

Curso Académico 2015 / 2016

TRABAJO FIN DE GRADO

ALZHEIMER, UNA ENFERMEDAD COMPARTIDA.

Autor: Elena Pelarda Jiménez.

Tutor: Ricardo López Bernués.

Centro: Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca.

Fecha: Abril 2016

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN	2
1. INTRODUCCIÓN	3
2. DESARROLLO	4
2.1 HISTORIA DE ENFERMERÍA DEL “ENFERMO CON ALZHEIMER”	7
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN MARJORY GORDON DEL “ENFERMO CON ALZHEIMER”	7
FORMULACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN RELACIÓN A LA VALORACIÓN DEL PACIENTE	10
2.2 HISTORIA DE ENFERMERÍA DEL “CUIDADOR PRINCIPAL”	12
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN MARJORY GORDON DEL “CUIDADOR PRINCIPAL”	12
FORMULACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN RELACIÓN A LA VALORACIÓN DEL “CUIDADOR PRINCIPAL”	16
3. CONSIDERACIONES ÉTICAS	20
4. CONCLUSIONES	20
5. AGRADECIMIENTOS	22
6. BIBLIOGRAFIA	23
7. ANEXOS	25

RESUMEN

Introducción:

La Enfermedad del Alzheimer (E.A), se caracteriza por el deterioro progresivo de las capacidades cognitivas del paciente. No solo afecta a la persona que la sufre, sino también a sus cuidadores, que soportan una gran sobrecarga, sufrimiento y agotamiento físico; generando situaciones tensas que alteran las relaciones en el núcleo familiar.

Concretamente, en España, el 85% de las personas que asumen el cuidado de un enfermo de Alzheimer, son familiares, de los cuales el 50% son hijos.

Desarrollo:

Se describe el caso clínico real de una anciana de 84 años, llamada María que presenta E.A. y de su cuidadora principal Mª Jesús.

Mediante la valoración de Marjory Gordon, se desarrollan los patrones alterados que presentan tanto la paciente como su cuidadora principal.

Conclusión:

El objetivo va dirigido a educar mediante actividades enfermeras a la cuidadora principal, para conseguir la máxima autonomía posible y enlentecer el deterioro de la enfermedad contribuyendo a la disminución de la carga.

Es importante que el cuidador mediante la educación sanitaria obtenga conocimientos sobre el cuidado diario e información sobre la E.A, para saber manejar la demencia y afrontar las situaciones a vivir durante el proceso de la enfermedad.

PALABRAS CLAVES (DeCS):

Enfermedad de Alzheimer, Demencia tipo Alzheimer, Cuidadores y Relaciones familiares.

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población en los países desarrollados, se ha convertido en un problema socio-sanitario de gran magnitud.

Según el informe mundial del Alzheimer (Alzheimer's Disease International) en 2015 fueron 46'8 millones de personas en todo el mundo las que padecieron algún tipo de demencia, se estima que estas cifras se duplicarán cada 20 años hasta alcanzar los 74'7 millones en 2030 y los 131'5 millones de personas en 2050. Actualmente la demencia considerada más frecuente y más importante es la Enfermedad de Alzheimer (E.A), formando un 60-70% de los casos, por lo que lleva a muchos autores a denominarla "la epidemia del Siglo XXI".⁽¹⁾

La E.A lleva el nombre del doctor Alois Alzheimer, neurólogo alemán que en 1906 la describió por primera vez a partir del caso de Auguste Deter.⁽²⁾ La E.A es una demencia neurodegenerativa, que en general suele comenzar después de los 60 años caracterizándose por el deterioro progresivo de las capacidades cognitivas del paciente. Se manifiesta de forma lenta y gradual, con una evolución que puede prolongarse en tres fases por más de 15 años y finalizando con la muerte por los importantes trastornos de la enfermedad.⁽³⁾

En la fase leve, se presenta pequeñas alteraciones de la memoria. A medida que va progresando la enfermedad, aparecen limitaciones en las actividades de la vida diaria (AVD), (aseo personal, alimentación, vestido...), cambios conductuales (irritabilidad, alucinaciones...) o alteraciones cognitivas (memoria, orientación espacial...), lo que se denomina fase moderada. Por último está la fase severa, caracterizada por una afectación cognitiva grave, una dependencia total de otra persona para llevar a cabo las AVD, y un deterioro motor severo que lleva al enfermo al encamamiento.⁽⁴⁾**Anexo 1.**

La E.A no solo afecta a la persona que la sufre, sino también a sus cuidadores, que soportan una gran sobrecarga, sufrimiento y agotamiento físico; generando situaciones tensas que alteran las relaciones en el núcleo familiar. La persona que asume la responsabilidad de atender y cuidar al enfermo diariamente, prestando los apoyos necesarios para satisfacer las necesidades básicas y psicológicas, se define como "cuidador principal".⁽⁵⁾ Es el familiar más cercano, generalmente se caracteriza

por ser mujer (esposa o hija), mayor de cuarenta años, que además, afronta con otras cargas familiares (cuidados del hogar, hijos) y/o profesionales.⁽⁵⁻⁶⁾ Concretamente, en España, el 85% de las personas que asumen el cuidado de un enfermo de Alzheimer son familiares, de los cuales el 50% son hijos.⁽⁷⁾

El diagnóstico de E.A. implica un cambio en el rol de las familias. La mayoría de cuidadores dedican todo su tiempo a cuidar al enfermo y olvidan dedicarse tiempo a sí mismos, por ello no es extraño que aparezcan signos de tristeza, cansancio..., que indican que el cuidador está al límite. Dichos cuidadores ante un diagnóstico de E.A., se sienten desorientados, no conocen la enfermedad y no saben cómo se organizarán ante la nueva situación. Es importante que el cuidador mediante la educación sanitaria obtenga conocimientos sobre el cuidado diario y de información sobre la E.A, para saber manejar la demencia y afrontar las situaciones que van vivir durante el proceso de la enfermedad. ⁽⁷⁻⁸⁾

Los profesionales de enfermería mediante un seguimiento continuado consiguen: evaluar la enfermedad, asesoran al paciente y familia sobre los cuidados específico para cada situación.

Un factor positivo para el paciente, es llevar a cabo las actividades en su domicilio, al conocer el lugar está más seguro y se disminuyen así los posibles estados de depresión, desorientación y ansiedad, que se pueden dar con un cambio. ⁽⁸⁾

Por ello, en dicho caso clínico se desarrollan las actividades en el domicilio de la paciente con E.A., dirigidas al cuidador principal para conseguir la máxima autonomía del paciente y disminuir con ello la carga del cuidador principal.

