

Incidencia de Demencia Senil en adultos mayores que residen en la casa de asilo sagrado corazón de Jesús en Comitán de Domínguez Chiapas

Presentan

Tania Geraldine Ballinas Valdez

Shady Mariell López Enamorado

Lesly Vazquez Mazariegos

Profesor: E.E.C.C Marcos Jhodany Arguello Gálvez

TESIS COLECTIVA

Incidencia de demencia senil en adultos mayores que residen en el asilo sagrado corazón de Jesús en Comitán de Domínguez, Chiapas durante el periodo ¿?

Agradecimiento y dedicatorias

Índice general

Introducción

Planteamiento del problema

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) “La demencia es un síndrome que se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva que es la capacidad para procesar el pensamiento; afecta la memoria, el pensamiento, orientación, comprensión, calculo, aprendizaje, lenguaje y juicio” Actualmente más de 55 millones de personas tienen demencia en todo el mundo, más del 60% de las cuales viven en países de ingresos medianos y bajos cada año hay casi 10 millones de casos nuevos. (OMS, 2023)

Para darnos un contexto de que es ser un adulto mayor en México se le considera a una persona que tiene más de 60 años y se refiere a la etapa que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales, pero también marca el inicio de una etapa donde las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica. (PENSIONISSSTE, 2017)

Existen varios estudios epidemiológicos del EURODEM CONSORTIUM que documentaron una prevalencia de demencia del 1% en la población entre 60 y 65 años, del 13% en la población entre 80 y 85 años y del 32% en la población entre 90 a 95 años; a partir de lo cual, se obtiene una prevalencia global del 5% en adultos >65 años de edad, que se eleva al 20% en adultos >80 años. (NICE 2007)

Datos derivados de la encuesta de salud y envejecimiento de Latino América (Estudio SABE 2001), revelan que el 11% de la población mayor de 60 años padece algún grado de deterioro cognoscitivo.

En México la prevalencia general de deterioro cognoscitivo en la población mayor de 65 años es del alrededor del 8% (ENASEM 2007). En la mayoría de los estudios las mujeres parecen tener una mayor incidencia, lo cual sugiere que la prevalencia incrementada no es debida en su totalidad a una mayor longevidad. (NICE 2007)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se realizó el estudio SADEM para estimar la prevalencia de los principales tipos de demencia en adultos mayores de la Ciudad de México, con la realización de pruebas formales y con un enfoque clínico. Los resultados fueron recientemente publicados (Prevalencia de demencia y principales subtipos en México: el estudio de envejecimiento y demencia en México –SADEM; Journal of Alzheimer’s Disease 2022;89[3]:931-941).

Se evaluaron 6 mil 204 personas de 60 años o más que presentaron algún problema cognitivo, fueron sometidos a un examen neurológico estandarizado que permitió estimar la prevalencia global de demencia. Se identificó que el 14.2% presentan algún tipo de demencia, principalmente enfermedad de Alzheimer (7.8%), demencia vascular (4.3%) y demencia mixta (2.1%).

En Tuxtla Gutiérrez Chiapas, el Alzheimer es una enfermedad catalogada dentro de las demencias, quizá la más común entre ellas, que afecta en su mayoría a personas mayores a 60 años, más mujeres que hombres, y es la única donde la pérdida de memoria está presente en todos los casos. En una entrevista realizada a la Geriatra Ana María Rosales Vargas, con alta especialidad en envejecimiento cognitivo y demencias, señala que en el 60-80 por ciento de los casos de demencia, el diagnóstico tiene que ver con esta enfermedad, que condiciona las funciones cerebrales y se manifiesta en áreas cognitivas como memoria, lenguaje y orientación que puede dar alteraciones en la conducta y funcionamiento del individuo.

En cuestión de la ciudad de Comitán de Domínguez no hay estudios realizados sobre la demencia senil ya que no hay nadie quien se preocupe por este tema o especialistas que lo realicen, pero se tiene información de que hay especialistas geriatras que tienen su propia residencia geriátrica que en cierto momento dado podrían brindar asesoría acerca del tema.

La demencia es la pérdida progresiva de la función cognitiva que afecta las actividades laborales, domésticas y sociales. Las causas más frecuentes son la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular o la asociada a la enfermedad de Parkinson, entre otras. El incremento en la esperanza de vida hace que cada vez sea más frecuente, ya que el riesgo aumenta con la edad y hasta el 30% de los mayores de 85 años puede padecerla. La identificación temprana o preclínica de la demencia es importante, con el fin informar al paciente y poder implementar medidas para retrasar o prevenir el deterioro cognitivo, o bien, que el individuo pueda hacer planes y cambios en su estilo de vida para una demencia futura.

Ciertas acciones pueden evitar hasta un 35% los casos de demencia. La mayor escolaridad reduce el riesgo de presentarla en la vejez. En el adulto entre 45 y 65 años, el manejo adecuado de la hipertensión, la obesidad y la pérdida auditiva, puede prevenirla. Después de los 65 años la suspensión del tabaquismo, el tratamiento de la depresión, la actividad física, evitar el aislamiento social y el adecuado manejo de la diabetes, son también medidas preventivas.

La demencia en general es más frecuente en las mujeres y está muy relacionada a las enfermedades cardiovasculares. La demencia vascular está fuertemente asociada con la hipertensión, la diabetes y el tabaquismo. Esta investigación aportó evidencia para proponer políticas y estrategias de apoyo a las personas que padecen demencia en los países latinoamericanos, donde esta enfermedad representa un desafío por la heterogeneidad de las poblaciones y disparidades socioeconómicas, requiriendo un diagnóstico temprano por el médico general o familiar.

Las personas con demencia se encuentran con un riesgo aumentado de problemas de salud, así como un riesgo incrementado para el delirium secundario a enfermedad física o fármacos. Es importante identificar a los individuos con demencia ya que las intervenciones que se realicen pueden modificar la calidad de vida

del paciente y de su familia, en particular en la prevención de la sobre carga del cuidador y en la desintegración familiar.

La organización mundial de la salud menciona que la demencia es un término que engloba varias enfermedades que afectan a la memoria, el pensamiento y la capacidad para realizar actividades cotidianas; y esta empeora conforme al paso del tiempo, afectando principalmente a los adultos mayores. En base a lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta de investigación **¿Cuál es la incidencia de demencia senil en adultos mayores de 60 años en el asilo sagrado corazón de Jesús en la Ciudad de Comitán de Domínguez, Chiapas?**

Preguntas de investigación

¿Cuál es la incidencia de demencia senil en adultos mayores de 60 años que residen en el asilo Sagrado corazón de Jesús en Comitán de Domínguez Chiapas, en el periodo?

Justificación

La demencia senil es un trastorno cognoscitivo que afecta a un porcentaje significativo de la población adulta mayor, representando uno de los principales problemas de salud pública en las poblaciones envejecidas y que actualmente se ha extendido a países con bajos y medianos ingresos. Con el aumento de la esperanza de vida y la consiguiente prevalencia de personas mayores, la demencia se ha convertido en un reto de salud sanitario de gran magnitud.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que más de 55 millones de personas en el mundo viven con demencia, y este número está proyectado a aumentar considerablemente en las próximas décadas debido al envejecimiento global. Específicamente, la demencia senil que a menudo se asocia con la enfermedad de Alzheimer y otros trastornos neurodegenerativos, provoca un deterioro progresivo en las capacidades cognitivas, la memoria, el juicio y la capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas. Esto no solo afecta la calidad de vida de los pacientes, sino también la de sus familiares y cuidadores, quienes deben enfrentar el estrés emocional y físico asociado con la atención de personas en estados avanzados de la enfermedad, inclusive se ve afectada la parte económica del familiar ya que se lleva un tratamiento que suele ser costoso y muchas veces no todos tienen la posibilidad de solventar los gastos del paciente, por lo cual muchos de ellos optan por abandonar el tratamiento o por abandonar a los adultos mayores en los asilos de ancianos.

La finalidad de esta tesis es ofrecer una comprensión mas profunda de los factores que influyen en la aparición y progresión de la demencia senil, así como en las estrategias de prevención y tratamiento mas efectivos. La investigación se propone conocer las causas biopsicosociales que contribuyen al desarrollo de este trastorno, explorando no solo las alteraciones neurobiológicas subyacentes sino también los factores genéticos, ambientales y psicosociales.

Una de las principales motivaciones para esta investigación, es la escases de estudios que aborden de manera integral tanto los aspectos biológicos como los sociales de la demencia senil, ya que no hay estudios previos sobre el tema de la demencia senil en Comitán de Domínguez, Chiapas, por lo cual nosotros nos dimos a la tarea de investigar a profundidad todo lo relacionado a este trastorno cognoscitivo, que muchas veces por la falta de información no hay un diagnóstico temprano del trastorno permitiendo que este padecimiento vaya evolucionando hasta un punto en la cual el adulto mayor pierda la noción de la realidad.

Si bien existen avances significativos en la identificación de biomarcadores y tratamientos farmacológicos, el enfoque en el bienestar emocional y social de los pacientes, así como la formación y apoyo a los cuidadores sigue siendo limitado, no se cuenta con mucha información sobre los cuidados adecuados que

se deben llevar en pacientes con demencia senil e impide que la atención a los adultos mayores sea adecuada a su trastorno.

Esta tesis busca llenar ese vacío de información, proporcionando una visión holística que permita una mejor comprensión de la enfermedad y a partir de ello, promover políticas de salud pública más efectivas. En la actualidad, la demencia senil representa un desafío no solo en términos de tratamiento médico, sino también las de una perspectiva social y económica, así como la carga que representa para los cuidadores, es extremadamente alta.

Es fundamental continuar investigando sobre esta enfermedad para poder ofrecer soluciones más efectivas, tanto desde el ámbito médico como social, mejorando la vida de los pacientes y apoyando a sus familiares en el manejo de esta compleja condición.

Objetivos

Generales

Conocer la incidencia de Demencia Senil en adultos mayores que residen en el Asilo Sagrado Corazón de Jesús en Comitán de Domínguez Chiapas.

Específicos;

- Analizar los principales factores desencadenantes de demencia senil en adultos mayores que residen en el asilo de ancianos sagrado corazón de Jesús **en el período ;**
- Examinar el estilo de vida del adulto mayor que pudo ser desencadenante a padecer demencia senil.
- Conocer que otras enfermedades se desencadenan por la demencia senil en los adultos mayores que residen en el asilo de ancianos sagrado corazón de Jesús.
- Analizar el comportamiento que presentan los adultos mayores con demencia senil que residen en el Asilo Sagrado Corazón de Jesús.

II.I MARCO TEÓRICO

II.I.I DEMENCIA

Desde la gerontología es importante dejar claro que vejez y envejecimiento son conceptos diferentes. Al proceso que inicia desde el nacimiento y termina con la muerte se le conoce como envejecimiento. Y la vejez es una etapa de vida que comienza a los 60 años y es considerada la última etapa de vida y forma parte del envejecimiento.

La vejez es una etapa de vida que comienza a los 60 años y es considerada la última etapa de vida y forma parte del envejecimiento. Para quienes trabajamos con y para personas mayores será indispensable que contemos con una idea clara de estos conceptos. Las actitudes que frecuentemente mostramos a las personas mayores se encuentran relacionadas con la percepción social que se mantiene de ellas y esta imagen a su vez determina en gran medida, la posición social en la que se encuentran.

En la actualidad, las demencias degenerativas son entendidas como un *continuum* clínico-biológico en el que los síntomas comienzan antes que el paciente desarrolle una demencia, introduciéndose los conceptos de deterioro cognitivo leve y deterioro cognitivo subjetivo, y en las que los cambios biológicos pueden detectarse incluso antes que el paciente desarrolle síntomas. Hay diferentes formas de clasificarla: según su etiología, la topografía lesional y la edad de inicio y según el tiempo de evolución. La valoración de datos de incidencia, prevalencia y mortalidad exigen estudios de diseño a menudo complejos y con resultados que pueden variar según las áreas geográficas.

Las enfermedades que pueden originar una demencia no presentan un patrón completamente homogéneo en las posibles manifestaciones clínicas, pero sí hay síntomas que son los más comunes: trastornos cognitivos, manifestaciones conductuales o psiquiátricas y otros síntomas y signos neurológicos expresión de una afectación de las diferentes áreas del sistema nervioso. Todos ellos van a originar un trastorno funcional que también se puede tipificar y cuantificar. Las diversas combinaciones de manifestaciones clínicas pueden orientar hacia algún tipo concreto de demencia.

La demencia es «cualquier desorden en el que se produce un declive del nivel de cognición basal, causando una interferencia en el funcionamiento ocupacional, doméstico o social». Es un síndrome adquirido producido por diversas causas médicas y neurológicas, con independencia de la fisiopatología subyacente. Se utiliza «demencia primaria» como término más preciso para denominar aquellas enfermedades con presentación fundamentalmente cognitiva.

Con la edad es posible que los adultos mayores presenten una disminución de sus funciones mentales, este proceso es llamado **Deterioro Cognoscitivo Mayor**, el cual consiste en la pérdida o deterioro en distintos

dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como la memoria, la orientación, el cálculo, la comprensión, el juicio, el lenguaje y la personalidad. También se le considera como un Síndrome Geriátrico.

Este deterioro generalmente tiene un origen multifactorial. Dentro de las causas se puede encontrar la depresión, la privación sensorial, el hipotiroidismo, la presencia de algunos medicamentos, entre otros. Requiere de una evaluación integral para determinar si el paciente cursa con demencia o algún otro problema.

La demencia es un término general que abarca una variedad de afecciones neurológicas que afectan al cerebro y que empeoran con el tiempo. Es la pérdida de la capacidad de pensar, recordar y razonar a niveles tales que afectan la vida y las actividades diarias. Algunas personas con demencia no pueden controlar sus emociones y otras conductas, y su personalidad puede cambiar.

En el pasado, a la demencia a veces se le llamaba "senilidad" y se pensaba que era parte normal del envejecimiento, probablemente porque ocurre con más frecuencia a medida que las personas envejecen. Es posible que hasta un tercio de las personas de 85 años o más tengan algún tipo de demencia, pero esta no es parte normal del envejecimiento y no todo el mundo desarrolla demencia a medida que envejece. En muy pocos casos, algunas personas la desarrollan en la mediana edad.

Demencia es un término general para varias enfermedades que generalmente son de naturaleza crónica y progresiva, que resultan en deterioros cognitivos e interfieren con la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia y puede contribuir al 60-70% de los casos. Contrariamente a la creencia popular, la demencia no es una parte normal del envejecimiento y no afecta exclusivamente a las personas mayores.

La pérdida cognitiva sutil que se experimenta como consecuencia del envejecimiento normal está bien documentada por numerosos estudios. Sin embargo, ciertas enfermedades cerebrales u otras causas orgánicas de base pueden facilitar o acelerar el deterioro. Este es el caso de muchas enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer, las cuales implican un proceso de neurodegeneración progresiva que conduce a una demencia y que, por tanto, conllevan un proceso de envejecimiento patológico.

II.1 DEMENCIA SENIL

La demencia es una de las causas principales de discapacidad y dependencia en las personas mayores en todo el mundo, y tiene repercusiones significativas no solo en quienes se ven directamente afectados sino también en sus cuidadores, familias y comunidades, así como en la sociedad. La demencia representa a nivel mundial 11,9% de los años vividos con discapacidad debido a una enfermedad no transmisible (ENT), y

genera mayores costos para gobiernos, comunidades, familias y personas, así como una pérdida de productividad para las economías. El costo anual mundial de la demencia se estima en 818.000 millones de dólares estadounidenses (OCDE, 2015; OMS, 2017b). Casi el 85% de los costos están relacionados con el cuidado familiar y social, antes que con la atención médica.

La mayoría de los sistemas de salud no cuentan con suficiente equipo o recursos para responder a las necesidades actuales asociadas con la demencia. Por lo tanto, el envejecimiento de la sociedad y los consiguientes aumentos de la prevalencia de la demencia probablemente tendrán grandes implicaciones para los servicios de salud en cuanto al cuidado de las personas con demencia y el apoyo a las familias afectadas.

Son muchas las causas y los tipos de demencia. Entre las demencias primarias se encuentran la demencia debida a la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal (en la cual la disminución de las capacidades cognitivas obedece principalmente a un proceso neurodegenerativo subyacente no causado de forma directa por otras etiologías). La enfermedad de Alzheimer es el tipo más común, seguido de la demencia vascular y la demencia con cuerpos de Lewy. También es común la demencia con características de más de un tipo, especialmente en adultos mayores, mientras que la demencia frontotemporal es una forma menos común, aunque relativamente más frecuente antes de la vejez.

Las demencias secundarias son las causadas por otra enfermedad reconocible o estrechamente asociada, como la infección por el VIH, los traumatismos craneoencefálicos, la esclerosis múltiple, los trastornos tiroideos o la deficiencia de vitamina B12. En estas demencias secundarias, el deterioro cognitivo suele ir acompañado de síntomas y signos en otros aparatos o sistemas de órganos y el tratamiento se centra en la enfermedad subyacente.

El alcance de las presentes directrices se limita a las demencias primarias. Aunque el tratamiento precoz de algunas enfermedades puede prevenir la aparición de demencias secundarias, no incluimos estas últimas dentro del alcance de las presentes directrices porque existen estrategias de prevención o de manejo y tratamiento apropiados para la mayoría de esas enfermedades y afecciones específicas que reducen eficazmente los signos y síntomas relacionados con la demencia. Sin embargo, la demencia de aparición tardía es heterogénea y multifactorial, y algunos factores (por ejemplo, los traumatismos craneoencefálicos o la deficiencia temprana de vitamina B12) también pueden contribuir a la aparición de la demencia (y no solo de demencia secundaria) en etapas posteriores de la vida.

II.I.III FISIOPATOLOGÍA

La demencia es una enfermedad neurológica debilitante que afecta a millones de pacientes y familias en todo el mundo y sigue siendo un problema de salud pública importante. Comprender la fisiopatología subyacente de la demencia es un paso importante para encontrar opciones de tratamiento eficaces.

Existe una degeneración progresiva de neuronas en el hipocampo, corteza entorrinal, corteza asociativa temporal y parietal. Esta degeneración se traduce en cambios neuroquímicos en la acetilcolina, muy implicada en los procesos de almacenaje de nueva información.

Los tratamientos actuales se basan en aumentar la concentración de acetilcolina a nivel cerebral mediante la inhibición de la acetilcolinesterasa. Los hallazgos patológicos más significativos son las placas seniles (fibras neuronales degeneradas rodeadas de material amiloide) y los ovillos neurofibrilares, que se localizan principalmente en el hipocampo y lóbulo temporal.

Actualmente existen dos teorías que tratan de explicar los déficits cognitivos de la EA:

Teoría de desconexión cortical y Teoría colinérgica.

Teoría de desconexión cortical

La degeneración neurofibrilar en la corteza entorrinal, portal cortical del hipocampo (HC), se distribuyen en las cortezas II (que junto a la capa III forman la vía perforante hacia el HC) y IV (que recibe la eferencia desde el HC) de manera que el HC queda aislado de la neocorteza. Esto se une al déficit de glutamato y otros neuropéptidos (neuropéptido Y, oxitocina, vasopresina y somatostatina) en las cortezas de asociación (desconexión córtico-cortical) que correlaciona con la afasia, la apraxia y la agnosia, así como con los trastornos visuoespaciales y ejecutivos.

Teoría colinérgica

En estados avanzados se observa una disminución de más de 90% de la actividad de la acetilcolinesterasa lo que identifica un compromiso dramático del sistema colinérgico en esta enfermedad. Esto ocasiona el deterioro mnésico inicial y progresivo.

La degeneración selectiva del núcleo basal de Meynert (principal eferencia colinérgica hacia neocortex) y de los núcleos septal y de la banda diagonal de Broca (eferencia colinérgica subcortical, en especial hacia el HC) provocan un déficit progresivo de la memoria anterógrada. Existen evidencias de cambios tempranos en el flujo cerebral regional, lo que pudiera relacionarse con la degeneración en la población colinérgica que tiene un efecto regulador.

Esto se conoce como teoría colinérgico-vascular.

Por otro lado los desequilibrios de otras vías neuroquímicas explican mejor los síntomas no cognitivos.

Como se mencionó existe una afectación de los núcleos superiores del rafe, el núcleo cerúleo y una conservación relativa de la sustancia nigra.

- Déficit de serotonina. Se relaciona con los síntomas depresivos así como con obsesión, compulsión y agresividad. Esto se observa tanto en EA como en personas normales.
- Déficit de noradrenalina. Se observa también asociada a la depresión y a la agitación psicomotora. Con este neurotransmisor ocurre algo singular pues a pesar de existir una depoblación del núcleo cerúleo (don-de se observan Cuerpos de Lewy), existe una hiperactividad noradrenérgica cortical, lo cual se atribuye a un aumento de la sensibilidad cortical y a la producción de noradrenalina (NA) en corteza. El aumento de la sensibilidad se observa tanto en la corteza prefrontal como en el HC. Sin embargo, el aumento de la concentración de NA sólo se encuentra en el cortex prefrontal. En los casos de depresión existe disminución de NA, mientras que en aquellos con agitación existe un aumento de ésta.
- Déficit de acetilcolina. Como ya fue descrito, se asocia al deterioro cognitivo, especialmente con los problemas de memoria. Sin embargo, se postula que para que se desarrolle la depresión debe existir indemnidad o niveles de acetilcolina cercanos a la normalidad. Esto sólo ocurre en los estadios iniciales.

Conservación relativa de dopamina. Este hecho provoca un desequilibrio colina/dopamina con el aumento relativo de esta última observándose alucinaciones, trastornos del sueño y psicosis. En un 30% existe un déficit de dopamina con la aparición de un síndrome parkinsoniano. Sin embargo la preservación de la postura y la marcha hasta estadios avanzados es una característica de las demencias corticales por lo que los pacientes deambulan sin fin. (Revista Mexicana de Neurociencia Mayo-Junio, 2008)

Se cree que la fisiopatología de la demencia está relacionada con la agregación y acumulación de proteínas mal plegadas (denominadas proteinopatías) y/o asociadas con enfermedad cerebrovascular (ECV). La causa más común de demencia de aparición tardía es la EA, seguida por la demencia con cuerpos de Lewy (DCL), la demencia vascular y la demencia frontotemporal (DFT).

III.IV ANTECEDENTES

Desde tiempos muy remotos de la historia ha existido interés por la demencia, con esmerada distinción de su concepto por los estudiosos y de la propia sociedad.

Salon, 500 años antes de Cristo fue uno de los primeros en referirse al deterioro del juicio, como resultado del envejecimiento; así como también Hipócrates, Cicerón y Celso señalaron la relación entre edad avanzada y patología psíquica; pero Areteo de Capadocia fue el primer médico que reconoció el envejecimiento como una causa de demencia.

La lectura del Antiguo Testamento revela que, para los hebreos y pueblos vecinos, muy influenciados por la arcaica sabiduría de las antiguas culturas mesopotámicas, los trastornos mentales eran provocados por fuerzas sobrenaturales, espíritus (ruach), o por la ira de alguna divinidad como castigo ante las ofensas y sacrilegios humanos.

En la cultura griega y romana la historia de la demencia está muy relacionada con la edad avanzada. Pitágoras define el “senium” como el período de vida después de los 63 años, cuando el cuerpo y las capacidades mentales decaen; para Hipócrates el cerebro se vuelve frío y seco con la edad, haciéndolo más propenso a la melancolía y al deterioro, por lo que consideraban el declive cognitivo como una consecuencia inevitable de la edad.

En el siglo I, en el Tratado de Medicina escrito por el romano Aurelio Cornelio Celso aparece el primer registro del término demencia: del latín demens (fuera de razón o fuera de mente), utilizado para dar la connotación de cronicidad a ciertos tipos de delirium.

La legislación romana en relación al demente posee ciertos rasgos de semejanza con la legislación griega; en términos generales, se incapacitaba legalmente al enfermo mental y le reducían sus derechos, la protección legal del desequilibrado era bastante limitada, todo amparado por la Ley de las XII Tablas.

En la Edad Media, al introducirse los estudios de la Psiquiatría al campo religioso, se generó su visión demonológica, la cual consistía en considerar a las personas con demencia como seres poseídos por el demonio. Se manifestaba que, al no tener alma, no eran seres humanos y por el peligro que representaban, eran abandonados y encarcelados.

El Renacimiento tampoco aportó otros conocimientos en este campo, salvo que se comienza a atribuir a la demencia no solo la pérdida de memoria, sino también comportamientos regresivos; empieza a extenderse un enfoque humanitario de estos procesos. Las ideas comunes de esta época eran la inevitable decrepitud intelectual y el carácter melancólico de los acciones.

A partir del siglo XVII se comienza a precisar la semiología de los trastornos cognitivos, explicados hasta entonces por una disfunción del sistema nervioso central. Se asiste a partir de aquí a una diferenciación de los trastornos congénitos, los cognitivos adquiridos y los cognitivos de otras enfermedades mentales.

Hasta finales del siglo XVII, términos tales como amentia, imbecilidad, estupidez, simplicidad, idiotez, morosis y senilidad eran usados para referirse a cuadros de deterioro intelectual y del comportamiento,

causantes de incompetencia psicosocial del individuo, en cambio, se usaba exclusivamente como sinónimo de locura el término de demencia.

En el año 1700, ya se usa el término demencia en Francia, y posteriormente en otros países de Europa, para designar estados de disfunción cognitiva con una connotación médica. Philippe Pinel, en su *Nosographie* publicado en el año 1798, usó los términos de amencia y morosis para referirse a los trastornos cognitivos, conceptualizando la demencia “como la debilidad peculiar del raciocinio y de los actos volitivos”, mencionando además la “demencia senil” como una forma de trastorno cognitivo adquirido en las personas de edad; sin embargo, no clasificó como entidades independientes los trastornos cognitivos adquiridos y congénitos. Pinel condena el trato inhumano que recibían los enfermos mentales, incluyendo los dementes; considerando la locura como una enfermedad, no como un crimen, con un gran giro humanista. Dichas proyecciones fueron muy avanzadas para su época, ya que se tiene en cuenta a este tipo de paciente como una entidad orgánica que no debía ser castigado, sino todo lo contrario, ayudado.

Esquirol, uno de sus discípulos, fue el primero en dividirla en formas agudas o crónicas y percibir formas seniles, caracterizadas por pérdida de sensibilidad social, inteligencia y voluntad; comenzando a resaltar la relación entre el padecimiento de la entidad y la sociedad, primera delimitación del concepto de demencia.

No será hasta el siglo XIX que el término y el concepto de demencia confluyen, iniciándose su uso con el sentido que tiene en la literatura médica actual. Uno de los hitos de mayor relevancia en la historia de la demencia se debe a Antoine Bayle, en el año 1822, quién la describe de una forma más sistemática, denominándola “parálisis general del demente”. Este hecho constituyó una demostración de lesión estructural causante de demencia, ofreciendo una visión orgánica de esta y una de las principales etiologías, hasta el advenimiento de la penicilina a principios del siglo XX.

Thomas Willis ya había descrito un caso de demencia post-ictus en el año 1672, pero es en el siglo XIX donde comenzaron los avances en la patología cerebrovascular. Durante el siglo XIX (1842) fue descrito el término leucoaraiosis por Maxime Durand-Fardel, acuñado por Hachinski en el año 1987, asociándose a las alteraciones cognitivas que van desde un déficit cognitivo mínimo, hasta la demencia, de gran connotación en los estudios imagenológicos.

En 1861 Paul Broca enuncia el papel del cerebro y el concepto de la localización de las funciones, y las lesiones cerebrales son aceptados; se demostró así el paradigma de la existencia de alteraciones neuroanatómicas bien definidas en las enfermedades mentales, relacionado con mejores métodos de diagnóstico como la fijación de los tejidos, tinciones y la microscopía.

En el año 1872, George Huntington describió la primera demencia subcortical en la enfermedad que lleva su nombre; y Binswanger, en el año 1894 describió la “encefalitis subcortical crónica progresiva”. En el año 1892 Pick describe un paciente de 71 años con pérdida del lenguaje y demencia, en 1904 comunica nuevos casos con el mismo perfil, enfatizando la presencia de atrofia focal progresiva; y ya en 1911 Alzheimer confirma el hallazgo con nuevos casos, agregando la descripción de los característicos cuerpos de Pick (inclusiones intraneuronales sargentófilas). Gans introduce el término Enfermedad de Pick en 1922.

Durante las últimas décadas del siglo XIX e inicios del XX, el concepto de envejecimiento cerebral comienza a diversificarse en una serie de condiciones específicas. En el año 1906, el psiquiatra alemán Alois Alzheimer describe por primera vez un caso clínico con una seria enfermedad que posteriormente recibió el epónimo de Enfermedad de Alzheimer, constituyendo en la actualidad la primera causa de demencia en el mundo. Este eminente científico descubrió que la corteza se encontraba atrofiada, que era notablemente más estrecha de lo normal, identificando dos anomalías histológicas que hoy siguen siendo características fundamentales de la enfermedad: las placas neuríticas y las marañas fibrilares.

En su reseña fisiopatológica, primero detectaron los cambios morfológicos, luego los cambios funcionales y finalmente los aspectos relacionados con el programa genético, molecular y la participación del ambiente. A partir de este momento se empiezan a estudiar la etiología de las demencias, las cuales hasta entonces se consideraban un deterioro cognitivo asociado únicamente a la edad.

En las siguientes décadas se consideró al Alzheimer como una entidad infrecuente, que provocaba solo demencia pre-senil (pacientes menores de 65 años), atribuyendo a la aterosclerosis la mayoría de los otros casos de demencia, incluyendo la senil; alrededor del año 1970 se hizo evidente que la enfermedad de Alzheimer era el sustrato patológico de la mayoría de los casos de demencia senil, instituyéndose por la OMS y la Federación Internacional de Alzheimer el 21 de septiembre como “Día Internacional del Alzheimer”.

En el año 1925, Joseph Goldberger reconoció la pelagra como una carencia vitamínica que se asociaba a síntomas de deterioro cognitivo, en el año 1937 se identificó la niacina como el agente deficitario, constituyendo la primera demencia reversible diagnosticada en la historia de la medicina.

En el periodo 1966-1968 se mencionan las encefalopatías espongiiformes o demencia rápidamente progresiva. Durante varios años se pensó en la posibilidad de que un “virus lento” no identificado fuera el responsable de este grupo de enfermedades, hasta que el neurólogo Stanley B. Prusiner descubrió la proteína priónica resistente a proteasas y su relación causal con la demencia rápidamente progresiva.

Hachinski da a conocer en 1974 la diferencia entre demencia por enfermedad de Alzheimer y demencia multiinfarto, considerándose la vascular como una de las formas más frecuente de demencia.

Como otra demencia de origen infeccioso, resulta importante destacar la asociada al VIH. En el año 1986 varios autores describieron la encefalopatía por VIH-1 o complejo demencia-sida, caracterizado por una amplia variedad de defectos motores y cognitivos.

El aporte de estos y otros investigadores permitió identificar las características anatomopatológicas de diversas enfermedades que cursaban con demencia a partir del estudio de los cambios y lesiones de la corteza cerebral, reforzando la idea de la organicidad asociada a la demencia, por tanto, las demencias son definitivamente consideradas como un síndrome.

De acuerdo con la OMS, la demencia constituye un síndrome causado por una enfermedad del cerebro, usualmente de naturaleza crónica o progresiva, en la cual existe una alteración de múltiples funciones corticales superiores. Estas incluyen la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender, de realizar cálculos y la toma de decisiones, provocando invalidación funcional del sujeto en el ámbito social y laboral.

Con el objetivo de un mejor estudio de la demencia se comenzaron a utilizar criterios diagnósticos que indicarían la presencia de un cuadro demencial.

La primera edición del Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM), a cargo de la Asociación Americana de Psiquiatría, y publicada en el año 1952, tuvo la intención de establecer un consenso terminológico, pero no incorporó el concepto de demencia, sino que fue tratada como una “reacción”.

La segunda edición del DSM, publicada en 1968, fue muy similar al DS-I, pero con la remoción del término psicodinámico “reacción” y con una ampliación de las clasificaciones.

