

46 5

4031059



**CALIDAD DE VIDA DE TRES MUJERES ADULTAS MAYORES DIAGNOSTICADAS
CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER ESTADIO 1, INSTITUCIONALIZADAS EN EL
HOGAR GERIÁTRICO SIERVAS DE JESÚS DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

**AVILA ARRIETA YARELIS PAOLA
CHIMA PAREJA JACQUELINE
SANTOS JENNIFER DEL PILAR
TEJERA AHUMADA ARACELY DECELIA**

**UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
BARRANQUILLA 2006**



UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRIO AJAJILLA

No INVENTARIO 4031059

PRECIO _____

FECHA 01-14-2008

CANJE _____ DONACION _____

**CALIDAD DE VIDA DE TRES MUJERES ADULTAS MAYORES DIAGNOSTICADAS
CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER ESTADIO 1, INSTITUCIONALIZADAS EN EL
HOGAR GERIÁTRICO SIERVAS DE JESÚS DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

**AVILA ARRIETA YARELIS PAOLA
CHIMA PAREJA JACQUELINE
SANTOS JENNIFER DEL PILAR
TEJERA AHUMADA ARACELY DECELIA**

**TUTOR: MARGARITA CARDEÑO
PSICOLOGA PSICOGERIATRA-CLÍNICA INVESTIGADORA**

**UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
BARRANQUILLA 2006**



NOTA DE ACEPTACIÓN

NUMEROS _____

LETRAS _____

JURADO _____

NUMEROS _____

LETRAS _____

JURADO _____

TUTOR _____

DEDICATORIA

A ti madre, que aunque pronto no estarás, haces parte de mi vida y de la consecución de mis sueños.

A ti padre que me diste todo aquello que nunca tuviste y soñaste.

A ti nuevo amanecer que llenas mi vida cada mañana con la luz tenue del alba...

Yarelis

DEDICATORIA

A Dios por sobre todas las cosas, porque es la fuente de mi inspiración y la fuerza energética para no caer en los momentos más difíciles.

A mi madre por ser el pilar de mi familia y la fuerza para mantener en nosotros la unión y el amor.

A mis hermanas, quien con su fortaleza y dedicación siempre me ha empujado a salir adelante para no decaer nunca. Gracias

A mis familiares y amigos, por darme toda la colaboración y ayuda para seguir adelante. Gracias

Jacqueline

DEDICATORIA

Dedico no solo este proyecto sino mi carrera como profesional

A Dios que es el primero en mi vida...

Dedico y doy gracias a mis padres por haberme apoyado en cada una de las situaciones que necesite

Siempre estuvieron presentes.

Dedico este proyecto a mi abuelo que el verlo en el estado de un paciente más de esta enfermedad, fue Él, el motivo de originar esta investigación

Jennifer

DEDICATORIA

A Dios que es el guía de mis pasos hacia el éxito...

*A mis padres, especialmente a mi madre hermosa
que con su dedicación, ejemplo y miles de atenciones
forjo un futuro en mi vida...*

*A mi abuelo querido del que he recibido apoyo y
cariño desde que me sentaba en sus piernas.*

Araceli

AGRADECIMIENTOS

Antes de agradecer a cualquier otra persona primero deseamos agradecer a Dios, por darnos la fuerza que cada una de nosotras necesito para enfrentar y vencer cada uno de los obstáculos que a lo largo de nuestra carrera se presento.

Gracias Señor

Agradecemos a cada una de las pacientes por abrimos sus corazones y ayudarnos a lograr este sueño, sin su ayuda y esfuerzo no hubiese sido posible.

Gracias al Hogar Geriátrico Siervas de Jesús por abrimos las puertas y alcanzar este objetivo común.

Agradecemos a nuestra tutora Margarita Cardeño, por haber seguido paso a paso este proyecto, y con su ayuda y experiencia poder traerlo hasta aquí.

Gracias a nuestra universidad, el alma mater que nos acogió, instruyo y nos brindo las herramientas necesarias para surgir no solo como profesionales sino también como seres humanos.