2. DESARROLLO

Se consultaron diferentes bases de datos, de las cuales se obtuvieron 60 artículos y se utilizaron 10, para la realización de dicho trabajo.

Tabla 2: Metodología: Bases de Datos.

BASES DE DATOS	BÚSQUEDAS ENCONTRADAS	BÚSQUEDAS ÚTILES	BÚSQUEDAS DESECHADAS
PubMed	13	0	13
Enfispo - BUCM	10	0	10
Medlineplus	12	2	10
Dialnet plus	3	2	1
Cuiden plus	7	2	5
Scielo	10	2	8
Alzheimer's Association National	5	1	4

A su vez, se realizan tres sesiones, valorando tanto al paciente como a su cuidador principal, en los meses de Diciembre, Febrero y Marzo; de la cuales se extrae la información necesaria para la valoración enfermera.

Tabla 1: Cronograma de Actividades.

ETAPAS	Diciembre		Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo	
Revisión Bibliográfica												
Tutorías												
Entrevistas con el paciente/cuidador												
Introducción												
Valoración Marjory Gordon												
Diagnósticos enfermeros												
Revisión final												
Presentación del trabajo												

Para llevar a cabo la valoración de enfermería del presente caso clínico, se estructuró de la siguiente manera:

- Se realizan las valoraciones de dos pacientes, mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon:
 - En primer lugar, se elabora la valoración de la paciente María, de la cual se obtienen los Diagnósticos de Autonomía.
 - Y en segundo lugar, se realiza la valoración de M^a Jesús, de la cual se obtienen los Diagnósticos de Dependencia.

Marco teórico

La estructuración de los datos se realiza a través del modelo teórico de **Marjory Gordon (M.G.)**. Este modelo contempla al paciente de forma holística y recoge toda la información necesaria del paciente, familia y entorno, valorando cada uno de los aspectos de salud que le afectan al individuo.⁽⁹⁾

Para la elaboración del caso se empleó la Taxonomía enfermera **NANDA Internacional 2012-2014**,⁽¹⁰⁾ la **Clasificación de resultados de enfermería (NOC)** que "Es el objetivo o el resultado esperado en un proyecto de salud",⁽¹¹⁻¹²⁾ y la **Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)** que envuelve a "Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente",⁽¹¹⁻¹³⁾ incluyendo en las dos últimas sus pertinentes códigos numéricos para la formulación de los diagnósticos, objetivos e intervenciones según los datos obtenidos.

2.1 HISTORIA DE ENFERMERÍA DEL "ENFERMO CON ALZHEIMER"

En el presente proyecto de Enfermería, se describe el **caso clínico real de una anciana de 84 años**, llamada María. Reside en la localidad de Zaragoza. La paciente presenta **E.A. en fase leve/moderada diagnosticada en el 2014**, su evaluación es llevada a cabo desde el centro de salud Virgen del Rocío.

La paciente no presenta alergias ni alimenticias, ni medicamentosas. Antecedentes personales: Hipertensión Arterial, Colecistectomía.

2.1.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN MARJORY GORDON AL "ENFERMO CON ALZHEIMER".

En el siguiente apartado mediante la valoración de M.G., se desarrollan los patrones alterados que presenta, María. La valoración completa se adjunta en el **Anexo 2: (Valoración de enfermería, M. G.)**.

PATRONES ALTERADOS⁽⁹⁾

1. PERCEPCIÓN / MANTENIMIENTO DE LA SALUD:

- b) La paciente **no es conocedora de su situación de salud.**
- c) Necesita **supervisión** para cumplimentar el tratamiento farmacológico.

2. NUTRICIONAL METABÓLICO:

- a) Presenta un **apetito disminuido**. Con una **actitud de rebeldía a la hora de comer. Es incapaz de completar una comida**, por **no saber utilizar los utensilios**.
- b) Escala de **Norton: 14**.

3. ACTIVIDAD Y EJERCICIO:

- a) **El grado de autonomía** que presenta la paciente, se ve representado en la **Tabla 3**, el resultado que se interpreta es una **ayuda parcial** en: alimentación, baño / higiene, vestido, deambulación y una **ayuda total** en el cuidado del entorno.
Su comportamiento **motriz es incoordinado**, ya que presenta **movimientos asimétricos**.

Tabla 3: Grado de Autonomía.

	Autónomo	Estímulo supervisión	Ayuda parcial	Ayuda total
Alimentación			X	
Baño/Higiene			X	
Vestido			X	
Uso del W.C		X		
Deambulación			X	
Cuidado del entorno				X

- b) El índice de **Barthel: 65**.

6. COGNITIVO/PERCEPTIVO:

- a) La paciente, muestra un **déficit visual por degeneración macular, por lo que lleva gafas.**
- b) Se encuentra **desorientada en tiempo**, no en espacio. (**Orientación Autopsíquica**).
- c) **Alteración de la memoria, es incapaz de recordar AVD nuevas.**
- d) El Contenido y el curso del pensamiento se ven **alterados**:
 - Contenido del pensamiento: **Exterioriza ideas delirantes: un hombre que persigue a su marido o ve personas en la habitación las cuales no están.**
 - Curso del pensamiento: **Enlentecimiento, disagregación y perseveración del pensamiento.**
- e) Presenta dificultad a la hora de comunicarse :
 - **Afasia** (dificultad de búsqueda de palabras dentro de la conversación).
 - **Lenguaje** con: **velocidad intermitente, cantidad escasa, volumen bajo.**
 - Durante la conversación **repite las palabras varias veces.**
- f) **OBSERVACIONES: A veces no reconoce a los miembros de su familia.**

7. AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO:

- a) El sentimiento que tiene la paciente respecto a sí misma es de **Tristeza**. Expresa **que se siente una carga para su familia**, ve a su hija muy angustiada y a sus nietas agobiadas.
- b) Tiene una percepción de su imagen personal de **indiferencia**. Muestra una **inexpresión facial y una expresión corporal tensa**.
- c) Interés por actividades lúdico-recreativas: **Nulo**, las realiza si se insiste.

10. ADAPTACIÓN / TOLERANCIA AL ESTRÉS:

- a) Presenta un **Estado de tensión / ansiedad temporal**, relacionada con: **preocupaciones**. (imagina que su marido no descansa por las noches, sus nietas están agobiadas con sus trabajos y estudios y por su hija la cual la ve atosigada).
- b) **Las estrategias** que sigue la familia cuando la paciente **María presenta ansiedad**, es **desviar la conversación hacia otro punto que le promueva tranquilidad**.