En el año 1980 la publicación del DSM-III propuso una definición operativa del síndrome de demencia con el objetivo de incrementar la fiabilidad del diagnóstico. El deterioro de la memoria fue un criterio específicamente requerido, así como el deterioro de otras funciones cognitivas; el deterioro de la actividad social u ocupacional también fue requerido de forma explícita e incorporó la posibilidad de codificar las complicaciones psiquiátricas de su presentación como delirios, depresión, a pesar de tener en cuenta otros aspectos, continuó siendo un instrumento muy teórico para evaluar el posible demente de una forma integral. En el año 1987 se creó el DSM-III-R con la reorganización de algunas categorías (trastornos afectivos,

hiperactividad). Esta revisión logró un gran impacto ya que tuvo en cuenta la funcionabilidad e independencia como aspecto significativo en la valoración del anciano.

El DSM-IV llega en 1994 con nuevos cambios, incluida una descripción general del síndrome de demencia, pero con criterios muy específicos para la demencia de Alzheimer y no sobre el síndrome general. En esta clasificación se expuso que el deterioro de la memoria era imprescindible para realizar el diagnóstico, criterio contrario a la experiencia clínica, al no constituir esta un síntoma obligatorio para el diagnóstico. Ya en el año 2000 se creó el DSM-IV-TR, que incluía muchos más acontecimientos estresantes, y se transformó el número de escalas para evaluar la desadaptación.

El DSMV, en el año 2013, modificó sustancialmente sus criterios con respecto a la versión anterior. Este introdujo una innovación terminológica con la supresión del término “demencia”, al sustituirlo por “trastorno neurocognitivo”, centrando la esencia del síndrome indiscutiblemente en el paradigma cognitivo, dividiendo dichos trastornos en tres categorías: delirium, trastorno neurocognitivo menor y trastorno neurocognitivo mayor, muy relacionados con la funcionabilidad del paciente, pero careció de una etiología mixta, situación contradictoria, ya que la mayoría de los casos no se presentan de una forma pura. Esta última versión sí tuvo en cuenta el declive en la capacidad funcional del enfermo, sin embargo, no sugiere la forma adecuada de medirlos.

Todos estos criterios en su evolución han contribuido a que el diagnóstico de la demencia sea más individualizado y multidimensional, con una adecuada exploración de las esferas biológica, psicológica, social y funcional.

Las alteraciones genéticas en la demencia aún constituyen un reto en la sociedad moderna, fundamentalmente en la Enfermedad de Alzheimer, muy relacionadas con la expresión del precursor de la proteína amiloide β , la presenilina 1 y presenilina 2, así como el genotipo APO-E,¹ en torno a lo cual se han desarrollado líneas de investigaciones modernas y prometedoras, como la inmunoterapia y la activa: vacunas génicas y liposomales, entre otras; y la pasiva: como los anticuerpos monoclonales (aducanumab, crenezumab, la inmunoglobulina intravenosa). Se cuenta además con novedosas técnicas de neuroimágenes funcionales y estructurales como la tomografía por emisión de positrones con fluorodeoxiglucosa, resonancia magnética nuclear, ultrasonografía transcraneal, doppler transcraneal, estudios de reserva hemodinámica cerebral; y el uso de modernas técnicas de tinción basadas en inmunohistoquímica, todo lo cual ha permitido el diagnóstico preciso y cada vez más precoz.

II.I.V FASES DE LA DEMENCIA SENIL

Existe un gran número de enfermedades que pueden provocar demencia; algunas de las más habituales y conocidas son la de Alzheimer, la de Lewy y los accidentes cerebrovasculares recurrentes. Cada trastorno de este tipo afecta inicialmente a regiones distintas del cerebro, aunque las diferencias sintomáticas se reducen en etapas avanzadas.

Aunque los síntomas de la demencia dependen de la alteración específica de cada paciente, el progreso general que siguen estas enfermedades se ha dividido en siete fases en función del grado de deterioro cognitivo que presente la persona en un momento dado.

1. Ausencia de deterioro cognitivo

La primera etapa del deterioro cognitivo se corresponde con la ausencia de éste; por tanto, la mayor parte de personas se encuentran en esta fase, que se puede englobar junto con las dos siguientes en la categoría “pre-demencia”, caracterizada por un funcionamiento cognitivo normal o prácticamente normal.

Se considera que una persona se encuentra en la fase 1 cuando no presenta síntomas cognitivos significativos que puedan ser atribuibles a un deterioro del cerebro, como pérdidas de memoria más relevantes que las que se producen a causa de la falta de energía o de atención, entre otros factores comunes.

2. Déficits de memoria asociados a la edad

El envejecimiento, y en particular la llegada de la senectud, se asocia de forma natural a pequeñas pérdidas de memoria que se manifiestan principalmente en el olvido de nombres o de localizaciones de objetos. La segunda fase del deterioro cognitivo se caracteriza por la presencia de estos déficits de forma más o menos habitual.

Si bien en muchos casos la aparición de olvidos puntuales no es más que una consecuencia de la edad, en algunas ocasiones las pérdidas de memoria pueden indicar un futuro deterioro severo de la cognición, sobre todo si la frecuencia de estas es elevada y si la persona es relativamente joven como para tener olvidos típicos de la vejez.

3. Deterioro cognitivo leve

El concepto “deterioro cognitivo leve” se utiliza para describir casos en que aparecen signos notables de deterioro de la memoria y en la realización de tareas cotidianas. En esta fase los déficits cognitivos son más marcados de lo que se esperaría para la edad de la persona, incluso teniendo en cuenta el envejecimiento.

Las personas con deterioro cognitivo leve tienen un mayor riesgo de desarrollar demencia que las que no lo presentan, si bien con frecuencia el progreso de los déficits se detiene en esta etapa. Es habitual que quienes sufren este tipo de deterioro tengan problemas para retener información, para recordar palabras, para concentrarse o para orientarse.

4. Demencia leve o temprana

La cuarta fase se corresponde con el inicio de la demencia como tal. En esta etapa, que suele durar aproximadamente dos años, empiezan a aparecer cambios en la personalidad y en el estado de ánimo. Dado que las habilidades sociales también se deterioran, es muy frecuente que disminuya la frecuencia de la interacción social.

Los problemas cognitivos se vuelven mucho más evidentes a partir del inicio de la demencia. Los pacientes normalmente tienen cierta conciencia de su enfermedad cuando alcanzan esta etapa, si bien la demencia también afecta a este reconocimiento. Además tienden a negar sus síntomas como mecanismo de defensa.

5. Demencia moderada

Durante la etapa intermedia de la demencia las personas afectadas empiezan a necesitar la ayuda de otras personas para llevar a cabo tareas cotidianas. A medida que la enfermedad avanza se deterioran capacidades como utilizar dinero, teléfonos o instrumentos de cocina, leer y escribir, recordar información sobre uno mismo e incluso vestirse.

6. Demencia moderadamente severa

En esta fase los problemas de memoria y de cognición se han agravado hasta el punto de que interfieren en la realización de un gran número de actividades; éste seguirá incrementándose a medida que la demencia progresa. Lo más frecuente al llegar a esta etapa es que la persona necesite supervisión constante de uno o más cuidadores.

En cuanto a los síntomas y signos más habituales, además del agravamiento de los problemas de memoria (que incluyen ya el reconocimiento de personas cercanas) encontramos la aparición de sentimientos de

ansiedad y agitación, problemas para dormir, deambulación, conductas obsesivas y repetitivas, delirios o agresividad.

7. Demencia severa o avanzada

La duración media de la etapa final de la demencia es de aproximadamente dos años y medio. La demencia avanzada se caracteriza por la pérdida generalizada de habilidades psicomotoras, incluyendo las que son necesarias para hablar, caminar, comer o utilizar el cuarto de baño.

Aunque el progreso de cada caso de demencia depende de la enfermedad que la causa, todos son muy similares durante el periodo final debido a que el deterioro estructural se ha extendido a todas las regiones del cerebro.

III.I.VI CLASIFICACIÓN DE DEMENCIA SENIL

La demencia es un síndrome que puede ser causado por múltiples etiologías que, a veces, más aún en el paciente anciano, se interrelacionan. La causa más frecuente de demencia en el sujeto anciano occidental es la enfermedad de Alzheimer. El diagnóstico y clasificación de la demencia puede abordarse con total ortodoxia desde diferentes puntos de vista. La clasificación del DSM-IV, guía elaborada por la Asociación Americana de Psiquiatría y la de la CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud, son dos de las más usadas internacionalmente en estos momentos, proponiendo ambas, además, criterios diagnósticos estandarizados.

Demencias degenerativas primarias

1. Predominio cortical:

- Enfermedad de Alzheimer.
- Demencia frontotemporal: enfermedad de Pick, afectación C. estriado, degeneración lóbulo frontal, afectación neurona motora.
- Degeneraciones focales: demencia semántica, atrofia cortical posterior, afasia primaria progresiva, prosopognosia progresiva, amusia y aprosodia progresiva, apraxia primaria progresiva.

2. Predominio subcortical:

- Degeneración corticobasal.
- Demencias por cuerpos difusos de Lewy.
- Parálisis supranuclear progresiva.

- Enfermedad de Parkinson-Demencia.
- Enfermedad de Huntington
- Atrofias, multisistémica.
- Hederoataxias progresivas

3. Demencias vasculares:

- Demencia multiinfarto.
- Demencia por infarto único en área estratégica.
- Enfermedad de pequeños vasos:
 - Estado lacunar.
 - Enfermedad de Binswanger.
 - Angiopatía cerebral amiloidea.
 - Enfermedad colágeno vascular con demencia.
 - CADASIL.
 - Demencia por hipoperfusión (isquemia-hipoxia).
 - Demencia hemorrágica:
- Hemorragia traumática subdural.
- Hematoma cerebral.
- Hemorragia subaracnoidea.
 - Otros mecanismos vasculares.

4. Demencias secundarias

- Metabólica: encefalopatía urémica, hepática, hipóxica e hipercápnica.
- Carencial: tiamina, ácido nicotínico, ácido fólico y vitamina B12.
- Endocrino: insuficiencia hipofisaria, hipo e hiperparatiroidismo, hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal y síndrome de Cushing.
- Infecciosas: bacterias, micosis, vírica y priones.
- Mecanismo expansivo cerebral: tumor cerebral e hidrocefalia normotensiva.
- Fármacos: antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos, anticolinérgicos, antihistamínicos, benzodicepinas, antidepresivos, litio, anticonvulsivos, antieméticos, antiseoretos, hipotensores, cardiotónicos, inmunosupresores y antiparkinsonianos.
- Tóxicos: alcohol, toxinas orgánicas, metales pesados y demencia diálisis aluminio.
Postraumática: demencia postraumática y demencia pugilística.

- Psiquiátricas: depresión, esquizofrenia y reacción de conversión.
- Enfermedades del colágeno: sarcoidosis, bechet, lupus eritematoso sistémico y esclerodermia.
- Enfermedades por depósito: porfiria, leucodistrofias, enfermedad por depósito de lípidos y enfermedad de Wilson. Miscelánea: epilepsia y esclerosis múltiple.

Demencias corticales

Enfermedad de Alzheimer (EA): Es una enfermedad degenerativa primaria de origen desconocido, caracterizada por la pérdida de memoria de instauración gradual y continua, con afectación global del resto de las funciones superiores, que con lleva la repercusión consecuente en la actividad laboral o social. La patogenia no se conoce, aunque se ha demostrado una reducción del grado de inervación colinérgica en áreas neocorticales e hipocámpicas, y una pérdida de neuronas de los núcleos colinérgicos del prosencéfalo basal. Se han identificado factores de riesgo asociados, como la edad avanzada, género femenino, bajo nivel educativo, historia previa de depresión, traumatismo cerebral, entre otros. Junto a éstos, se encuentran genotipos que confieren determinada vulnerabilidad, son los denominados genes de susceptibilidad. Se han descrito cuatro genes que contribuyen a conferir vulnerabilidad en el desarrollo de EA:

1. Apolipoproteína E alelo 4 localizado en cromosoma 19. La presencia de ApoE4 incrementa el depósito de proteína beta-amiloide en su variedad agregada y se asocia con una mayor frecuencia de desarrollar placas neuríticas y marcado déficit colinérgico.
2. Gen del receptor de lipoproteína de baja densidad localizado en cromosoma 12.
3. El alelo A2 del antígeno de histocompatibilidad HLA, que se codifica en el cromosoma.
4. La hidrolasa de bleomicina, que se codifica en el cromosoma 17.

Se ha descrito una forma precoz, poco frecuente (< 5%), que afecta a personas entre 30-60 años y se asocia a alteraciones genéticas. Se han documentado mutaciones en la proteína precursora amiloidea, presenilina 1 y 2 (cromosomas 1, 14 y 21). Asimismo, existe una forma esporádica que ocurre más frecuentemente en personas mayores de 65 años, cuyo patrón hereditario no es obvio, aunque se ha observado un riesgo aumentado en los pacientes con una o dos copias del alelo épsilon4 de la apoproteína E (cromosoma 19). El diagnóstico de presunción es clínico, estableciéndose unos criterios de probabilidad diagnóstica (NINCDS-ADRDA), obteniéndose el definitivo mediante el estudio anatomopatológico. Esta entidad se caracteriza por el hallazgo de atrofia cortical con ensanchamiento de los surcos cerebrales y dilatación ventricular

compensadora, más acentuada en los lóbulos frontales, parietales y temporales; microscópicamente por los ovillos neurofibrilares, placas seniles (neuríticas) y angiopatía amiloidea (depósito de proteína beta-amiloide). A pesar de que estos hallazgos pueden estar presentes en menor grado en el cerebro de individuos sin demencia y en otras entidades, el diagnóstico se basa en una correlación clínico-patológica entre el estado neurológico del paciente y la frecuencia de placas y ovillos neurofibrilares.

Demencias frontotemporales: Se caracterizan por declive de las funciones superiores de inicio insidioso y progresión lenta, acompañado de alteraciones conductuales, sociales, de las funciones ejecutivas y lenguaje desproporcionado en relación con el defecto de memoria.

Clásicamente estos pacientes han sido referenciados como enfermedad de Pick. En años recientes se especula que la enfermedad de Pick forma parte de un amplio grupo de entidades donde predominan las lesiones de localización frontotemporal, pero con variedades clinicopatológicas diferentes. Aunque las demencias frontotemporales no son tan frecuentes, es importante reconocerlas ya que difieren en su manejo. Esto es, sobre todo, importante en aquellos pacientes que debutan clínicamente con trastornos conductuales complejos y bizarros y con mantenimiento de la función cognitiva. En esos pacientes se plantea el diagnóstico diferencial con las psicosis de comienzo tardío.

Demencias subcorticales

La denominación de demencia subcortical se ha aplicado a las alteraciones cognitivas que aparecen en los pacientes con corea de Huntington, con parálisis supranuclear progresiva o con enfermedad de Parkinson. De forma diferente a lo que suele ocurrir en las demencias corticales, es habitual encontrar alteración de la marcha, rigidez, bradicinesia, movimientos anormales o afectación de las vías largas. La demencia por cuerpos de Lewy, según McKeith, se caracteriza por un deterioro cognitivo progresivo asociado a cognición y alerta fluctuante, alucinaciones visuales (alucinaciones no visuales o delirios sistematizados) y parkinsonismo, con mayor frecuencia de episodios de pérdida transitoria de conciencia y síncope, tendencia a caídas repetidas. La rigidez y la bradicinesia son los signos más comunes; sin embargo, el temblor de reposo es infrecuente. Las modificaciones en el estado mental suelen preceder a los signos motores. La respuesta a la L-dopa es muy variable. Suele existir una sensibilidad aumentada a los antagonistas dopaminérgicos y reacciones adversas a neurolépticos. En el tejido cerebral se pueden objetivar microscópicamente cuerpos de Lewy. La demencia es común en la enfermedad de Parkinson idiopática, con una frecuencia entre 20-50%. Los factores que aumentan el riesgo de desarrollo de la misma son la edad mayor de 70 años, depresión, confusión o psicosis con levodopa y apolipoproteína E. El sustrato patológico de este solapamiento clínico es variable.

Demencias vasculares

La demencia vascular se define como toda demencia secundaria a muerte neuronal derivada de procesos isquémicos o hemorrágicos. En una amplia revisión realizada en Suecia sobre mayores de 85 años, la enfermedad vascular era la primera causa de demencia, estando presente en el 47% de la población. Presenta mayor incidencia en varones, pacientes con hipertensión arterial, cardiopatía y diabetes. Series patológicas, las cuales están basadas en población hospitalizada, sugieren que el 20% de los ancianos tienen evidencia neuropatológica de demencia vascular en la autopsia. La presentación clínica varía en función de la localización y magnitud de los infartos. Se caracteriza por un comienzo más brusco, deterioro más escalonado, curso fluctuante y signos neurológicos focales. En la actualidad se reconocen los criterios de demencia vascular establecidos por la National Institute of Neurological Disorders and Stroke Association (NINDSAIREN). A su vez, puede ser útil la escala de isquemia de Hachinski, la cual intenta diferenciar demencia vascular de enfermedad de Alzheimer, posteriormente validada con criterios anatomopatológicos por Rossen. Los nuevos criterios diagnósticos incorporan el uso de métodos de neuroimagen. Las causas pueden ser infartos múltiples, infarto único en área estratégica, enfermedad de pequeños vasos, hemorragias e hipoperfusión.

Demencias secundarias

Se trata de un conjunto de procesos que pueden producir deterioro cognitivo. En el paciente anciano hay que destacar cualquier enfermedad del sistema nervioso central (infecciones, tumores, hematomas subdurales, hidrocefalia a presión normal), sistémicos o metabólicos (enfermedades tiroideas, déficit vitamínico B12, etc.) y polifarmacia. Se estima que el 5% de los pacientes de edad avanzada con demencia presentan algunas alteraciones metabólica o medicamentosa responsable o coadyuvante. (SEGG)

II.I.VII DEMENCIA SENIL Y SU RELACIÓN CON EL ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer (EA) es un trastorno neurodegenerativo progresivo e irreversible marcado por el deterioro cognoscitivo y conductual que interfiere significativamente con el funcionamiento social y ocupacional. Es una enfermedad incurable con un período preclínico largo y un curso paulatino. Es la causa más común de demencia y se caracteriza por pérdida gradual de la memoria y un continuo deterioro de las actividades básicas de la vida diaria asociado a cambios de conducta (GPC SNS, 2010).

El inicio de la EA es insidioso y las manifestaciones clínicas evolucionan en un periodo de años y suelen ir desde trastornos de memoria moderados, hasta la dependencia total con pérdida cognoscitiva grave. Algunas veces ocurre una meseta en la que el grado del trastorno cognoscitivo es estable por uno o dos años, pero poco después la progresión continua de manera inexorable (Mayeux R, 2010). El curso de esta enfermedad

finaliza en la incapacidad mental y funcional que concluye con la muerte. Además, durante las etapas avanzadas de la enfermedad consume una gran cantidad de recursos económicos y físicos, afectando las relaciones personales, familiares y laborales de los cuidadores.

En la actualidad, se han identificado las características patológicas de la EA; inicialmente se desarrollan placas de β -amiloide en el hipocampo, una estructura cerebral que ayuda a codificar los recuerdos, y además en otras áreas de la corteza cerebral que participan en el pensamiento y la toma de decisiones. La acumulación de placas de β -amiloide precede al inicio clínico de la EA. Asimismo, las neuronas sanas tienen una estructura de soporte interna parcialmente formada por estructuras llamadas microtúbulos. Estos microtúbulos actúan como vías, guiando nutrientes y moléculas desde el cuerpo de la célula hasta los extremos del axón y la espalda. Un tipo especial de proteína, (la proteína tau), se une a los microtúbulos y los estabiliza (Lakham SE, 2017).

En la EA, la proteína tau sufre un cambio químico y se acopla con otros hilos de proteína tau, enredándose entre sí, formando los ovillos neurofibrilares. Cuando esto sucede, los microtúbulos se desintegran, colapsando el sistema de transporte de la neurona y provocando primero el mal funcionamiento en la comunicación entre neuronas y más tarde en la muerte de las células. Los ovillos neurofibrilares, la pérdida de neuronas y la pérdida de sinapsis acompañan a la progresión del deterioro cognoscitivo (Serrano-Pozo A, 2011). A la fecha se desconoce si las placas provocan la EA o si son un subproducto del proceso de esta enfermedad. Sin embargo, estas características también ocurren en los cerebros de personas cognitivamente intactas. Esto se comprobó en un estudio donde los neuropatólogos estaban cegados a los datos clínicos e identificaron al 76% de los cerebros de adultos mayores de 80 años cognitivamente sanos como EA (Brayne C, 2009). Esta enfermedad afecta los 3 procesos que mantienen las neuronas sanas: comunicación, metabolismo y reparación. Ciertas células nerviosas dejan de funcionar, pierden conexiones con otras células nerviosas y finalmente mueren. La destrucción y muerte de estas células nerviosas causa el fracaso de la memoria, cambios de personalidad, problemas en la realización de actividades diarias y otras características de la enfermedad.

Con el tiempo, los pacientes con EA también pueden mostrar ansiedad, depresión, insomnio, agitación y paranoia. A medida que su enfermedad progresa, requieren apoyo para realizar las actividades básicas de la vida diaria (vestirse, bañarse, comer, deambular, autocuidado e ir al baño). Eventualmente, se desarrollan dificultades para caminar llevando a la inmovilidad. Además, la alimentación y la deglución se dificultan provocando neumonía por aspiración y con el tiempo al final la dieta solo es posible vía sonda gastrointestinal.

El tiempo desde el diagnóstico hasta la muerte es muy variado, va desde tan poco como 3 años hasta tanto como 10 o más años. Los pacientes con un inicio temprano de la enfermedad tienden a tener un curso más agresivo y rápido que aquellos con EA tardía. La principal causa de muerte son las enfermedades intercurrentes, como la neumonía (Lakham SE, 2017).

Ya que existe un continuo entre los cambios habituales del envejecimiento y la presentación de esta enfermedad se debe abordar como un síndrome donde el síntoma principal es el deterioro cognoscitivo, que puede o no corroborarse por pruebas neuropsicológicas, y generalmente es de origen multifactorial. Visto como síndrome geriátrico, donde múltiples causas dan lugar a una manifestación cardinal, es necesario realizar una evaluación integral para determinar si el paciente cursa con demencia, o requiere descartar algún otro problema que pueda ser meritorio de tratamiento como: depresión, problemas sensoriales, hipotiroidismo, efectos adversos de medicamentos, entre otros. (Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017.)

La enfermedad de Alzheimer, por las alteraciones cerebrales que conlleva, es la principal causa de demencia, pero no es la única. Se calcula que 1 de cada 10 personas mayores de 65 años padece algún tipo de demencia y, entre un 60 y un 70% de los casos es debida a la enfermedad de Alzheimer.

Conocida la diferencia entre Alzheimer y demencia, surge la cuestión de si todas las demencias son iguales. Aunque todas las demencias se caracterizan por la alteración de las funciones cognitivas y de la conducta, produciendo la pérdida de autonomía, según la causa y las zonas cerebrales afectadas, predominarán unos u otros síntomas y la evolución será diferente.

En el caso de la enfermedad de Alzheimer, normalmente, las primeras dificultades cognitivas se reflejan en una pérdida de memoria para hechos recientes, pero, progresivamente, se añadirán, entre otros, problemas de lenguaje, de orientación, de razonamiento, o de reconocimiento visual, apareciendo otras alteraciones relacionadas con la percepción y con otras funciones cognitivas a lo largo de distintas fases de la enfermedad.

También aparecerán problemas de comportamiento y del estado de ánimo. Todo ello hará que la pérdida de autonomía sea cada vez mayor, puesto que se trata de un proceso irreversible. Por ello, las personas afectadas siempre terminan requiriendo de una atención continuada, que suele recaer en algún familiar: la persona cuidadora principal.

II.I.VIII SINTOMATOLOGIA

En primer lugar, en la demencia aparecen alteraciones en la memoria a corto plazo, denominadas como deterioro cognitivo leve. Éste es la fase entre el olvido normal debido al envejeciendo y el desarrollo de demencia. Las personas con deterioro cognitivo leve tienen ligeros problemas con el pensamiento y la memoria que no interfieren con las actividades cotidianas y, con frecuencia, son conscientes del olvido. No todas las personas con deterioro cognitivo leve desarrollan demencia. Algunos de los síntomas que pueden dar las pistas concluyentes de que el paciente presenta un deterioro cognitivo leve, serán;

- i) Olvidos de acciones recientes,
- ii) Presentan dificultades para la resolución de problemas y
- iii) Les cuesta mucho realizar más de una tarea a la vez.

Otros síntomas asociados a etapas tempranas de una demencia incluyen: Problemas del lenguaje, perder objetos como las llaves de casa, desorientarse en rutas conocidas, cambios de personalidad, desinterés por actividades que antes le interesaban, etc.

A medida que la demencia empeora, algunos ejemplos de los síntomas que se pueden observar serán:

- Olvidar detalles acerca de eventos corrientes.
- Cambio en los patrones de sueño.
- Olvidar recuerdos de su propia vida, e incluso perder la noción de quién es
- Mayor dificultad para leer o escribir
- Deficiente capacidad de discernimiento y pérdida de la capacidad para reconocer el peligro
- Mala elección de las palabras, llegando a no pronunciar correctamente las palabras o, pronunciándolas correctamente, pero elegirlas de forma inadecuada.
- Tener alucinaciones, discusiones, comportamiento violento, delirios o depresión.
- Dificultad para realizar hasta las actividades más básicas, como conducir, o cocinar

En la fase severa de la enfermedad, además de los síntomas enumerados anteriormente, se podrán encontrar:

- Problemas graves para entender tanto el lenguaje hablado como el escrito.
- Al paciente le cuesta reconocer a los familiares, incluso a los más directos.
- Realizar actividades básicas, como comer, vestirse y bañarse

Otros síntomas que pueden aparecer en la demencia pero que no están directamente relacionada con ella, pueden ser;

- i) Incontinencia urinaria e incontinencia intestinal
- ii) Problemas en la deglución.

El paciente que sufre demencia habitualmente exhibe claridad de conciencia, es decir no muestra un estado de hiperalerta, letargo, estupor o coma. Para establecer el diagnóstico de demencia, es preciso que el deterioro relevante de la memoria se acompañe de, al menos, una de las siguientes alteraciones: afasia, apraxia, agnosia y disfunción ejecutiva. De hecho, en la fase inicial de la enfermedad de Alzheimer, que representa entre el 50 % y el 75 % de todas las demencias, a la dificultad en almacenar nueva información-aprendizaje (memoria reciente), con preservación relativa de la memoria remota, se le adiciona la instauración progresiva del síndrome afásico-aprático-agnóstico (que traduce un deterioro del lenguaje, de la habilidad motora y del reconocimiento perceptivo).

Inicialmente se afecta el "almacén" léxico-semántico, con preservación relativa de la sintaxis y la gestualidad, la entonación, entre otros. Se afecta también, primariamente, la función ejecutiva (síndrome disejecutivo). Acompañan, además, al deterioro de la memoria la afectación de las habilidades visuales-espaciales y las constructivas. Las manifestaciones no cognitivas (psicológicas y conductuales) aparecen desde los estadios tempranos y pueden preceder al diagnóstico en un período de tres años, por lo que resultan útiles en el diagnóstico precoz de las demencias; presentan una elevada prevalencia, pues 64 % de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, en su evaluación inicial, exhiben un síntoma o más no cognitivos o conductuales y su incidencia aumenta con la progresión de la enfermedad. Sin embargo, la fase intermedia puede desarrollarse durante tres a cinco años.

El detrimento de la memoria es más evidente y afecta no solo a la memoria reciente, sino también a la remota: emergen alteraciones del lenguaje, la escritura, la lectura, el cálculo, apraxias y agnosias. Muestra dificultad con el aseo, el vestir o la comida. Pueden aparecer síntomas psicóticos. Además, en esta fase el paciente tiene dificultad para mantener sus relaciones sociales y es incapaz de mantener una discusión sobre un problema.

En la fase terminal (demencia grave), el enfermo es incapaz de andar, se inmoviliza, se hace incontinente y no puede ejecutar ninguna actividad de la vida diaria. El lenguaje se hace ininteligible o presenta mutismo. A veces se produce disfagia y hay riesgos de neumonías, deshidratación, malnutrición y úlceras por presión. Los enfermos pueden permanecer en cama y suelen fallecer de una neumonía u otra enfermedad. Es por eso que el mayor costo de esta enfermedad es, sin lugar a dudas, su costo humano, cuyas dimensiones son inestimables y el mayor sufrimiento lo padece la familia, en especial, los cuidadores que dedican años de su

vida a brindar afecto y cuidado a un enfermo, que con el avance de la enfermedad será incapaz de reciprocarse esta dedicación y que en muchas ocasiones reaccionará con agresividad y conductas inapropiadas.

En algunos estudios, se plantea afectación económica familiar significativa, debido al agotamiento o limitación de los recursos financieros disponibles, a causa de que el cuidador está obligado, en muchas ocasiones, a abandonar su puesto de trabajo para dedicarse, sin descanso y durante tiempo prolongado, a la atención de este enfermo o a que el propio cuidado del paciente, su alimentación, aseo general y fármacos que consume, de manera regular, incrementan los gastos.

II.IX DIAGNOSTICO

Actualmente, no existen evidencias que justifiquen el cribado sistemático de deterioro cognitivo en la población general. Sin embargo, dada la creciente importancia socio- sanitaria de la demencia, los expertos consideran razonable recomendar la aplicación de escalas y tests de cribado en los ancianos mayores de 75 años, en los mayores de 65 años institucionalizados y en aquellos otros que, independientemente de la edad, tengan limitaciones en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Además, sería conveniente que los profesionales de atención primaria estuviéramos atentos a la aparición de los primeros síntomas o signos sospechosos de deterioro cognitivo, como podrían ser los cambios conductuales referidos por los familiares del paciente. La simple sospecha de esta enfermedad obliga a la puesta en marcha de un abordaje diagnóstico completo.

El diagnóstico de la demencia senil es un proceso complejo que requiere una evaluación detallada de los síntomas cognitivos y conductuales del paciente. Es crucial diferenciar la demencia de otras condiciones que podrían presentar síntomas similares, como la depresión o los efectos secundarios de ciertos medicamentos.

Proceso Diagnóstico

Evaluación clínica:

El primer paso en el diagnóstico de la demencia senil es una evaluación clínica exhaustiva que incluya una historia médica completa, un examen físico y una evaluación cognitiva. Los médicos buscan signos de deterioro en funciones mentales clave como la memoria, el lenguaje, el pensamiento abstracto y la capacidad para llevar a cabo tareas cotidianas.

Diagnóstico sindrómico:

El diagnóstico de demencia es fundamentalmente clínico. Por este motivo, conviene realizar una valoración integral del paciente en una consulta programada, en el curso de la cual recogeremos la siguiente información:

- Antecedentes familiares

Sobre todo, investigaremos antecedentes de demencia, epilepsia, enfermedades cardiovasculares o psiquiátricas.

- Antecedentes personales

Valoraremos antecedentes que puedan hacer sospechar una demencia secundaria: historia previa de traumatismo craneoencefálico, neoplasia, gastrectomía, enfermedades endocrino metabólicas, enfermedades psiquiátricas, hábitos tóxicos, conductas sexuales de riesgo, tóxicos ambientales o laborales y presencia de factores de riesgo cardiovascular.

Anamnesis:

La historia clínica es fundamental para valorar las deficiencias que padece el enfermo, así como el grado de repercusión personal, social, familiar y laboral que condicionan.

Debemos conocer la fecha aproximada en la que se inició el deterioro cognitivo, cómo se instauró y de qué forma fue progresando. Conviene determinar la presencia de sintomatología asociada: alteraciones en la marcha, trastornos psiquiátricos, temblores, mioclonías, cefalea de inicio reciente, incontinencia de esfínteres, etc.

Durante la entrevista debemos evaluar el nivel de instrucción y de funcionamiento social previos del paciente.

También observaremos su imagen y comportamiento actual, al igual que su estado de conciencia y grado de colaboración, interés, participación, concentración y atención. Es necesario establecer si el sujeto tiene o no conciencia de enfermedad, y las expectativas de su familia respecto a su evolución.

Sin embargo, no todos los pacientes que presentan algún déficit en las áreas cognitivas tienen una demencia. Para poder establecer el diagnóstico de demencia, es preciso que el paciente no tenga ninguna alteración del nivel de conciencia, que sus síntomas no aparezcan exclusivamente en el contexto de un cuadro confusional, que indiquen un deterioro importante respecto a su nivel funcional (laboral o social) previo, y que la alteración de la memoria se acompañe, además, de algún otro deterioro en las capacidades intelectuales, como puede ser la aparición de afasias, apraxias, alteración de la capacidad de juicio o de la capacidad de

abstracción. De hecho, tanto el DSM-IV como la CIE-10 establecen unos criterios diagnósticos específicos de demencia.