Agradecemos a cada uno de nuestros compañeros y amigos, que aun estando en nuestra misma condición nos apoyaron forjando lazos de amor y amistad.

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN	12
2. DESCRIPCION, PLANTEAMIENTO Y FORMULACION	13
3. JUSTIFICACIÓN	15
4. OBJETIVOS	17
4.1. OBJETIVO GENERAL	17
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
5. MARCO TEÓRICO	18
5.1. CALIDAD DE VIDA	18
5.1.1. Dimensiones de la calidad de vida	20
5.1.1.1. Factor antropocultural	20
5.1.1.2. Factor psicológico personal	20
5.1.1.3. Factor económico	21
5.1.1.4. Factor familiar	21
5.2. ENVEJECIMIENTO	21
5.2.1. Envejecimiento fisiológico del SNC	22
5.3. DEMENCIA	23
5.3.2. Síntomas	23
5.3.2. Demencia tipo Alzheimer	25
5.3.2.1. Estadios de la demencia tipo Alzheimer	26
5.4. EI DUELO	26
6. DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	31
6.1. Definición conceptual	31
6.2. Definición operacional	32
7. METODOLOGÍA	33
7.1. PARADIGMA	33

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
2. DESCRIPCION, PLANTEAMIENTO Y FORMULACION	13
3. JUSTIFICACIÓN	15
4. OBJETIVOS	17
4.1. OBJETIVO GENERAL	17
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
5. MARCO TEÓRICO	18
5.1. CALIDAD DE VIDA	18
5.1.1. Dimensiones de la calidad de vida	20
5.1.1.1. Factor antropocultural	20
5.1.1.2. Factor psicológico personal	20
5.1.1.3. Factor económico	21
5.1.1.4. Factor familiar	21
5.2. ENVEJECIMIENTO	21
5.2.1. Envejecimiento fisiológico del SNC	22
5.3. DEMENCIA	23
5.3.2. Síntomas	23
5.3.2. Demencia tipo Alzheimer	25
5.3.2.1. Estadios de la demencia tipo Alzheimer	26
5.4. EI DUELO	26
6. DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	31
6.1. Definición conceptual	31
6.2. Definición operacional	32
7. METODOLOGÍA	33
7.1. PARADIGMA	33

7.2. ENFOQUE	34
7.3. MODALIDAD	34
7.4. POBLACIÓN	35
7.5. MUESTRA	35
7.6. TECNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	35
7.7. PROCEDIMIENTO	35
8. RESULTADOS	37
8.1. Paciente M	37
8.2. Paciente E1	38
8.3. Paciente E2	40
9. CONCLUSIONES	42
10. RECOMENDACIONES	43
11. BIBLIOGRAFIA	
12. ANEXOS	



**CALIDAD DE VIDA DE TRES MUJERES ADULTAS MAYORES DIAGNOSTICADAS
CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER ESTADIO 1, INSTITUCIONALIZADAS EN EL
HOGAR GERIÁTRICO SIERVAS DE JESÚS DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

INTRODUCCIÓN

El ser humano a lo largo de su vida y desarrollo físico, psicológico y social se ha preocupado por mejorar cada día su calidad de vida vinculando de igual forma a las personas que lo rodean como familiares y amigos. De esta manera, la vida de cada uno de los seres humanos está ligada a los vínculos familiares y a las relaciones interpersonales que enlace a lo largo de su vida.

Es así como esta investigación esta orientada a describir la calidad de vida en personas que padecen demencia tipo Alzheimer, ya que esta enfermedad tiende a deteriorar la calidad de vida de las personas que la padecen y por tanto los familiares se ven afectados por dicho fenómeno.

De estos planteamientos surge la inquietud por conocer cuáles son los factores que se deben desarrollar para lograr una óptima calidad de vida.

Por esta razón, la investigación es abordada desde el paradigma Historio-Hermenéutico y el enfoque fenomenológico, por medio de un estudio de caso obtenido por una entrevista semiestructurada, teniendo en cuenta los fundamentos teóricos del autor guía, Rogelio Díaz Guerrero quien describe la calidad de vida como la integración de 4 factores como el antropocultural, psicológico familiar, económico y familiar .