2.1.2 FORMULACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN RELACIÓN A LA VALORACIÓN DEL ENFERMO CON ALZHEIMER.

Según los datos obtenidos en la valoración, se enumeran a continuación los siguientes Diagnósticos de Autonomía.

➤ **DIAGNOSTICOS DE AUTONOMÍA**⁽¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁾

○ **Objetivo general:**

María mantendrá la máxima autonomía en las distintas fases de la enfermedad.

1. ALIMENTACIÓN (Suplencia Parcial).

✓ Actividades:

1. María, realizará las comidas **siempre a la misma hora. Si es posible, debe comer con el resto de la familia**; posiblemente imite los gestos de los comensales.

2. María come por sí sola aunque tiene dificultad para utilizar los cubiertos, por ello, la **comida** se le servirá: en **vajilla irrompible, cortada y en pequeñas porciones**. M^a Jesús, se **asegurará** de que **mastique y trague bien**. No se le obligará a comer a la fuerza, es muy importante **tener paciencia y tomarse el tiempo necesario**.

2. HIGIENE Y CUIDADO DE LA PIEL, MUCOSAS Y FANERAS (Suplencia Parcial).

✓ Actividades:

1. María realizará la **higiene siempre a la misma hora**, cuando la paciente esté más tranquila. Es muy importante tener todo el material previamente preparado tanto el de higiene como la ropa que se pondrá después. Mantener la temperatura del agua a **22ºC**.

2. María, dispone de una movilidad inestable por ello, se utilizará una **silla de plástico** en el interior de la ducha. Se **dejará que María sea quien se lave y se peine hasta donde sea posible** (cara, manos, enjabonarse la parte superior del cuerpo...) siempre **bajo supervisión**, nunca se la dejará sola.

3. VESTIDO Y ARREGLO PERSONAL (Suplencia Parcial).

✓ Actividades:

1. María utilizará **siempre ropa sencilla**, sin botones, cordones o cremalleras, que serán sustituidos por velcro y calzado fácil de poner y quitar. Se **ordenará la ropa por prendas y colores** para facilitar su recuerdo.

2. María será quien **escoja su vestimenta**, facilitando su elección. Es muy importante **no agobiárla, tener paciencia y darle el tiempo necesario** para llevar a cabo la actividad.

4. MOVILIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE UNA BUENA POSTURA (Suplencia Parcial).

✓ Actividades:

1. María presenta una marcha insegura, lenta y torpe, es importante **mantener la función de caminar durante el máximo tiempo posible**, para ello se le otorgará equipos que le permitan mantener la movilidad como **bastón** y **andador**.

2. María siempre **iniciará la marcha bajo supervisión** y con un calzado adecuado para evitar caídas inesperadas.

5. MANTENIMIENTO DE LA SEGURIDAD DEL ENTORNO (suplencia total).

✓ Actividades:

1. María al presentar una marcha inestable, se **evitará tener en el domicilio alfombrillas** para evitar tropiezos y caídas.

2. La oscuridad, desorienta a María, para ello **usar lámparas** de noche en el dormitorio, baño y pasillo. Si se despierta desorientada, se le **orientará pausadamente**.

2.2 HISTORIA DE ENFERMERÍA DEL “CUIDADOR PRINCIPAL”

En consecuencia de la valoración de la enferma con Alzheimer se describe el **caso clínico real de la cuidadora principal** de **58 años**, llamada M^a Jesús. Reside en la localidad de Zaragoza. Presenta **Diabetes Mellitus tipo 2** diagnosticada desde **el 2005**, su evaluación es llevada a cabo desde el centro de salud Virgen del Rocío.

No se conocen alergias ni alimenticias, ni medicamentosas. Lleva acabo un tratamiento farmacológico con **Metformina**.

2.2.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN MARJORY GORDON DEL “CUIDADOR PRINCIPAL”.

Mediante la valoración de M.G., se desarrollan los patrones alterados que presenta M^a Jesús. La valoración completa se adjunta en el **Anexo 5: (Valoración de enfermería, M. G.)**.

PATRONES ALTERADOS⁽⁹⁾

1. PERCEPCIÓN /MANTENIMIENTO DE LA SALUD

- a) Conciencia de la enfermedad: tanto la que ella padece como la de su madre.
- b) Tratamiento farmacológico:
 - Adherencias: **Autónomo**
 - Conocimientos:
 - Fármacos: si - Para que los toma: si -Efectos secundarios: si
 - Cumplimiento de las citas con C.S.M. u otros: **Virgen del Rocío**.

2. NUTRICIONAL METABÓLICO

- a) Apetito:
 - **Aumentado**
 - Cambios ponderales: **Pesaba 73 Kg y engordó 12 Kg** desde que a su madre le diagnosticaron la enfermedad. Desde hace tres meses se puso a dieta y **ha bajado hasta los 80 Kg**.
 - Dieta habitual: **Dieta de diabético.** Rechazos: **Dulces e H.C.**

5. SUEÑO / DESCANSO

- a) Patrón habitual de sueño
 - Horas de sueño nocturno: **7 horas intermitentes, se levanta cada dos horas alterada y con ganas de orinar.**
 - Satisfacción con el sueño: **Alterada**
- b) Problemas: **Preocupación por la enfermedad de su madre.**
- c) Ayudas Farmacológica: No.
- d) Alteraciones al despertar: **Ansiedad.**
- e) OBSERVACIONES: **Se siente preocupada por el cuidado de su madre y presenta ansiedad anticipatoria por los posibles problemas futuros.**

7. AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO

- a) Sentimientos respecto a sí mismo: **Se siente satisfecha con su vida**, pero en relación a sus padres presenta **impotencia y ansiedad por qué piensa que no hace lo suficiente**.
- b) Percepción de su imagen personal: **Aceptación**.
- c) Expresión facial: **Alterada (triste y preocupada)**.
- d) Expresión corporal: **Tensa**.
- e) Interés /desinterés por actividades lúdico-recreativas: si, aunque no tiene mucho tiempo su marido le hace ir a cenar.
- f) OBSERVACIONES: **Verbaliza preocupación por no saber cuidar a su madre**.

8. ROL/ RELACIONES

- a) Profesión: **Administrativo en una consulta ginecológica desde los 16 años.**
 - Situación actual: **Activo**.
- b) Estructura y rol familiar:
 - Vive acompañada con su marido y su hija pequeña.
 - Lugar que ocupa en la familia y rol que desempeña: Mujer/Madre.
- c) Actitud ante la enfermedad de su madre: **Preocupación, expresa "esto no me puede estar pasando a mí , con lo que era mi madre"**
- d) Persona más significativa: **Su marido y sus hijas**.
- e) Su relaciones con los demás:
 - ¿Ha sufrido agresiones en su entorno? No.
 - ¿Tiene reacciones de heteroagresividad? No.
 - La percepción de su relación escolar/laboral es: Satisfactoria.
- f) OBSERVACIONES: **Su familia la quiere mucho y la cuidan**, le ayudan y la apoyan en la medida de lo que pueden, sobre todo su marido, en él tiene un apoyo y una confianza muy grande, pero es ella la que decide todo lo referente a su madre.