Diagnóstico etiológico:

Es importante determinar el posible origen etiológico del deterioro cognitivo. Por una parte, un 13% de las demencias obedecen a causas potencialmente reversibles y tratables que, por tanto, siempre deben ser descartadas. Por otro lado, si se trata de una demencia irreversible, el abordaje terapéutico va a ser diferente en función de su etiología. Por ejemplo, en una demencia de origen vascular será prioritario controlar los factores de riesgo cardiovasculares, mientras que en una demencia por cuerpos de Lewy evitaremos el uso de neurolépticos, y en una enfermedad de Alzheimer estadio leve-moderado indicaremos la utilización de inhibidores de la acetilcolinesterasa.

Iniciaremos el estudio etiológico con una correcta anamnesis y una exploración física. Algunos fármacos (antidepresivos, litio, neurolépticos, metoclopramida, metildopa, bismuto, AINE, bloqueadores beta, cimetidina, antihistamínicos, antiparkinsonianos y corticoides) se han asociado a déficit cognitivos. Por tanto, es necesario que investiguemos rigurosamente cuáles son los medicamentos consumidos por el sujeto e incluso, si se considera oportuno, solicitar sus valores plasmáticos. También prestaremos especial atención a los síntomas y signos de inicio de la enfermedad: los trastornos de personalidad y conducta son más propios de las demencias frontales, la demencia vascular suele tener un inicio más brusco y puede acompañarse de focalidad neurológica, mientras que en la demencia por cuerpos de Lewy destacan los signos exploratorios de extrapiramidismo junto con fluctuaciones en la función cognitiva y alucinaciones visuales bien formadas.

Diagnóstico diferencial:

Una vez establecido el diagnóstico sindrómico de demencia, es necesario considerar su diagnóstico diferencial que comprende, seudodemencia, deterioro cognitivo relacionado con la edad y cuadro confusional agudo

Seudodemencia:

Se trata de un deterioro cognitivo de rápida evolución que puede acompañar a la depresión en el anciano. Sin embargo, no es infrecuente que una demencia comience con un cuadro depresivo, en cuyo caso el diagnóstico diferencial puede ser muy complicado.

Los antecedentes familiares o personales de depresión, una evolución inferior a 6 meses, la presencia de tristeza, quejas somáticas y desesperanza, la excesiva preocupación por sus síntomas cognitivos, la ausencia

de afasia, apraxia o agnosia, y la buena respuesta a los antidepresivos son datos que nos orientan hacia una depresión como causa del deterioro cognitivo. Además, es frecuente que los pacientes con seudodemencia presenten resultados normales o poco alterados en los tests cognitivos, mientras que las escalas de valoración del estado de ánimo suelen tener resultados patológicos.

Para la valoración de posibles trastornos del ánimo en la población anciana el test más recomendado es la Escala Geriátrica de Yesavage. Se tardan de 5 a 8 min en administrarla, es de fácil aplicación y está validada en nuestro medio. Resultados por encima de 10 puntos nos permiten hablar de depresión con escasa probabilidad de error.

También es útil la Escala de Hamilton para la depresión, la cual evalúa además la gravedad de la sintomatología. Puntuaciones entre 8 y 14 son sugestivas de depresión menor y puntuaciones superiores a 14 puntos son indicativas de depresión moderada/grave. En algunos casos, en función de la gravedad de los síntomas, puede ser necesario derivar a estos pacientes a los equipos de salud mental.

Deterioro cognitivo relacionado con la edad:

Con los años se produce una pérdida de las facultades mentales, fundamentalmente de la memoria, sin que ello interfiera en la esfera social, familiar o laboral del paciente.

Cuadro confusional agudo o delirio:

Se caracteriza por una alteración en el nivel de vigilancia que se instaura en horas o en días. Se manifiesta con somnolencia, trastornos en el ciclo vigilia/sueño, pérdida de la capacidad de atención y concentración, alteraciones de la percepción (ilusiones y, posteriormente, alucinaciones), confusión mental y agitación psicomotriz. Las causas pueden ser múltiples: infecciones, alteraciones electrolíticas, intoxicaciones medicamentosas, etc., y de no establecerse un tratamiento correcto pueden conducir al coma y a la muerte.

A pesar de ser dos entidades diferentes, demencia y delirio pueden coexistir. Así, el delirio puede instaurarse en un sujeto previamente demenciado, manifestándose por un brusco agravamiento del déficit cognitivo y por cambios en el comportamiento.

II.IX PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Pruebas cognitivas y neuropsicológicas:

En estas pruebas, se evalúa tu capacidad de pensamiento. Una serie de pruebas miden las habilidades del pensamiento, como la memoria, la orientación, el razonamiento y la capacidad de juicio, las habilidades del lenguaje y la atención.

Evaluación neurológica:

Se evalúan la memoria, las habilidades del lenguaje, la percepción visual, la atención, la capacidad para resolver problemas, el movimiento, los sentidos, el equilibrio, los reflejos y otras áreas.

Realizaremos una exploración física completa que incluya talla, peso, coloración de piel y mucosas, temperatura, palpación tiroidea, presión arterial, frecuencia cardíaca, auscultación cardíaca y carotídea, exploración abdominal y pulsos periféricos. Iniciaremos la exploración neurológica valorando el nivel de conciencia y la presencia de signos meníngeos. Se explorarán los pares craneales (buscando signos de focalidad neurológica), alteraciones en la marcha, alteraciones en la fuerza y sensibilidad, signos extrapiramidales (temblor, mioclonías, rigidez, alteración de reflejos) y signos de afección frontal (reflejos de succión, hociqueo, prensión y palmomentoniano). Conviene realizar, si podemos, un fondo de ojo.

Exploraciones del cerebro:

- Tomografía computarizada o resonancia magnética. Estas exploraciones pueden verificar si hay evidencia de accidente cerebrovascular, sangrado, tumor o acumulación de líquido, denominada hidrocefalia.
- Tomografía por emisión de positrones. En estas exploraciones, se pueden observar patrones de la actividad cerebral. Permiten determinar si hay depósitos de proteína amiloide o tau en el cerebro.

Análisis de laboratorio:

Mediante simples análisis de sangre, se pueden detectar problemas físicos que pueden afectar la función cerebral, como falta de vitamina B-12 en el cuerpo o una glándula tiroidea hipoactiva. En ocasiones, se analiza el líquido cefalorraquídeo para revisar la presencia de infección, inflamación o marcadores de algunas enfermedades degenerativas.

Evaluación psiquiátrica:

Un profesional de salud mental puede determinar si la depresión u otra afección de salud mental contribuye a los síntomas.

Neuroimágenes:

Las técnicas de imagen, como la tomografía computarizada de cráneo (TC) o la resonancia magnética (RM) de cráneo, son utilizadas para observar la estructura del cerebro y detectar cualquier anomalía que pueda estar causando el deterioro cognitivo.

Son útiles para identificar cambios estructurales en el cerebro asociados con la demencia. Pueden detectar, atrofia cerebral, lesiones vasculares, tumores, hemorragias, infartos cerebrales o hidrocefalia. La atrofia en áreas específicas del cerebro, como el hipocampo, puede ser un indicador de enfermedades neurodegenerativas.

Biomarcadores y análisis de laboratorio:

en algunos casos, los médicos pueden utilizar biomarcadores específicos presentes en el líquido cefalorraquídeo o en la sangre para confirmar un diagnóstico de Alzheimer u otra forma de demencia. Estos biomarcadores pueden incluir la presencia de placas amiloides o tau, proteínas que se acumulan anormalmente en el cerebro de personas con Alzheimer. También pueden requerir otras pruebas, como las siguientes:

Vitamina B12 en suero:

Evalúa el nivel de la vitamina en suero. La deficiencia de esta vitamina puede causar síntomas neurológicos similares a los de la demencia, pueden llevar a una anemia megaloblástica, que también afecta la función cognitiva.

Biometría hemática:

Esta prueba evalúa los componentes celulares de la sangre, incluyendo los glóbulos rojos, blancos y las plaquetas. Esta prueba puede identificar anemia, infecciones o alteraciones hematológicas que puedan contribuir al deterioro cognitivo o confundirse con los síntomas de demencia senil.

Ac A virus de inmunodeficiencia (VIH) en suero:

evalúa la presencia de anticuerpos contra el VIH en el organismo, se utiliza para descartar una demencia asociada al VIH, conocida como encefalopatía por VIH. Esta condición puede presentar síntomas cognitivos y de comportamiento similares a los de la demencia senil.

III.IX PRONÓSTICO

La demencia, desgraciadamente, es una enfermedad incurable y degenerativa. aunque su situación puede mantenerse estable durante un tiempo (incluso años) nunca va a mejorar, y siempre va a acabar yendo a peor. Esto es algo que debemos tener muy claro. La evolución de las demencias suele ser muy lenta,

transcurriendo a lo largo de muchos años (aunque existen las llamadas “demencias rápidamente progresivas” que son más veloces, y puede haber diferencias de tiempo de evolución entre los diferentes tipos). Como el deterioro suele ser gradual, produciéndose a pasitos, es normal que los familiares se acaben acostumbrando y normalicen, por ejemplo, que su familiar necesite ayuda para ir al WC o para ducharse. A veces, sin embargo, en relación con algún evento agudo como un ingreso, una infección o una fractura ósea, el deterioro puede ser más rápido y el paciente puede perder mucha funcionalidad en un corto espacio de tiempo.

La demencia se suele dividir en distintas fases o grados que son útiles a la hora de conocer qué le va a pasar a nuestro paciente, ya que la pérdida de las capacidades suele seguir un orden.

Este orden va desde las más complejas (las instrumentales) siguiendo por las básicas (generalmente perdiendo capacidad para ducharse solo, vestirse solo, ir al WC solo, asearse solo, continencia urinaria y fecal y capacidad para alimentarse solo en este orden), y finalizando por las capacidades más primarias (como la capacidad de tragar la comida, el habla, la marcha, el levantarse y sentarse de la silla, la capacidad de sonreír y la capacidad de mantener la postura sentado, determinando incluso la necesidad de encamar al paciente durante todo o gran parte del día). Hay que tener en cuenta que el cerebro controla absolutamente todo. Cuando está enfermo no van a sufrir daño solamente la memoria, sino también el resto de sus funciones, incluso las más básicas.

De una enfermedad que se inicia de manera insidiosa y evoluciona de forma lenta y progresiva, aunque no todas las personas que la sufren evolucionan de la misma manera ni todas llegarán hasta la última fase del mismo modo. Se ha descrito que al principio y al final de la evolución suele existir un curso en meseta, pero cuando la afectación es de leve a moderada, la pérdida cognitiva anual frecuentemente es más rápida. Aunque la variabilidad individual es la norma, se han reportado como evolución natural de la enfermedad, pérdidas anuales de entre 1,8 y 4,2 puntos por año. Suele existir progresión clínica y de las lesiones anatomopatológicas a medida que el tiempo transcurre. En un estudio reciente muy interesante, en donde se analizan 84 pacientes con Demencia Senil, en los que se realiza resonancia magnética craneal, se objetiva que el grado de atrofia cerebral y el grado de severidad de lesiones en la sustancia blanca son excelentes predictores de qué pacientes tendrán un curso evolutivo peor⁴.

La demencia incrementa el riesgo de sufrir problemas físicos de salud y, además, es un factor de riesgo para el desarrollo de delirium debido a enfermedad médica añadida o a los fármacos utilizados. A medida que la enfermedad avanza, se produce aumento del deterioro funcional (capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria), aparecen alteraciones del apetito y de los hábitos de alimentación, del sueño, existe disminución de la movilidad y de la capacidad de autocuidado personal. Los trastornos de alimentación

junto con la ausencia de cumplimiento terapéutico de las enfermedades comórbidas hacen que el paciente con demencia sea muy vulnerable y aumente la susceptibilidad para sufrir complicaciones médicas, lo que explica la alta utilización de los diferentes recursos sanitarios y sociales de estos enfermos. La progresión de los cambios y de la capacidad funcional en la demencia se puede medir mediante diversas escalas globales.

II.I.XII PREVALENCIA

La prevalencia de demencia en mayores de 65 años de Latinoamérica osciló entre el 0,2 y el 39,4%, con una prevalencia global del 11%. La heterogeneidad total fue significativa. Respecto al sexo, la demencia es más frecuente en las mujeres latinoamericanas, que en los hombres. En la población masculina, la prevalencia osciló entre el 1,16 y el 11,6%, con una prevalencia general del 4% y en la femenina osciló entre el 0,67 y el 19,5%, con una prevalencia general del 6%. La heterogeneidad fue significativa por sexo.

De acuerdo con el área de procedencia, la población rural latinoamericana adulta mayor registra una prevalencia inferior respecto a la de procedencia urbana. En hombres de área rural la prevalencia es del 1%, mientras que en hombres de procedencia urbana es del 5%. De igual forma, la demencia es más prevalente en mujeres latinoamericanas de área urbana, que en mujeres de procedencia rural. Sin embargo, la heterogeneidad por localidad y sexo es significativa.

Esta revisión sistemática es la primera producción científica que determina la prevalencia de demencia en latinoamericanos mayores de 65 años. La prevalencia de demencia en adultos mayores latinoamericanos del 11% es un dato mucho mayor a lo estimado en el último reporte del Alzheimer's Disease International, que arrojó en el 2015 una prevalencia para LATAM del 8,4%. En comparación con otras regiones del mundo, la prevalencia global en LATAM es mayor a lo registrado en el Norte de África (8,7%), sureste de Asia (7,15%), Norteamérica (5,3%) e inclusive que en Europa Central (4,7%).

La alta prevalencia respondería a la rápida transformación demográfica que sufre LATAM, sumado al acceso limitado a la educación, al bajo nivel socioeconómico y la alta prevalencia de morbilidades cardiovasculares en su población. En cuanto a la edad, se conoce que a medida que incrementa la edad, la prevalencia y la incidencia de demencia aumentan proporcionalmente. Existe una estrecha relación entre el consumo de tabaco, presentar diabetes mellitus o hipertensión arterial y un mayor riesgo de aparición de esta entidad. Aún más, el consumo de tabaco aumenta el riesgo de muerte asociado a demencia.

En lo que respecta a escolaridad, la evidencia científica sugiere una correlación inversa entre el número de años de estudio y el padecimiento de demencia, lo que indicaría que a menor escolaridad, mayor riesgo de demencia. Inclusive no solo el nivel educativo, sino la ocupación laboral, predominantemente manual, y del tiempo libre se relacionarían con el inicio y la velocidad de progresión del declive cognitivo en la edad avanzada.

En este nivel tiene relevancia mencionar un término que cada vez adquiere mayor interés clínico: la reserva cognitiva. La reserva cognitiva se define como “la capacidad que posee el cerebro de tolerar los daños o efectos asociados a la enfermedad que padece, para así mantener un nivel aceptable de funcionamiento” Este mecanismo neurofisiológico sería adquirido mediante años de estudio, de ocupación laboral y de experiencias cognitivas reforzadoras de la neuroplasticidad; que por consiguiente le brindarían la capacidad al cerebro de asumir cambios adaptativos. Implicando que a mayor número de años de estudio, mayor reserva cognitiva y, en consecuencia, este sería un factor protector

Esta revisión evidenció no solo una alta prevalencia global, sino prevalencias con variaciones considerables entre ellas: del 0,4% en una población peruana rural al 39,4% en una población colombiana urbana. Dicha disparidad no solo sería explicada por las razones previamente mencionadas, teniendo en cuenta que las prevalencias más bajas detectadas fueron arrojadas por estudios en cuya muestra predominaban individuos menores de 75 años y de mayor nivel educativo; mientras los estudios con prevalencias más altas registradas incluían individuos de edad avanzada, con bajo nivel educativo y una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares. Factores conocidos como determinantes en el desarrollo y el progreso de múltiples enfermedades crónicas, entre ellas la demencia senil.

II.I.XIII ALTERACIONES

Área motora:

En una fase autónoma, al principio, los mayores son totalmente independientes en sus funciones y tienen preservadas la capacidad de equilibrio y marcha. En la fase de dependencia parcial, hay un aumento de la discapacidad física y la dependencia funcional. Y en la fase de total dependencia (avanzada), existen graves problemas de movilidad.

Área conductual y psicológica:

Las alteraciones mentales pueden llegar a ser mayores que las cognitivas o motoras. Algunos ejemplos son: agitación deambuladora errática, irritabilidad, gritos, alteraciones del sueño, mutismo, ecolalia, labilidad emocional, desinhibición verbal, vagabundeo, desinhibición sexual o trastorno de conducta alimentaria.

Área cognitiva:

La pérdida de funciones del área cognitiva se produce de manera progresiva. Al principio, solo afecta a la memoria, el lenguaje y la orientación, y posteriormente, genera déficit de atención, disminuye la capacidad de realizar funciones ejecutivas y dificulta la capacidad visoespacial, hasta llegar a un deterioro completo.

II.I.XIV COMPORTAMIENTO

Agitación:

La agitación son conductas asociadas a la demencia, entre ellas la irritabilidad, el insomnio y la agresividad verbal o física. Si bien no siempre existen, pueden ser fluctuantes, es decir a veces aparecen para luego mejorar con la progresión de la enfermedad y pueden deberse a numerosas causas (factores del ambiente, el miedo y la fatiga). Lo más frecuente es que la agitación se presente cuando la persona con demencia piense que se le está privando de su capacidad de autogestión, de su autonomía.

Recomendaciones para evitar agitaciones:

- Reducir el consumo de cafeína y de dulces.
- Reducir el ruido ambiental, el desorden de las cosas y el número de personas que le puedan agobiar.
- Mantenga un ambiente estable y rutinas fijas. Ponga siempre objetos muebles en el mismo sitio. Las fotografías y otros objetos conocidos contribuyen a crear una sensación de seguridad y pueden facilitar los recuerdos agradables.
- Pruebe a calmar la agitación mediante caricias suaves, música tranquila, la lectura y las caminatas. Háblele siempre con voz suave y reconfortante. No intente razonar con él/ella cuando se muestre agitado.
- Mantenga fuera del alcance objetos peligrosos.
- Permítale que se ocupe tanto como sea posible de su propia atención, estimule su independencia y su capacidad de auto-cuidado.
- Distráigale con una merienda o alguna actividad. Permítale olvidar el incidente que provocó el problema.

Palabras o acciones repetitivas:

Las personas con demencia suelen repetir una y otra vez determinada palabra, afirmación, pregunta o actividad. Este tipo de conducta es por lo general inofensivo, pero puede provocar irritación o estrés a la persona cuidadora. Puede deberse a la ansiedad, al aburrimiento, al temor o a factores del ambiente.

Recomendaciones para manejar un comportamiento repetitivo:

- Cree sentimientos de seguridad y bienestar, mediante la palabra y el contacto físico.
- Pruebe a distraerle.
- No le reproche que acaba de hacer la misma pregunta.

- No explique planes cuando él/ella esté en estado de confusión hasta justamente antes del momento de ejecutarlos.
- Elimine la ansiedad y la incertidumbre sobre hechos futuros. Ponga un cartel en la mesa o la cocina donde diga que «La comida es a las 13:30» o «María vendrá a las 20:00».
- Aprenda a interpretar ciertas conductas. El estado de agitación o el tirarse de la ropa, por ejemplo, pueden indicar la necesidad de ir al baño.

Delirium o alucinaciones:

Si se sospecha o presenta una conducta alucinatoria ante todo consultar con su médico. Cuando esta sintomatología está diagnosticada y tratada farmacológicamente, la actitud consistirá en mantener un ambiente tranquilo y seguro. El apoyo emocional es básico, debe reforzarse y repetir que no está solo, que se le quiere y que se le ayudará. Refuerzo positivo.

En la medida en que avance la demencia pueden presentarse alucinaciones (ver o escuchar cosas que en realidad no existen) e ideas delirantes (creencias falsas).

Es muy desconcertante comprobar que nuestro ser querido de un momento a otro se torna suspicaz, celoso o propenso a hacer acusaciones. Recuerde que lo que él/ella siente, es muy real desde su punto de vista.

Lo mejor es no discutir ni rebatir lo que diga. Estas conductas también son parte de la demencia, no lo tome como algo personal.

Recomendaciones para el manejo de los delirios o las alucinaciones:

- Si está en estado de confusión e insiste en que «le falta dinero», guárdale una pequeña suma de dinero en el bolsillo o en el bolso, para que pueda verlo fácilmente.
- Ayúdele a buscar el objeto «perdido», y después intente distraerlo con otra actividad. Trate de descubrir donde esconde las cosas que después cree «perdidas». Evite toda discusión.
- Explique a los demás familiares y asistentes domésticos que las acusaciones y sospechas son parte de la enfermedad.
- Emplee medios no verbales para fortalecer la sensación de seguridad, como una suave caricia o un abrazo. Puede decirle, «Veo que eso te asusta; quédate a mi lado, no dejaré que te pase nada malo».
- Hágale saber, de manera sencilla y calmada, que los demás no ven ni escuchan tales cosas, pero evite toda discusión y no trate de convencerle de que su percepción es errónea.
- Mantenga la habitación bien iluminada para reducir sombras.

- Si se agravaran estos síntomas, consulte a profesionales expertos.

Deambulaci3n o vagabundeo

La deambulaci3n es una conducta que suele aparecer en la etapa intermedia de la enfermedad.

Causas de la deambulaci3n:

- Confusi3n: Al estar desorientado no se da cuenta que est1 en casa, y sale dispuesto a «encontrarla». Se encuentra en un lugar desconocido para 3l.
- Delirios: Piensa cosas que no son reales en su presente y puede estar tratando de cumplir una responsabilidad del pasado, tal como ir a trabajar o ir a buscar a un hijo.
- Intentos de escapar: de una amenaza real o percibida. Las personas con demencia pueden sentirse asustados por un hogar ruidoso, un visitante extra1o o incluso por la creencia de que su persona cuidadora est1 tratando de hacerle da1o.
- Nerviosismo: Est1 m1s ansioso. Algunas veces la ansiedad y el nerviosismo son efectos secundarios de alg1n medicamento, consulte con un profesional si la conducta persiste.
- Inquietud: por la falta de ejercicio y otras estimulaciones.
- B1squeda de algo: ya sea una persona, un lugar o un art3culo personal que haya perdido.

Si persiste este comportamiento en el domicilio, no se debe dejar nunca solo. Las personas cuidadoras deben tomar ciertas medidas para reducir el peligro de que la persona con demencia salga sola del domicilio.

Recomendaciones para el manejo de la deambulaci3n:

- Realizar ejercicios peri3dicos para reducir a la ansiedad.
- Obtener un brazalete de identificaci3n m3dica. Aseg1rese de que lo use en todo momento, a menudo se venden en farmacias. Existen otras opciones como localizadores GPS, tipo reloj o llavero.
- Brinde un lugar despejado y seguro para caminar.
- Dele algo repetitivo que hacer.
- Guarde en un lugar seguro algunos art3culos esenciales, como el abrigo, la cartera o las gafas.
- Tenga las puertas que conducen al exterior cerradas, y mantener las llaves en un lugar seguro, donde no tenga acceso a ellas.
- Instalar dispositivos de seguridad en las ventanas.
- Instale timbres o alarmas que suenen cuando se abra una puerta que conduce al exterior.

II.I.XV FACTORES DE RIESGO

Disfagia y neumon3as broncoaspirativas:

La disfagia es la pérdida de la capacidad de tragar. Se presenta inicialmente con tos y atragantamientos al beber líquidos y al tomar alimentos de textura mixta (es decir, con mezcla de textura líquida y sólida, como la sopa de fideos), ya que estas son las texturas más difíciles de tragar.

Se intenta paliar evitando las texturas mixtas (triturando la comida, por ejemplo) y añadiendo espesantes a los líquidos, para conseguir diferentes texturas según precise el paciente (en orden de más líquido a más sólido: néctar, miel y pudding).

Sin embargo, la disfagia puede ir avanzando, y es posible que el paciente se atragante aunque se empleen bien los espesantes y se adapte la dieta, incluso pudiendo llegar a hacerlo con su propia saliva.

Cuando sucede esto la saliva o el alimento en lugar de ir al tracto digestivo acaba en el tracto respiratorio, pudiendo infectarse y provocar una neumonía broncoaspirativa. Esta, al igual que las ITUs, puede curarse con antibiótico o acabar con la muerte del paciente.

Estreñimiento:

La demencia afecta también al tracto digestivo, ralentizando su movimiento, por lo que el estreñimiento es habitual en estos pacientes. Algunas personas tienen inmovilismo, lo que empeora la situación. En ocasiones a pesar de usar laxantes o enemas, el estreñimiento puede ser tan grave que genere bloqueos u obstrucciones del intestino, que pueden ser mortales. Además, el estreñimiento puede provocar bolas duras de deposición en el canal rectal llamadas fecalomas que a su vez pueden generar retenciones agudas de orina (RAOs), que favorecen las infecciones de orina.

Caídas:

La pérdida de la autonomía de la marcha en el paciente con demencia suele ser progresiva, volviéndose ésta poco a poco más torpe e inestable. Las caídas pueden estar presentes. Estas pueden ser leves sin consecuencias importantes o graves con fractura de huesos (siendo muy frecuente en estos pacientes la fractura de cadera), o hemorragias en el cerebro (sobre todo en pacientes que toman medicación anticoagulante o antiagregante que vuelve la sangre más líquida).

Cuando un paciente presenta caídas repetidamente, su médico revisa si hay algún factor que influya en ellas que se pueda modificar (por ejemplo, algunos medicamentos como el lorazepam las hacen más frecuentes). Pero puede llegar un momento en el que, aunque se haya hecho todo lo posible por evitarlo, el paciente siga cayéndose.

En este momento se puede plantear el uso de contenciones o sujeciones físicas que impiden la libertad de movimiento del paciente, lo que puede evitar las caídas, pero tienen importantes inconvenientes.

Úlceras por presión (UPP):

La pérdida de movilidad y de control postural y el encamamiento secundario, van a determinar que el paciente pase muchas horas en la misma posición. La gente mayor tiene la piel muy frágil y además la gente con demencia suele tener malnutrición. Pasar muchas horas apoyado sobre el mismo punto sin la protección de la grasa puede condicionar que se abran heridas que llamamos úlceras por presión.

Para intentar evitarlo, se cambia la postura de los pacientes cada poca hora cuando están acostados, y se emplean cojines y colchones especiales. Pero llega un momento en que, a pesar de estas medidas, se pueden producir estas heridas. Estas pueden tener mala evolución, aunque se realicen las curas adecuadas, pudiendo infectarse y provocar la muerte.

Deshidratación:

Un paciente con demencia generalmente está cercano a la deshidratación, independientemente de la ingesta que haga de líquido. Son pacientes que pierden la sensación de sed y/o la capacidad de pedir bebida, y en los que cualquier motivo, como un simple vómito, una infección leve o unas décimas de fiebre, pueden provocar que se deshidraten.

Disminución o pérdida del apetito (hiporexia o anorexia):

Cuando está llegando el final de la enfermedad, muchos pacientes con demencia dejan de comer e incluso de beber. Esto genera mucha angustia, porque parece que el paciente se está muriendo de hambre y de sed, pero es importante saber que no es así: no se va a morir porque no coma, sino que no come porque se va a morir. Es importante recordar que no tiene sensación de hambre ni de sed y por tanto no sufre.

II.I.XVI PREVENCIÓN

Al comienzo de la demencia, antes de que el paciente pierda su capacidad de juicio, es recomendable aclarar con él sus opiniones y deseos respecto al final de su vida, pues facilitará posteriormente la toma de decisiones. Si no se ha podido tener esta conversación es recomendable que la familia hable de estos temas por anticipado, pues estará más preparada para afrontar estas difíciles decisiones.

La etapa final de la enfermedad también ofrece vivencias enriquecedoras. Es el momento de aprovechar cada instante, de disfrutar de su presencia con intensidad. De acompañarlo, protegerlo, cuidarlo, mimarlo, hablarle de sus referencias vitales (decirle cómo se llama, de dónde viene, quién es su familia) o recordarle sus canciones favoritas, ya que la música forma parte de nuestro lenguaje automático que nos acompaña a lo largo de nuestra vida. Es importante que se sienta querido y que sienta el afecto y el contacto físico de sus familiares. Es recomendable acariciarlo, abrazarlo y besarle lo que nos permitan las circunstancias. No

es el momento de preguntarle cosas o de intentar que razone o memorice, sino de buscar aquello que le provoque una leve sonrisa o un gesto de placer.

Una parte fundamental de todo este proceso es la persona que acompaña o la familia. Los familiares tendrán que cuidarse para poder cuidar y, por ello, podrán permitirse llorar, enfadarse y, en definitiva, tener su propio espacio. Lo fundamental no es el tiempo que se pase con el paciente, sino intentar que cada momento con él sea de calidad. Cuando llegue el momento final, podrá irse tranquilo, acompañado y rodeado de las personas que le quieren.

Retirada de fármacos (antidemencia y otros):

Actualmente en algunos pacientes se recetan fármacos antidemencia, cuyo objetivo es mejorar los síntomas o detener la evolución de la enfermedad unos meses, y que solamente han demostrado eficacia (escasa) en demencias leves y moderadas. Por lo tanto, en pacientes que presenten mayor grado de demencia estos fármacos no aportan ninguna ventaja, pero pueden seguir teniendo efectos secundarios: es recomendable retirarlos.

Evitar alimentación e hidratación artificial:

Como hemos explicado previamente, en la fase final de la demencia es habitual que los pacientes dejen de comer. Algunas familias se plantean entonces implantar un tubo a través del abdomen que llega al estómago o al intestino para alimentar al paciente de forma artificial. Esto tiene muchas complicaciones (es posible que produzca dolor, que se infecte o que se lo arranquen, y aumenta el riesgo de una neumonía broncoaspirativa) y no está demostrado que aumente la duración de la vida. No ingresar en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ni realizar Resucitación Cardiopulmonar (RCP): Cuando un paciente está ingresado en un hospital y se pone tan enfermo que el tratamiento que se administra en la planta de hospitalización es insuficiente, la única opción para intentar la curación sería ingresar al paciente en la UCI. Esto se hace generalmente para intubarle y que una máquina respire por él mientras se intenta tratar la enfermedad aguda con fármacos y otros procedimientos. Hay que tener presente que el ingreso en la UCI es un tránsito terriblemente duro y agresivo, incluso para gente joven y fuerte sin patologías de base. La opción paliativa consiste en dejar de aplicar tratamiento curativo y administrar medicamentos para evitar el sufrimiento hasta que el paciente fallezca de forma natural.

La decisión final de si se ingresa a un paciente en la UCI recae en los médicos tratantes y en los médicos de la UCI. Estos considerarían como buenos candidatos únicamente a las personas que tiene buena situación física, mental y funcional previa; es decir, aquellos a los que se les va a poder retirar el respirador (hay muchos pacientes que no toleran que se retire porque dependen totalmente de él para respirar) y que van a poder rehabilitarse tras la curación.

Los pacientes con demencia moderadamente grave o grave, por esta razón no son candidatos para ingresar en la UCI ni, por lo tanto, para iniciar maniobras de RCP o resucitación cardiopulmonar si entran en parada cardiaca, ya que éstas implican ingreso posterior en UCI. Los pacientes con demencia leve o moderada están en un área gris, en la que la opinión de la familia y la del propio paciente (si la ha expresado) es muy importante.

No derivar al hospital:

Cuando el paciente tiene una demencia grave y está en residencia o en su domicilio se puede tomar la decisión de no derivar al hospital cuando presente una complicación aguda. Se evitará así el traslado en ambulancia, la desorientación en un ambiente desconocido, la extracción de sangre y los tratamientos agresivos que son incómodos y que pueden tener efectos secundarios.

Se intentará administrar el tratamiento curativo del que se disponga (en algunas residencias, por ejemplo, no se puede administrar tratamiento por vía intravenosa, y solamente se puede dar lo que el paciente admita por boca). Finalmente, si se observa que el paciente está llegando a sus últimos días se puede administrar tratamiento paliativo por vía subcutánea (una aguja muy pequeña) para evitar que sufra. Al encontrarse en un lugar conocido podrá estar acompañado de sus familiares y amigos hasta que llegue el final.