La calidad de vida en la vejez es el resultado de un proceso adaptativo multidimensional que involucra variables históricas, socioculturales e individuales y que se manifiesta, desde el punto de vista emocional, como habilidad de autorregulación para enfrentar situaciones estresantes; desde el punto de vista cognoscitivo, como la habilidad de resolver problemas y desde el punto de vista comportamental, en términos de ejecuciones afectivas y competencia social.

2. PLANTEAMIENTO, DESCRIPCIÓN Y FORMULACION DEL PROBLEMA

La demencia tipo Alzheimer es una de las enfermedades cerebrales más frecuentes en la población mundial de la tercera edad y una de las más degenerativas de dicha población. Investigaciones recientes mencionan que afecta alrededor de 20 millones de personas en todo el mundo y que el número de individuos que padecen la enfermedad se incrementan sustancialmente a medida que las poblaciones envejecen.

Aunque la demencia tipo Alzheimer puede presentarse antes de los 60 años en promedios poco significativos, la mayoría de los pacientes se encuentran entre los 65 años en adelante, constituyendo cerca del 20% de todos los casos en los hospitales psiquiátricos y quizás un porcentaje mucho más alto en las instituciones de residencia para ancianos.

Con respecto a los datos epidemiológicos, la prevalencia de este tipo de demencia es del 1% a los 60 años, duplicándose cada 5 años, es decir alrededor de los 65 y 70 años es del 2%, entre los 70 y 75 años es del 4%, entre los 75 y 80 años es del 8%, entre los 80 y 85 años es del 16% y a partir de los 85 en adelante es del 32 hasta el 50%. A lo anterior se le suma que este tipo de demencia es la cuarta causa de muerte en la vejez y que la expectativa de vida después del diagnóstico es de 3 a 15 años máximo. Esto quiere decir que la prevalencia de demencia tipo Alzheimer crece exponencialmente con la edad. (Arango, 2003)

Actualmente, hay alrededor de 500 mil personas afectadas en nuestro país aumentando las cifras a un 6,7% en mujeres y un 4,3%, lo cual supone unas 500.000 personas. (Simposio internacional en actualización en enfermedad e Alzheimer, mayo 18 de 2005). Los anteriores porcentajes y cifras pueden ser sorprendentes y a la vez preocupantes; sin embargo a medida que la enfermedad avanza, los pacientes sufren deterioros progresivos tanto de sus capacidades cognitivas como funcionales, disminuyendo entonces la calidad de vida de estas personas.

Según la OMS en el año de 2004, la calidad de vida es un concepto difícil de definir porque cada persona tiene su propia idea de ella; sin embargo para conceptualizarla, no solo utiliza el rótulo de la ausencia de enfermedad, incluyendo aspectos como el bienestar mental, físico y social. Además de estos factores, también hace referencia a otros que son comunes en muchas personas; entre ellos encontramos: el poder salir, relacionarse socialmente, poder permitirse determinadas necesidades, vivir de manera autónoma, entender el mundo exterior y mantenerse ocupados. (Díaz, 1986).

Esta definición de calidad de vida permite a la investigación tener una base para indagar más sobre calidad de vida en enfermos con demencia tipo Alzheimer; se conoce de la pérdida de algunas destrezas mentales como la memoria a largo y corto plazo, y algunas habilidades motoras esenciales para el correcto desempeño de las personas en todas sus áreas: tanto laboral como familiar y social. La pérdida del control de esfínteres y la debilidad corporal por el consumo de ciertos medicamentos, son otros factores o podríamos llamar limitaciones que afectan significativamente la calidad de vida de los pacientes. Conociendo esto, es sumamente necesario el cuidado de otra u otras personas hacia el paciente, además de la carga que deben soportar, ésta problemática aumenta en la medida en que avanza la enfermedad. Pero a pesar de esto, no se encuentra garantizado que el cuidado de otra persona brinde el equilibrio necesario para la óptima calidad de vida de los pacientes y, además, no está muy claro que tan bien se sienten ellos consigo mismo y con los que le brindan el cuidado.