10. ADAPTACIÓN / TOLERANCIA AL ESTRÉS

- a) **Estado de tensión / ansiedad: Generalizado** relacionado con: **Preocupación.**
- b) Estrategias de adaptación /control: **Realizar actividades con su hija y su marido, diferentes a lo que hace día a día, también se dedica hacer manualidades o ver la televisión o leer.**
- c) OBSERVACIONES: Cuándo realiza **actividades que implican estar lejos de casa de sus padres**, se siente **preocupada y culpable por no estar con ellos.**

11. VALORES/CREENCIAS

- a) Normas culturales/religiosas: **Católica.**
- b) Que es lo más importante en su vida: **Su familia.**
- c) Planes de futuro: **Sentirse bien consigo misma.**
- d) Grado de satisfacción con su vida actual: **No está satisfecha con su labor, siempre cree que puede hacer más por los demás. Aunque la define como "Buena."**
- e) Cómo mejoraría su calidad de vida: **Disfrutando más de su familia, aprendiendo a quererse y Buscando ayuda externa.**

❖ ACTITUD DEL PACIENTE ANTE LA ENTREVISTA

Durante el primer contacto, se observa su **preocupación sobre la enfermedad de su madre y el estado de ansiedad que le está generando.** Se expresa de manera clara y facilitando información.

2.2.2 FORMULACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN RELACIÓN A LA VALORACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL.

Analizando la valoración de enfermería, se destaca el principal diagnósticos de dependencia que presenta M^a Jesús: **(00061) CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR.**

➤ DESARROLLO DEL DIAGNÓSTICOS DE DEPENDENCIA⁽¹⁰⁾

1. **(00061) CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADORr/c** necesidades de cuidados crecientes **m/p** verbaliza dificultad para el manejo de su madre, estrés y falta de tiempo para satisfacer necesidades personales. **(Conocimientos y fuerza psíquica).**

Dominio 7: Rol / relaciones. **Clase 1:** roles de cuidador.

Definición: *Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas.*

○**Objetivos generales:**

- M^a Jesús en 12 meses, sabrá mantener el control en situaciones estresantes y llevará a cabo las actividades de la vida diaria sin esfuerzo ni estrés.

○**Objetivos específicos:**

- M^a Jesús, durante las primeras semana, identificará los agentes estresantes y aprenderá a utilizar los recursos apropiados para disminuir el estrés y así satisfacer sus necesidades.

- M^a Jesús, durante seis meses, realizará las actividades y los cuidados según el programa establecido, para mantener un ambiente tranquilo evitando situaciones estresantes tanto para ella como para su madre.

❖ **CRITERIOS DE RESULTADOS NOC:** ⁽¹²⁾➤ **NOC: 1103 Alteración del estilo de vida del cuidador principal.**

INDICADOR	Puntuación global
220315 Trastorno de la rutina	Sustancial(2)
220310 Responsabilidades del rol	Gravemente comprometido(1)
220308 Actividades de ocio	Moderadamente comprometido(3)

➤ **NOC: 1635 Gestión del tiempo personal.**

INDICADOR	Puntuación global
163509 Planifica actividades de la semana	Nunca demostrado(1)
163512 Delega actividades	Nunca demostrado(1)
163514 Aplaza actividades apropiadamente	Nunca demostrado(1)
163520 Mantiene la organización en el espacio personal	A veces demostrados(3)
163521 Utiliza estrategias para gestionar el trabajo	Nunca demostrado(1)

❖ **INTERVENCIONES NIC:** ^(13,17-18-19)**NIC:** 5240 Asesoramiento.✓ Actividades:

1. M^a Jesús, aprenderá a **establecer una comunicación** con María de forma que ella participe en conversaciones, transmitiéndole seguridad. **Recomendaciones:**

- M^a Jesús, mantendrá una **conversación mirándola a los ojos, pausada y suave, con un lenguaje sencillo, utilizando frases concretas y cortas.** Hablar de **temas del pasado** le traerá **recuerdos a María y así disfrutará** del diálogo.
- Cuando María de explicaciones o haga preguntas sin sentido, M^a Jesús aprenderá a **evitar las discusiones y a cambiar de tema** o seguirle la

corriente pero nunca añadiendo otros temas que puedan confundir más a María.

- Se explicará a M^a Jesús la **importancia de darle tiempo a María para pensar** e intentar **enseñarle visualmente lo que quiere decir**, para evitar así un estado de ansiedad provocado por la incomprendición o el sentimiento de ser un estorbo para los demás.
- Se aconsejará a M^a Jesús que **no mantenga un tono infantil** cuando hable a su madre, eso despertaría en María sentimientos de inutilidad, rabia y frustración.

2. A M^a Jesús, se le **reforzará con nuevas habilidades para afrontar**:

- **Las conductas delirantes** (un hombre que persigue a su marido o ve personas en la habitación las cuales no están) que tiene María, para ello se le dirá como **debe actuar**:

- **Evitará las discusiones y expresiones** como: "tú estás loco" "yo no lo digo".
- **Tratará de distraer** a María con otro tema o actividad. A veces llevarla a otro cuarto, salir a caminar o poner la radio, puede ayudar.
- **No hay que intentar convencer** María de que lo que ve **no es real**.

NIC: 5326 Potenciación de las actitudes para la vida diaria.

✓ Actividades

1. Se evaluará el nivel actual de M^a Jesús respecto a las habilidades y comprensión del contenido.
2. Se ayudará a M^a Jesús a **seleccionar métodos de enseñanza y estrategias adecuadas para resolver los problemas de manera constructiva**. Para ello hará una lista con habilidades que ella utiliza. Se corregirán las inadecuadas y se le enseñarán técnicas: salir a pasear, distraerse con los amigos, expresar los sentimientos negativos o de frustración con su marido e intentar estar calmada cuando tome una decisión.

3. Instruir a M^a Jesús **sobre la gestión del tiempo**, para llevar a cabo las actividades de la vida diaria y de ocio. Para ello se le aconsejará elaborar un calendario donde marque las actividades del día, siempre dejando tiempo para el ocio con su familia, amigos o para dedicarse tiempo para sí misma.