II.I.XVII TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

No hay un tratamiento que cure como tal la demencia pero el uso de fármacos puede ayudar a tratar los síntomas y a ralentizar el progreso de la enfermedad. Hay que saber, que cuando hay destrucción o deterioro de las células del cerebro estas no se pueden recuperar. En el momento actual no existe ningún tratamiento que detenga el daño progresivo de las neuronas pero sí que permite estabilizar la enfermedad durante algún tiempo.

Es importante tratar otros síntomas a medida que estos vayan apareciendo: la depresión, la apatía, el insomnio y los trastornos de conducta. En el tratamiento de la demencia interviene todo el equipo de profesionales que atienden esta patología, los profesionales médicos, los de enfermería, los trabajadores/as sociales y/o los psicólogos/as. Es un abordaje integral y dirigido tanto a los pacientes como a las familias con quien conviven.

El tratamiento farmacológico debe ser iniciado y supervisado por un médico experimentado en el diagnóstico y tratamiento de las demencias. El diagnóstico se basará en criterios aceptados (DSM-IV o NINCD-ADRDA), y solamente se inicia cuando se pueda identificar un cuidador que controle en forma regular la toma del fármaco por parte del paciente. El seguimiento regular del paciente debe incluir escalas

de valoración cognitiva como el MMSE (test de Folstein) para monitorizar la respuesta al mismo y la progresión de la enfermedad debería ser una parte integral del manejo.

Los medicamentos que tratan la enfermedad de origen y ayudan a enlentecer el deterioro cerebral son los inhibidores de la acetilcolinesterasa. Actualmente se utilizan tres fármacos: rivastigmina, donepezilo y galantamina. Se utilizan en personas con la enfermedad de Alzheimer de grado ligero a moderado. En grados más avanzados se emplea otro medicamento, la memantina, sólo o junto con los anteriores. Los efectos secundarios comunes a estos fármacos son gastrointestinales: náuseas, vómitos y diarrea.

Así mismo, se utilizan fármacos que alivian los síntomas que producen cambios en el comportamiento. En función de los síntomas predominantes y la fase de la demencia, se emplearán distintos grupos de psicofármacos, como ansiolíticos, antidepresivos, neurolépticos y antiepilépticos. Los siguientes medicamentos que mencionare sirven para mejorar temporalmente los síntomas de la demencia.

- **INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA:** Estos medicamentos mejoran los niveles de un neurotransmisor que participa en la memoria y la capacidad de juicio. Entre ellos están el donepezilo (Aricept, Adlarity), la rivastigmina (Exelon) y la galantamina (Razadyne ER). Aunque se usan principalmente para tratar la enfermedad de Alzheimer, estos medicamentos también se podrían recetar para tratar otros tipos de demencia e incluso podrían recibirlos personas con demencia vascular, demencia por la enfermedad de Parkinson y demencia con cuerpos de Lewy. Algunos de los efectos secundarios pueden ser náuseas, vómitos y diarrea. Otros pueden ser disminución de la frecuencia cardíaca, desmayos y problemas del sueño.
- **MEMANTINA:** también conocida como Namenda regula la actividad del glutamato. El glutamato es otro neurotransmisor que participa en las funciones cerebrales, como el aprendizaje y la memoria. En algunos casos, la memantina se receta con un inhibidor de la colinesterasa. Los mareos son un efecto secundario común de la memantina.

Incluso se incluye la Vitamina E: la revisión Cochrane de los estudios sobre su uso concluyen que hay insuficiente evidencia para la eficacia de la misma en el tratamiento de la EA. También en Estudios con esteroides y no esteroides en la EA han sido negativos y tienen efectos colaterales potencialmente serios

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) aprobó el lecanemab (Leqembi) y donanemab (Kisunla) para personas con casos leves de la enfermedad de Alzheimer y poco deterioro cognitivo debido a esta enfermedad. Los ensayos clínicos descubrieron que los medicamentos desaceleraron el deterioro del pensamiento y la funcionalidad en personas con enfermedad de Alzheimer en etapa temprana. Los medicamentos impiden la acumulación de placas amiloides en el cerebro.

La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos recomienda que se realice una resonancia magnética del cerebro antes de iniciar el tratamiento. También recomienda hacer periódicamente resonancias magnéticas cerebrales durante el tratamiento en busca de síntomas de hinchazón o sangrado en el cerebro.

- El LECANEMAB se administra por infusión intravenosa cada dos semanas. Los efectos secundarios del lecanemab incluyen reacciones relacionadas con la infusión, como fiebre, síntomas parecidos a los de la gripe, náuseas, vómitos, mareos, cambios en la frecuencia cardíaca y falta de aliento.
- El DONAMEMAB se administra por infusión intravenosa cada cuatro semanas y los efectos secundarios del medicamento pueden ser síntomas parecidos a los de la gripe, como náuseas, vómitos, dolor de cabeza y cambios en la presión arterial, en raras puede causar reacción alérgica e hinchazón potencialmente mortales.

Además, las personas que toman lecanemab o donanemab pueden presentar hinchazón cerebral o pequeños sangrados en el cerebro y en raras ocasiones, la hinchazón cerebral puede ser lo bastante grave como para causar convulsiones y otros síntomas. Incluso puede haber sangrado cerebral llegando a causar la muerte. Si se toma anticoagulantes o hay otro factor de riesgo para sangrado cerebral, consulta con el profesional de atención médica antes de tomarlo, porque pueden aumentar el riesgo de sangrados cerebrales.

Si bien en la mayoría de los casos estas drogas son bien toleradas es necesario la titulación de la dosis de las drogas anticolinesterásicas, para detectar la aparición de efectos adversos. Estos efectos son: náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, pérdida del apetito, pérdida de peso, insomnio, síncope y bradicardia. Es necesario entonces realizar, antes y durante la titulación, una valoración cardíaca (básicamente clínica y electrocardiográfica) en busca de síndrome del nodo sinusal o de trastornos de la conducción. Debe tenerse precaución en el tratamiento de pacientes con úlceras gástrica o duodenal activas o que tengan factores de riesgo para estas enfermedades.

En la evaluación de la efectividad de estos fármacos, se consideran los cambios en la cognición, en las actividades de la vida diaria (función) y en los trastornos conductuales. La mayoría de los estudios clínicos con inhibidores de la acetilcolinesterasa, han demostrado eficacia en mejorar el estatus cognitivo y en la función (discapacidad) en sujetos con EA de grado leve a moderado. Con respecto a los síntomas conductuales, ha demostrado eficacia en algunos de ellos, sobretodo en la agitación, apatía y psicosis

III.I.XVIII TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Consiste en un conjunto de actividades que se realizan bien en grupo, en un ambiente de ocio, o de forma individual, mediante técnicas complementarias que trabajan las funciones cerebrales perdidas a la vez que

intentan potenciar y conservar las que aún se mantienen. Las personas con demencia pueden mantener su calidad de vida y mejorar su bienestar: con actividad física participando en actividades e interacciones sociales que estimulan el cerebro y mantienen su actividad diaria

Las técnicas se basan en ejercicios de memoria, de habilidad motora, de reconocimiento de actividades habituales, ejercicios del lenguaje, lectura, escritura, entre otros. Todo ello ayuda a controlar los síntomas y constituyen una parte fundamental del tratamiento de todos los pacientes con demencia.

El tratamiento no farmacológico incluye la formación de cuidadores como aspecto de gran relevancia. El cuidador principal es la persona que está más en contacto con el equipo asistencial y deberá informársele de los riesgos que conlleva asumir este rol: contraer paulatinamente una gran carga física y psíquica (estrés crónico) al responsabilizarse con los cuidados del enfermo, muchas veces el desempeño de este papel supone un abandono de sus propias necesidades, mientras asiste como protagonista principal al declive físico y psíquico de su familiar.

Los objetivos del tratamiento no farmacológico son:

- Estimular y mantener el mayor tiempo posible las capacidades mentales de las personas con demencia.
- Evitar la desconexión del entorno y favorecer las relaciones sociales y la autonomía personal.
- Estimular la propia identidad y la autoestima.
- Disminuir el estrés y evitar las reacciones psicológicas anómalas.
- Mejorar el rendimiento cognitivo y funcional.
- Aumentar la autonomía de estas personas en las actividades básicas de la vida diaria como asearse, comer, vestirse, entre otros.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y sus familiares.

TERAPIAS:

Varios de los síntomas de demencia y problemas de comportamiento podrían ser tratados inicialmente usando enfoques no farmacológicos, estos pueden incluir los siguientes:

- **TERAPIA OCUPACIONAL:** tiene como objetivo habilitar a las personas para que puedan participar en las actividades cotidianas que les dan sentido y propósito en la vida. La terapia también te ayuda a controlar el comportamiento y a prepararte para cuando la demencia progrese e incluso para evitar el riesgo de caídas.

- CAMBIOS EN EL ENTORNO: Reducir el desorden y los ruidos puede hacer que a una persona con demencia le resulte más fácil concentrarse y actuar. Es posible que se deba esconder objetos que puedan poner en peligro la seguridad, como cuchillos y las llaves del automóvil.
- TAREAS MÁS SENCILLAS: Puede ser útil dividir las tareas en pasos más sencillos y centrarse en el éxito, no en el fracaso. La estructura y la rutina ayudan a reducir la confusión en las personas con demencia.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: son todas aquellas tareas que el ser humano realiza de una forma cotidiana, y cuya no realización genera en mayor o menor medida un grado de dependencia. Se dividen en tres tipologías:

- AVD Básicas (AVDB): son las referentes al autocuidado y movilidad. Como ejemplos: baño, higiene y aseo personal, continencia, vestido, alimentación, movilidad funcional (transferencias, transporte de objetos, deambulación), uso de productos de apoyo, etc.
- AVD Instrumentales (AVDI): son las que realizamos para interactuar con nuestro entorno más inmediato, la vida en comunidad. Como ejemplos: actividades relacionadas con el cuidado de otros, movilidad en la comunidad (uso de transporte público), manejo de dinero, cuidado de la salud y manutención (toma de medicación), limpieza y cuidado del hogar, preparación de comida, ir de compras, etc.
- AVD Avanzadas (AVDA): son las relacionadas con la autorrealización. Como ejemplos: el trabajo y el tiempo libre, actividades prosociales y estilo de vida, etc.

El entrenamiento de las AVD es una terapia no farmacológica que en el caso de las personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias se realiza a través de ayudas verbales o físicas (dependiendo del nivel de dependencia que tenga la persona), y podrá igualmente prescribir algún producto de apoyo con el fin de mantener la mayor autonomía o independencia posible en dicha actividad, influyendo de manera directa en la calidad de vida de la persona y la familia.

Tiene un enfoque global, ya que persigue la estimulación de varias capacidades: Autonomía personal Reconocimiento visual y denominación de objetos Coordinación visuo-motriz-manual Motricidad fina y gruesa Atención / concentración / orientación / comprensión Memoria a corto y largo plazo.

El profesional coordinador de la terapia realizará una valoración previa del desempeño de cada usuario, y podrá determinar aquellas actividades susceptibles de un entrenamiento y/o reeducación. Se podrá

completar con una valoración de las funciones físicas y cognitivas para determinar el potencial de mejora que tiene la persona, para ello, pueden utilizar varios test o escalas:

- Índice de Barthel para la valoración de las AVDB
- Índice de Lawton y Brody para la valoración de las AVDI
- Índice de Katz para ABVD
- Listado de intereses (valoración específica de Terapia Ocupacional) para adaptar (sobre todo las actividades avanzadas) a los intereses previos y actuales de la persona

Al detectar los posibles déficits físicos, sensoriales, cognitivos, conductuales o sociales que están dificultando el desempeño independiente en cualquier AVD, se puede intervenir estableciendo hábitos, rutinas y actividades automatizadas.

La metodología puede ser individual o grupal, y se pueden utilizar diversas técnicas, como: entrenamiento mediante juegos de simulación, fichas de discriminación, método Montessori, uso y manejo de utensilios de la vida diaria, reminiscencias, etc. En relación con la estructura de la actividad, realizamos una propuesta, aunque siempre habrá que adaptarla a la duración de la actividad, así como a las características del grupo y los medios disponibles: Saludo y presentación de la actividad, con una breve explicación sobre los objetivos de la sesión.

LA GERONTOGIMNASIA: esta tiene una función específica, la de introducir los hábitos y actitudes saludables del mundo de la gimnasia en la tercera edad, y gracias a ella se mejora la forma física de aquellas personas que presentan algún tipo de deterioro físico o algún problema locomotor. Además fomenta una actitud positiva hacia los problemas y limitaciones asociadas a la edad, también pretende mantener y/o mejorar el estado físico de las personas manteniendo o incrementando la movilidad articular y la fuerza, actuar de forma beneficiosa sobre los sistemas cardiocirculatorio y respiratorio, entre otros.

Las personas que presentan demencias tienden a la inmovilidad, por lo que es importante realizar actividades que fomenten la movilización activa de todos los segmentos corporales para mantener la flexibilidad de las articulaciones así como la fuerza, con el fin de una mayor independencia el máximo tiempo posible. Si se trabaja activa los movimientos ayuda a mantener las capacidades físicas y motoras, para mantener la autonomía el máximo de tiempo posible y contrarrestar el progresivo deterioro por el avance de la enfermedad.

El profesional coordinador de la terapia realizará una valoración previa de cada usuario, y con los resultados obtenidos determinará si puede participar en la terapia o no, y que tipo de ejercicios puede realizar. Para ello pueden utilizar varios test o escalas:

- Escala Tinetti: valoración de la marcha y el equilibrio
- Escala de Downton: evaluación del riesgo de caídas.
- Escala Daniels: valoración de la fuerza muscular
- Otros: Balance articular, Unipodal, etc.

Esta terapia ofrece gran variedad de actividades: se pueden realizar ejercicios de psicomotricidad de manera guiada (tablas de ejercicios, circuitos de marcha, etc.), o a través de juegos dinámicos y manipulativos con material específico (pelotas, cuerdas, gomas, etc.). Además, se puede acompañar de música, adaptada a los ejercicios que se realizan, ayudando al movimiento y a la coordinación, o relajante para los momentos de relajación.

En función del nivel de deterioro de los usuarios, los ejercicios se realizarán en bipedestación o sedestación (de pie o sentado), organizando los grupos en círculo o en forma de U, para que todos pueden seguir de forma visual las indicaciones del profesional.

Dinámica de gerontogimnasia: Ejercicios con repeticiones de 5-10 veces, que se pueden intercalar con respiraciones profundas, realizando: Movilidad de cuello, Movilidad de tren superior (tronco, hombros, codos, muñecas, dedos), Movilidad de tren inferior (cadera, rodillas, tobillos, pies).

ARTETERAPIA: Según la Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (2011), el Arteterapia “es una profesión asistencial que utiliza la creación artística como herramienta para facilitar la expresión y resolución de emociones y conflictos emocionales o psicológicos. Por regla general, el Arteterapia está indicada para personas que debido a sus circunstancias o a la enfermedad que padecen encuentran difícil la articulación verbal de sus conflictos y emociones”.

El arteterapia está orientada a la persona enferma, incluida dentro del ámbito artístico, creativo y emocional, ya que usan el lenguaje artístico y las artes plásticas para favorecer la salud mental, emocional y social de las personas. Este puede ayudar a conservar y potenciar las capacidades y destrezas de las personas con demencia a través del proceso creativo, porque este proceso tiene el gran valor de que cuando se imposibilita el lenguaje quedan otros recursos creativos para expresar necesidades, deseos, sentimientos, recuerdos, etc. A través de la expresión artística se puede ofrecer a las personas un espacio y un tiempo en el que sean protagonistas de su propia creación.

Es fundamental considerar las capacidades, gustos e intereses de la persona para que la actividad sea productiva, potencie la autoestima y su sensación de autoeficacia, sea agradable y por lo tanto terapéutica. Se realiza un registro de evaluación mensual, que permite intervenir en actividades o conductas; y se puede completar con un registro de evaluación trimestral y otro anual para realizar la valoración global de la aplicación de esta terapia.

LA MUSICOTERAPIA : Según la Federación Mundial de Musicoterapia (2011), la musicoterapia “es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional e intelectual y su bienestar. La investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basados en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos”.

El uso de la música puede ser de forma activa o pasiva, dirigida a estimular capacidades cognitivas, a provocar refuerzo afectivo y a mejorar el estado físico de una persona. Esta terapia produce mejoras en la comunicación, la socialización y las capacidades cognitivas, perceptivas o físico-motrices; por eso es un recurso utilizado por profesionales que atienden a personas con demencia para mejorar su calidad de vida y retrasar en la medida posible el avance de la enfermedad.

La música es una poderosa herramienta terapéutica que permite a las personas con demencia a poder acceder a sus emociones y recuerdos. Las canciones escuchadas a lo largo de la vida tienen un gran significado personal, y por eso pueden ser un vehículo para expresar pensamientos y emociones. El método aplicado puede ser muy variado:

- Activo, tocando instrumentos, cantando, interpretando la música, etc.; siendo la música tocada por el terapeuta o por los usuarios.
- Receptivo, usando la música para inducir estados de ánimo.

Cada sesión se evalúa con una ficha individual, recogiendo información sobre la programación diaria de las sesiones, su ejecución y desempeño, y el registro de conductas.

II.I.XIX REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

La rehabilitación ocupacional de reactivación con técnicas como el entrenamiento de la memoria, las actividades manuales y creativas, el estímulo sensitivo-motor y la terapia de autosuficiencia ha demostrado ser más eficiente en la mejora cognitiva, del funcionalismo psicosocial, del equilibrio emocional y del bienestar subjetivo que la rehabilitación funcional con terapia ocupacional funcional, psicoterapia y terapia del lenguaje.

El entrenamiento psicoeducativo completo de los cuidadores puede ser beneficioso para ellos y prolongar el mantenimiento de su dedicación, e igual resultado se obtiene con la participación en grupos de apoyo. Liberar a los cuidadores mediante breves internamientos del paciente en instituciones adecuadas favorece también su buen estado físico y psíquico y aumenta sus probabilidades de continuar en sus funciones.

Las siguientes técnicas pueden ayudar a reducir la agitación y promover la relajación en personas con demencia:

- Musicoterapia: implica escuchar música calmante.
- Ejercicio ligero
- Ver videos de familiares
- Terapia con mascotas: puede incluir recibir visitas de perros u otros animales para mejorar el estado de ánimo y el comportamiento
- Aromaterapia, que utiliza aceites aromáticos extraídos de plantas
- Masoterapia
- Terapia de arte, que implica la creación artística y se centra en el proceso más que en el resultado

Los pacientes con demencia pueden beneficiarse de tratamientos no farmacológicos y medidas de estilo de vida encaminados a mejorar los problemas de comportamiento, la ansiedad y otros síntomas. Entre ellos destacan los siguientes:

- Terapia ocupacional para prevenir caídas, mejorar el comportamiento, etc.
- Modificar el entorno: Reducir el desorden y los ruidos redundan en el bienestar de las personas con demencia.
- Fomentar el ejercicio físico.
- Fomentar la participación del paciente en actividades diversas

FISIOTERAPIA:

La Confederación Mundial de la Fisioterapia (W.C.P.T.) define la fisioterapia como: "el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud". (1987)

Los beneficios que aporta la fisioterapia en la demencia contribuyen a mantener el mayor grado de autonomía física y funcional en cada fase de la enfermedad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del afectado, su familia y/o cuidadores. Influye en la disminución de los síntomas que afectan a la funcionalidad, que provocan dolor y que por tanto alteran la calidad de vida del afectado y de su entorno familiar.

Debido al deterioro de las neuronas, la ejecución de movimientos que viene determinada por una conexión sistema nervioso y muscular, se afecta. Disminuye tanto la velocidad como el número de movimientos, así

como su coordinación, llegando a dificultarse e imposibilitarse movimientos automatizados como son la marcha. Estos pacientes deberían ser tratados por un fisioterapeuta especialista en neurología, ofreciendo así un tratamiento integral, individualizado y especializado.

Antes de iniciar el tratamiento, se debe realizar una valoración exhaustiva del paciente, pudiendo estar presentes otras patologías propias de la edad (osteomusculares, respiratorias, vasculares periféricas...). Las reevaluaciones periódicas deben ser primordiales, ya que, permiten adaptar el tratamiento a las capacidades, el grado de deterioro cognitivo y las necesidades de la persona en todo momento.

Asimismo, la orientación familiar y de los cuidadores es básica, dado que la información y estrategias de cómo mejorar el manejo de algunos síntomas de la enfermedad, sus factores de riesgo y las pautas de tratamiento físico y funcional a seguir en casa, son fundamentales en el plan terapéutico y facilitan el fomento de la autonomía de la persona y la atención ofrecida por sus cuidadores

El objetivo principal y a largo plazo va encaminado a mejorar la calidad de vida de la persona, algunos de estos son:

- Mejorar y/o mantener el rango articular, tanto activamente como pasivamente
- Mejorar/ mantener el tono muscular, evitando rigideces, atrofia y acortamientos.
- Mejorar y/o mantener: la independencia en las transferencias. Una postura lo más óptima posible.
- Mejorar y/o mantener la capacidad de deambular lo más independiente y funcional posible
- Fortalecer aquella musculatura debilitada y elongar aquella acortada.
- Trabajar las fases de la marcha: primero por separado y luego juntas para integrarlas.

Con todo ello será más fácil:

- Disminuir el dolor articular y muscular
- Prevención de las complicaciones de los sistemas circulatorio y respiratorio propios del inmovilismo
- Prevenir las consecuencias del inmovilismo (cambios posturales y medidas técnicas).
- Prevenir caídas y accidentes.
- Potenciar socialización y la mejora del estado de ánimo.

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA

Fase inicial: Es en esta fase en la que se suele diagnosticar la enfermedad, aún no se manifiestan graves problemas que requieran el tratamiento fisioterapéutico; aún no hay dificultades motrices ni graves

alteraciones cardiorrespiratorias. Se busca prevenir que las dificultades de movilidad, de desplazamiento y de desorientación que sufrirá el paciente se retarden.

También pretende mantener la mayor independencia posible, procurar que los déficits sean lo menos invalidantes posible y prevenir complicaciones asociadas como los cardiovasculares o respiratorias.

Algunos tratamientos usados son:

- Relajación: El paciente es consciente de sus olvidos y alteraciones, lo cual le produce ansiedad y angustia por ello es importante trabajar técnicas de relajación: Jacobson (por medio de contracciones isométricas de los distintos grupos musculares del cuerpo), Schultz (entrenamiento autógeno) o Le Huche (relajación con ojos abiertos) pueden ser eficaces.
- Masaje: Cosgray lo recomienda incluso para tratar la depresión de los pacientes con EA. Se debe realizar lento y semiprofundo, buscando un efecto sedante.
- Musicoterapia: Lord y Garner han demostrado el valor terapéutico de la música en un estudio realizado en personas con demencias a las que se les ponía música de su juventud durante las sesiones de recreo, actividades, etc. Estas personas estaban más alegres y con un estado de alerta mayor que los pacientes en los que no se aplicó esto. Además, si se pone música durante la sesión de fisioterapia, podemos aprovechar los ritmos marcar los ejercicios.
- Hidroterapia: inmersión en piscina, natación suave o la hidrocinesiterapia, proporcionan una sensación relajante, estímulo externo y propioceptivo, lo cual podría prevenir o disminuir las dificultades de estructuración de esquema corporal, equilibrio y desorientación espacial que empiezan a manifestarse en esta primera fase. Se podría hacer más activo con ejercicios con balones, flotadores para, además, potenciar la movilidad y funcionalidad de las extremidades.

Es importante potenciar la movilidad como medio de prevención de atrofas y limitaciones mio-articulares, y para preservar la independencia del paciente. En este caso incluimos:

- Bicicleta ergométrica: trabajando con suavidad, con el fin de favorecer la función cardiorrespiratoria, la movilidad articular, la coordinación y la resistencia al esfuerzo.
- Potenciar y entrenar la deambulaci3n: si es posible, paseos al aire libre, en un entorno tranquilo y con control de esfuerzo, el mantenimiento de una deambulaci3n estable y con buen equilibrio, va a prevenir que la persona pueda sufrir caídas que añadan más problemas a su patología.

- Ejercicio terapéutico: Interesante realizar esto en grupos, por medio de actividades jugadas empleando, por ejemplo, balones, globos, aros, etc. De esta manera podemos trabajar la coordinación y la organización espacial.
- Coordinación psicomotriz: los ejercicios anteriores de forma activa.
- Fisioterapia respiratoria: Relajación y toma de consciencia postural, Mejora de la postura y toma de consciencia respiratoria y entrenamiento de la respiración nasal (muchos ancianos pierden este hábito).
- Realización de movimientos de flexibilización torácica correctamente coordinados con la respiración: inspiración-extensión y espiración-flexión. Esto puede hacer combinándose con movimientos de los brazos, para favorecer la expansión costal y de la caja torácica.
- Uso del espirómetro: valoración y feed-back de la propia espiración.

Segunda fase: en esta fase se profundizará en el tratamiento iniciado en la fase anterior, si bien contaremos con el hándicap de que la colaboración del paciente será menor debido a su deterioro psíquico.

- Relajación: ya no sólo relajación desde el punto de vista psicológico (por la angustia y depresión que sufren estos pacientes), sino desde el punto de vista tónico, puesto que son frecuentes las contracturas extrapiramidales debido a los fármacos. Se podrá emplear: Masaje, buscando efecto sedativo.
- Hidroterapia: inmersión muy controlada en piscina, donde, además, podemos movilizar de forma activa o pasiva.
- Cinesiterapia: activa o pasiva, de extremidades e incluso de tronco para, así, prevenir posibles distonías y desajustes posturales.
- Tratamiento postural: en principio, se enseña al paciente y a los familiares y/o cuidadores las posturas más adecuadas en sedestación, en la cama, a la hora de hacer las actividades cotidianas, con vistas a evitar las posiciones viciosas y actitudes distónicas.
- Ejercicios flexibilizantes de columna y tórax: con el sujeto sentado, para mayor seguridad, se movilizará en flexo-extensión, rotaciones e inclinaciones, y a poder ser coordinado con la respiración.

- Movilidad: se movilizarán todas las articulaciones de las extremidades en sus diferentes ejes de movilidad; en manos, propondremos actividades de destreza manipulativa con aros, pelotas y mesas canadienses. Se puede emplear el sistema de poleas.
- Equilibrio y reeducación de la marcha: plataformas de propiocepción (tipo Freedman o Bohler). A la hora de trabajar la marcha habrá que trabajar desde lo más sencillo hasta lo más complicado, como son terrenos irregulares, rampas, cuestas escaleras, obstáculos y en caso de que sea necesario trabajar con ayudas técnicas, adquiriendo un buen patrón con ellas, ya sean bastones o andadores.
- Coordinación psicomotriz y perceptivo-motriz: que se podrá trabajar por medio de las pautas descritas en los apartados anteriores.
- Tratamiento del dolor: además de la función de prevención del dolor que tiene el ejercicio terapéutico, se puede emplear ultrasonidos y termoterapia o crioterapia siempre con precaución por las alteraciones sensitivas que puedan tener como se ha comentado anteriormente.

TERCERA FASE: A pesar del desenlace de estos enfermos se ha de intentar conseguir la mayor calidad de vida posible para ellos, ya que suelen estar encamados, muy deteriorados orgánica y psíquicamente, y con poca capacidad de colaboración voluntaria en las sesiones de tratamiento. Algunas de las actividades que se pueden realizar son:

- Cuidados posturales del encamado: muy importantes las pautas de cambios posturales en la cama, alternando los decúbitos supino y laterales , así como la sedestación y verticalización siempre que sea posible, al menos una hora al día, para favorecer el patrón ventilatorio, el tránsito intestinal y la micción y defecación. También son importantes los vendajes para tratar de prevenir las úlceras.
- Ozonoterapia: tratamiento de las úlceras.
- Masaje tonificante: para mantener la turgencia de los tejidos cutáneos, especialmente en las zonas de la piel con prominencias óseas o sometidas a apoyo continuo en la cama; se deben usar cremas hidratantes o aceites con esencias (romero, eucalipto).
- Cinesiterapia: en esta fase será predominantemente pasiva y suave, aunque si el enfermo de Alzheimer puede colaborar, se procurará realizar de manera activa asistida.

III.I.XX ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y FÍSICA

La estimulación cognitiva se define como el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden activar, estimular y entrenar las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento,

abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias, cálculo, etc.), mediante una serie de situaciones y actividades concretas dirigidas a mejorar y/o mantener el funcionamiento cognitivo en general.

La estimulación cognitiva, en el ámbito de las demencias, engloba las actuaciones dirigidas a mantener el mayor tiempo posible las capacidades cognitivas preservadas, así como para encontrar formas de compensar los déficits provocados por los déficits cognitivos existentes. Y de forma extensiva, y a través de este trabajo cognitivo, mejorar las capacidades funcionales, la conducta y la afectividad.

Se trabajan las capacidades cognitivas y los componentes que la integran, de forma adecuada y sistemática, para transformarlas en una habilidad, un hábito y/o una destreza. Es importante trabajar sobre las capacidades residuales (las que aún conservan) de la persona, para lograr evitar la frustración del afectado. Todo esto contribuirá a una mejora global de la conducta y estado de ánimo como consecuencia de una mejora de la sensación de autoeficacia y autoestima por parte de la persona afectada.

La intervención en estimulación cognitiva tiene un enfoque global, ya que persigue la estimulación de varias capacidades como la atención, concentración y percepción, e incluso incluye estos otros:

- Orientación: temporal, espacial y personal.
- Memoria: a corto y largo plazo, semántica, episódica, etc.
- Lenguaje: expresión verbal, capacidad lectora, escritura, comprensión oral y escrita, razonamiento, etc.
- Cálculo y lógica: reconocimiento numérico y operaciones.
- Praxias: ejecución y producción de actos motores voluntarios.
- Gnosias: reconocimiento de estímulos visuales, auditivos, táctiles y denominación.
- Funciones ejecutivas: juicio, razonamiento abstracto y planificación de actividades.

El tratamiento está indicado para los niveles de deterioro en fase leve, moderada y severa (GDS 3/ GDS 4/ GDS 5 / GDS 6), con mayor eficacia en fases leves de la enfermedad. Se puede trabajar en dos formatos: de forma grupal, con un grupo lo más homogéneo posible; y también se puede realizar a nivel individual.

Las Asociaciones desarrollan esta terapia mediante talleres, en los Centros de Día, en las Unidades de Respiro e incluso en los domicilios, todo en función de las características de cada grupo de usuarios y de la organización, el tiempo de duración de cada sesión puede oscilar entre 60-120 minutos en sesiones grupales, y 20-45 min. en sesiones individuales. La frecuencia de aplicación dependerá de la organización del servicio en el que se desarrolla, aunque lo más habitual es entre 2-5 veces a la semana.

El profesional coordinador de la terapia realizará una valoración cognitiva previa de cada usuario, y con los resultados obtenidos podrá determinar qué capacidades mantiene la persona así como qué tipo de

actividades/ejercicios puede realizar de cada una de esas capacidades, así como el grupo en el que se le incluirá. Para ello pueden utilizar varios test o escalas:

- Test del Dibujo del Reloj (CDT) (TDR): es una prueba en donde se le pide a la persona dibujar un reloj que marque tal hora, entonces la persona tratará de realizarlo, es una herramienta sencilla y rápida que se utiliza para detectar el deterioro cognitivo
- Fototest: es un test cognitivo breve que evalúa la capacidad de recordar seis elementos que previamente se le han mostrado al sujeto y se le ha pedido que nombre
- Mini examen cognoscitivo de Lobo: es un instrumento de valoración que evalúa cinco áreas cognitivas: orientación temporal y espacial, fijación, concentración y cálculo, memoria, y lenguaje y construcción.
- Test SPMSQ de Pfeiffer: es una prueba que contiene 10 items que valoran varias funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. Muy breve pero con una aceptable capacidad discriminativa
- Test 7 minutos: esta prueba recoge 4 pruebas distintas que ya se utilizaban para diagnosticar el Alzheimer, las cuales son la prueba de memoria, test de reloj, prueba de orientación temporal y prueba de fluidez verbal.
- Test CAMDEX: es una herramienta estructurada y estandarizada que permite la evaluación de la demencia y de otros trastornos mentales y físicos en personas con síndrome de Down u otro tipo de discapacidad intelectual.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN MÁS HABITUALES:

- Método clásico (actividades de papel y lápiz): con la utilización de fichas, preguntas intencionales, juegos educativos, refuerzos verbales y uso del reto, etc.
- Uso de nuevas tecnologías (TICs): pantallas táctiles, tablets, ordenadores, consolas, etc.
- Programas de intervención utilizados: Grador, NeuronUP, Paletto digital, Pixeles Therapy, Smartbrain, Wii terapia, Xbox, etc.