Es por lo anteriormente mencionado que este grupo investigativo tiene como principal objetivo encontrarle respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad de vida de 3 mujeres adultas mayores diagnosticadas con Demencia Tipo Alzheimer estadio 1, que se encuentran institucionalizadas en el hogar Geriátrico Siervas de Jesús en la ciudad de Barranquilla?

3. JUSTIFICACIÓN

La discapacidad de pacientes con Demencia tipo Alzheimer cada día es más frecuente en la sociedad, también es cierto que diferentes instituciones vienen estudiando la forma en que los individuos que la padecen responden a las razones biológicas, psicológicas y de su ambiente que le dan alguna explicación, ya que la incidencia cada año es mayor y entre estos se encuentran personas menores de 60 años de edad en países desarrollados y en vía de desarrollo. (simposio internacional en actualización en enfermedad e Alzheimer, mayo 18 de 2005).

Hoy en día se conoce poco acerca del origen de esta enfermedad que no tiene tratamiento curativo y que acaba con unos 20 millones de personas en todo el mundo, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2004). Por otra parte, la organización norteamericana Alzheimer's Disease International informa de que en sólo 25 años esta cifra llegará a 34 millones. Datos del Instituto Nacional de Estadística apuntan que los casos de muerte por Alzheimer en nuestro país han aumentado un 6,7% en mujeres y un 4,3% en hombres desde 1989, lo cual supone unas 500.000 personas. (Simposio internacional en actualización en enfermedad e Alzheimer, mayo 18 de 2005).

Todos estos datos epidemiológicos revelan una problemática en aumento que afecta una población específica, surgiendo así la necesidad de realizar investigaciones no solo encaminadas al origen, lo biológico, farmacológico u otros, si no también encaminadas al estudio de la calidad de vida incluyendo los factores que hacen parte de esta enfermedad y que afectan significativamente la calidad de vida.

Por tal motivo, esta problemática es de suma importancia ya que es una situación difícil de tratar y de dar manejo a la respuesta de tratamiento a nivel familiar y social. La situación es difícil en el manejo de esta población, ya que trae consigo el descontrol e inestabilidad en las familias, los cuales algunas veces no están capacitados para brindar una óptima calidad de vida para satisfacer las necesidades primarias del enfermo, afectando de manera significativa el factor familiar.

Es un aporte significativo para la Institución educativa, ya que se brindará acceso de esta información a estudiantes y personal vinculado para la indagación y la investigación en este tema y así mismo para el área de desarrollo humano, ya que este tema ha sido abordado desde lo neurofisiológico y al momento en que los interesados en la problemática intentan conocer acerca de las implicaciones familiares y personales encuentran poca información o un lenguaje técnico que no facilita un adecuado acceso a la información.

Es importante anotar que también influye en el desarrollo de la sociedad para mejorar la calidad de vida de los individuos en relación al entorno, en la medida en que la investigación intenta brindar información a la población, Fundación Geriátrica Siervas De Jesús, para que las personas que padezcan esta enfermedad continúen con un ritmo de vida adecuado que les permita el desarrollo de las relaciones interpersonales, familiares y emocionales.

Como investigadores, sirve para la formación profesional como psicólogos llegando a identificar y abordar a los pacientes con demencia tipo Alzheimer y a su familia en el proceso de psicoeducación si es pertinente, de una manera más humana y adecuada. A nivel personal, es de gran relevancia ya que la experiencia adquirida es enriquecedora para las investigadoras en el manejo de esta población y de posteriores estudios de la misma al mismo tiempo permite al grupo investigativo reflexionar y sensibilizarse a cerca de la problemática que se presenta cotidianamente dentro de la sociedad.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Describir la calidad de vida de tres mujeres adultas mayores diagnosticadas con demencia tipo Alzheimer estadio 1, que se encuentran institucionalizadas en el hogar geriátrico siervas de Jesús en la ciudad de Barranquilla.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ♣ Describir el factor antropocultural presente en la calidad de vida de tres mujeres adultas mayores diagnosticadas con demencia tipo Alzheimer en estadio 1.
- ♣ Describir el factor psicológico presente en la calidad de vida tres mujeres adultas mayores con demencia tipo Alzheimer en estadio 1.
- ♣ Describir el factor económico de la calidad de vida tres mujeres adultas mayores con demencia tipo Alzheimer en estadio 1.
- ♣ Describir el factor familiar en la calidad de vida tres mujeres adultas mayores con demencia tipo Alzheimer en estadio 1.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. CALIDAD DE VIDA

Es muy importante hacer énfasis en cómo las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer pueden mantener un ritmo de vida adecuado a pesar de presentar deterioros a nivel cognitivo y de comportamiento.