4. Se le explicará a M^a Jesús, la importancia que tiene pedir ayuda tanto a su familia, como **a Asociaciones de Familiares de enfermos con Alzheimer**. Es muy importante que hagamos ver a M^a Jesús que **pedir ayuda le llevará beneficios positivos y necesarios para todos**. Porque una carga excesiva de responsabilidad no es saludable ni asumible a largo plazo.

NIC: 8700 Desarrollo de un programa.

✓ Actividades

1. M^a Jesús, **elaborará con ayuda de la enfermera** un **programa de actividades** que le permita hacer partícipe a María.

💡 **Recomendaciones para la elaboración del programa** que se explicarán a M^a Jesús son:

- **Crear una rutina fija** de actividades, esto causará una seguridad tanto a M^a Jesús como a su madre y comodidad, porque los cambios le pueden suponer un esfuerzo que en muchas ocasiones no sabe cómo afrontar. Los cambios repentinos le pueden ocasionar una desorientación.
- Intentar que María haga **tareas sencillas** por sí sola, aunque tarde más tiempo (doblar pañuelos, recoger la compra).
- **Recordar** a María los principales sucesos del día como la **fecha, mes, estación del año**... así como el **nombre de su hija, sus nietas, su marido y su yerno**.

2. **Instruir a M^a Jesús y a su familia en las actividades** desarrolladas por ellos mismos, para así disminuir la carga emocional y física que siente en ocasiones M^a Jesús. La instrucción se llevará a cabo durante unas semanas hasta que los familiares entiendan y sepan ejecutar la actividad. Se valorará mensualmente, mediante una consulta programada, la elaboración de las actividades.

NIC: 5330 Control del estado de ánimo.

✓ Actividades:

1. Se ayudará a Ma Jesús a **identificar los pensamientos y sentimientos** subyacentes al estado de ánimo (preocupaciones, frustración, inferioridad...) y a su vez se le enseñará a controlar conscientemente su estado de ánimo mediante: **estrategias para canalizar el estrés** (pasear, manualidades), **facilitar la expresión de sentimientos y escribir los factores estresantes**.

3. CONSIDERACIONES ÉTICAS (20)

En el presente caso clínico se solicitó la autorización para la recogida de datos a través del consentimiento informado que se adjunta en el **Anexo 6**.

Durante el desarrollo del trabajo se ha omitido y modificado datos de carácter personal para respetar la confidencialidad (Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre).

4. CONCLUSIONES

La E.A. no sólo afecta a las personas que la padecen, sino que afecta a todo el entorno familiar, produciendo cambios a medida que va avanzando la enfermedad.

La aplicación de programas de cuidados dirigidos a enfermos con E.A., están enfocados a mantener la máxima autonomía posible del enfermo a través del cuidador principal y contribuyendo a la disminución de la carga.

La simbiosis entre los cuidados del enfermo y su cuidador principal es tal, que por ello se han realizado dos valoraciones para valorar el grado de afectación que tiene la enfermedad en un familiar, para así, planificar unos cuidados individualizados y lograr el máximo bienestar físico, mental y social de la cuidadora.

Al trabajar con dos valoraciones enfermeras, resulta difícil estructurar/ planificar por separado las intervenciones. Por eso se han dirigido los cuidados hacia el cuidador principal repercutiendo así en el enfermo de Alzheimer.

Con la presentación de este caso, me gustaría dejar constancia de la repercusión que puede tener el Alzheimer sobre un familiar que está al cuidado de una persona con E.A. El cuidador se convierte en el apoyo necesario para el paciente y será quien tenga que resolver todas aquellas dificultades que se vaya sucediendo en el día a día.

Como conclusión, se quiere hacer hincapié en la organización del día a día en un paciente con la E.A. en fase leve / moderada, resultará más fácil conservar y/o aumentar sus capacidades, habilidades y enlentecer el deterioro progresivo que causa el avance de la enfermedad. Es importante recordar a todos los familiares que están a cargo de un familiar con E.A. qué tan importante es el cuidado que se le otorga a ese familiar como su propio cuidado, porque si se olvida de su propia salud y bienestar, no podrá cuidar de manera adecuada al familiar enfermo.

Como profesionales de la Enfermería debemos prestar cuidados lo más completos posible, y las intervenciones han de estar orientadas a que los enfermos de Alzheimer, sean más autónomos durante el mayor tiempo posible, mejorando / disminuyendo la sobrecarga del cuidador.

5. AGRADECIMIENTOS

En este momento, después de cuatro años de carrera, haces balance de todo lo que tienes que agradecer. Trataré de abreviar todo el agradecimiento que debo a todas las personas que han estado presentes estos años, que hoy deja de ser un sueño y se convierte en una realidad.

A la primera persona a la que quiero agradecer es a mi tutor Ricardo, que sin su ayuda y conocimientos no hubiese sido posible realizar este trabajo. Gracias por guiarme, aguantarme e involucrarse en el trabajo con el mismo interés que yo. Sé que ha sido un reto para los dos, pero tengo que expresar que me siento muy contenta con lo que hemos logrado.

A mi familia ,por haberme proporcionado la mejor educación y enseñarme que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue y por hacerme ver la vida de una forma diferente cada día y confiar en mis decisiones. Sin ellos no habría sido posible lograr este sueño. Han sido unos años muy duros, en los cuales hemos perdido a familiares muy importantes, por ello no tengo palabras suficiente para agradecer ni para devolver todos los ánimos que me han dado para seguir adelante.

En segundo lugar a mis amigas de toda la vida, ellas han sido las causantes de que yo llegue a ser enfermera, gracias a ellas aprobé la selectividad y siempre me recordaban que todo esfuerzo tiene su recompensa. Y como olvidarme, de las maravillosas persona que he conocido durante estos cuatros años, nos hemos reído, hemos llorado... pero si tengo algo claro, es que gracias a vosotros estos cuatro años se me pasaron volando.

Y por último agradecer a la familia de María, que me enseñaron tanto sobre la humanidad y el cariño que se puede tener hacia una persona, abriéndome las puertas de sus vidas y ayudándome a entender mucho mejor esta enfermedad.