- Terapia de Orientación a la realidad: un conjunto de técnicas mediante las cuales la persona toma conciencia de su situación en el tiempo (orientación temporal), en el espacio (orientación espacial) y respecto a su propia persona (orientación personal).
- Reminiscencia: es una técnica que hace que la persona intente hacer memoria sobre su pasado, aquellos recuerdos que mantiene sobre eventos importantes de su vida.
- Taller de Lectura (dirigida) y debate: un profesional realiza una lectura sobre una temática concreta, una festividad, una noticia, etc., y luego se invita a los usuarios a participar en un diálogo o debate.
- Taller de Memoria: para fases leves de la enfermedad o como método de prevención.
- Cineforum: actividad para estimular las funciones perceptivas y cognitivas de los usuarios, ayudando a la comprensión de contenidos y animado a la discusión. Se trabaja la atención, la memoria, el lenguaje y el razonamiento.
- Taller de refranes: el terapeuta deberá iniciar las primeras palabras de cada refrán en voz alta y dejar que los usuarios vayan adivinando, se puede hacer individualmente o grupalmente.
- 1, 2, 3 “Un, dos, tres... A recordar esta vez”: programa de estimulación cognitiva basado en una metodología lúdica, motivadora y significativa, con una adaptación del concurso televisivo “Un, dos, tres...responda otra vez”.
- Taller de ajedrez: potenciar esta disciplina deportiva, utilizándola como instrumento terapéutico y social, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas, abarcando los diferentes planos de la persona.
- Ludoteca: taller de juego para el tratamiento de diferentes patologías de tipo psíquico o problemas de conducta. Se usan mucho los juegos populares (cartas, oca, parchis, bingo...), e incluso se usa el cuenta cuentos, etc.

ESTIMULACIÓN FÍSICA

Terapias dirigidas a las áreas de desempeño funcional (autocuidado, trabajo y ocio), prestando especial atención al ambiente cultural y social dentro del cual se desarrolla la persona. Estas son algunas actividades para realizar estimulación física y que han dado buenos resultados a los pacientes con demencia:

- **PSICOMOTRICIDAD:** a través de este tipo de terapia pretendemos la integración de la función mental con la función motriz o física de la persona, buscando así una mayor funcionalidad de los movimientos que en el caso de la gerontogimnasia.
- **FISIOTERAPIA:** intervenciones orientadas a mantener y/o incrementar la autonomía del usuario, frenando en la medida de lo posible el deterioro físico. Se trabaja para reeducar la marcha mediante la deambulación y ejercicios sencillos, aliviar dolores articulares y musculares, mejorar el equilibrio, la coordinación, el tono muscular, etc. Se puede completar con varias estrategias de intervención: taller de mecanoterapia y el taller de masoterapia
- **GERONTOGIMNASIA:** mantener y/o mejorar el estado físico de las personas manteniendo o incrementando la movilidad articular y la fuerza entre otros, especialmente preparado y diseñado para personas mayores.
- **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD):** trabajo de las diferentes actividades básicas de la vida diaria con el fin de mantener su independencia en la vida cotidiana el mayor tiempo posible (talleres de autocuidado); y se puede completar trabajando otras de actividades con el fin de que mantengan este tipo de actividades el mayor tiempo posible.
Una estrategia de intervención muy habitual es aplicar el “Método Montessori”, realizando ejercicios de estimulación cognitiva muy básicos basados en la simplificación del espacio y los materiales empleados. Se realizan tareas manipulativas, administradas oralmente o empleando las nuevas tecnologías. Se emplean medios y materiales cotidianos, se realiza estimulación sensorial con texturas, colores, formas y en la interacción del usuario con los distintos materiales.
- **HIDROTERAPIA:** actividad grupal que consiste en la realización de ejercicios en una piscina (climatizada y accesible a personas con movilidad reducida) para el mantenimiento funcional, estimulando la motricidad, la mejora del estado de ánimo y la socialización.
- **Área emocional:** son terapias que están pensadas para incrementar las actividades gratificantes y disminuir el estrés de la persona afectada con demencia, así como para mejorar su estado de ánimo.

ARTETERAPIA: terapia con la que se trabajan diferentes aspectos (concentración, motricidad fina, coordinación, etc.) a través de la realización y aplicación de diferentes técnicas artísticas (color, modelaje, textura, cianotipia, etc.). Hay diferentes estrategias de intervención, en función de la expresión artística utilizada:

- Taller de labores o costura: método terapéutico de terapia ocupacional que pretende por medio de la actividad y la ocupación, mantener reeducar y rehabilitar los aspectos físicos cognitivos y sociales del individuo. Es fundamental considerar las capacidades, gustos e intereses de la persona para que la actividad sea productiva, potencie la autoestima, sea agradable y por lo tanto terapéutica.
- Taller de teatro, mimo y dramatización: son actividades que permiten desarrollar la expresión corporal y verbal, la interpretación física y la creatividad.
- Taller de actividades psicocreativas: taller de expresión plástica, movimiento corporal, música y teatro con el fin de mejorar capacidades, favorecer el autoconcepto y la expresión de las emociones.
- Taller de cianotipia: técnica artística que consiste en que a través de la mezcla de dos compuestos químicos se crea una emulsión fotosensible que aplicada sobre una superficie en la que se estampa un negativo u otro objeto, al darle la luz se destaca el azul, dando lugar a lo que puede parecer una fotografía.
- Danzaterapia: uso terapéutico de la danza y el movimiento expresivo para despertar las emociones y trabajar las capacidades cognitivas y motoras.
- Expresión corporal: metodología basada en el juego, la improvisación, experimentación y reflexión, para desarrollar la creatividad expresiva aplicada a cualquiera de los lenguajes (mímica, expresiones faciales, gestos, etc.)

MUSICOTERAPIA: empleo de la música y de los elementos musicales, tales como el ritmo, el sonido, la melodía y la armonía, que realiza un musicoterapeuta cualificado, con fines terapéuticos, para asistir necesidades, físicas, sociales y cognitivas de un paciente; promoviendo la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, etc. Otras estrategias más básicas de intervención, sin la implicación de un especialista en musicoterapia:

- Taller de coro: taller de canto dónde se ensayan sus canciones más representativas, que luego representan en una actuación.
- Talleres de música: con el uso de instrumentos, canciones populares de su época, canciones de festividades (navidades, fiestas, etc.), o canciones típicas de las localidades.

OTRAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

- Taller horticultura y jardinería: actividades realizadas preferiblemente al aire libre (pequeñas tareas de jardinería, cultivo, riego, recogida de frutos, etc.). En ocasiones se dispone de material adaptado en altura.
- Taller de cocina: realización de recetas (aprovechando fechas festivas) o experiencias con los sabores.
- Taller de belleza e higiene: fomentar las pautas y hábitos diarios para la correcta higiene, fomentar la autonomía de la persona y la comunicación sobre la higiene e intimidad en un ambiente lúdico y respetuoso.
- Taller de murales: creación de murales, para conseguir que los afectados se orienten en tiempo y espacio.
- Taller de apoyo psicoafectivo: una modalidad de psicoterapia dirigida a personas en fases iniciales (y conscientes de su afectación), con el fin de apoyar su adaptación a la enfermedad, reconocer sus estados emocionales y conocer sus mecanismos de defensa para enfrentarse a la enfermedad.
- Despertando emociones: trabajar emociones de forma positiva, a través de textos, vídeos, audios, etc., interviniendo desde el recuerdo de su historia de vida o autobiografía.

III.I.XXI CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DEMENCIA SENIL

Las personas mayores que sufren deterioro cognitivo avanzado o algún tipo de demencia requieren cuidados específicos que hay que incrementar a medida que el trastorno avanza. Los cuidados de enfermería para pacientes con demencia senil incluyen:

- Ayudar a la orientación: Mantener a la persona calmada y orientada
- Facilitar el aseo: Ayudar a la persona a vestirse y asearse
- Promover actividades: Estimular la memoria y la agilidad mental
- Controlar síntomas: Administrar la medicación y controlar los efectos secundarios
- Manejar comportamientos: Controlar los síntomas conductuales y psicológicos
- Establecer rutinas: Fomentar rutinas estructuradas, como horarios de comidas y de acostarse

- Adaptar el entorno: Proporcionar adaptaciones ambientales para apoyar la seguridad y la función cognitiva
- Prevenir caídas: Evitar obstáculos, alfombras y superficies que hagan resbalar
- Mejorar la calidad de vida: Diseñar planes de cuidados para disminuir factores de riesgo y complicaciones
- Educar a familiares y cuidadores: Ayudar a los familiares y cuidadores a adquirir los conocimientos y aptitudes necesarios

Desde el punto de vista de los cuidados de enfermería hay que fijarse principalmente en dos aspectos:

- Mantener las actividades básicas de la vida diaria (o ABVD).
- Proporcionar los cuidados que permitan mantener, dentro de lo posible, el estado de salud de la persona mayor con demencia.

La gente mayor que sufre deterioro cognitivo avanzado o algún tipo de demencia presenta unos riesgos de salud asociados que otras personas no tienen. Conviene conocerlos y evitarlos en la medida de lo posible. Se presentan riesgos relacionados con la alimentación y la hidratación algunos aspectos básicos de esto son:

- Desnutrición o mala nutrición: Puede ser que se olviden de comer o que se alimenten mal, comiendo solo las cosas que les apetecen o las que tienen más a mano, y agravando otras patologías que puedan sufrir como: diabetes tipo 2, hipercolesterolemia, hipertensión, etc. Puede ser útil esconder los alimentos que les perjudican y facilitar el acceso a los que les benefician.
- Deshidratación: De la misma manera que ocurre con la comida, las personas mayores con deterioro cognitivo avanzado o demencia pueden olvidarse de beber, entre otras cosas porque no reconocen la sensación de sed. Algunos síntomas de deshidratación pueden ser mareos, confusión o piel reseca. Hay que asegurarse de que beben líquidos durante todo el día, adaptando la textura si hay problemas de deglución.
- Problemas de deglución o disfagia: A medida que la demencia o el deterioro cognitivo avanza la mayoría de las funciones corporales se ven alteradas y, entre ellas, el mecanismo de la deglución. Esto conlleva riesgo de atragantamiento y muerte. Cuando hay problemas de disfagia se deben tener en cuenta una serie de medidas higiénicas, posturales y dietéticas.

RIESGO DE CAÍDAS

El riesgo de caídas en personas mayores es superior al del resto de población porque les cuesta más moverse, por problemas de visión, etc. En el caso de las personas con demencia o deterioro cognitivo avanzado el riesgo es superior porque presentan más problemas de movilidad. Para evitar caídas podemos tomar algunas medidas preventivas:

- Evitar los obstáculos, objetos o cables por el suelo, para facilitar la deambulación (caminar), siempre que ésta sea posible y tolerada. En trayectos largos es más recomendable el uso de silla de ruedas.
- Tener una buena iluminación: sobre todo en los lugares de paso. Además, por la noche, es conveniente tener alguna luz encendida en el dormitorio, pasillo y cuarto de baño.
- Evitar superficies que hagan resbalar
- Ayudar al paciente con la deambulación
- Elevar los barandales de la cama del paciente y en caso de estar alterado, se puede usar medidas de sujeción

RIESGO DE INFECCIONES Y ÚLCERAS

Hay que vigilar especialmente la higiene y las posibles úlceras en personas mayores con demencia o deterioro cognitivo avanzado porque llega un momento en el que se olvidan de la higiene y cada vez permanecen más tiempo inmóvil. En este sentido algunos consejos son:

- En caso de inmovilidad hay que utilizar cojines antiescaras durante la sedestación, protección de talones y colchón terapéutico durante el decúbito. Si la persona está en decúbito (estirada) y no se mueve, habrá que hacerle cambios posturales.
- Tener en cuenta la higiene diaria de partes íntimas, pliegues cutáneos y mucosas, y mantener la piel limpia, seca y bien hidratada.
- Es recomendable duchar a la persona una o dos veces por semana, de esta manera controlaremos el riesgo de que sufra infecciones.
- Si se utilizan pañales, hay que cambiarlos cada 3-4 horas e intentar sentar a la persona en el inodoro para facilitar la evacuación.

- Se debe evitar siempre la retención de orina durante más de 4 horas y vigilar las deposiciones. Es conveniente la eliminación fecal cada día y, en todo caso, cada tres como máximo. Si fuera necesario se puede administrar un laxante.

Objetivos a alcanzar por el personal de enfermería con los familiares durante el proceso de cuidar en cada fase:

- Fase 1: Al inicio del proceso: difícil aceptación de la enfermedad y de las manifestaciones que produce en el enfermo. Determinar los conocimientos y actitudes de los cuidadores de los enfermos con demencia.
- Fase 2: Durante el proceso: modificación del autocuidado para prevenir el síndrome de cansancio del cuidador y la claudicación familiar, según las necesidades de enfermería afectadas. Reorganizar el autocuidado del cuidador, con la participación de la familia y la atención del personal de enfermería.
- Fase 3: Después del proceso: resolución del duelo, prevenir la enfermedad en el cuidador y facilitar su bienestar. Asistir en la etapa de resolución del duelo de los cuidadores y la familia.

En todas las fases, la educación al cuidador y a la familia en general respalda el afrontamiento con información específica sobre la enfermedad y el desarrollo a la hora de hacer frente a las diferentes situaciones que se presentan.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Fomentar la participación en actividades sociales (familiares y de amigos) y de ocio, ya que mejoran la función cognoscitiva.
- Elaborar un programa de ejercicios físicos aeróbicos (caminar, nadar, correr, subir escaleras, bailar, etc) individualizado, para mejorar la capacidad cognoscitiva, aumentando el efecto de aprendizaje.
- El uso de técnicas de mnemotecnia aumentan el rendimiento de la memoria.
- Hacer uso de instrumentos como periódicos, diario personal, objeto de discusión o imagen del mismo para facilitar la orientación a la realidad.
- Realizar terapia de reminiscencia apoyándose de instrumentos como fotografías, videos, objetos y diarios personales, música, entre otros. Permite la estimulación no solo cognitiva, sino además funcional y social.

- Recomendar las actividades lúdicas como juegos de memoria o memoramas, sopas de letras, crucigramas así como juegos de mesa tales como loterías, basta, serpientes y escaleras.

ACCIONES DE ENFERMERÍA ORIENTADAS A LAS NECESIDADES AFECTADAS DEL CUIDADOR, SEGÚN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

El personal de enfermería en la primera fase ha de considerar que en ocasiones la falta de aceptación del familiar hacia la enfermedad que padece el enfermo, puede ser ineficaz cuando se prolonga el tiempo, se debe orientar al cuidador a través de las diferentes intervenciones psico-educativas que incluyan:

- Minimizar el temor, la incertidumbre y la frustración ante la idea de la incapacidad y muerte de su familiar.
- Brindar atención a la esfera emocional del cuidador, información sobre la enfermedad y su evolución para desarrollar habilidades de afrontamiento y mejorar la comunicación con los demás.
- Realizar técnicas de demostración para aprender los cuidados diarios del enfermo; entrenamiento en los aspectos básicos del proceso de cuidado, alimentación, hidratación, higiene adecuada, cambios posturales, manejo correcto del tratamiento médico, apreciación de los síntomas de mejora y/o empeoramiento de la enfermedad.

- Explorar los apoyos formales e informales que tiene el cuidador, en la familia o en la comunidad, con el propósito de que pueda ocuparse de su recreación personal
- Explicar al cuidador la importancia de mantener el contacto directo con los especialistas de forma periódica: psiquiatra, trabajador social, personal de enfermería, equipo básico de salud, geriatra y clínico.
- Explicar la importancia de asistir a los grupos de ayuda mutua en el centro de salud mental del municipio de Marianao para favorecer la realización personal del cuidador.
- Realizar ejercicio físico como forma de mantener el equilibrio físico y mental y facilitar el descanso.
- Ofrecer literatura sobre la enfermedad para ganar en conocimiento y estimular el pensamiento.

En la segunda fase o durante el proceso el personal de enfermería debe:

- Identificar e incidir sobre los factores de riesgos que hacen al cuidador más vulnerable.

- Realizar dinámicas familiares para hacer una evaluación y seguimiento del entorno del cuidador.
- Mantener el contacto estrecho y permanente con la familia, mediante visitas periódicas al domicilio para planificar conjuntamente los cuidados del enfermo, evitar la sobrecarga del cuidador y la claudicación familiar.
- Reforzar la autoestima del cuidador reconociendo su entrega y amor por el familiar, mostrar sus avances en el manejo del enfermo. Reforzar y reconocer en cada visita la labor del cuidador, para mantener la autoestima elevada.
- Prevenir los conflictos familiares que se puedan presentar en el transcurso del cuidado y agravamiento del enfermo. Continuar con el seguimiento de las situaciones complejas que puedan existir o aparecer en el transcurso del cuidado del paciente.
- Ofrecer propuestas para que el cuidador organice su tiempo de manera que le permita realizar actividades que sean de disfrute personal y favorecer el sueño y el descanso en la medida que sea posible.
- Velar porque no se pierda el acicalamiento y cuidado personal del cuidador.
- Facilitar lecturas que amplíen sus conocimientos sobre el cuidado del enfermo y ofrecer espacios de intercambio conjunto sobre ellas, como grupos de cuidadores.
- Recomendar actividades familiares que permitan utilizar los recursos intrafamiliares, la integración de sus miembros en el cuidado del enfermo.
- Interconsultar con otros miembros del equipo sobre problemas de salud o enfermedades crónicas que puedan aparecer.
- Utilizar otras redes sociales de apoyo en beneficio del cuidador y su enfermo.
- Ofrecer ejercicios donde pueda poner en práctica sus habilidades, físicas y mentales.

En la tercera fase, que se relaciona con la resolución del duelo de los cuidadores y la familia, el personal de enfermería debe:

- Reconocer el trabajo realizado por el cuidador durante la fase anterior, para que identifique el esfuerzo y la dedicación que tuvo con su familiar enfermo.
- Insistir en ir recuperando el tiempo para sí mismo y restablecer en la medida de lo posible las relaciones sociales y familiares para prevenir un duelo prolongado y con complicaciones.
- Acompañar y respetar las decisiones y creencias del cuidador, siempre que no se comprometa de manera desfavorable su salud.
- Enseñar a expresar lo que piensa y siente, culpas, frustraciones, enfado, tristeza y dolor ante la separación.

- Ayudar a cerrar de manera positiva situaciones personales y familiares que ocasionen remordimientos.
- Ofrecer alternativas comunitarias de integración que sean adaptables con las características personales del cuidador.
- Ofrecer espacios sociales o grupales para ocupar el tiempo que ahora tiene libre de manera saludable.
- Promover la práctica de ejercicios físicos.
- Recomendar técnicas de relajación para recuperar los procesos del pensamiento y favorecer el sueño y el descanso.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DIRIGIDAS AL CUIDADOR PARA AMINORAR EL COLAPSO DEL CUIDADOR

- Utilizar una escala validada para valorar la carga del cuidador
- Establecer en coordinación con trabajo social, programas de apoyo al cuidador primario para prevenir la presencia del colapso; si este ya se manifestó, minimizar el impacto sobre el paciente.
- Sugerir a cual cuidador primario realice técnicas de relajación (yoga) para la eliminación de tensiones. Punto de buena práctica
- Los pacientes que tienen terapia ocupacional presentan mejoría en el funcionamiento de sus actividades diarias, reduciendo así la carga sobre el cuidador.

II.I.XXII SINDROME DEL CUIDADOR

El Síndrome del Cuidador Quemado es un profundo desgaste emocional y físico que experimenta una persona que convive y cuida de alguien dependiente. Esto es debido a exponerse a una serie de factores que acaban absorbiendo su vida personal, como el cansancio, la sobrecarga y el estrés del cuidador. La persona que sufre este trastorno se suele llamar “el cuidador quemado”.

Cuidar de otro es un trabajo sumamente duro y si a eso le sumamos una dedicación exclusiva las 24 horas del día o gran parte de él, la tarea se vuelve aún más complicada. Por eso, el Síndrome del Cuidador es algo muy frecuente entre los cuidadores y cuidadoras de personas mayores, especialmente los cuidadores familiares. Con el cuidado diario, la salud del enfermo puede llegar a mejorar considerablemente, mientras que la del cuidador se deteriora progresivamente.

Este conjunto de emociones, sensaciones y pensamientos puede desembocar fácilmente en problemas psicológicos y físicos. Tanto es así, que cerca de un 90% de las personas cuidadoras presentan alguna afectación del estado de ánimo, como apatía, irritabilidad, ansiedad o trastornos depresivos. También pueden sufrir dolores musculares o de cabeza, alteraciones del sueño o desajustes gastrointestinales, entre otros.

El reconocimiento, evaluación y tratamiento de los pacientes con demencia es uno de los problemas más comunes de atención primaria en los ancianos, alcanzando su creciente aumento unas proporciones de auténtica epidemia. A pesar de esta importante repercusión médica (física, psíquica y funcional) no podemos olvidarnos del aspecto socio-familiar, ya que la demencia es también un problema familiar y comunitario que pone a prueba estas dos estructuras.

En la actualidad entendemos por demencia el síndrome orgánico adquirido que ocasiona, en un paciente consciente, un deterioro persistente (estático o progresivo), global y grave de las funciones intelectuales con la suficiente intensidad como para repercutir sobre las actividades sociales o laborales del paciente

La demencia va a condicionar las denominadas víctimas o pacientes ocultos (hidden patients), la familia y en concreto el denominado cuidador (caregiver, supporter o caretaker, de la literatura anglosajona). Según Casares, cuidar tiene varias acepciones de las que queremos destacar las siguientes: poner atención, diligencia y solicitud en la ejecución de una cosa; asistir y prestar ayuda; guardar.

Existen diversos tipos de cuidadores:

- Cuidador formal (estatal)
- Cuidador principal (crucial, primario, etc. que generalmente está dentro del entorno familiar),
- Cuidador informal (complementario)
- Cónyuge: es el grupo social y médicamente más vulnerable tanto por la edad de este cuidador como por la relación familiar, hijos (especialmente las hijas), otro familiar, vecino o amigo, etc.

Aunque el cuidador profesional también sufre los síntomas del cuidador primario ocurre con bastante menor intensidad, ya que no es lo mismo el cuidador familiar que asume toda la responsabilidad del enfermo que el cuidador secundario, el cual no ostenta la responsabilidad principal, de la misma forma que tampoco es lo mismo el cuidador de un paciente con demencia, que representa una importante carga afectivo-emocional, que el que se ocupa de enfermos sin merma intelectual.

CLÍNICA DEL SÍNDROME DEL CUIDADOR

El síndrome del cuidador no es sólo un síndrome clínico sino que no podemos desligarlo de la vertiente social, económica, etc. es decir, de las repercusiones no médicas. Este síndrome se caracteriza por la existencia de un cuadro plurisintomático que suele afectar y repercutir en todas las esferas de la persona

produciéndole una importante frustración e incluso hasta conflictos religiosos lo que se ha llamado “crisis del cuidador”.

Las alteraciones más frecuentes son:

- **Alteraciones médicas:** Es un cuadro plurisintomático en el que está afectada tanto la esfera psíquica como la física, bien por alteración directa o indirecta a través de la automedicación (estas personas consideran que no pueden permitirse el lujo de estar enfermos o con disminución de su tarea asistencial, por lo que se incrementa el consumo de alcohol y fármacos ansiolíticos).
- **Aspectos físicos:** Los cuidadores, especialmente las mujeres, tienen un aumento de su vulnerabilidad a problemas físicos, oscilando desde síntomas inespecíficos como la astenia a otros más complejos como la presencia de alteraciones neurológicas (cefalea tensional, insomnio, hipersomnia diurna, pesadillas, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, etc.), respiratorias, hematológicas (anemia, etc.), infecciones (especialmente cutáneas), endocrinas (diabetes, etc.), gastrointestinales, osteomusculares (tendinitis, dolor articular, mialgias, dolor de columna vertebral, etc.) e incluso alteraciones inmunológicas.
- **Aspectos psíquicos:** La tasa de enfermedades psíquica asociadas al cuidador es muy elevada, presentándola el 63% de la mujeres, el 39% de los maridos, el 39% de las hijas y nueras, el 25% de los hijos y el 28% de otros miembros de la familia que actúan como cuidadores. El cuidado de estos pacientes supone una gran tensión para su familia, que puede dar lugar a trastornos psíquicos en sus miembros, ocasionando que hasta un 87% de los familiares de los pacientes se sientan cansados, tristes o con ansiedad.

Otros síntomas psiquiátricos existentes en el cuidador son: estrés, ansiedad, irritabilidad, reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad, cambios conductuales, sensación de culpabilidad por no atender o poder atender convenientemente al paciente o por no haber puesto, en su creencia, los medios precisos para que el proceso no hubiese aparecido, alteraciones afectivas, que pueden motivar la aparición de ideas suicidas.

- **Aspectos psicossomáticos:** Constituyen la suma de aspectos físicos y psíquicos anteriormente señalados.
- **Alteraciones sociales:** El apoyo social y afectivo fracasa muchas veces dado que éste suele venir generalmente del cónyuge, que es con frecuencia el enfermo, o de la familia y amistades más próximas que son las principales fuentes de apoyo social a los cuidadores.

- Problemas laborales: Absentismo laboral, bajo rendimiento, irritabilidad, tensión, pérdida del puesto de trabajo o de interés por él, etc. que ocasionan conflictos laborales y aumentan la siniestralidad.
- Alteraciones familiares: El papel socio-familiar se modifica dando lugar a un incremento de la tensión familiar, discusiones frecuentes que desembocan en conflictos conyugales o familiares serios en relación con la presencia del paciente en el 56% de los casos. En ocasiones, la presencia de estos pacientes puede actuar como un aparente fenómeno de cohesión entre los miembros de la familia e iniciar los conflictos cuando finaliza el período de cuidador.
- Problemas económicos. Disminución de los recursos disponibles tanto por la pérdida de ingresos como por el aumento de los gastos.
- Problemas legales. Normalmente el cuidador asume también la responsabilidad legal derivada del paciente dentro de la fórmula de la tutela o curatela, por lo que algunos actos del paciente pueden repercutir legalmente sobre el cuidador.

La presencia de algunos de estos síntomas en quien cuida puede ser indicio de sobrecarga:

- Cansancio persistente.
- Problemas de sueño.
- Disminución o abandono de las aficiones.
- Desinterés por vivir nuevas experiencias.
- Elevada irritabilidad.
- Dolores o molestias sin tener ningún problema de salud aparente.
- Aislamiento social.
- Consumo de ansiolíticos y/o antidepresivos.
- Niveles de estrés y/o ansiedad elevados.

Síntomas emocionales:

- Tristeza e irritabilidad.
- Cambios de humor o de estado de ánimo frecuentes.
- Pérdida de memoria, de atención y de concentración.
- Depresión y ansiedad.

Síntomas sociales:

- Aislamiento social.

- Aislamiento familiar.
- Pérdida de interés en los hobbies y en los momentos de ocio.
- Desaparece la consideración hacia las personas de nuestro alrededor.
- Perder la relación con amistades, familiares y compañeros.
- Problemas laborales.

Para prevenir y paliar la sobrecarga, quienes cuidan han de entender que es importante:

1. Conocer la enfermedad ayuda a controlar mejor la situación: Entender cómo la enfermedad afecta a la persona con Alzheimer ayuda a comprender mejor sus reacciones y a adoptar la actitud y tomar las decisiones más adecuadas en cada momento.
2. Aprender a pedir ayuda: Siempre se habla de la importancia de que quien cuida cuente con apoyos suficientes para evitar la sensación de sobrecarga. Sin embargo, en muchas ocasiones la persona cuidadora no sabe cómo pedir esa ayuda o siente que “está mal” solicitarla, bien porque considera que el cuidado de su ser querido es responsabilidad absolutamente suya o porque piensa que nadie lo cuidará como ella/él lo hace.
3. Reconocer y expresar los sentimientos: Expresar lo que se siente, incluyendo emociones negativas como frustración o ansiedad, ya sea a un familiar cercano, a un amigo o a los miembros de un grupo de apoyo que estén pasando por una situación semejante, puede ayudar a disminuir la sensación de aislamiento de quien cuida. Adquirir habilidades o estrategias para manejar las propias emociones participando, por ejemplo, en terapias o grupos de apoyo con otras personas cuidadoras, puede resultar de mucha utilidad.
4. Aprender estrategias para manejar los síntomas: Uno de los factores que más contribuye a la sensación de sobrecarga de "la persona cuidadora quemada" son los cambios de conducta en la persona afectada.
5. Dedicar tiempo al autocuidado: Absorbida por las tareas que le demanda su rol, la persona que cuida corre el riesgo de ignorar sus propias necesidades a nivel físico, psicológico y social, lo que acaba agravando la sensación de sentirse sobrecargada o “quemada”.

Cuidarse a sí mismo es un aspecto importante del abanico de responsabilidades de quien cuida y para ello necesita disponer de tiempo. En este sentido es muy aconsejable que la persona cuidadora:

- Procure dedicar tiempo a conversar con amigos y familiares
- Mantenga una alimentación saludable
- Duerma las horas necesarias
- Realice actividad física de forma regular
- Practique técnicas de relajación
- Visite al médico oportunamente

II.I.XXIII SINDROMES GERIÁTRICOS Y SU ASOCIACIÓN A DEMENCIA SENIL

El deterioro cognoscitivo en el adulto mayor debe abordarse como un síndrome geriátrico, hasta determinar sus componentes y causas subyacentes o bien diagnosticar demencia, así como su afección en las áreas biológica, psíquica, social y funcional. Son múltiples las causas que lo provocan, a la vez puede exacerbar o provocar otros síndromes geriátricos.

SÍNDROME DE CAÍDAS:

Los adultos mayores que presentan deterioro cognoscitivo o demencia tienen mayor riesgo de caídas, estas pueden ser una manifestación temprana o tardía de demencia y otras enfermedades neurodegenerativas, sobre todo si se presentan de forma repetitiva y/o progresiva. Los principales factores de riesgo para caídas en un adulto mayor que presentan deterioro cognoscitivo o demencia son:

- Alteraciones motoras asociadas
- Déficit visual
- Deterioro cognoscitivo severo
- Abatimiento funcional
- Caídas previas
- Alteraciones de la conducta, uso de neurolépticos (antipsicóticos)
- Baja densidad mineral ósea, sarcopenia y fragilidad.

A todos los adultos mayores con síndrome de caídas y alteraciones de la marcha se les debe explorar su estado cognoscitivo en búsqueda de deterioro.

SÍNDROME DE FRAGILIDAD:

La presencia de deterioro cognoscitivo en el adulto mayor es un factor de riesgo para presentar fragilidad en un periodo de 10 años, con un riesgo anual del 9% y esta asociación eleva la mortalidad a 5 años hasta

en un 44.5%. En los adultos mayores con coexistencia de fragilidad y deterioro cognoscitivo se debe implementar un plan integral para tratar de mejorar el pronóstico. Básicamente se debe aumentar la actividad física, la ingesta alimentaria y limitar la prescripción de fármacos que interfieran con la cognición, causen mareo o afecten el músculo.

DEPRESIÓN:

La depresión de inicio tardío (60 años y más) incrementa el riesgo 2 veces para enfermedad de Alzheimer y 3 veces para demencia vascular, en los siguientes 5 años. La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) es un instrumento útil y fácil de aplicar por médico no especialista en salud mental para el diagnóstico de depresión y se recomienda su uso en el primer nivel de atención. El tratamiento antidepressivo mejora la cognición y la funcionalidad en sujetos con demencia y depresión.

Debe individualizarse de acuerdo a las comorbilidades, interacciones farmacológicas y el estado general del paciente, cabe señalar que se requieren dosis menores que en sujetos jóvenes, ya que el adulto mayor con demencia es particularmente predispuesto a efectos adversos a los psicotrópicos.

SÍNDROME DE ABAT:

Síndrome de abatimiento funcional, las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD), no así las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), son una herramienta útil para el tamizaje de deterioro cognoscitivo y demencia (sensibilidad 90% y especificidad 79%). La disminución en por lo menos 2 AIVD incrementa el riesgo de demencia en los próximos 10 años, siendo la dificultad en el manejo de las finanzas el mejor predictor de demencia.

