencias curables, ¿existen realmente? .Anales de Medicina Interna. Diciembre de 2004 (citado 19 Marzo de 2020). Vol. 21. Núm. 12 (8 p). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004001200009
18. Rebeca Montoiro Rodríguez, Alba-Elena Martínez-Santos, Raquel Rodríguez-González. Depresión como factor de riesgo para la Enfermedad de Alzheimer: evidencias y papel de enfermería. Enfermería Global [Online]. Julio 2019 (citado 27 marzo 2020). Vol. 18, Núm. 55. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300019&lang=es
19. Luis Méndez, Oscar Giraldo, Daniel Aguirre-Acevedo, Francisco Lopera. Relación entre la ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares con demencia tipo Alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. Revista Chilena de Neuropsicología [Online]. 2010 (citado 30 marzo 2020). Vol. 5, Núm 2. (p 137-145). Disponible en:
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-RelacionEntreAnsiedadDepresionEstresYSobrecargaEnC-5751472.pdf>
20. M^a Jesús Peón Sánchez. Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer. Prevención y cuidados en el “síndrome del cuidador”. Enfermería Científica [Online]. Marzo-Abril 2004 (citado 30 marzo). Núm. 264-265 (p 16-22). Disponible en:
<http://mural.uv.es/pamuan/DOCUMENTOS%20UTILES/atencion%20en%20enfermeria%20cuidadores.pdf>
21. NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. 2018 [citado 17 mayo 2020]. Disponible en:
<https://www.nnnconsult.com/>

22. NeuronUP, estimulación cognitiva y neurorrehabilitación [Internet]. Neuronup.com. 2020 (citado 19 de mayo 2020). Disponible: <https://www.neuronup.com/es/>
23. Neal M, Briggs M. Terapia de validación para la demencia (Cochrane Review). The Cochrane Library. Issue 1, 2006 (citado 19 de mayo 2020). Oxford: Update Software. Disponible en: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/terapia-de-validacion-para-la-demencia.pdf>

11. ANEXOS

- Anexo I. Mini-examen cognoscitivo.

El Mini-examen cognoscitivo de Lobo, se trata de un test que se utiliza para la detección de demencias como cribaje dentro de la población geriátrica, y también para el seguimiento y valoración de la evolución de las mismas.

Es un test que explora las cinco áreas cognitivas que se ven afectadas en la demencia: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje. La puntuación máxima es 35 puntos, y se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es menor de 23 puntos.

Paciente.....Edad.....
Ocupación.....Escolaridad.....
Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

Dígame el día, fecha, mes, estación y año (5 puntos)

Dígame el hospital (o lugar), ciudad, provincia y nación (5 puntos)

FIJACIÓN

Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (3 puntos)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

Si tiene 30 pesetas y le van quitando de tres en tres ¿Cuántas le van quedando? (5 puntos)

Repita estos tres números: 5, 9, 2. Ahora hacia atrás (3 puntos)

MEMORIA

¿Recuerda las tres palabras de antes? (3 puntos)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj (2 puntos)

Repita esta frase: En un trigal había cinco perros (1 punto)

Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? (2 puntos)

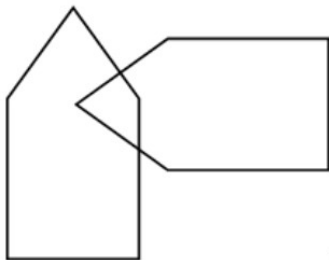
¿Qué son un perro y un gato? (1 punto)

Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)

Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS (1 punto)

Escriba una frase (1 punto)

Copie este dibujo (1 punto)



- Anexo II. NeuronUp.

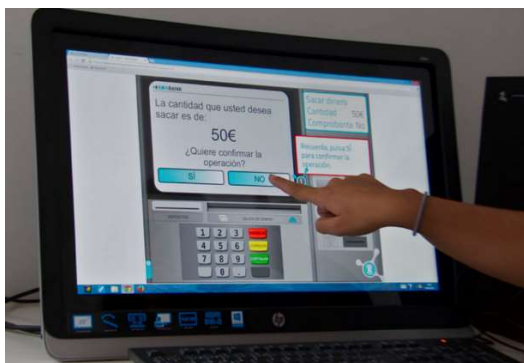
El deterioro progresivo de las funciones superiores como la memoria, lenguaje, atención, concentración, orientación, gnosias, praxias, funciones visuoespaciales y la capacidad ejecutiva afecta al paciente en la realización de las actividades de su vida diaria. La estimulación cognitiva consiste en una serie de estrategias que pretenden el enlentecimiento de dicho deterioro y el mantenimiento de las funciones preservadas.

Una de las grandes características de esta época es el avance de las nuevas tecnologías, afectando también en el ámbito sanitario. De tal forma una correcta aplicación y uso de las mismas dentro de los cuidados de enfermería puede mejorar la evolución de los pacientes.

El programa informático NeuronUP permite entrenar las habilidades cognitivas que se ven implicadas en las actividades de la vida diaria, gracias a ejercicios de estimulación orientados para personas con demencia. Por ejemplo, actividades como:

Ordenar la casa, aparecen imágenes con diversos objetos y tiene que organizarlos en función de la parte de la casa que le aparezca.

Pagar con exactitud y sacar dinero de un cajero, trabajando no solo la memoria y el lenguaje, sino también otras áreas cognitivas como puede el cálculo.



Vestirse, usar el lavavajillas o el microondas, son actividades que fomentan la independencia del individuo y liberan parte de carga a la familia. (22)



- Anexo III. Terapia de validación y comunicación enfermera.

La terapia de validación es un “tratamiento para comunicarse con personas ancianas con diagnóstico e enfermedad del Alzheimer y demencia relacionada”. Se trata de una forma de comunicación para las personas mayores con deterioro cognitivo grave, y se basa en una interacción empática, escuchando, comprendiendo, arropando y potenciando el bienestar y la sensación de apoyo hacia el enfermo. Este tratamiento no se basa en la utilización de fármacos o medicamentos sino en la atención y comprensión de la persona.

Se basa en una serie de valores y fundamentos:

- Todas las personas son valiosas y únicas, y deben ser tratadas como individuos.
- La empatía es la capacidad de comprender los sentimientos de otra persona, sus experiencias y preocupaciones, en definitiva, saber ponerse en su lugar. Dentro de la enfermería, estimula la confianza y la relación enfermero-paciente, reduciendo la ansiedad y restaurando la dignidad del individuo.
- Mediante la escucha activa se disminuyen los sentimientos que generan dolor y angustia en el paciente al ser expresados, reconocidos y validados por alguien.

(23)