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como la salud física, salud mental, educación, economía, política, etc.

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales a mediados de los 70 y comienzo de los 80, provocó el proceso de diferenciación en la calidad de vida. La expresión comienza a definirse como conceptos integrados que emprenden todas las áreas de la vida y hace referencia tanto a condiciones objetivas como componentes subjetivos.

Históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y aquella que la considera como un constructor compuesto por una gama de dominios. Todavía en 1995, Felce y Perry, encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida:

- La calidad de las condiciones de vida de una persona.
- La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales.
- La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona a la satisfacción que éste experimenta.

- La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal considerada por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir, que la percepción de la satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. Ello ha dado lugar al análisis del momento del ciclo evolutivo como la vejez. En la tercera edad, los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la calidad de vida de las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de la salud física y los servicios que reciben las personas mayores. (Plata, 1997).

La Organización Mundial de la Salud, (OMS) propuso en 2004, que la calidad de vida es la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y social en el que viven, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.

La calidad de vida, es un concepto amplio que va más allá de la salud o la enfermedad. No cabe duda que un completo bienestar mental, físico y social es un aspecto, pero a su vez existen otros, entre ellos, poder salir, las relaciones sociales, obtener y poder permitirse determinadas necesidades, vivir de manera autónoma, entender el mundo que nos rodea, mantenerse ocupado.

La evaluación de la calidad de vida puede incluir los siguientes aspectos: comodidad y relajación, autoestima, compañía, satisfacción con las actividades e intereses cotidianos, posibilidad para expresar sentimientos, sensación de bienestar, fuentes de satisfacción y autonomía.

La evaluación de la calidad de vida puede hacerse conjuntamente con la evaluación clínica, de cara a la investigación, sirve para determinar que tratamientos e intervenciones son más efectivas y son mejores en relación a la calidad. De cara a la práctica clínica, sirve para evaluar a cada individuo y sus necesidades.

Como se mencionó anteriormente el concepto y la sistematización de calidad de vida es muy reciente, además son muy pocos los autores que se refieren a ella, uno de estos es el psicólogo Mexicano ROGELIO DÍAZ GUERRERO 1986, quien conceptualiza la calidad de vida como la integración de varios factores que influyen en la vida de las personas para el logro de una adecuada adaptación al entorno y el bienestar psicológico con uno mismo. Este autor hace referencia principalmente a cuatro factores que ayudan a obtener una mejor calidad de vida.

5.1.1. Dimensiones de la calidad de vida.

5.1.1.1. Factor antropocultural: Este factor hace referencia al estilo de vida que tiene cada individuo con base al origen, la cultura, los patrones de crianza y hábitos, quienes juegan un papel importante en el desarrollo social y personal del individuo permitiéndole alcanzar un nivel óptimo o por el contrario inadecuado. Este factor brinda herramientas para que las personas puedan enfrentarse a la vida, en el cual el individuo adopta un estilo activo que le permite alcanzar a resolver los problemas que se presentan, es decir, este modifica el medio ambiente a nivel físico, interpersonal y social para poder adaptarse. Por otra parte, existe el estilo pasivo donde el sujeto no sabe resolver los problemas, no actúa sobre el medio, llegando a modificarse el mismo para poder adaptarse a una situación, tomando así una posición facilista.