En los adultos mayores se debe buscar intencionadamente abatimiento funcional en AIVD (medido con la escala funcional de Lawton y Brody, y quienes tengan deterioro en al menos una AIVD deben ser explorados en búsqueda de deterioro cognoscitivo o demencia por lo menos cada año.

DELIRIUM:

Los adultos mayores que presentan al menos un cuadro de delirium tienen un elevado riesgo de demencia a 3-5 años. La prevalencia del delirium en adultos mayores con demencia que viven en la comunidad es del 13%, pero puede variar de 22% a 85% según la población estudiada, incrementando considerablemente la

utilización y los costos de la atención médica. La resolución del delirium en adultos mayores con demencia es más lenta que en aquellos sin demencia: 18.2% vs 53.9% a los 3 días y 50% vs 83% a los 7 días.

No hay evidencia de una estrategia clara para tratamiento del delirium en adultos mayores con demencia, sin embargo el manejo es similar al del delirium sin demencia, este debe ser multidisciplinario y enfocado a los factores de riesgo y desencadenantes, con medidas farmacológicas y no farmacológicas.

POLIFARMACIA:

Existe una relación entre la polifarmacia (más de 5 fármacos) y el riesgo de demencia en adultos mayores (44% aquellos con polifarmacia vs 32% sin polifarmacia). El riesgo de demencia se incrementa de manera proporcional con el número de fármacos ingeridos. Las drogas con propiedades anticolinérgicas interfieren con la cognición de forma aguda (delirium) y crónica (deterioro cognitivo) en los adultos mayores y deben evitarse en los que tienen factores de riesgo para ambas condiciones.

Una vez que se presenta el deterioro cognitivo o el delirium deben retirarse y reevaluar el estado cognoscitivo después de un tiempo razonable de acuerdo a la farmacología de la droga y el estado general del paciente.

SÍNDROME DE PRIVACIÓN SENSORIAL:

Existe un riesgo de demencia en el adulto mayor con el déficit auditivo a 12 años, siendo el riesgo proporcional a la severidad de la hipoacusia. Se debe descartar que el paciente con sospecha de deterioro cognoscitivo presente un déficit sensorial ya que podría confundirse incorrectamente como una manifestación de este: la dificultad para leer puede confundirse como incapacidad para seguir instrucciones escritas; la sordera se confundiría como incapacidad para seguir órdenes.

Todos los adultos mayores deben ser evaluados de su estado sensorial y si presentan algún tipo de privación sensorial deben ser evaluados para detectar deterioro cognoscitivo y seguirlos en el tiempo.

DESNUTRICIÓN:

En mujeres mayores de 65 años, un índice de masa corporal bajo o normal con adiposidad central (índice cintura cadera > 0.8) es un factor de riesgo para demencia, en cambio el sobrepeso y la obesidad son factores protectores. La desnutrición en los adultos mayores con deterioro cognitivo es muy prevalente comparado con los que no tienen demencia (47% en deterioro cognoscitivo leve y 62% en demencia vs 19% sin demencia) $p < 0.001$.

Los programas de intervención nutricional y los complementos nutricionales pueden prevenir la desnutrición en los adultos mayores con demencia, sin embargo no tienen ningún efecto en el deterioro funcional. Se debe mantener la dentadura o usar prótesis dental en los adultos mayores con demencia, ya que asegura la ingesta calórica diaria por lo menos los primeros dos años.

III.I.XXIV IMPACTO SOCIAL DE LA DEMENCIA

Se les conoce como demencias o síndromes demenciales a un conjunto de enfermedades, generalmente crónicas y degenerativas, que afectan al cerebro y producen deterioro o falta de razonamiento, así como pérdida de capacidad intelectual y alteración de comportamiento. Uno de los mayores retos para el médico y la familia es definir si se trata de demencia, sobre todo en las etapas iniciales, por lo que resulta imprescindible el diagnóstico en equipo, lo que incluye la valoración de un conjunto multidisciplinario.

La esperanza de vida de la población en México ha mostrado un aumento significativo desde los últimos cuarenta años, llegando por tanto a la llamada etapa de senectud. Uno de los principales temores de este grupo lo constituye la demencia, misma que aumenta con la edad de esta población; ser adulto mayor es conocido como uno de los principales factores de riesgo para padecer demencia.

Algunas personas sufren un deterioro cognitivo leve pero que no llegan a padecer ningún tipo de demencia. En los casos en los que sí se produce una evolución hacia la demencia, esta enfermedad reduce considerablemente la calidad y la expectativa de vida. La demencia tiene una repercusión social y económica muy significativa y un impacto considerable en las familias y los cuidadores de los afectados.

Factores sociales como el nivel de educación, el acceso a cuidados de salud preventivos y el apoyo social pueden influir en su incidencia y manejo. Según estudios recientes, las personas de entornos socioeconómicos más bajos tienen tres veces más probabilidades de desarrollar demencia de aparición temprana. Y, si esas mismas personas llevan un estilo de vida poco saludable, el riesgo es un 440% mayor en comparación con aquellas de un nivel socioeconómico más alto que llevan un estilo saludable.

Las mismas proyecciones señalan que, hacia 2020, más de la mitad de los pacientes con demencias se situará en los países en desarrollo, con las consiguientes repercusiones en el plano sanitario, económico y social. La carencia de datos epidemiológicos fiables a nivel comunitario ha dificultado la respuesta de los organismos multilaterales y ha invisibilizado a los gobiernos la importancia de la discapacidad producida por la demencia y el gran impacto económico y social que supone.

La demencia, en sus diferentes variantes, constituye un problema de salud pública, pues la tasa de prevalencia crece exponencialmente con la edad, pasando de 3 % en adultos de 65 a 74 años a 49 % en

aquellos mayores de 85 años, lo que se conoce como incremento en la pirámide poblacional. Aunque la demencia no es una característica de la edad, el fenómeno de envejecimiento poblacional presentado globalmente y particularmente en países en vías de desarrollo la hace un problema que escala en importancia.

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LAS DEMENCIAS EN MÉXICO

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), se estima que el 5.5% de la población adulta mayor en México padece algún tipo de demencia. Este porcentaje se traduce en aproximadamente 1.2 millones de personas, y se espera que esta cifra continúe aumentando. La demencia tipo Alzheimer representa alrededor del 60-70% de los casos, seguido por demencias vasculares y otras variantes menos comunes (Alzheimer's Disease International, 2019).

Uno de los principales retos es la falta de formación y recursos en el sistema de salud para la detección temprana y el tratamiento efectivo de las demencias. Muchos profesionales de la salud no cuentan con las herramientas necesarias para realizar diagnósticos adecuados, lo que lleva a retrasos en la atención (González et al., 2021). Además, la escasez de centros especializados dificulta el acceso a tratamientos apropiados.

Se estima que para 2030, el número de personas con demencia en México podría alcanzar los 2.5 millones, lo que representaría un aumento del 30% respecto a 2020 (Alzheimer's Disease International, 2019). Este crecimiento demandará una mayor atención y recursos en el sistema de salud pública, lo que representa un desafío para su sostenibilidad.

Entre los factores de riesgo más relevantes se encuentran la edad, antecedentes familiares, enfermedades cardiovasculares y diabetes. Estudios recientes sugieren que un estilo de vida saludable, que incluya ejercicio regular, una dieta equilibrada y actividades cognitivas, puede contribuir a la prevención de la demencia (WHO, 2017). La educación y concientización sobre estos factores son cruciales para reducir la incidencia de la enfermedad.

La atención primaria juega un papel fundamental en la identificación y manejo de las demencias. Los médicos de atención primaria son a menudo el primer punto de contacto para los pacientes y sus familias, lo que les otorga una responsabilidad clave en la detección temprana y la referencia a especialistas. Implementar protocolos de evaluación en la atención primaria puede mejorar significativamente el diagnóstico y la atención (Bourgeois, 2021).

II.II MARCO REFERENCIAL

II.II.I NECESIDADES DE CUIDADO DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA O ALZHEIMER: UNA REVISTA INTEGRATIVA

Actualmente el fenómeno de envejecimiento es una realidad a nivel mundial, desencadenando un cambio en la pirámide poblacional. El mismo está asociado con factores importantes como el descenso de la natalidad, la disminución de hijos por cada familia y el deterioro en la calidad de vida.

El proceso de envejecimiento en ocasiones, trae consigo el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la demencia. Según la OMS en la actualidad se estima que, a nivel mundial, 35.6 millones de personas viven con demencia. Esta cifra se habrá casi duplicado para el año 2030 y se triplicará para el 2050. Múltiples cambios mentales durante el proceso de envejecimiento sobreponen una alteración a nivel cognitivo, enlenteciendo el procesamiento de las operaciones mentales complejas; no obstante, se mantienen los conocimientos adquiridos a lo largo de la vida permitiendo que continúen su estilo de vida con ayuda del entorno familiar que lo rodea.

La demencia se caracteriza por un deterioro cognitivo que afecta la capacidad para procesar el pensamiento a su vez generando problemas de aprendizaje y memoria; la demencia por lo general es consecuencia de múltiples enfermedades cardiovasculares y neurológicas tales como el Alzheimer, enfermedad que se caracteriza por la neurodegeneración producto de la acumulación de proteínas como la B amiloide, y proteínas tau, que causan apoptosis neuronal, alterando la sinapsis, como consecuencia de esto se producen signos y síntomas notorios como la pérdida de memoria a corto y largo plazo, otros relacionados con el comportamiento, por ejemplo, cambios del estado de ánimo personalidad, lo que incluso los lleva al aislamiento.

Según las estadísticas del “World Alzheimer Report 2018” en el mundo cada 3 segundos una persona es diagnosticada con demencia, en el 2018, 50 millones de personas fueron diagnosticadas; cifra que se espera que se triplique, es decir, para el año 2030 unas cifras de 82 millones de personas serán diagnosticadas y para el 2050 un aproximado de 152 millones de personas tendrán alguna de las dos patologías. En relación a los costos de estas enfermedades “World Alzheimer Report 2018”, afirmó que el costo anual para el manejo y tratamiento de la demencia fue de US\$1 trillion, cifra que se duplicará para el 2030; por otro lado en países de Latinoamérica, específicamente Colombia, carecen de estudios acerca del costo que le traen enfermedades como el Alzheimer o demencia, un reporte del año 2009 habla de un costo aproximado de 2.000 millones de dólares, se estima que esta cifra no abarca ni la mayoría de pacientes diagnosticados y tratados, debido a que gran parte de estos adultos mayores se encuentran en el hogar, y la atención que reciben es por su núcleo familiar y red de apoyo cercano, consecuencia de que el enfoque que brinda la

salud pública colombiana no permite que se creen espacios óptimos para atender las necesidades básicas de este tipo de pacientes.

Para conocer las necesidades de cuidado de estos pacientes, se hace necesario identificar aspectos derivados de los cambios que vienen con el progreso de la enfermedad, estos se relacionan con el estado emocional, los conocidos como síntomas neuropsiquiátricos tales como depresión, ansiedad, desmotivación, apatía e irritabilidad, que por supuesto afectan la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar por el aumento de la carga del cuidador principal, sin embargo, los cambios físicos no se hacen esperar, a diferencia de lo que se cree, estas enfermedades crónicas, causan síntomas como dolor, agitación, disnea, dificultad para la deglución y desnutrición, en la actualidad no existe cura para el Alzheimer y/o demencia, ya que se desconoce cómo detener esta apoptosis neuronal, y cómo detener esa sobreproducción de proteínas, sin embargo se adelantan investigaciones que buscan conocer el cerebro tanto y más como conocemos otros órganos humanos, así que por ahora el tratamiento de estas enfermedades crónicas está dado por el manejo de los síntomas y el uso de terapias alternativas que tienen múltiples beneficios en la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador principal o núcleo familiar en los diferentes entornos ya sea domiciliario, institucionalizado entre otros.

Lo anterior genera un desafío para los profesionales en salud, ya que requieren indagar en aspectos relevantes de cuidado que les permitan brindar una atención integral a estos pacientes, ya que ocasiones suelen ser infradiagnosticados o al contrario tener un diagnóstico erróneo confundiendo la patología como propia del proceso de envejecimiento, estas situaciones se atribuyen a la falta de investigación sobre pautas que guíen el diagnóstico, tratamiento y necesidades de los pacientes.

Situación que pone en aprietos a los profesionales de salud que buscan brindar cuidado a estos pacientes, ya que no existen modelos de atención que tenga en cuenta las necesidades de cuidado, o en otros casos el problema consiste en que estos pacientes suelen tener un diagnóstico erróneo.

A la fecha se ha encontrado literatura incipiente sobre la evidencia científica del cuidado a los pacientes con demencia y/o Alzheimer partiendo de sus necesidades de cuidado; múltiples estudios descriptivos, se enfocan en el desarrollo de la enfermedad, causas y consecuencias de ésta, sin contar que la mayoría de estas revisiones provienen de Europa, Estados Unidos o países como Japón; por lo anterior, surge la necesidad de identificar la evidencia científica que hay en Latinoamérica, respecto a las necesidades de cuidado de los pacientes con demencia y/o Alzheimer.

Es aquí donde surge la necesidad de indagar acerca de la evidencia científica al respecto; que permita establecer un camino en pro de atender las necesidades de cuidado de los pacientes que padecen estas enfermedades crónicas, con el fin de poder brindar cuidados de enfermería apropiados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión integrativa, ya que este tipo de revisión permite realizar una síntesis de conocimiento a partir de investigaciones anteriores, permitiendo aportar una comprensión más profunda del tema, siguiendo un proceso de análisis sistemático, que posibilita identificar vacíos de conocimiento y las necesidades futuras de investigación, que otro tipo de revisión no aportaría. La revisión se hace bajo la metodología propuesta por Ganong, quien plantea cinco pasos para su desarrollo: selección de pregunta para la revisión, búsqueda y selección de estudios de acuerdo con criterios establecidos, representación de las características de los estudios, información relevante y valoración de los hallazgos, interpretación y síntesis de la información.

Durante el periodo Julio 2018 - febrero de 2019 se realizó una búsqueda en las bases de datos: Embase, Ovid, PubMed, Proquest, SciELO, Redalyc, Web of Science y Scopus,

Las palabras clave utilizadas fueron: Atención al Paciente, pacientes, demencia, enfermería, necesidades, Alzheimer, las cuales se combinaron mediante los operadores booleanos “AND” y “OR”. Los criterios de inclusión fueron: artículos de texto completo, en el idioma inglés, español y portugués, publicados en el periodo del año 2013 a 2019. Se excluyeron: 165 artículos. Los artículos que se encuentran repetidos en diferentes bases de datos se consideraron sólo una vez. La pregunta norteadora para realizar esta revisión fue ¿Cuáles son las necesidades de cuidado en pacientes con demencia y/o Alzheimer?

La revisión cumplió con todos los principios éticos nacionales e internacionales que rigen la investigación, sin conflictos de intereses, así mismo se respetaron los derechos de autor, realizando las citaciones específicas y dando crédito a los autores revisados, de igual manera se tuvieron en cuenta los criterios de calidad PRISMA para revisiones integrativas.

RESULTADOS

Caracterización de los artículos

Se identificaron 230 artículos, de los cuales 20 cumplieron los criterios de inclusión para conformar la muestra de esta revisión integradora. Se caracterizó cada uno de los artículos seleccionados y se realizó un análisis exhaustivo de los contenidos; se elaboró una matriz de análisis con los siguientes datos: título, año, país de origen, objetivo, métodos, resultados categorías identificadas, características de los pacientes discusión, conclusiones y referente teórico.

II.II.II EXPERIENCIAS LUEGO DEL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA: APORTES DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES

La demencia corresponde a un problema de salud caracterizada por deterioro cognitivo adquirido, acompañado de síntomas psicológicos y conductuales, con severidad suficiente para alterar en grados variables la capacidad de realizar las actividades cotidianas. En Chile, 1,06% de la población presentaría algún tipo de demencia, estimándose 180 mil personas viviendo con esta condición, cuyas prevalencias aumentan con el avance de la edad, fluctuando entre el 8% y el 35% . El Alzheimer es la principal causa de demencia. El diagnóstico de demencia tipo Alzheimer (DTA) es de particular complejidad tanto para el paciente como para el médico.⁹⁾ y continúa efectuándose bajo lo esperado. Estudios internacionales han señalado que el porcentaje de personas que cumplen con criterios diagnósticos y que efectivamente tienen un diagnóstico no supera el 40% . La baja detección de personas con demencia es mayor en la etapa leve debido a que los síntomas pueden ser más difíciles de detectar y porque las personas despliegan estrategias de compensación que les permiten minimizar y/u ocultar sus dificultades diarias. además del tardío reconocimiento de síntomas por parte de la familia o el paciente, y la inexistencia de apoyo e intervención posterior al diagnóstico, que usualmente genera en el médico incerteza sobre el beneficio de realizarlo y comunicarlo. La insuficiente preparación de los equipos de salud para establecer el diagnóstico inciden también en su baja ocurrencia. Como parte del proceso diagnóstico, el anuncio diagnóstico de demencia es altamente controversial, estimándose que cerca del 85% de los familiares de personas con demencia preferiría no informar a su familiar sobre el diagnóstico.⁹⁾ y que usualmente existe una baja entrega diagnóstica por parte de los profesionales de atención primaria que no superaría el 40% .

Investigaciones internacionales que han explorado la experiencia post-diagnóstica de personas con demencia han reportado variadas implicancias del anuncio diagnóstico, incluyendo su ocultamiento, temor a continuar o iniciar nuevas relaciones sociales, síntomas ansiosos y depresivos, aislamiento, estigma, entre otros. Luego del diagnóstico, particularmente en la etapa leve de la demencia, se enfrenta un proceso de adaptación dinámico en el que los pacientes despliegan estrategias de adaptación para ajustarse a los cambios y desafíos, estrategias que en muchos casos no son efectivas y favorecen la exacerbación de síntomas y reducción de la calidad de vida, elementos importantes en la modulación de la carga de

enfermedad. Dichas consecuencias deben situarse en un contexto global de inexistente o insuficiente apoyo formal durante y posterior a la comunicación diagnóstica.

El anuncio diagnóstico es un requerimiento ético y tiene implicancias prácticas positivas, como la posibilidad de preparar o anticipar situaciones para la toma de decisiones en un ámbito legal, el acceso a tratamiento y apoyo oportuno, entre otros. La información existente sobre anuncio diagnóstico y sus implicancias es mayormente extranjera y existe escaso desarrollo de la temática en América Latina. Similar al contexto global, la investigación local sobre las implicancias del diagnóstico de demencia ha abordado principalmente la perspectiva y experiencias de las familias y cuidadores familiares por lo que las experiencias e implicancias del diagnóstico para los pacientes es una dimensión escasamente conocida.

En el año 2017 se inició en Chile la implementación del Plan Nacional de Demencia que busca, entre otros objetivos, mejorar el acceso a un diagnóstico oportuno que posibilite un tratamiento integral a las personas con el diagnóstico y sus familias. Además, desde 2019 se inicia la implementación de la Garantías Explícita en Salud N°85 Alzheimer y otras demencias. Esta investigación tuvo por objetivo describir experiencias luego del diagnóstico de demencia desde la perspectiva de los mismos pacientes, colaborando con información que pueda aportar en la atención local de personas con demencia y sus familias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo. Los estudios cualitativos buscan conocer la realidad en su contexto habitual para interpretar los fenómenos según la percepción de los implicados, por lo que esta aproximación fue pertinente al fenómeno a indagar.

La información fue generada mediante entrevistas que exploraron la experiencia de personas que hubiesen recibido el diagnóstico de DTA, realizadas entre septiembre 2016 y febrero 2018, en el domicilio de los pacientes. Se seleccionó pacientes con el diagnóstico de demencia de tipo Alzheimer (DTA) en etapa leve, referidos desde el Servicio de Neurología del Hospital del Salvador, Santiago, Chile. El diagnóstico de DTA se estableció según los criterios NINDSC-ARDRA, y fue establecido por especialista según entrevista clínica con paciente e informante confiable, evaluación neuropsicológica, y exámenes complementarios para descartar otras causas de deterioro cognitivo. Los criterios de exclusión fueron presentar déficit sensorial no compensado o que impidiese la comunicación oral, no tener conciencia de la enfermedad (confirmado por especialista), o no estar informado del diagnóstico (verificado por familiar de referencia).

Los pacientes DTA, especialmente en etapa leve, constituyen un grupo oculto o de difícil acceso para investigación, por lo que se definió un muestreo intencionado, recomendado para población oculta o de difícil acceso, con una estrategia de reclutamiento que consideró la invitación inicial por parte de médico referente y posterior contacto telefónico realizado por el investigador principal informando detalles de investigación junto con verificar conciencia de enfermedad según referencia de familiar, En caso de aceptar participación, se acordó fecha de visita para entrevista. En estudios cualitativos con población de difícil acceso se han sugerido muestras de 8 a 12 sujetos para facilitar un adecuado acceso a sus experiencias,

Para aumentar la validez de la información producida se adoptaron recomendaciones metodológicas para el logro de un proceso de entrevista seguro y satisfactorio para los sujetos, incluyendo adecuaciones en tiempo y del ambiente físico. Las entrevistas tuvieron un espacio inicial de encuadre y un espacio de cierre que incluyó al paciente y su familiar, y el espacio de desarrollo central incluyó únicamente al paciente como informante primario de su propia percepción y experiencia. El espacio final de consejería para el paciente y su familiar de referencia incluyó la entregó material escrito con información de apoyo especialmente diseñado para la investigación.

Las entrevistas fueron transcritas en Word, con formato literal. Se utilizó análisis de contenido, usando con software NVivo 11.0 Pro. Se realizó la codificación abierta de las transcripciones a partir de la selección de contenido textual, y luego los códigos fueron agrupados en subcategorías temáticas, con una refinación final para generar categorías genéricas.

Esta investigación obtuvo la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con fecha 26 de mayo 2015, adscribiendo a los planteamientos de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Se entrevistó a 11 personas, 5 mujeres y 6 hombres, promedio de edad de 70 años (rango 64-82), residentes en la ciudad de Santiago de Chile. La tabla 1 describe las características de los pacientes. Se constituyó una muestra inicial de 22 potenciales participantes, de los cuales 11 no ingresaron por los siguientes motivos: 4 rechazaron participar, 4 no respondieron el llamado telefónico (tres intentos), y 3 no cumplían el criterio de conciencia de enfermedad.

Las entrevistas no tuvieron consecuencias indeseadas en los pacientes, y constituyó un espacio positivo para conversar sobre sus experiencias luego del diagnóstico, dado que no habían recibido apoyo posterior específico.

Los resultados de este estudio informan de las percepciones y experiencias de los pacientes luego del diagnóstico de demencia, las que fueron sintetizadas en cinco categorías genéricas y sus respectivas subcategorías temáticas, presentadas en la Figura 1. Lugo, se describen las categorías genéricas acompañadas de citas extraídas de las entrevistas. En algunos casos las citas han sido reducidas con un el propósito de sintetizar contenidos, simbolizado como (). Las citas indican el sexo y edad del participante. (Necesidades de cuidado en los pacientes con demencia y/o alzheimer: una revisión integrativa. Revista Cuidarte, 10(3), Epub December 20, 2019)

II.III MARCO CONCEPTUAL

II III I. Incidencia:

Término epidemiológico que se utiliza para describir la tasa de nuevos casos de una enfermedad o condición de salud específica que ocurren en una población durante un período de tiempo determinado.

II III II. Factores de riesgo:

Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo pueden ser biológicos, químicos, físicos, psicosociales, ergonómicos.

II III III. Deterioro cognitivo:

Es la disminución progresiva de una o varias funciones cognitivas cerebrales. Las funciones cognitivas incluyen la memoria, el lenguaje, la atención, la orientación, entre otras.

II III IV. Hipercolesterolemia:

Consiste en un aumento de los niveles considerados normales de colesterol en la sangre. Esta presencia superior de colesterol está ligado a problemas coronarios, estilo de vida, sexo de la persona, a la dieta y la síntesis endógena del organismo.

II III V. Esquizofrenia:

Grupo de enfermedades mentales correspondientes a la antigua demencia precoz, que se declaran hacia la pubertad y se caracterizan por una disociación específica de las funciones psíquicas, que conduce, en los casos graves, a una demencia incurable.

II III VI. Síndrome:

Es un cuadro clínico o un conjunto de síntomas que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus propias características posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de síntomas y signos (datos semiológicos), que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiología.

II III VII. Síndrome geriátrico:

Es un término que se emplea para definir una serie de enfermedades más comunes en los ancianos. Estas enfermedades se producen en personas mayores de 65 años, y a partir de los 80 son más habituales. El deterioro cognoscitivo en el adulto mayor debe abordarse como un síndrome geriátrico, hasta determinar sus componentes y causas subyacentes o bien diagnosticar demencia, así como su afección en las áreas biológica, psíquica, social y funcional.

II III VIII. Adaptación:

Es el proceso mediante el cual un elemento se modifica o transforma para responder o reaccionar de mejor manera a un propósito, un obstáculo o una situación.

II III IX. Alzheimer:

Es un trastorno cerebral que destruye lentamente la memoria y la capacidad de pensar y, con el tiempo, la habilidad de llevar a cabo hasta las tareas más sencillas. Las personas con Alzheimer también experimentan cambios en la conducta y la personalidad.

II III X. Proteinopatías:

Se refieren a una clase de enfermedades en las que ciertas proteínas se vuelven estructuralmente anormales y, por lo tanto, alteran la función de las células , tejidos y órganos del cuerpo.

II III XI. Envejecimiento:

Es el acto y el resultado de envejecer: hacer o hacerse viejo o antiguo. De acuerdo al contexto, el término puede aludir a ciertos fenómenos en específico. Cuando un ser vivo envejece, experimenta diversas alteraciones fisiológicas y morfológicas producidas por el paso del tiempo.

II III XII. Gastrectomía:

Es la cirugía para extirpar todo o parte del estómago. La cirugía se lleva a cabo mientras usted está bajo anestesia general (dormido y sin sentir dolor). El cirujano hace una incisión en el abdomen y extrae todo o parte del estómago, según la razón para el procedimiento.

II III XIII. Mioclonías:

Es un movimiento involuntario de forma breve y rápida con una amplitud variable. Se refiere a la sacudida repentina involuntaria de un músculo o de un grupo de músculos. En su forma más simple, consiste en la contracción de un músculo seguido de la relajación. El hipo es un ejemplo de este tipo de mioclonía.

II III XIV. Afasia:

Es un trastorno del lenguaje que afecta la habilidad de una persona para hablar y comprender a los demás. En muchos casos, las personas con afasia también tienen dificultades para leer y escribir. La afasia ocurre después de que se dañan partes del cerebro que controlan el lenguaje.

II III XV. Apraxis:

La práctica de algo, o sea, llevarlo a cabo o realizarlo de manera concreta, especialmente en oposición a la teoría. Es decir, distinguimos entre teoría (el pensamiento y la planificación) y praxis o práctica (la realización concreta de la cosa).

II III XVI. Abstracción:

La abstracción es una capacidad intelectual que consiste en separar un elemento de su contexto para analizarlo y hacerse un concepto de este.

II III XVII. Neurolépticos:

Se refiere a un grupo de medicamentos que modulan la actividad cerebral para estabilizar estados emocionales y conductuales anormales. Actúan principalmente bloqueando los receptores de dopamina D2 en el cerebro, reduciendo su actividad.

II III XVIII. Acetilcolinesterasa:

La acetilcolinesterasa es una enzima cuya función principal es catalizar y promover la degradación de un neurotransmisor llamado acetilcolina.

II III XIX. Extrapiramidalismo:

Es un conjunto de síntomas y signos que incluye movimientos anormales involuntarios, trastornos de la regulación del tono muscular, de la postura, del equilibrio y de la marcha, y que se debe a lesiones o disfunciones del sistema extrapiramidal. El sistema extrapiramidal, ubicado en el cerebro, es parte fundamental del sistema nervioso que se encarga de la regulación de los movimientos voluntarios e involuntarios.

II III XX. Fluctuaciones:

Es el acto y las consecuencias de fluctuar, que hace referencia a la oscilación o a vacilar. El concepto tiene distintas aplicaciones de acuerdo al contexto.

II III XXI. Pseudodemencia:

Es un tipo de deterioro cognitivo que imita a la demencia pero que ocurre por la presencia de un trastorno del ánimo, siendo la depresión el más habitual.

II III XXII. Agnosia:

Es un trastorno de la percepción que lleva a un sujeto a no reconocer individuos, elementos o situaciones que, anteriormente, le resultaban familiares. El concepto, que se emplea en el terreno de la medicina, tiene su origen etimológico en el griego.

II III XXIII. Signos extrapiramidales:

Son un conjunto de síntomas producidos por el uso de psicofármacos que se manifiestan alterando la motricidad. No todos los pacientes muestran todos los síntomas extrapiramidales, bastan sólo algunos para tener la certeza de que lo que se sufre es un cuadro causado por los efectos adversos de los fármacos.

II III XXIV. Reflejo Palmomentoniano:

También conocido como reflejo de la barbilla o reflejo nasolabial, es una respuesta neurológica que se manifiesta cuando se estimula la piel sobre el mentón, dando como resultado una contracción breve de los músculos del labio inferior y mentón.

II III XXV. Mutismo:

Es un trastorno que se caracteriza por la incapacidad de hablar en ciertas situaciones o ante ciertas personas, a menudo relacionado con conflictos psicológicos.

II III XXVI. Ecolalia:

Se utiliza para denominar la repetición involuntaria de palabras dichas por otras personas. Es un síntoma característico de distintos trastornos psicológicos, tanto orgánicos como funcionales, como el autismo, la afasia y la esquizofrenia.

II III XXVII. Labilidad emocional:

Hace referencia a una tendencia a cambiar rápida y abruptamente en lo referente al estado emocional.

II III XXVIII. Disfagia:

Es un término médico que se refiere a la dificultad para tragar alimentos, líquidos o incluso saliva. Esta afección puede ser dolorosa y, en algunos casos, la deglución puede ser imposible.

II III XXIX. Fecalomas:

Se refiere a una masa de heces acumuladas asociadas a la masa fecal. Estas se encuentran generalmente en la zona del recto y colon.

II III XXX. Hiporexia:

Es un trastorno alimentario caracterizado por la disminución del apetito o la falta de interés en comer. Es más común en adultos mayores y puede ser causada por problemas psicológicos como la depresión y la ansiedad, así como por el aislamiento social.

II.IV MARCO LEGAL

II.IV.I NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-031-SSA3-2012 ASISTENCIA SOCIAL. DE ASISTENCIA SOCIAL A ADULTOS Y ADULTOS MAYORES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD.

5. Generalidades

5.1. Para el funcionamiento de los establecimientos de asistencia social permanente y temporal a que se refiere esta Norma, se requiere de:

5.1.1. Aviso de funcionamiento y aviso de responsable sanitario;

5.1.2. Reglamento Interno;

5.1.3. Manuales técnico administrativos;

5.1.4. Programa de trabajo;

5.1.5. Programa interno de protección civil, mismo que deberá cumplir con lo establecido en la Ley General de Protección Civil, sin perjuicio de lo que establezcan otras disposiciones en la materia;

5.1.6. Programa Nutricional de acuerdo al perfil del usuario, cuando se proporcione el servicio al interior del establecimiento;

5.1.7. Expedientes administrativos de la persona adulta y adulta mayor;

5.1.8. Incorporación al Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y a los registros que otros ordenamientos jurídicos así lo determinen;

5.1.9. Mecanismos de atención de quejas y sugerencias de usuarios y familiares;

5.1.10. Tener a su disposición números de emergencia debidamente actualizados: policía, bomberos, ambulancia, hospitales, centros toxicológicos, Protección Civil, Cruz Roja Mexicana, todos ellos de la localidad.

5.2. La prestación de los servicios y apoyos de asistencia social en establecimientos de estancia permanente para personas adultas y adultas mayores comprende:

5.2.1. Alojamiento;

5.2.2. Alimentación;

5.2.3. Vestido;

5.2.4. Actividades de trabajo social;

5.2.5. Atención médica;

5.2.6. Atención psicológica;

5.2.7. Apoyo jurídico;

5.2.8. Actividades de autocuidado, físicas, recreativas, ocupacionales, culturales y productivas.

5.3. La prestación de los servicios y apoyos de asistencia social en establecimientos de estancia temporal para personas adultas y adultas mayores comprende:

5.3.1. Alojamiento temporal;

5.3.2. Alimentación de acuerdo al Modelo de Atención;

5.3.3. Actividades de prevención, de promoción de la salud, cultural, deportiva, recreativa, productiva y de estimulación.