A todos ellos mi profundo respeto y agradecimiento por todo lo que he conseguido.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Price M. Las consecuencias de la demencia análisis de prevalencia, incidencia, coste y tendencias: Demencia y envejecimiento en los países en vías de desarrollo. *Alzheimer's Disease International, Informe Mundial sobre el Alzheimer 2015* [Internet]. 2015 Septiembre. [citado 2015 Diciembre]; 1-24. Disponible en: <http://www.alz.co.uk/sites/default/files/img/world-alzheimer-report-2015-executive-summary-spanish.pdf>
2. Rubinstein W. Martínez M. Grasso L. *Demencia semántica y demencia tipo Alzheimer, ¿Igual rendimiento en tareas semánticas?* CES psicología. [Internet]. 2014 Enero- Junio. [citado 2016 Marzo]; 6(1):1-25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4786889>
3. Salas León B. *Calidad de Vida en Personas con Demencia Institucionalizadas*. Tesis doctoral. Universidad complutense de Madrid; 2015.
4. Institutos Nacionales de la Salud Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento NIH. [Internet]. 2010 Agosto. [citado 2016 Marzo]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/enfermedad-alzheimer>
5. Martínez Piédrola R M, Miangolarra Page JC. *El Cuidador y la Enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Universitaria Ramón Areces, S.A; 2015. p. 18-22.
6. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. *Enfermedad del Alzheimer*. [Internet]. 2015 Noviembre. [citado 2016 Enero 7]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/alzheimersdisease.html>
7. Rubio Acuña M. *Comprendiendo la experiencia y las necesidades al ser cuidador primario de un familiar con enfermedad de Alzheimer: estudio de caso*. Gerokomos. [Internet]. 2014 Marzo [citado 2016 Enero 20]; 25(3): 98-102. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2014000300003&lng=es.

Esandi Larramendi N, Canga-Armayor A. *Familia cuidadora y Enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica.* Gerokomos [Internet]. 2011 Junio [citado 2016 Enero 20]; 22(2): 56-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000200002&lng=es

8. Planta de Psiquiatría Agudos, Hospital San Jorge. *Valoración de Enfermería: Patrones Funcionales Marjory Gordon* (Modificada). Huesca. 2005.

9. Herdman TH. (Ed). *NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación, 2012-2014.* Barcelona: ElsevierEspaña; 2012.

10. NANDA, NIC, NOC, Metodología enfermera. Actualizaciones en enfermería. [Internet]. 2014 Marzo [citado 2016 Febrero 10]. Disponible en : <http://enfermeriaactual.com>

11. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).Medición de resultados de salud.* 5^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.

12. Bulechek G, Butcher H K, McCloskey Dochterman J. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).* 6^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.

13. Luis Rodrigo MT. *De la Teoría a la Práctica: El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.* 3^a ed. Barcelona: Masson España; 2005.

14. García Meilán JJ. *Guía Práctica de Terapias Estimulativas en el Alzheimer.* Madrid: Síntesis, España; 2014. p. 20-51.

15. Casanova M, Fernández I (et al). *Alimentación y Alzheimer.* 1^a ed. Barcelona: Fundació Institut Catalá de l'Enveliment, España; 2005. p .12-20.

16. Asociación de familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias de Huesca. Guía de Práctica “Alzheimer y otras Demencias aplicando un tratamiento terapéutico”. Huesca: Alzheimer Huesca.2015.

17. Auxiliadora Moreno G, Rojas Ocaña MJ (et al). Guía de Cuidados Enfermeros a Pacientes de Alzheimer y otros Síndromes Demenciales y sus Cuidadoras. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. [Internet]. 2014 Enero- Junio. [citado 2016 Marzo]; p.3-40. Disponible en: <http://www.seegg.es/Documentos/libros/alzheimer/alzheimer.pdf>
18. Rubinstein W. Martínez M. Grasso L. *Demencia semántica y demencia tipo Alzheimer, ¿Igual rendimiento en tareas semánticas?* CES psicología. [Internet]. 2014 Enero- Junio. [citado 2016 Marzo]; 7(1):1-15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4786889>
19. Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín Oficial del Estado, núm. 298, del 14 de diciembre de 1999).

7. ANEXOS

❖ ANEXO 2: Sintomatología asociada a la enfermedad del Alzheimer

SÍNTOMAS	Fase Leve	Fase Moderada	Fase Grave
COMPORTAMIENTO SOCIAL.	Desinterés y apatía. Limitación social.	Irritabilidad. Crisis de ansiedad. Pérdida de convencionalismo social.	Desconexión total del medio.
PSICOLÓGICOS.	Ligera desorientación temero-espacial. Fallos ocasionales de memoria reciente.	Alteración de la memoria y desorientación. Disfasia. Dispraxia. Dignosia.	Apraxia. Afasia. Agnosia
MOTORES	Inestabilidad en la deambulación.	Alteración de la coordinación, de la continencia de esfínteres. Dificultad en la deambulación.	Incontinencia. No movimientos voluntarios. Postura fetal.

❖ **ANEXO 3: Valoración de enfermería según MarjoryGordon de la enferma con Alzheimer.**

1^{er} Apellido: — 2^aApellido: —
Nombre: **María**(*)
Fecha de nacimiento: 10/08/1971
84años

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA, MARJORY GORDON

Domicilio: **Zaragoza** Persona y tfno. de contacto: **M^a Jesús** (*), 976-64-35-55

Diagnóstico: **Enfermedad de Alzheimer.**

Antecedentes personales:

Psiquiátricos No.

Orgánicos: No.

Alergias: **No se conocen.**

Tratamiento farmacológico a tener en cuenta: Setralina 100mg, Ebixa 20mg, Omeprazol 20mg, Tromalyt 150mg.

PATRONES

1. PERCEPCIÓN /MANTENIMIENTO DE LA SALUD:

- a) Conciencia de la enfermedad: **No es consciente de lo que le sucede.**
- b) Tratamiento farmacológico:
 - Adherencias: **Supervisión.**
 - Conocimientos:
 - Fármacos: Sí. - Para que los toma: No. -Efectos secundarios: No.
- c) Cumplimiento de las citas con C.S.M. u otros: **Virgen del Rocío.**
- d) Hábitos perjudiciales: **No (tabaco, drogas)**



2. NUTRICIONAL METABÓLICO

a) Apetito:

- **Disminuidos.**
- **Cambios ponderales: Sí. 10 Kg/ en 4 meses.**
- Dieta habitual: **Basal.** Rechazos: **No**

b) Alteraciones observables en la alimentación / nutrición:

- Problemas de masticación: No. Prótesis: No.
- Problemas de deglución: No. Náuseas: No.
- Alteración del gusto: No. Vómitos: No.
- Actitud ante la comida: **Incapaz de completar una comida.**

c) Ingesta diaria de líquidos: **1L, NO signos de deshidratación.**

d) Estado de piel y mucosas: **Normal, rosada y normohidratada. Buen estado físico. No heridas.**

E. NORTON: 14.

3. ELIMINACIÓN

a) Intestinal:

- Patrón habitual: **Cada 2 días** Deposición: **Normales**
- Frecuencia: 2 veces al día. Molestias: No.
- Incontinencia: No.
- Precisa de laxantes, pañal u otros: No.

b) **Urinaria:**

- Frecuencia: **3/4 veces al día.** Molestias: **No.**
- Incontinencia: No.
- Precisa de pañal, sonda vesical u otros: No.

c) Sudoración: Normal.