5.1.1.2 Factor psicológico- personal: Se define como la habilidad que posee el individuo para dar solución a los problemas emocionales y la paciencia que tiene éste para ayudar a sus familiares. En este factor se incluye la fuerza personal, ya que entre mayor sea esta, mayor será el nivel de calidad de vida, la fuerza personal está relacionada con la habilidad que tiene cada persona para asumir sus problemas "llevar su propia cruz". Además se incluye también la capacidad de reconocer los estados psicológicos tanto de sí mismo como de las personas con las que se interactúa, estableciendo entonces la capacidad de aceptación de las limitaciones que hacen parte de sí mismo como las que se encuentran en los demás individuos.



5.1.1.3. Factor económico: Hace referencia a la percepción que tiene el individuo acerca de su estado económico, el cual hoy en día es de suma importancia para poder financiarse muchas si no todas las necesidades básicas como son la alimentación, estudios, recreación, salud, etc., también incluye la capacidad de poder generar procesos que permitan la consecución de bienes que faciliten la satisfacción de las necesidades básicas tanto del individuo como los de sus familiares.

5.1.1.4. Factor familiar: Es la base principal para llegar a obtener una mejor calidad de vida, ya que éste tiene un significado afectivo para las personas, y permite alcanzar logros. la familia constituye una parte fundamental en el desarrollo del individuo en relación con la sociedad ya que constituye un elemento esencial en el proceso de interacción social del individuo debido a que es el primer contexto social del que hace parte. Esto influye en el bienestar psicológico y en la adaptación o no de estos en el mundo externo. (Díaz, 1986).

5.2. ENVEJECIMIENTO.

El envejecimiento implica una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales (Ardila, 1997). Con el paso del tiempo se comienza igualmente a observar una serie de cambios cognoscitivos relacionados con la memoria, el lenguaje, la percepción y la atención. Estos cambios constituyen uno de los factores centrales de las etapas tardías de la vida.

Existe una observación de gran importancia con respecto a los cambios cognoscitivos asociados con el envejecimiento: al aumentar los rangos de edad los puntajes en las pruebas neuropsicológicas tienden a mostrar una dispersión mayor. Es decir, al avanzar la edad, la ejecución se hace más heterogénea. En tanto que algunos sujetos continúan presentando una ejecución relativamente alta, otros muestran una caída acelerada. (Arango, 2003). Un primer grupo correspondería a lo que se conoce como “envejecimiento exitoso”, aquellas personas que en edades muy avanzadas continúan presentando una ejecución apropiada en pruebas cognitivas y llevando

una vida relativamente normal. Por el contrario, hay quienes presentan una caída acelerada en sus habilidades cognoscitivas, estas personas terminan con frecuencia presentando una demencia de tipo Alzheimer. De hecho las diferencias entre el envejecimiento normal y la de tipo Alzheimer son más cuantitativas que cualitativas. En la demencia tipo Alzheimer los cambios cognoscitivos asociados con el envejecimiento se encuentran patológicamente aumentados. (Arango, 2003).

5.2.1. Envejecimiento fisiológico del Sistema Nervioso Central.

El envejecimiento es un proceso irreversible que afecta de forma heterogénea a las células que conforman los seres vivos, las cuales, con el paso del tiempo, se ven sometidas a un deterioro morfofuncional que puede conducir las a la muerte. Todos los órganos y sistemas del individuo sufren este proceso, incluido el Sistema Nervioso (SN), pero en cada uno de ellos se presenta con algunas características especiales con base a diversas circunstancias propias de las células que los conforman. En cuanto al SN, hay que resaltar que las neuronas no tienen la capacidad de dividirse, como aspecto negativo que impide la recuperación de las células perdidas, pero presentan una elevada capacidad de adaptación que puede suplir las funciones de otras células que se mueren. En este aspecto, puede que la diferencia fundamental entre el envejecimiento fisiológico y las enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer, sea la pérdida de esta capacidad de adaptación para hacer frente al deterioro senil. (Ardila, 1997).

Junto a la disminución de la capacidad funcional ligada al paso del tiempo, y a la irreversibilidad de las alteraciones, existe mayor posibilidad de padecer enfermedades en la senilidad. Las claves que rigen este proceso involutivo son tanto de carácter genético (cada especie tiene una longevidad determinada, dentro de un entorno de años), como ambiental, existiendo factores de envejecimiento. Estos factores condicionan tanto la mayor o menor duración de la vida como la calidad de la misma en sus últimos periodos. Los factores son muy diversos: hábitos de vida (ejercicio, alimentación, tabaco, bebida, etc.), enfermedades, medio ambiente, etc.