5.4. La prestación de servicios de asistencia social temporal y permanente estarán orientados a:

5.4.1. Promover el bienestar presente y futuro de la persona adulta y adulta mayor;

5.4.2. Otorgar con oportunidad la prestación de servicios de asistencia social;

5.4.3. Favorecer la interacción de la persona adulta y adulta mayor con la familia y la sociedad;

5.4.4. Promover la participación social;

5.4.5. Realizar acciones que promuevan la participación en actividades educativas, físicas, ocupacionales, productivas y recreativas;

5.4.6. Realizar acciones de referencia y contra-referencia para la resolución de urgencias médico quirúrgicas;

5.4.7. Fomentar una cultura de respeto y reconocimiento de los derechos humanos;

5.4.8. Otorgar vigilancia, protección y seguridad.

5.5. Alimentación

5.5.1. La alimentación que se proporcione a la persona adulta y adulta mayor en establecimientos permanentes y temporales, debe elaborarse con medidas higiénicas, además de contar con los aportes calóricos y nutrientes necesarios, de acuerdo al estado de salud del usuario y ser controlado a través de consulta médica programada cada seis meses como mínimo;

5.5.2. El usuario tendrá derecho a recibir tres alimentos al día, con un intervalo de seis a siete hrs. entre un alimento y otro, para la persona adulta mayor se dará colación en caso de ser necesario y por indicaciones médicas;

5.5.3. La alimentación debe ser de buen sabor y aspecto, en cantidad y calidad acorde a su estado de salud y actividad física, para una adecuada nutrición y servida en utensilios decorosos.

5.6. Vestido

El vestido y calzado para establecimientos de asistencia social permanente para personas adultas y adultas mayores deben proporcionarse en buen estado, limpias, desinfectadas, cómodas y adecuadas a las necesidades de los usuarios, dependiendo de las condiciones climáticas del lugar.

5.7. Atención Médica

5.7.1. La atención médica que se proporcione a las personas adultas y adultas mayores debe estar sustentada en principios científicos, éticos que orientan la práctica médica y social; comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, que se llevan a cabo por el personal de salud;

5.7.2. De acuerdo al modelo de atención, puede ser proporcionada en el establecimiento, por un servicio externo para casos de urgencia o atención programada.

5.7.2.1. Si la atención médica es dentro del establecimiento, se debe contar con equipo médico indispensable que incluya:

5.7.2.1.1. Botiquín de primeros auxilios;

5.7.2.1.2. Estetoscopio biauricular;

5.7.2.1.3. Esfingomanómetro;

5.7.2.1.4. Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio, rinoscopio y otoscopio;

5.7.2.1.5. Aspirador de secreciones para el caso de la persona adulta mayor;

5.7.2.1.6. Tanque de oxígeno para el caso de la persona adulta mayor.

5.7.3. Las actividades de salud de acuerdo al modelo de atención, deberán considerar las siguientes acciones:

5.7.3.1. Apertura del expediente clínico, conforme lo establece la norma citada en el numeral 3.1. del apartado de referencias;

5.7.3.2. Elaboración de la historia clínica y la Evaluación Geriátrica Integral, para la persona adulta mayor;

5.7.3.3. Valoración clínica del caso y elaboración de la nota correspondiente;

5.7.3.4. Elaboración del diagnóstico, evaluación funcional, pronóstico y tratamiento;

5.7.3.5. Estudios de laboratorio y gabinete;

5.7.3.6. Referencia/traslado en su caso, a una unidad de atención médica de mayor capacidad resolutive, conforme lo establece la norma citada en el numeral 3.1. del apartado de referencias;

5.7.3.7. Estudio psicosocial;

5.7.3.8. Las señaladas en la Norma Oficial Mexicana correspondiente de acuerdo al padecimiento que se trate.

5.7.4. Las actividades preventivas comprenderán las acciones siguientes:

5.7.4.1. Educación y promoción de la salud de la persona adulta y adulta mayor;

5.7.4.2. Fomento de una cultura de dignificación de las personas adultas y adultas mayores, para estas últimas, implicando la difusión de preceptos gerontológicos que permitan conocer y comprender el proceso de envejecimiento;

5.7.4.3. Para la persona adulta mayor se hará la detección oportuna de factores de riesgo y enfermedades, para prevenir secuelas discapacitantes, mantener y prolongar la funcionalidad y autonomía física, mental, emocional y social del individuo, conservando un estado de salud biopsicosocial, considerando entre otras las siguientes:

5.7.4.3.1. Hipertensión arterial;

5.7.4.3.2. Diabetes mellitus;

5.7.4.3.3. Enfermedad del sistema músculo esquelético;

5.7.4.3.4. Aterosclerosis;

5.7.4.3.5. Problemas de nutrición;

5.7.4.3.6. Cáncer;

5.7.4.3.7. Otras enfermedades cardiovasculares;

5.7.4.3.8. Depresión;

5.7.4.3.9. Deterioro cognoscitivo;

5.7.4.3.10. Enfermedades respiratorias;

5.7.4.3.11. Enfermedades visuales;

5.7.4.3.12. Enfermedades auditivas;

5.7.4.3.13. Enfermedades estomatológicas;

5.7.4.3.14. Enfermedades dermatológicas.

5.7.4.4. Procurar que el diseño y aplicación de programas sean orientados a la atención de la persona adulta y adulta mayor con acciones relativas a:

5.7.4.4.1. Orientación nutricional;

5.7.4.4.2. Prevención de caries y enfermedad periodontal, para la persona adulta mayor;

5.7.4.4.3. Prevención de alteraciones psicoafectivas, para la persona adulta mayor;

5.7.4.4.4. Prevención de caídas y accidentes;

5.7.4.4.5. Prevención de adicciones;

5.7.4.4.6. Prevención de hábitos nocivos para la salud;

5.7.4.4.7. Fomento de la actividad física;

5.7.4.4.8. Actividades culturales, recreativas, ocupacionales y productivas;

5.7.4.4.9. Promover la interacción familiar y social mediante el aprovechamiento de sus conocimientos y experiencias.

5.7.5. Rehabilitación integral para la persona adulta mayor

5.7.5.1. Las actividades de rehabilitación se desarrollarán de acuerdo a las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, la familia y la comunidad en general, en la esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotora.

5.7.5.2. Para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas de rehabilitación física, psicológica, ocupacional, de entrenamiento laboral, culturales y recreativas, se incluyen las siguientes actividades:

5.7.5.2.1. Coordinación psicomotriz, gruesa y fina;

5.7.5.2.2. Prevención y atención de deformidades físicas;

5.7.5.2.3. Mantenimiento de la conciencia de su esquema corporal;

5.7.5.2.4. Mantenimiento de la conciencia de espacio;

5.7.5.2.5. Funcionalidad de sus sentidos;

5.7.5.2.6. Elaboración de trabajos manuales;

5.7.5.2.7. Actividades sociales;

5.7.5.2.8. Actividades de autocuidado;

5.7.5.2.9. Actividades ocupacionales y recreativas;

5.7.5.3. Los establecimientos de asistencia social permanentes para personas adultas y adultas mayores deben estar vinculadas y promover el desarrollo de programas de la comunidad, para facilitar al usuario su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social.

5.7.5.4. Los establecimientos de asistencia social temporales para personas adultas y adultas mayores deben incluir en los programas de atención las acciones de ejecución, evaluación y seguimiento que favorezcan la incorporación de la persona adulta y adulta mayor a la vida productiva.

5.8. Actividades de Trabajo Social

5.8.1. Las actividades de Trabajo Social para establecimientos de asistencia social temporales y permanentes para personas adultas y adultas mayores, contemplarán:

5.8.1.1. Elaborar el estudio social de ingreso;

5.8.1.2. Seguimiento del caso en relación con el núcleo familiar para, en su caso, propiciar su reintegración social;

5.8.1.3. Apoyar la referencia a unidades de atención médica;

5.8.1.4. Apoyar trámites legales y administrativos;

5.8.1.5. Apoyar las actividades recreativas y culturales;

5.8.1.6. Gestionar descuentos y concesiones;

5.8.1.7. Apoyar en trámites en instituciones de seguridad social.

6. Recursos Humanos

6.1. En establecimientos de asistencia social permanentes para personas adultas y adultas mayores se debe contar preferentemente con el siguiente personal: responsable sanitario del establecimiento, médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermera, cuidador, trabajador social, dietista, cocinera, intendente y vigilante, éste las 24 hrs. del día;

6.2. En establecimientos de asistencia social temporal para personas adultas y adultas mayores se debe contar preferentemente con el siguiente personal: responsable sanitario del establecimiento, trabajador social, terapeuta ocupacional, promotor de la salud, cocinera, intendente, cuidador y vigilante, éste las 24 hrs. del día;

6.3. El servicio de trabajo social sólo opera para los establecimientos de los sectores público y social, los privados no están obligados a contratar este personal de salud;

6.4. Las instituciones de asistencia social de los sectores público, social y privado, por medios propios o a través de terceros, serán responsables de capacitar al personal en temas relacionados con el proceso de envejecimiento y la vejez y educación continua en la materia, preferentemente una vez al año.

7. Infraestructura

7.1. Para ofrecer servicios de asistencia social de calidad, se debe contar con infraestructura e instalaciones planeadas y diseñadas con los espacios requeridos por las personas adultas y adultas mayores, que les permitan llevar una vida digna, segura y productiva. Su diseño y construcción deberá incluir los elementos necesarios para lograr un ambiente confortable en las diferentes áreas que lo integran, de acuerdo a la función, mobiliario, equipo y condiciones climáticas de la región, con materiales y distribución adecuados para adaptarse al medio ambiente, como a continuación se indica:

7.1.1. Area física con dimensiones suficientes, ventilada e iluminada para albergar el área administrativa que comprende dirección, recepción, vestíbulo, acceso y sanitarios de acuerdo a la capacidad del establecimiento y su estructura; así como área de descanso, área para artículos de aseo y depósito de basura;

7.1.2. Areas físicas necesarias para la atención de las personas adultas y adultas mayores, que comprenderán lo siguiente:

7.1.2.1. Acceso principal que brinde seguridad y protección al público usuario;

7.1.2.2. Acceso al área de servicios generales independiente del acceso principal;

7.1.2.3. Consultorios médicos para la atención de la salud;

7.1.2.4. Sala de T.V.;

7.1.2.5. Sala de usos múltiples;

7.1.2.6. Dormitorios: podrá tener cuartos individuales, grupales o matrimoniales.

7.1.2.6.1. Deben tener pasamanos próximos a la cama de cada uno de ellos, así como sistemas de alarma de emergencia contra incendios y médica;

7.1.2.7. W.C., lavabos y regaderas suficientes de acuerdo al número de usuarios, tomando en cuenta las disposiciones jurídicas que resulten aplicables en la materia de construcción vigente en cada entidad federativa;

7.1.2.7.1. Los baños tendrán excusados y regaderas con pasamanos tubulares de 5 cm de diámetro y los lavabos estarán asegurados con ménsulas metálicas;

7.1.2.7.2. Los pisos deben ser uniformes, con material antiderrapante de fácil limpieza, con iluminación y ventilación natural.

7.1.2.8. En plazas de acceso de 1.50 m evitar, en lo posible, los escalones, utilizar materiales antiderrapantes, y donde hay escaleras utilizar barandales a una altura de 0.90 m con pasamanos tubular redondo de 5 cm de diámetro y rampas de 1.50 m de ancho con declive no mayor al 8%;

7.1.2.9. En áreas comunes de usos múltiples evitar desniveles en el piso y pasillos; para el adulto mayor colocar pasamanos tubulares de 5 cm de diámetro en muros a una altura de 75 cm sobre el nivel de piso terminado;

7.1.2.10. En guarniciones y banquetas, se deben prever rampas de desnivel con un ancho mínimo de 1 m y 8% máximo de pendiente;

7.1.2.11. En puertas o cancelas con vidrios que limiten diferentes áreas, utilizar elementos como bandas anchas de 20 cm de color, a una altura de 1.40 m sobre el nivel del piso, que indiquen su presencia;

7.1.2.12. Paredes, techos y puertas con acabados lisos, de preferencia elaborados con materiales existentes en la región;

7.1.2.13. En pisos interiores, en áreas de alto flujo como vestíbulos y salas de espera, deben emplearse materiales resistentes, antiderrapantes y de fácil limpieza;

7.1.2.14. En pisos exteriores, se deben utilizar materiales resistentes naturales o artificiales;

7.1.2.15. Las instalaciones hidráulicas, eléctricas, contra incendios, de gas, intercomunicación y especiales deben proyectarse de acuerdo a las disposiciones jurídicas vigentes de cada entidad federativa.

7.1.2.16. La instalación hidráulica debe reunir las características físicas, químicas y bacteriológicas para consumo humano y ser suficiente tomando en cuenta los siguientes elementos:

7.1.2.16.1. Toma de agua con tubería apropiada según el consumo y equipo de medición de flujo;

7.1.2.16.2. Cisterna de almacenamiento de agua; si la provisión es únicamente por tinacos, éstos deben contener dos veces el volumen de consumo diario;

7.1.2.16.3. Equipo de bombeo a tinacos;

7.1.2.16.4. Red de agua caliente para baños en general, y

7.1.2.16.5. Calentadores de agua.

7.1.2.17. Instalación eléctrica controlada por áreas a través de circuitos de alumbrado y contactos, con interruptores tipo magnético polarizado, luces de emergencia a base de batería eléctrica en lugares estratégicos y luces de emergencia en los cuartos;

7.1.2.18. Ventilación, el diseño arquitectónico, altura y tipo de construcción debe permitir una ventilación adecuada para mantener un eficiente intercambio de aire y una temperatura agradable; en caso extremo debe equiparse con acondicionadores de aire que aseguren una temperatura estable en verano e invierno;

7.1.2.19. Iluminación natural o de acuerdo a las disposiciones jurídicas vigentes en cada entidad federativa;

7.1.2.20. Seguridad, se deben considerar los siguientes factores:

7.1.2.21. Diseño arquitectónico para desalojo del inmueble en caso de siniestro;

7.1.2.22. Prevención contra incendios de acuerdo a las disposiciones en materia de seguridad y siniestros, vigentes en la entidad federativa o localidad.

7.1.2.22.1. Contar con la capacidad necesaria de agua almacenada para el uso en caso de siniestros, atendiendo a lo que establezcan las disposiciones jurídicas vigentes sobre la materia;

7.1.2.22.2. Detectores de humo instalados en el techo y conectados a un tablero con indicadores luminosos, accesible para el personal del establecimiento;

7.1.2.22.3. Extintores colocados en lugares estratégicos;

7.1.2.22.4. Sistema de alarma de emergencia sonoro, que se pueda activar mediante interruptor, botón o timbre estratégicamente colocado y accesible al personal del establecimiento;

7.1.2.22.5. Disponer de un sistema de iluminación de emergencia en las áreas de tránsito del personal y los usuarios;

7.1.2.22.6. Ubicación de señalamientos apropiados de tamaño mayor que el usual, para que orienten al usuario en caso de desalojo;

7.1.2.22.7. Puertas de salida de emergencia con la dimensión necesaria y dispositivos de fácil operación;

7.1.2.22.8. Los muros no deben ser construidos con materiales inflamables o que produzcan gases y humos tóxicos.

7.1.2.23. En caso de personas discapacitadas, se seguirán los criterios establecidos en la norma citada en el numeral 3.2. del apartado de referencias.

II.IV.II 11 PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

TEORÍA DE MARJORY GORDON

Marjory Gordon fue una docente de origen estadounidense que estableció una teoría que consta de 11 patrones funcionales; los mismos que ayudan a valorar alteraciones de salud que afectan al individuo y su uso brinda una valoración de enfermería organizada y planificada para conseguir datos subjetivos y objetivos del paciente los mismos que ayudan a establecer los diagnósticos enfermeros ya sean reales o potenciales. Gordon se destacó en el mundo como la primera presidenta de la Sociedad Científica de Enfermería NANDA.

Incluimos esta teoría ya que la demencia afecta diversos patrones por el mismo deterioro cognitivo que se presenta, por lo cual se explica cada uno:

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN- MANEJO DE SALUD

Que valora: Como percibe el individuo la salud y el bienestar. Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación La adherencia a las prácticas terapéuticas. Incluye practicas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones...)

Como se valora:

- Hábitos higiénicos: personales, vivienda, vestido Vacunas Alergias Percepción de su salud
- Conductas saludables: interés y conocimiento
- Existencia o no de alteraciones de salud (tipo de alteración, cuidados, conocimiento y disposición)
- Existencia o no de hábitos tóxicos Accidentes laborales, trafico y domésticos Ingresos hospitalarios

Resultado del Patrón: El patrón está alterado si: La persona considera que su salud es pobre, regular o mala. Tiene un inadecuado cuidado de su salud.

- Bebe en exceso. Fuma. Consume drogas. No tiene adherencia a tratamientos farmacológicos ni a medidas terapéuticas. No está vacunado La higiene personal o de la vivienda es descuidada.

Adherencia terapéutica: La OMS define la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Se considera adherencia farmacológica cuando se cumple entre el 80 y 110% de lo pautado. Accidentes y caídas nos indicarían un patrón con un riesgo de alteración.

Repetidos accidentes domésticos y caídas pueden ser indicativos de violencia de género o doméstica por lo que es preciso estar atentos ante su presencia. Información, Información que no condiciona el resultado del patrón: los ingresos hospitalarios nos dan pero por sí solo, no alteran el patrón. Las pruebas adjuntas nos aportan información adicional que pueden facilitar la valoración del resultado del patrón, de tal manera que cuando el resultado de la prueba nos indica riesgo, igualmente el patrón estaría en riesgo de alteración.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO

Qué valora: Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas, horarios de comida, preferencias y suplementos, problemas en su ingesta, altura, peso y temperatura y las condiciones de piel, mucosas y membranas.

Cómo se valora:

- Valoración del IMC.

- Valoración de la alimentación: Recoge el no de comidas, el lugar, el horario, dietas específicas, así como los líquidos recomendados para tomar en el día. Se deben hacer preguntas sobre el tipo de alimentos que toma por grupos: frutas, verduras, carnes, pescados, legumbres y lácteos, etc.
- Valoración de problemas en la boca: Si tiene alteraciones bucales (caries, úlceras etc.)
- Valoración de problemas para comer: Dificultades para masticar, tragar, alimentación por sonda ya sea alimentación enteral o con purés caseros.
- Valoración de otros problemas que influyen en el patrón: Problemas digestivos (náuseas, vómitos, pirosis), dependencia, inapetencias, intolerancias alimenticias, alergias, suplementos alimenticios y vitaminas.
- Valoración de la piel: Alteraciones de la piel: fragilidad de uñas y pelo, falta de hidratación, prurito, edemas, lesiones, temperatura, cicatrización, coloración.
- Lesiones cutáneas: abscesos, lipomas, nevus, verrugas, patología de las uñas.

Resultado del patrón: El patrón estará alterado si:

- Con respecto al IMC: Patrón alterado superior al 30% o inferior a 18,5%
- Los líquidos consumidos son escasos.
- Existen problemas en la boca
- Hay dificultades para masticar y/o tragar
- Necesita sonda de alimentación
- Existen lesiones cutáneas o en mucosas, alteraciones de la piel o falta de integridad tisular o cutánea
- Presencia de problemas digestivos, dependencias, inapetencias, intolerancias alimenticias, alergias.

Aclaraciones:

Hidratación Saludable según la Declaración de Zaragoza: una persona tiene que ingerir 10 vasos de líquidos al día: agua mineral/del grifo, refrescos sin azúcar añadido, té, café o infusiones sin azúcar; otros autores consideran de 8 a 10. Información que no condiciona el resultado del patrón: Los ítems relativos a: lugar de comidas, número, horario, tipo de dieta nos dan información, pero por si solos no condicionan el patrón.

El número de calorías se refiere a las que ingiere habitualmente, no las que le hayan sido pautadas; dado que es muy difícil de valorar no se realiza de forma cotidiana. Estado nutricional normal o anormal se valorará teniendo en cuenta el IMC y/o juicio de la enfermera en base a observación. Puede usarse la prueba de MNA, adjunto en el protocolo, que valora el riesgo de malnutrición.

Los “problemas dieta” nos dan información, pero no todos condicionan el resultado del patrón:

- Patrón alterado: “dieta no equilibrada”

- Patrón en riesgo: “dieta insuficiente” y “comer entre horas” dependerá de las características del individuo.
- Información que no condiciona el resultado del patrón: “consumo escaso de lácteos” dependerá de la etapa evolutiva de la persona; “cena abundante” nos da información, pero por sí mismo no nos conduce a una alteración del patrón.
- Patrón alterado: “digestivos”, “inapetencia”, “intolerancia” o “dependencia”,
- Patrón en riesgo: “comer sin hambre” es un indicador de riesgo de alteración si el IMC es adecuado y “sedentarismo” se valorará en el Patrón de actividad- ejercicio.

Nutrición equilibrada se refiere a nutrientes, no a grupos de alimentos, puede darse el caso de personas que no tomen proteínas animales pero las tomen vegetales, como es el caso de los vegetarianos. El test de Norton inferior a 14 nos indica un riesgo de desarrollar úlceras por presión, y por tanto, nos informa de un patrón en riesgo de alteración

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Qué valora: Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel

Como se valora:

- Intestinal: Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomias, incontinencia.
- Urinaria: Micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda (absorbentes, colectores, sondas, urostomías), incontinencias
- Cutánea: Sudoración copiosa

Resultado del patrón: El patrón está alterado si:

- Intestinal: existe estreñimiento, incontinencia, diarrea, flatulencia, o la persona precisa sistemas de ayuda (laxantes, enemas, ostomias).
- Urinario: si presenta incontinencias, retención, disuria, nicturia, poliuria, polaquiuria o utiliza sistemas de ayuda (absorbentes, colector, sondas o urostomías) Si hay sudoración excesiva.

Aclaraciones:

Estreñimiento: es la emisión de heces con una frecuencia inferior a 3 veces por semana. El dolor durante la defecación, fisuras, hemorroides suponen riesgo de alteración del patrón. Los drenajes y las heridas muy exudativas conducen a un riesgo de alteración del patrón. La distensión y el dolor abdominal no alteran por

si solos el patrón si no están relacionados con la eliminación intestinal ya que puede ser debido a otros motivos.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD /EJERCICIO

Qué valora:

- El patrón de ejercicio
- La actividad Tiempo libre y recreo
- Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (higiene, compra, comer, mantenimiento del hogar, etc.)
- La capacidad funcional
- El tipo, cantidad y calidad del ejercicio.
- Las actividades de tiempo libre

Como se valora:

- Valoración del estado cardiovascular: Frecuencia cardiaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que reflejen isquemia o arritmia, etc.
- Valoración del estado respiratorio: Valorar antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente laboral, disnea, molestias de esfuerzo, tos nocturna, expectoración, indicación verbal de disnea, etc.
- Tolerancia a la actividad: Fundamentalmente en pacientes cardiacos y respiratorios
- Valoración de la movilidad: Debilidad generalizada, cansancio, grado de movilidad en articulaciones, fuerza, tono muscular
- Actividades cotidianas: Actividades que realiza, encamamiento, mantenimiento del hogar, Capacidad funcional (test de Katz o Barthel)
- Estilo de vida: Sedentario, activo Ocio y actividades recreativas: el énfasis está en las actividades de mayor importancia para la persona; tipo de actividades y tiempo que se le dedica.

Resultado del patrón: El patrón está alterado si existe:

- Síntomas respiratorios: frecuencia respiratoria alterada, disnea, cianosis, tos inefectiva, tiraje, uso de oxígeno domiciliario.
- Problemas circulatorios: Alteración de Tensión arterial y FC en respuesta a la actividad, pulsos periféricos inexistentes, edemas, claudicación intermitente
- Problemas de salud limitantes e incapacidad para la actividad habitual.

- La presencia de síntomas físicos: cansancio excesivo, hipotonía muscular, inmovilizaciones, claudicación intermitente, pulsos periféricos disminuidos, parálisis, paresia.
- Deficiencias motoras.
- Problemas de movilidad
- Problemas de equilibrio, inestabilidad. Capacidad funcional alterada (Katz o Barthel) ver aclaraciones Incapacidad de ocio habitual, aburrimiento manifestado por la persona.

Aclaraciones:

- TA: la presencia de una TA ($\geq 140/90$) no es suficiente para considerar el patrón alterado, estaría alterado si condiciona la práctica de ejercicio.
- Deficiencias sensorial y emocional: habría que especificar características en sus patrones correspondientes (cognitivo-perceptivo y autoconcepto o adaptación tolerancia al estrés)
- Falta de recursos: (falta de recursos económicos para realizar las actividades 17 indicadas para la persona) no condiciona el resultado de este patrón, aporta información y puede suponer un riesgo para algunas lesiones o mantenimiento de la salud o del hogar.
- Falta de conocimientos: de actividades físicas necesarias para la salud; no condiciona el resultado de este patrón, supondría un déficit de conocimientos que habría que abordar, pero que se evaluaría más en profundidad en su patrón (Cognitivo- Perceptivo).
- Las escalas de Tinetti (marcha y equilibrio) y la de caídas cuando son positivas para el riesgo de caídas, también nos informan de un riesgo de alteración en el patrón
- Barreras ambientales: Aquellas que imposibilitan el acceso a las infraestructuras o servicios Patrón

5: SUEÑO- DESCANSO

Que valora: Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día, la percepción de cantidad y calidad del sueño – descanso, la percepción del nivel de energía. Las ayudas para dormir (medicamentos, rutinas, etc.)

Como se valora:

- El espacio físico (ventilación, temperatura agradable y libre de ruidos)
- El tiempo dedicado al sueño u otros descansos diurnos Recursos físicos o materiales favorecedores del descanso (mobiliario)
- Exigencias laborales (turnos, viajes)
- Hábitos socio culturales (hora de acostarse o levantarse, siestas, descansos)
- Problemas de salud física que provoquen dolor o malestar
- Problemas de salud psicológica que afecten al estado de ánimo (ansiedad, depresión)

- Situaciones ambientales que provoquen estados de ansiedad o estrés (duelos, intervenciones quirúrgicas)
- Tratamientos farmacológicos que puedan influir en el sueño (broncodilatadores, esteroides, betabloqueantes)
- Uso de fármacos para dormir
- Consumo de sustancias estimulantes (cafeína, nicotina, abuso de alcohol)
- Presencia de ronquidos o apneas del sueño.

Resultado del patrón: Se considera alterado: Si usa ayudas farmacológicas para dormir o descansar. Verbaliza la dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz o inversión día/noche. Somnolencia diurna. Confusión o cansancio relacionado con la falta de descanso. Disminución de la capacidad de funcionamiento. Conducta irritable en relación con la falta de descanso.

El sueño en ancianos es un sueño fraccionado; en general suele ser de 6 horas como máximo de sueño nocturno y una y media horas diurnas. El objetivo de la valoración de este patrón es describir la efectividad del patrón desde la perspectiva del individuo, algunas personas están bien descansadas después de 4 horas de sueño, mientras que otras necesitan muchas más.

Las apneas del sueño y los ronquidos pueden ser constitutivos de otros problemas de salud y habrá que tenerlos en cuenta en ese sentido, pero si no interfieren con la sensación de descanso no alteran el patrón.

PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO

Qué valora: Patrones sensorio- perceptuales y cognitivos, el nivel de conciencia, la conciencia de la realidad, adecuación de los órganos de los sentidos, la compensación o prótesis, percepción del dolor y tratamiento, el lenguaje, ayudas para la comunicación, memoria, juicio, comprensión de ideas y la toma de decisiones

Cómo se valora:

- Nivel de conciencia y orientación
- Nivel de instrucción: si puede leer y escribir.
- El idioma: si tiene alteraciones cognitivas, como problemas para expresar ideas o de memoria, dificultades para la toma de decisiones, problemas de lenguaje, de concentración, síntomas depresivos, problemas de comprensión, fobias o miedos o dificultades en el aprendizaje.
- Si tiene alteraciones perceptivas por problemas de visión, de audición, de olfato de gusto o sensibilidad táctil.
- Recoge información sobre si la persona tiene dolor, tipo, localización, intensidad y si está o no controlado, así como su repercusión en las actividades que realiza.
- Si tiene alteraciones de la conducta, irritabilidad, intranquilidad o agitación

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si: La persona no está consciente u orientada

- Presenta deficiencias en cualquiera de los sentidos, especialmente visto y oído.
- Hay dificultades de comprensión por idioma o por analfabetismo
- Presencia de dolor.
- Existen problemas de memoria, de concentración, de expresión o comprensión de ideas
- Hay depresión
- Existen fobias o miedos injustificados
- Se dan conductas de irritabilidad, agitación o intranquilidad.

Aclaraciones:

Se aconseja utilizar los diferentes test o escalas validadas ya que tienen un valor añadido en la determinación de si el patrón está o no alterado. Se debe realizar otoscopia.

Idioma: procurar intermediación para lenguas extranjeras y prestar atención a las variedades dialectales de la lengua castellana en función de regiones y/o países de procedencia. La presencia de vértigo puede conllevar una alteración del equilibrio, no afecta el resultado de este patrón, pero puede condicionar el de actividad-ejercicio.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO

Qué valora:

- Auto concepto y percepciones de uno mismo.
- Actitudes a cerca de uno mismo.
- Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas.
- Imagen corporal, social.
- Identidad.
- Sentido general de valía.
- Patrón emocional.
- Patrón de postura corporal y movimiento
- Contacto visual, Patrones de voz y conversación.

Como se valora: Se valora la presencia de:

- Problemas consigo mismo.
- Problemas con su imagen corporal.
- Problemas conductuales. Otros problemas.
- Cambios recientes.
- Datos de imagen corporal, postura, patrón de voz, rasgos personales, contacto visual, Si se siente querido,
- Cambios frecuentes del estado de ánimo, Asertividad / pasividad y Nerviosismo / Relajación.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si: Existen verbalizaciones auto negativas, expresiones de desesperanza, expresiones de inutilidad. Tiene problemas con su imagen corporal y le preocupan los cambios en su imagen corporal, el miedo al rechazo de otros y el sentimiento negativo del propio cuerpo. Existen problemas conductuales.

Aclaraciones: Problemas Conductuales como son:

- Patrón Alterado: la presencia de irritabilidad, agitación y angustia
- Patrón en Riesgo: conducta indecisa, confusión, deterioro de la atención “Otros Problemas”:
- Patrón Alterado: la presencia de ansiedad y depresión o la respuesta negativa a autoestima.
- Patrón en Riesgo: Los fracasos, rechazos, ambiente familiar desfavorable, carencias afectivas, dificultad de concentración.

PATRÓN 8: ROL- RELACIONES

Qué valora: El patrón de compromisos de rol y relaciones (las relaciones de las personas con los demás). La percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia, sociedad.) Incluye responsabilidades en su situación actual, la satisfacción o alteraciones en: familia, trabajo, relaciones sociales.

Como se valora:

- Familia: Con quién vive.
- Estructura familiar.
- Rol en la familia y si éste está o no alterado.
- Problemas en la familia.
- Si alguien depende de la persona y como lleva la situación.
- Apoyo familiar. Si depende de alguien y su aceptación.
- Cambios de domicilio.
- Grupo social: Si tiene amigos próximos, si pertenece a algún grupo social, si se siente solo
- Trabajo o escuela: Si las cosas le van bien en el ámbito laboral o escolar, entorno seguro, satisfacción
- Datos relativos a pérdidas, cambios, fracasos, conflictos, aislamiento social, comunicación, violencia

Resultado del patrón: El patrón está alterado si:

- Presenta problemas en las relaciones: sociales, familiares o laborales (escolares) Se siente solo.No tiene personas significativas (amigos, familia)
- Refiere carencias afectivas, falta de comunicación
- Tiene dificultad en las tareas de cuidador, apoyo insuficiente, cuidados negligentes... Insatisfacción con el rol o falta de motivación o de capacidad para asumirlo.
- Conductas inefectivas de duelo.
- Violencia doméstica y abusos.