4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO

I.BARTHEL: 65.

- a) Vestido / arreglo personal:
- b) Grado de autonomía:

Tabla 1: Grado de Autonomía.

	Autónomo	Estímulo supervisión	Ayuda parcial	Ayuda total
Alimentación			X	
Baño/Higiene			X	
Vestido			X	
Uso del W.C		X		
Deambulación			X	
Cuidado del entorno				X

- c) Comportamiento motriz: **Incoordinación (movimientos asimétricos)**.
- d) Actividades habituales diarias: **Doblar pañuelos, hacer la cama, escuchar la radio, ver la televisión e ir a comprar dos veces por semana con su hija.**
- e) OBSERVACIONES: **ayuda a enjabonarse y a vestirse aunque se le tiene que decir cómo se utilizan las cosas. Sigue acordándose** de pintarse los labios y de sus pendientes de perlas.

5. SUEÑO / DESCANSO

- a) **Patrón habitual de sueño**
 - **Horas de sueño nocturno: 6-7h.** Horas de sueño diurno: **0**
- b) Satisfacción con el sueño: **Sueño reparador.**
- c) Problemas: No.
- d) Ayudas: Farmacológica: No.
- e) Alteraciones al despertar: **Ninguna.**

6. COGNITIVO/PERCEPTIVO:

- a) **Déficit sentido: Ceguera, por degeneración macular y lleva gafas.**
- b) **Alucinaciones: No.**
- c) Nivel de conciencia: **Desorientado.**
- d) Alteraciones de la memoria: **Sí, incapaz de recordar AVD nuevas.**
- e) **Orientación:**
 - **Autopsíquica: Sí.**
 - **Alopsíquica: No.**
- f) Contenido del pensamiento: **Ideas delirantes: un hombre que persigue a su marido o ve personas en la habitación las cuales no están.**
- g) Curso del pensamiento: **Enlentecimiento, disgregación y perseveración del pensamiento.**
- h) Dificultad de comunicación: **Sí, afasia (dificultad de búsqueda de palabras dentro de la conversación)**
- i) Expresión del lenguaje:
 - **Velocidad: Intermitente.**
 - **Cantidad: Escasa.**
 - **Volumen: Bajo.**
 - **Otros: Repite la conversación o palabras varias veces.**
- j) Dolor: No.

7. AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO:

- a) Sentimientos respecto a sí misma: **Tristeza.**
- b) Percepción de su imagen personal: **Indiferencia.**
- c) Expresión facial: **Inexpresivo.**
- d) Expresión corporal: **Tensa.**
- e) Interés /desinterés por actividades lúdico-recreativas: **No.**
- f) Ideas y/o intentos de autolesión: **No.**

8. ROL/ RELACIONES

- a) Profesión: **Ama de casa y jardinera.**
 - Situación actual: **Jubilada.**
- b) Estructura y rol familiar:
 - Vive acompañada con su marido.
 - Lugar que ocupa en la **familia y rol que desempeña: Mujer/Madre.**
- c) Actitud de la familia ante la enfermedad: **Preocupación.**
- d) Persona más significativa: **Hija.**
- e) Su relaciones con los demás: Indiferentes: **Abulia.**
 - ¿Ha sufrido agresiones en su entorno? No.
 - ¿Tiene reacciones de heteroagresividad? No.
 - La percepción de su relación escolar/laboral es: **Indiferente.**
- f) OBSERVACIONES: **Su familia la quiere mucho y están muy pendiente de ella.**

9. SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN:

- a) Relaciones sexuales:
 - No valorable
- b) Datos referidos a su ciclo biológicos:
 - Menarquía: No. Menopausia: No.
 - Hijos: Sí: 1. Abortos: Sí.

10. ADAPTACIÓN / TOLERANCIA AL ESTRÉS:

- a) **Estado de tensión / ansiedad: Sí, temporal y relacionado con: preocupaciones.**
- b) Estrategias de adaptación /control: **Desviar la conversación hacia otro punto que le promueva tranquilidad.**

11. VALORES/CREENCIAS:

- a) Normas culturales/religiosas: **Católica**
- b) Que es lo más importante en su vida: **Estar bien y querer a su familia.**
- c) Planes de futuro: **No.**
- d) Grado de satisfacción con su vida actual: **Malo.**
- e) Cómo mejoraría su calidad de vida: **No sabe.**

❖ ACTITUD DEL PACIENTES ANTE LA ENTREVISTA

Durante el primer contacto, se observa que la paciente se encuentra **desorientada, no responde bien a las preguntas en relación al espacio-tiempo pero sí, diferencia a los miembros de su familia.** Aunque se encuentra algo **triste, nos regala** de vez en cuando una **sonrisa.** Por ello es **su hija la que le ayuda a responder de manera correcta las preguntas** que se le formulan.

❖ **ANEXO 6: Valoración de enfermería, Marjory Gordon del cuidador principal.**

1^{er} Apellido: 2^{er} Apellido: —
Nombre: **Mª Jesús** (*)
Fecha de nacimiento: 16/08/1961
55 años

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA, MARJORY GORDON

Domicilio: **Zaragoza Persona y tfno. de contacto: Armando** (*), **976/64555**

Antecedentes personales: **Diabetes Mellitus tipo 2.**

Psiquiátricos: No. Orgánicos: No.

Alergias: **No se conocen.**

Tratamiento farmacológico a tener en cuenta: **Metformina.**

PATRONES

1. PERCEPCIÓN /MANTENIMIENTO DE LA SALUD:

a) Conciencia de la enfermedad: **Tanto la de ella como la de su madre.**

b) Tratamiento farmacológico:

- Adherencias: **Autónomo**
- Conocimientos:
 - Fármacos: si - Para que los toma: si - Efectos secundarios: si
- Cumplimiento de las citas con C.S.M. u otros: **Virgen del Rocío.**

2. NUTRICIONAL METABÓLICO:

a) Apetito: **Aumentado.**

b) Cambios ponderales: **Pesaba 73 Kg y engordo hasta los 12 Kg** desde que a su madre le diagnosticaron la enfermedad. Desde hace tres meses se puso a dieta y **ha bajado hasta los 80 Kg.**

- Dieta habitual: **Dieta de diabético.** Rechazos: **Dulces e H.C.**

3. ELIMINACIÓN

a) Intestinal:

- Patrón habitual: **Cada 2 días.** Deposición: **Normales.**
- Frecuencia: 2 veces al día. Molestias: No.
- Incontinencia: **No.**
- Precisa de laxantes, pañal u otros: No.

b) Urinaria:

- Frecuencia: **3/4 veces al día.** Molestias: **No.**
- Incontinencia: No.
- Precisa de pañal, sonda vesical u otros: No.

c) Sudoración: Normal.