El envejecimiento del SNC ha sido ampliamente investigado, y se ha encontrado que es un proceso muy complejo y muy variable. Las variaciones dependen de la especie y de cada individuo, tal como se mencionaba más arriba, y también de la región cerebral a la que hagamos referencia (es mayor la involución en las áreas de asociación del cerebro) y del tipo celular considerado en cada región (principalmente se afectan las neuronas piramidales o de gran tamaño en la corteza cerebral y no las pequeñas neuronas reguladoras). Las alteraciones del SNC asociadas al envejecimiento afectan, en mayor o menor grado, a todas las áreas mentales, comportamentales, emocionales, sensitivas y motoras del cerebro, pero sin llegar a producir una gran discapacidad. Esto marca otra diferencia fundamental con el Alzheimer. (Cohen, 1991)

5.3. DEMENCIA

El término demencia deriva del latín "demens, dementatus" que significa sin mente. La demencia es definida por la Organización Mundial de la Salud, en la Clasificación internacional de las enfermedades como "un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores que repercuten en la actividad cotidiana del enfermo". (Bermejo, 1993).

La demencia también puede definirse como un síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida adquirida de habilidades cognoscitivas y emocionales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional o ambos. (Arango, 2003).

En algunos esquemas diagnósticos como el DSM-IV (1994), es necesaria la presencia de un trastorno de memoria y, por lo menos, de otro trastorno cognoscitivo lo suficientemente severo como para interferir con la vida social u ocupacional de la persona. El trastorno cognoscitivo debe representar un decremento significativo de un

nivel previo de funcionamiento y no debe presentarse exclusivamente durante el curso de un delirio. Sin embargo, otros investigadores señalan que el deterioro intelectual puede afectar cualquier función mental, incluyendo la memoria, el lenguaje, la atención, la orientación espacial y el pensamiento. Las alteraciones de la conducta pueden involucrar cambios en el juicio, la introspección y la competencia social.

5.3.1. SÍNTOMAS

La enfermedad se manifiesta de forma lenta y progresiva. Los primeros síntomas van asociados a una disminución de la "memoria reciente" o inmediata, es decir, la que corresponde a hechos que se han producido recientemente. Otra de las alteraciones que desarrolla la persona enferma de Alzheimer son los cambios en el comportamiento y en la personalidad. Se muestra irritable y con frecuentes cambios de humor, y puede llegar a aislarse de su entorno familiar.

Aunque la persona enferma continúe razonando y comunicándose bien con los demás, tiene, sin embargo, problemas para encontrar las palabras precisas. Sus frases son más cortas y mezcla ideas que no tienen relación directa entre sí.

Otros síntomas característicos de la enfermedad son:

- Dificultad en la ejecución de gestos espontáneos y movimientos corporales.
- Confusión al realizar las tareas cotidianas.
- Abandono del cuidado personal.
- Desorientación en el tiempo y el espacio.
- Alteraciones del sueño.

5.3.1.1. Grados de afectación

Desde que la Enfermedad de Alzheimer se declara, puede durar entre tres y quince años durante los cuales el enfermo va perdiendo sus facultades hasta alcanzar un

estado similar al de un recién nacido sin control de esfínteres y con una total pérdida de memoria, juicio y lenguaje.

5.3.2. DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Fue descubierta en 1907 por el neurólogo alemán Alois Alzheimer. Este síndrome conocido como “la enfermedad de olvido”, se ha transformado en la tercera causa de muerte en el mundo y en uno de los principales problemas sociosanitarios. Su prevalencia no ha sido claramente establecida, pero en general se ha creído que constituye el 60% de todas las demencias y que la padecen el 13% de los individuos mayores de 65 años. Y alrededor de la mitad de los que superan los 85 años. (Adams y Víctor, 1989)

Es difícil fijar con exactitud la edad de inicio de la enfermedad, ya que sus síntomas iniciales son compensados por el individuo y explicado por los familiares como un resultado del envejecimiento normal o como una respuesta a circunstancias ambientales.