Aclaraciones:

- Patrón eficaz: La persona que vive sola y es autónoma.
- Patrón en Riesgo: las personas ancianas que viven solas pero son independientes
- Patrón alterado: persona que vive sola pero con la capacidad funcional esté alterada. Información que no condiciona el resultado del patrón: Los ítems: “convive en”, “nº de personas del grupo familiar”, “convive con”, “de quién cuida”, “de quién depende”, “rol familiar.
- Patrón en Riesgo: “red de apoyo familiar” contestado negativamente
- Información que no condiciona el resultado del patrón: la situación de la vivienda y la situación económica nos dan importante información pero no condicionan por sí mismos el resultado de este patrón, se deben tener en cuenta.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Qué valora:

- Los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad
- Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales
- Seguridad en las relaciones sexuales
- Patrón reproductivo premenopausia y posmenopausia
- Problemas percibidos por la persona

Como se valora: Menarquía y todo lo relacionado con ciclo menstrual, menopausia y síntomas relacionados, métodos anticonceptivos, embarazos, abortos, problemas relacionados con la reproducción, problemas o cambios en las relaciones sexuales

Resultado del patrón: El patrón está alterado si: La persona expresa preocupación respecto a su sexualidad, trastornos o insatisfacción. Existen problemas en la etapa reproductiva de la mujer. Existen problemas en la menopausia.

Aclaraciones: La sexualidad de una persona tiene componentes físicos, psicológicos, sociales y culturales, la enfermera debe valorar todos los elementos relevantes para determinar el estado de bienestar sexual del cliente. Patrón alterado:

- Alteraciones en el ciclo menstrual (duración, frecuencia, cantidad, síndrome premenstrual y dismenorrea) hay que tener en cuenta el uso de determinados métodos anticonceptivos que pueden alterar la duración, frecuencia o cantidad.
- Contactos de riesgo
- Los problemas de fertilidad y los de identificación sexual nos confirman una alteración del patrón
- Existencia de sangrado vaginal post menopaúsica.
- Información que no condiciona el resultado: La menopausia es un período más de la vida de la mujer que no debe tratarse como una enfermedad ni medicalizarse

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

Qué valora: Las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona, las respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y forma de controlar el estrés, la capacidad de adaptación a los cambios, el soporte individual y familiar con que cuenta el individuo y la percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes.

Como se valora: La enfermera instará al paciente a recordar situaciones estresantes, describir como se ha tratado y evaluar la efectividad de la forma en la que se ha adaptado a esas situaciones. Preguntará por:

- Cambios importantes en los dos últimos años, si ha tenido alguna crisis.
- Si está tenso o relajado la mayor parte del tiempo.
- Qué le ayuda cuando está tenso.
- Si utiliza medicinas, drogas o alcohol cuando está tenso.
- Cuando ha tenido cualquier problema en su vida, como lo ha tratado.
- Si esta forma de tratarlo ha tenido éxito.
- Si tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza y si lo hace cuando es necesario.

Resultado del patrón: El patrón está alterado si la persona manifiesta tener sensación habitual de estrés y no dispone de herramientas para controlarlo. Si ante cambios o situaciones difíciles de la vida el individuo no

es capaz de afrontarlo de forma efectiva. Si recurre al uso de medicamentos, drogas o alcohol para superar los problemas.

PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS

Qué valora: Los patrones de valores y creencias que guían las elecciones o decisiones, lo que se considera correcto, apropiado; bien y mal, bueno y malo, lo que es percibido como importante en la vida, las percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas relativas a la salud, las decisiones acerca de: tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte y las prácticas religiosas.

Como se valora:

- Si tiene planes de futuro importantes; si consigue en la vida lo que quiere.
- Si está contento con su vida.
- Pertenencia a alguna religión, si le causa algún problema o si le ayuda cuando surgen dificultades.
- Preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o enfermedad.

Resultado de la valoración: El patrón está alterado:

- Cuando existe conflicto con sus creencias
- Tiene problemas para sus prácticas religiosas
- Existe conflicto / preocupación por el sentido de la vida, la muerte, el sufrimiento, dolor, enfermedad.

Aclaraciones: La valoración de este patrón se enfoca a lo que es importante en la vida para el paciente ya sean ideas o creencias vitales o religiosas; no se valora si las tiene, sino, si suponen una ayuda o un conflicto.

Aclaraciones: La valoración de este patrón se enfoca a lo que es importante en la vida para el paciente ya sean ideas o creencias vitales o religiosas; no se valora si las tiene, sino, si suponen una ayuda o un conflicto.

De esta manera los ítems que hablan de conflicto o problema nos determinan el resultado del patrón, mientras que los otros serán informativos.

Referencias

1.-Franco Ramiro Alarcón Burneo (2023). Demencia senil en el adulto mayor. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 4(6) 3-4

[Demencia senil en el adulto mayor : Senile dementia in the elderly | LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades](#)

2.-Gobierno de México. (25 de Agosto de 2017). Día del adulto mayor

[Día del Adulto Mayor | PENSIONISSSTE | Gobierno | gob.mx](#)

3.-Organización Mundial de la Salud. (15 de Marzo de 2023). Demencia senil

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

4.- Guía de práctica clínica, Diagnostico y Tratamientos del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2012

<https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GER.pdf>

5.- Gobierno de México. (31 de Julio de 2023). Demencia, un reto a la salud de importancia creciente

[Demencia, un reto a la salud de importancia creciente | Instituto Mexicano del Seguro Social | Gobierno | gob.mx](#)

6.-Guía oficial de práctica clínica en demencia: Neurología de la conducta y demencias;2018.

https://www.sen.es/pdf/guias/Guia_Demencias_2018.pdf

7.- Guía para familiares de personas con demencia. (15 de noviembre del 2022). Demencia senil.

https://www.comunidad.madrid/hospital/laprincesa/sites/laprincesa/files/inline-files/GUIA%20FAMILIARES%20PACIENTES%20DEMENCIA_VHC_DIGITAL%20%281%29.pdf

8.- Manual para familiares y cuidadores de personas con enfermedad de alzheimer y otras demencias. (Marzo del 2023).

https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_archivos/13/Notas_PDF/13_Alzheimer_nuevocorte.pdf

9.- Francesc Formiga, M. José Robles, Isabel Fort. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44 Supl 2:2-8. Demencia una enfermedad evolutiva: demencia severa: Identificación de demencia terminal.

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-demencia-una-enfermedad-evolutiva-demencia-S0211139X09002145>

10.- Diario Oficial de la Federación. (13 de Septiembre del 2012). Norma Oficial Mexicana: NOM-031-SSA3-2012; Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012#gsc.tab=0

11.- El tratamiento no farmacológico del síndrome demencial en la atención primaria de salud:

https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300026

12.- Seminario universitario interdisciplinario sobre envejecimiento y vejez. Dr. Carlos D'hyver de las Deses Facultad de medicina de la UNAM

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/196022/10_DR_CARLOS_D_HYVER_TRATAMIENTO_FARMACOLOGICO_DE_LA_DEMENCIA_1.pdf

13.- Junta de castilla y león - consejería de sanidad 2018.escuela de pacientes (página web):

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/enfermedades/enfermedades-neurologicas/demencia/cuidados-personas-demencia-guia/tratamiento-demencia#:~:text=El%20tratamiento%20farmacol%C3%B3gico&text=Actualmente%20se%20utilizan%20tres%20f%C3%A1rmacos,o%20junto%20con%20los%20anteriores.>

14.- Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias vol.37 no. 2 2015. Dr. Óscar López Locanto Médico Internista y Geriatra(pagina web)

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2015000200003

15.- Hipocampo.org 2023 Tratamiento farmacológico de las demencias (página web)

<https://www.hipocampo.org/tratafarma.asp>

16.- Mayo clinic. Demencia Sept. 25, 2024:

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/dementia/diagnosis-treatment/drc-20352019>

17.- Cuidate plus María Sánchez-Monge. Demencia 18 Marzo, 2024(pagina web):

<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/demencia-senil.html>

18.- FISIOTERAPIA Y ALZHEIMER, NPunto Volumen IV. Número 45. Diciembre 2021 Sánchez García, María (pagina web):

<https://www.npunto.es/revista/45/fisioterapia-y-alzheimer#:~:text=La%20fisioterapia%20que%20se%20aplica,la%20mejora%20del%20estado%20f%C3%ADsico.>

19.- Guías metodológicas de implantación 2016.terapias no farmacológicas en las asociaciones de familiares de personas con alzheimer (pdf): <https://www.ceafa.es/files/2017/08/ManualTNF-2.pdf>

- 20.-Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia 2025.Fisioterapia (página web):
<https://www.cofiga.org/ciudadanos/fisioterapia/definicion>
- 21.- Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS 2015.Intervenciones de enfermería para el cuidado del adulto mayor con deterioro cognoscitivo (pdf):
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/775GRR.pdf>
- 22.-Centro geriátrico Maria gay 2024(pagina web)<https://www.residenciamariagay.org/es/article/atenciones-enfermeria-para-personas-mayores-con-demencia>
- 23.-Fundación Pasqual Maragall 2023.El “síndrome de la persona cuidadora quemada”: qué es y cómo evitarlo (pagina web):<https://blog.fpmaragall.org/sindrome-del-cuidador-quemado-que-es>
- 24.- ELSEVIER2025. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia)(pdf):
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-sindrome-cuidador-los-procesos-deterioro-cognoscitivo-14332>
- 25.-Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-144-08 2012. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención (pdf):
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
- 26.-Medical impact2024. impacto de las demencias en la salud pública mexicana: Proyecciones y desafíos para 2030<https://www.medical-impact.org/impacto-de-las-demencias-en-la-salud-publica-mexicana-proyecciones-y-desafios-para-2030/>
- 27.-Manual de Valoración de Patrones Funcionales José Luis Álvarez Suarez Fernanda del Castillo Arévalo Delia Fernández Fidalgo Montserrat Muñoz Meléndez (2010)<https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>
- 28- Gobierno de México (2019) Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
<https://www.gob.mx/inapam/articulos/envejecimiento-y-vejez>
- 29- C. Valero-Merino, R. Sánchez-Roy (2023) Programa de formación médica continuada
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541223000586#:~:text=Concepto,independencia%20de%20la%20fisiopatolog%C3%ADa%20subyacente.>
- 30- Gobierno de México (2017) La Demencia, parte del proceso de envejecimiento, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado <https://www.gob.mx/issste/articulos/la-demencia-parte-del-proceso-de-envejecimiento?idiom=es#:~:text=proceso%20de%20envejecimiento.-,Con%20la%20edad%20es%20posible%20que%20los%20adultos%20mayores%20presenten,%2C%20el%20c%20A%20lculo%2C%20la%20comprens%3%B3n%2C>
- 31- Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (2024) Alzheimers.gov
<https://www.alzheimers.gov/es/alzheimer-demencias/que-es-demencia>
- 32- Organización Panamericana de la Salud (2015-2019) Demencia
<https://www.paho.org/es/temas/demencia>
- 33- Fundación Pasquall Maragall (2022) ¿Cómo es el envejecimiento cognitivo?
<https://blog.fpmaragall.org/envejecimiento-cognitivo>

- 34- Organización Panamericana de la Salud (2020) https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52426/9789275322574_spa.pdf
- 35- Kai Sin Chin (2024) Neurobiología y Fisiopatología de la Demencia <https://www.intramed.net/content/108825>
- 36- Dr. R. García de Sola (2024) Unidad de Neurocirugía RGS <https://neurorgs.net/>
- 37- Álvarez Sánchez Mario (2023) Fisiopatología de la Enfermedad de Alzheimer <https://previous.revmedneurociencia.com/wp-content/uploads/2014/06/Nm083-05.pdf>
- 38- Mendoza Clavel, Eslaidi, Fong Estrada, Juana Adela, & Céspedes Moncada, Ariadna. (2023). Panorámica histórica sobre el surgimiento y evolución del síndrome demencial. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000501092&lng=es&tlng=es.
- 39- Blog (2020) Las 7 fases de la demencia senil <https://cmontesinai.com/las-7-fases-de-la-demencia-senil-y-precoz/>
- 40- Organización Mundial de la Salud (2023) La Demencia <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- 41- Instituto Mexicano del Seguro Social (2017) Guía de Práctica Clínica <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/393GER.pdf>
- 42- Eddy Vega Nápoles, Ivonne Guzmán Roque, Isora Vega Guzmán (2020) Algunas consideraciones Médico-Legales sobre la información a los pacientes. Ética y consentimiento Informado [https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2020/cm-q-201aa.pdf](https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2020/cm-q-2020/cm-q-201aa.pdf)

ANEXOS

Escala de Yesavage		
Escala de depresión geriátrica de Yesavage		
Item	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Preferiría quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Preferiría evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

Puntuación total:
0 - 10: Normal.
11 - 14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).
> 14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

Etapa FAST (Reisberg)	Demencia
1	Individuo normal
2	Deterioro cognitivo leve
3	Demencia incipiente
4	Demencia leve
5	Demencia moderada
6 a - 6 e	Demencia moderada - severa
7 a - 7 f	Demencia severa, avanzada o grave

Tabla I. Aspectos farmacológicos de las drogas para la demencia.

	Donepecilo	Rivastigmina	Galantamina	Memantina
Clase química	Piperidina Acetilcolinesterasa	Carbamato Acetilcolinesterasa & butirilcolinesterasa	Alcaloide fenantreno Acetilcolinesterasa receptor nicotínico	Clorhidrato Glutamato
Selectividad	Reversible, pseudoirreversible	Reversible, competitivo	Reversible, mixto no-competitivo	Bloqueo no competitivo de receptor NMDA
Mecanismo	Hepático	Periférico Renal	Hepático (75%) Renal (25%)	Renal
Metabolismo	70 horas	1-2 horas a 10 horas	7 a 8 horas	60 -100 horas
Vida media	1	2	1 o 2	1 o 2
Dosis diaria	Comprimidos Solución	Cápsulas Parches transdérmicos	Tabletas Capsulas de liberación lenta	Comprimidos Tabletas
Presentación	CYP2D6, CYP3A4	Minima	CYP2D6, CYP3A4	No
Citocromo	Relajantes musculares, ketoconazol, quinidina, rifampicina, fenitoina, carbamazepina, alcohol	Relajantes musculares	Relajantes musculares, digoxina, bloqueantes	Amantadina, ketamina, baclofeno, cimetidina, quinidina
Interacciones	Nauseas, vómitos, diarrea, anorexia y pérdida de peso	Nauseas, vómitos, diarrea, anorexia y pérdida de peso	Nauseas, vómitos, diarrea, anorexia y pérdida de peso	Agitación, opiosicosis
Efectos secundarios	Asma/ EPOC Bradicardia, enfermedad del seno Úlcus gastroduodenal activo, anestesia	Asma/ EPOC Bradicardia, enfermedad del seno Úlcus gastroduodenal activo, anestesia	Asma/ EPOC Bradicardia Úlcus gastroduodenal activo, anestesia	
Contra indicaciones	Indiferente	Administrar con las comidas	Administrar con las comidas	
Relación con los alimentos				

Tabla III. Esquema terapéutico según severidad de la EA

EA leve	EA moderada	EA severa
Donepecilo Galantamina Rivastigmina	Donepecilo Galantamina Rivastigmina + Memantina	Donepecilo Galantamina + Memantina

Tabla 1 Artículos incluidos en la síntesis


Título	Base de datos	Revista y año publicado	Idioma y país
Análisis de la funcionalidad discursiva pragmática en adultos mayores sanos y con demencia leve	Scielo	Logos (La Serena), 2016	Español, Chile
Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y El Caribe	Academic Search Complete	Revista Cubana de Salud Pública, 2014	Español, Cuba
Early-versus Late-Onset Alzheimer Disease: Long Term Functional Outcomes, Nursing Home Placement, and Risk Factors for Rate of Progression	Directory of Open Access Journals	Karger Publishers, 2017	Inglés, Suiza
Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review	Pubmed	Wolters Kluwer Health, Inc, 2016	Inglés, Estados Unidos
Revisión: El neurología frente al dolor en la demencia. Neurología	ScienceDirect	Servicio de Neurociencias, Hospital Universitario Basurto, 2015	Español, España
Enfermedad de Alzheimer: estado nutricional y sus relaciones con los aspectos cognitivos y la gravedad de la enfermedad	Academic Search Complete	Nutrición Hospitalaria, 2018	Español- Inglés, Brasil
Nutrición y deterioro cognitivo / Nutrition and cognitive impairment	Scielo	Nutrición Hospitalaria, 2016	Español, España
Differences of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Disease Severity in Four Major Dementias	Academic Search Complete	PLoS ONE, 2016	Inglés, Japón
Más allá del deterioro cognitivo: síntomas neuropsiquiátricos en demencias neurodegenerativas	Elsevier	Revista Colombiana de Psiquiatría, 2017	Español, Colombia
Artículo original: Asociación entre pérdida subjetiva de memoria, deterioro cognitivo leve y demencia	ScienceDirect	Neurología Argentina, 2017	Español, Argentina
Neural Correlates of Amnesia in Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment: A Multi-Method Assessment	Expanded Academic ASAP	Frontiers in Behavioral Neuroscience, 2018	Inglés, Italia
Impact of social relationships on Alzheimer's memory impairment: mechanistic studies	MEDLINE	Publisher: BioMed Central Country of Publication, 2018	Inglés, Inglaterra
Ejercicios físicos para mejorar la calidad de vida de enfermos de Alzheimer en fase inicial	Fuente Académica Premier	Innovación Tecnológica, 2018	Español Cuba
Original: Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida del cuidador informal	Original: Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida del cuidador informal	In Revista Española de Geriatría y Gerontología, 2018	Español, España
Revisión: Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer	ScienceDirect	In Gaceta Sanitaria, 2017	Español, España
Adaptando mi vida: vivencias de cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer	Complementary Index	Gerokomos, 2018	Español- Inglés, España
Revisión: La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer	ScienceDirect	In Neurología, 2015	Español, España
Comorbilidad en pacientes mayores de 65 años con demencia	Academic Search Complete	Medicina Interna de México, 2018	Español, México
Special Article: Advanced dementia pain management protocols	ScienceDirect	In Enfermería Clínica (English Edition), 2018	Español, España
Dieta y Prevención en la enfermedad de Alzheimer	ScienceDirect	Neurología Argentina, 2018	Español, Argentina

Tabla II. Tratamiento farmacológico de la demencia.

Fármaco	Dosis inicial	Titulación	Observaciones
Donepecilo	5 mg al acostarse	Subir 5 mg a las 4 semanas (si existe mala tolerancia se puede prolongar) a 10 mg por la noche	Comprimidos de 5 y 10 mg y solución oral
Galantamina	4 mg al día	Duplicar la dosis cada 15 días hasta un máximo de 24 mg /día	Comprimidos 8 y 12 mg
Galantamina acción prolongada	8 mg /día única dosis	Subir a 16 mg al mes y a 24 mg al otro mes en única dosis	Comprimidos 8 y 16 mg
Rivastigmina oral	1, 5 mg cada 12 horas	Subir a 3 mg cada 12 horas al mes hasta un máximo de 24 mg /día	Comp, 1, 5, 3, 4, 5 y 6 mg
Rivastigmina sub-cutánea	Parche de 5 cm ² , 4,6 mg al día sin horas de descanso	Subir a las 4 semanas a parche de 10 cm ² , 9,5 mg al día	Parche subcutáneo 5 y 10 cm ²
Memantina	5 mg al día	Subir 5 mg al día cada semana hasta un máximo de 20 mg	Comprimidos de 10 y 20 mg

Cuadro 3.2.7. ESCALA MINI-MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN (MMSE-30)

Orientación temporal				
Día	0			1
Fecha	0			2
Mes	0			3
Estación	0			4
Año	0			5
Orientación espacial				
Hospital o lugar	0			1
Planta	0			2
Ciudad	0			3
Provincia	0			4
Nación	0			5
Fijación				
Repita estas 3 palabras hasta aprenderlas:				
Papel	0			1
Bicicleta	0			2
Cuchara	0			3
Concentración (solo una de las 2 opciones)				
a. Restar desde 100 de 7 en 7	0	1	2	3
b. Deletree la palabra "MUNDO" al revés	0	1	2	3
Memoria				
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?				
	0	1	2	3
Lenguaje				
Mostrar un bolígrafo, ¿Qué es esto?				
	0			1
Repetirlo con el reloj				
	0			1
Repita la frase: "Ni si, ni no, ni peros"				
	0			1
Tome este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa				
	0	1	2	3
Lea esto y haga lo que				
	0			1
CIERRE LOS OJOS				
	0			1
Escriba una frase				
	0			1
Copie este dibujo				
	0			1



Total =
Años escolarización =
Deterioro cognitivo:
<18 puntos en analfabetos
<21 puntos en escolaridad baja (no estudios primarios).
<24 puntos en escolaridad alta (estudios primarios o más).

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

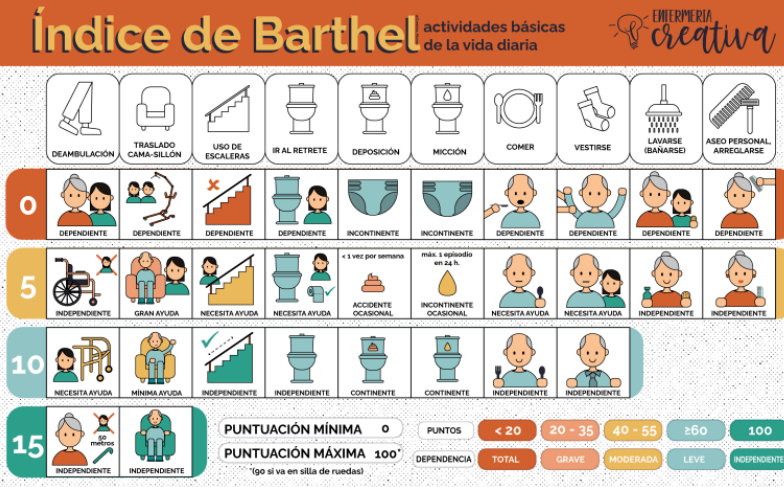
ESCALA DE ACTIVIDADES DIARIAS INSTRUMENTALES	H	M
Capacidad para usar el teléfono	1	1
Utiliza el teléfono por iniciativa propia.	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.	1	1
No utiliza el teléfono.	0	0
Hacer compras	1	1
Realiza todas las compras necesarias independientemente.	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras.	0	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.	0	0
Totalmente incapaz de comprar.	0	0
Preparación de la comida	1	1
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente.	1	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	0	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	0
Cuidado de la casa	1	1
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	1	1
No participa en ninguna labor de la casa	0	0
Lavado de la ropa	1	1
Lava por sí solo toda su ropa.	1	1
Lava por sí solo pequeñas prendas.	1	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	0	0
Uso de medios de transporte	1	1
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.	1	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	1	1
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros.	0	0
No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a su medicación	1	1
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.	1	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.	0	0
No es capaz de administrarse su medicación	0	0
Manejo de sus asuntos económicos	1	1
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos.	1	1
Incapaz de manejar dinero	0	0
TOTAL		

Interpretación:

Dependencia	TOTAL	GRAVE	MODERADA	LEVE	AUTONOMA (0)
Mujeres:	0-1	2-3	4-5	6-7	8
Hombres:	0	1	2-3	4	5

actividades básicas de la vida diaria

EMERGENCIA creativa



Puntuación mínima 0 (go si va en silla de ruedas)

Puntuación máxima 100

Dependencia: < 20 (TOTAL), 20-35 (GRAVE), 40-55 (MODERADA), ≥60 (LEVE), 100 (INDEPENDIENTE)

INDICE DE KATZ

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
BAÑARSE	INDEPENDIENTE: Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo. DEPENDIENTE: Incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
VESTIRSE	INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos. DEPENDIENTE: No se viste solo
USAR EL RETRETE	INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda (incluye la entrada y salida del baño). Usa el baño. DEPENDIENTE: Incluye usar orinal o cuña
MOVILIDAD	INDEPENDIENTE: No requiere ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE:
CONTINENCIA	INDEPENDIENTE: Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE: Incluye control total o parcial mediante enemas, sondas o el empleo reglado del orinal y/o cuña
ALIMENTACIÓN	INDEPENDIENTE: Lleva la comida del plato, o equivalente, a la boca sin ayuda DEPENDIENTE: Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda

Por ayuda se entiende la supervisión, dirección o ayuda personal activa. La evaluación debe realizarse según lo que el enfermo realice y no sobre lo que sería capaz de realizar.

CLASIFICACIÓN

- A Independiente en todas las actividades
- B Independiente en todas las actividades, salvo una
- C Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional
- D Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional
- E Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función Adicional
- F Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional
- G Dependiente en las seis funciones

LISTADO DE INTERESES ADAPTADO
Kielhofner, G., Neville, A. (1983)

Nombre _____
Fecha _____

Directrices: Para cada actividad, marque todas las columnas que describan tu nivel de interés en esa actividad.

Actividad	¿Cuál ha sido tu nivel de interés?						¿Participas actualmente en esta actividad?		¿Te gustaría realizarla en el futuro?	
	En los últimos 10 años			En el último año			SI	NO	SI	NO
	Mu- jo	Fu- co	Nun- ga	Mu- jo	Fu- co	Nun- ga				
Practicar Jardinería										
Coser							x		x	
Jugar Naipes							x		x	
Hablar/Leer Idiomas Extranjeros							x		x	
Participar en Actividades Religiosas	x						x		x	
Educar/Radio	x						x		x	
Caminar	x						x		x	
Preparar Alimentos	x						x		x	
Escribir	x						x		x	
Bailar	x						x		x	
Jugar Golf	x						x		x	
Jugar/Ver Fútbol	x						x		x	
Escuchar Música Popular	x						x		x	
Armar Puzles	x						x		x	
Celebrar días Festivos							x		x	
Ver Películas	x						x		x	
Escuchar Música Clásica							x		x	
Asistir Charlas/Conferencias							x		x	
Nadar							x		x	
Jugar Bolos							x		x	
Ir de Viaje	x						x		x	
Abrir/Cerrar Ropa	x						x		x	
Jugar Damas/Ajedrez							x		x	
Hacer Asado	x						x		x	
Leer	x						x		x	
Visitar	x						x		x	
Ir a Fiestas	x						x		x	
Practicar Artes Marciales							x		x	
Limpieza en Casa	x						x		x	
Jugar con	x						x		x	

ESCALA DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO:
Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.

1. Equilibrio sentado	Se recuesta o resbala de la silla	0
	Estable y seguro	1
2. Se levanta	Incapaz sin ayuda	0
	Incapaz pero usa los brazos	1
	Capaz sin usar los brazos	2
3. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero requiere más de un intento	1
	Capaz de un solo intento	2
4. Equilibrio inmediato de pie (15 seg)	Inestable (vacila, se balancea)	0
	Estable con bastón o se agarra	1
	Estable sin apoyo	2
5. Equilibrio de pie	Inestable	0
	Estable con bastón o abre los pies	1
	Estable sin apoyo y talones cerrados	2
6. Tocado (de pie, se le apuñala levemente por el esternón 3 veces)	Comienza a caer	0
	Vacila se agarra	1
	Estable	2
7. Ojos cerrados (de pie)	Inestable	0
	Estable	1
8. Giro de 360°	Pasos discontinuos	0
	Pasos continuos	1
	Inestable	0
	Estable	1
9. Sentándose	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	0
	Usa las manos	1
	Seguro	2

PUNTUACIÓN TOTAL DEL EQUILIBRIO (máx. 16 puntos).

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA:

Con el paciente caminando a su paso usual y con la ayuda habitual (bastón o andador).

1. Inicio de la marcha	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar	0
	Sin vacilación	1
2. Longitud y altura del paso	A) Balanceo del pie derecho	
	No sobrepasa el pie izquierdo	0
	Sobrepasa el pie izquierdo	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1
	B) Balanceo del pie izquierdo	
	No sobrepasa el pie derecho	0
	Sobrepasa el pie derecho	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1

Downton

Escala de valoración del riesgo de caída

Puntuación de la Escala Original

CAÍDAS PREVIAS

SI NO

1 0

DE FICITS SENSORIALES

0 NINGUNO

1 ALTERACIONES VISUALES

1 ALTERACIONES AUDITIVAS

1 EXTREMIDADES (parálisis, etc...)

RIESGO ALTO DE CAÍDAS

≥3 PUNTOS

MEDICAMENTOS

0 NINGUNO

1 TRANQUILIZANTES / SEDANTES

1 DIURETICOS

1 HIPOTENSORES (no diuréticos)

1 ANTIPARKINSONIANOS

1 ANTIDEPRESIVOS

0 OTROS MEDICAMENTOS

ESTADO MENTAL

0 ORIENTADO

1 CONFUSO

DEAMBULACIÓN

0 NORMAL

0 SEGURA CON AYUDA

1 INSEGURA CON / SIN AYUDA

0 IMPOSIBLE

Escala muscular de Daniels

para la evaluación de la fuerza muscular

0	Ausencia de contracción
1	Contracción sin movimientos
2	Movimiento que no vence la gravedad
3	Movimiento completo que vence la gravedad
4	Movimiento con resistencia parcial
5	Movimiento con resistencia máxima



Test del reloj

Score 0 (n=13) Score 1 (n=20) Score 2 (n=53) Score 3 (n=352) Score 4 (n=1047)

Total: D I

Hombro

CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

PREGUNTAS	ERRORES
¿Cuál es la fecha de hoy? (Día, mes y año)	
¿Qué día de la semana es?	
¿En qué lugar estamos? (Descripción o nombre)	
¿Cuál es su número de teléfono? (O dirección completa)	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente?	
¿Cuál es el nombre del presidente anterior?	
¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?	
¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?	
Reste de tres en tres desde 29	

PRUEBA DE LOS SIETE MINUTOS

Solomon et al., 1998¹

APELLIDOS		
NOMBRE	ESTADO CIVIL:	
DOMICILIO:		
POBLACIÓN:	C.P.:	TELEF.:
EDAD:	ESCOLARIDAD:	¿CON QUIEN VIVE?
PROCEDENCIA:	EXAMINADOR:	
MOTIVO DE CONSULTA:		

I ORIENTACIÓN

1. ¿En qué mes estamos?	R:	Puntaje:
	RC:	5 puntos por cada mes de diferencia. Máximo 30 puntos
2. ¿Qué día del mes es hoy?	R:	Puntaje:
	RC:	1 punto por cada día de diferencia. Máximo 15 puntos.
3. ¿En qué año estamos?	R:	Puntaje:
	RC:	10 puntos por cada año de diferencia. Máximo 60 puntos.
4. ¿Qué día de la semana es hoy?	R:	Puntaje:
	RC:	1 punto por cada día de diferencia. Máximo 3 puntos.
5. ¿Qué hora es aproximadamente?	R:	Puntaje:
	RC:	Agregarse de que no hay relojes disponibles. 1 punto por cada 30 minutos de diferencia. Máximo 5 puntos.

Código screening _____

Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC-35)

Lobo A. et al. Med Clin 1999; 112: 767-774. (Ver instrucciones de uso al reverso)

	Máxima puntuación	PUNTOS
Orientación		
Digame el día _____ Fecha _____ Mes _____ Estación _____ Año _____	(5)	()
Digame el Hospital (o el lugar) _____ Planta _____ Ciudad _____	(5)	()
Provincia _____ Nación _____		
Poner un punto por cada respuesta correcta		
Fijación (memoria inmediata)		
Repita estas 3 palabras: peseta, caballo, manzana. (Repetirlas hasta que las aprenda)	(3)	()
Poner un punto por cada respuesta correcta		
Concentración y cálculo		
Si tiene 30 pesetas, y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?	(5)	()
Poner un punto por cada sustracción correcta.		
Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás	(3)	()
Un punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.		
Memoria (reciente)		
¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?	(3)	()
Poner un punto por cada respuesta correcta		
Lenguaje y construcción		
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?". Repetirlo con el reloj.	(2)	()
Poner un punto por cada respuesta correcta		
Repita esta frase: "en un trigal había cinco perros"	(1)	()
Un fallo en una letra es 0 puntos en el ítem.		
Una manzana y una pera son frutas. ¿Verdad? ¿Qué es el rojo y el verde?	(2)	()
¿Qué es un perro y un gato?		
Poner un punto por cada respuesta correcta		
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa"	(3)	()
Poner un punto por cada respuesta correcta		
Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS	(1)	()
Escriba una frase	(1)	()
Copie este dibujo"	(1)	()
Puntuación total (un punto cada respuesta correcta): (35) ()		
Nº preguntas que el paciente no ha podido contestar por su nivel de escolarización		
preguntas que el paciente no ha podido contestar por déficit visual		
Puntuación Total Corregida (*)		

(*) Para su cálculo excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (ej. ceguera). La puntuación total corregida se obtiene por regla de tres. Por ejemplo si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre 31 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación (20x35/31) = 22,5 (redondearemos al núm. entero + próximo, el 23).