4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO

I.BARTHEL: 100.

a) Vestido / arreglo personal:

Grado de autonomía: **Tabla 4: Grado de Autonomía.**

	Autónomo	Estímulo supervisión	Ayuda parcial	Ayuda total
Alimentación	X			
Baño/Higiene	X			
Vestido	X			
Uso del W.C	X			
Deambulación	X			
Cuidado del entorno	X			

b) Comportamiento motriz: Normal.

c) Actividades habituales diarias: **Manualidades y leer.**

d) OBSERVACIONES: **Últimamente no tiene tiempo para realizar actividades ya que esta todo el día pendiente de su madre.**

5. SUEÑO / DESCANSO

- a) Patrón habitual de sueño
- **Horas de sueño nocturno: 7 horas intermitentes, se levanta cada dos horas alterada y con ganas de orinar.**
 - **Satisfacción con el sueño: Alterada.**
- b) Problemas: **preocupación por la enfermedad de su madre**
- c) Ayudas Farmacológica: No.
- d) Alteraciones al despertar: **Ansiedad.**
- e) OBSERVACIONES: **Se siente preocupada y presenta ansiedad a causa del deterioro de su madre,** al preguntarse si se han caído, si sabrán llamar a su teléfono o a urgencias, a esto se le suma las pocas horas que le deja su trabajo para llevar a cabo todo el cuidado que precisa su familiar.

6. COGNITIVO / PRERCEPTIVO

- a) Déficit sentido: **Vista cansada, dispone de gafas.**
- b) Alucinaciones: **No.**
- c) Nivel de conciencia: **Orientada.**
- d) Alteraciones de la memoria: **No.**
- e) Orientación:
- Autopsíquica: No.
 - Aulopsíquica: No.
- f) Contenido del pensamiento/ Curso del pensamiento: **Coherente y organizado.**
- g) Dificultad de comunicación: **No.**
- h) Expresión del lenguaje:
- Velocidad: **Normal.**
 - Cantidad: **Abundante.**
 - Volumen: **Alta.**
- i) Dolor: **No.**

7. AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO

- a) Sentimientos respecto a sí mismo: **Se siente satisfecha con su vida, pero en relación a sus padres presenta impotencia y ansiedad por qué piensa que no hace lo suficiente.**
- b) Percepción de su imagen personal: **Aceptación.**
- c) Expresión facial: **Alterada (triste y preocupada).**
- d) Expresión corporal: **Tensa.**
- e) Interés /desinterés por actividades lúdico-recreativas: **Sí, aunque no tiene mucho tiempo su marido le hace ir a cenar.**

8. ROL/RELACIONES

- a) Profesión: **Administrativo** en una consulta ginecológica desde los 16 años
 - Situación actual: **Activo.**
- b) Estructura y rol familiar:
 - Vive acompañada con su marido y su hija pequeña.
 - Lugar que ocupa en la familia y rol que desempeña: **Mujer/Madre.**
- c) Actitud ante la enfermedad de su madre: **Preocupación, expresa "esto no me puede estar pasando a mí , con lo que era mi madre"**
- d) **Persona más significativa: su marido y sus hijas.**
- e) Su relaciones con los demás:
 - ¿Ha sufrido agresiones en su entorno? no
 - ¿Tiene reacciones de heteroagresividad? no
 - La percepción de su relación escolar/laboral es: **Satisfactoria.**
- f) OBSERVACIONES: **Su familia la quiere mucho y la cuidan**, le ayudan y la apoyan en la medida de lo que pueden, sobre todo **su marido, en él tiene un apoyo y una confianza muy grande**, pero es ella es la que decide todo lo referente a su madre.

9. SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

- c) Relaciones sexuales:
 - No valorable
- d) Datos referidos a su ciclo biológico:
 - Menarquía: No. Menopausia: Sí.
 - Hijos: Sí: 1. Abortos: No.

10. ADAPTACIÓN / TOLERANCIA AL ESTRÉS

- a) **Estado de tensión / ansiedad: Generalizado.** Relacionado con:
- b) **Preocupación.**
- c) Estrategias de adaptación /control: **Realizar actividades con su hija y su marido, diferentes a lo que hace día a día, también se dedica hacer manualidades o ver la tv o leer.**
- d) OBSERVACIONES: **Cuando realiza actividades que implican estar lejos de casa de sus padres, se siente preocupada y culpable por no estar con ellos.**

11. VALORES/CREENCIAS

- a) Normas culturales/religiosas: **Católica.**
- b) Que es lo más importante en su vida: **Su familia.**
- c) Planes de futuro: **Sentirse bien consigo misma.**
- d) Grado de satisfacción con su vida actual: **No está satisfecha de su labor, siempre cree que puede hacer más por los demás. Aunque la define como "Buena."**
- e) Cómo mejoraría su calidad de vida: **Disfrutando más de su familia y aprender a quererse. Buscando ayuda externa para que le ayuden.**

❖ ACTITUD DEL PACIENTES ANTE LA ENTREVISTA

Durante el primer contacto, **se observa su preocupación** sobre la enfermedad de su madre y el **estado de ansiedad** que le está generando. Se expresa de manera clara y facilitando información.

❖ **ANEXO 6: Consentimiento informado.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/Dña _____

Con DNI _____

MANIFIESTO:

Que ha sido informado por Dña. _____ del proyecto de enfermería: **Alzheimer, una enfermedad compartida**, así como la importancia de mi colaboración no suponiendo riesgo ninguno para mi salud.

ACEPTO:

Participar en el proceso enfermero colaborando en el uno punto expuesto a continuación:

1. Recogida de datos según la valoración de Gordon.

La persona que realiza el proyecto de enfermería garantiza que, en todo momento, la información recogida a los participantes será confidencial y sus datos serán tratados de forma anónima.

Después de ser debidamente informado, deseo libremente participar y me comprometo a colaborar en todo lo anteriormente expuesto, pudiendo interrumpir mi colaboración en cualquier momento.

En Zaragoza, a _____ de _____ del _____

Firma del tutor

Firma del paciente

Firma del investigador