La enfermedad de Alzheimer implica un deterioro acelerado de la actividad cognoscitiva, que se instala en el curso de un par de años y que parece usual pero no necesariamente durante la adultez tardía. Durante el proceso de deterioro, y aunque neurológicamente hay siete estadios de degeneración cognitiva, el paciente suele atravesar tres fases caracterizadas por una pérdida progresiva de memoria, una alteración de la conducta y comportamientos de riesgo y, finalmente, un estado casi vegetativo. A lo largo de este proceso, que puede alargarse unos 17 años, los familiares se convierten en cuidadores principales y es posible que muchos de ellos enfermen y caigan en la adicción a los ansiolíticos y antidepresivos, cuando empieza la vida de la enfermedad, termina la del familiar, deja de ser suya.

Se desconoce aun las causas específicas acerca del origen de la enfermedad, esta no tiene tratamiento curativo y acaba con unos 20 millones de personas en todo el

mundo, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2004). Pero la organización norteamericana Alzheimer's Disease International informa de que en sólo 25 años esta cifra llegará a 34 millones. Datos del Instituto Nacional de Estadística apuntan que los casos de muerte por Alzheimer en nuestro país han aumentado un 6,7% en mujeres y un 4,3% en hombres desde 1989, lo cual supone unas 500.000 personas. Se trata del síndrome más extendido de demencia senil y los expertos coinciden en que pronto afectará al 40% de los españoles de más de 70 años. (Simposio internacional en actualización en enfermedad e Alzheimer, mayo 18 de 2005).

El Alzheimer, es un síndrome neurodegenerativo de carácter terminal que corroe las conexiones sinápticas y las neuronas haciendo que el paciente pierda todas sus facultades cognitivas. Se caracteriza por un declive intelectual que abarca funciones como la memoria, el lenguaje, las praxias, las gnosias así como las funciones ejecutivas, y que con el paso del tiempo genera una pérdida o deterioro global en cada uno de los siguientes procesos cognitivos:

5.3.2.1. Orientación: La evaluación de los diferentes tipos de orientación (temporal, espacial y personal) es uno de los primeros aspectos que debe observarse en sujetos con demencia, ya que, como ocurre en la DA, los déficit en orientación suelen seguir un patrón de deterioro común en la mayoría de los sujetos, presentándose en los estadios iniciales del síndrome; se presentan dificultades en la orientación temporal; posteriormente los pacientes comienzan a presentar problemas para orientarse en el espacio y finalmente presentan desorientación personal.

5.3.2.2. Atención: En los estadios iniciales los sujetos con demencia tipo Alzheimer presentan déficit en la atención selectiva principalmente en aquellas tareas que requieren inhibición de respuestas, selección y cambio de atencional rápido. En estadios moderados y severos de la enfermedad, se observan alteraciones en la atención dividida y en la atención sostenida para tener el foco atencional durante un periodo largo sobre un estímulo relevante.

5.3.2.3. Memoria: Es una de las funciones cognitivas más sensibles al daño cerebral y en especial una de las funciones más investigadas en el síndrome, puesto que suele ser uno de los primeros síntomas. En la mayoría de los pacientes la memoria episódica suele ser la que de inicio se encuentra afectada, manifestándose como una dificultad para codificar y almacenar información reciente. En las primeras fases también se observa una afectación de la memoria semántica, presentándose como una dificultad en la evocación del conocimiento de objetos, los hechos, los conceptos, al igual que las palabras y sus significados. A medida que la enfermedad avanza, el deterioro de la memoria suele afectar la evocación de recuerdos pasados (amnesia retrograda).

5.3.2.4. Lenguaje: Las alteraciones de los procesos lingüísticos son comunes en los sujetos con DA, siendo estas cada vez más evidentes a medida que progresa la enfermedad. En los estadios iniciales los pacientes suelen conservar los componentes fonológicos, léxicos y gramaticales de su lenguaje. Sin embargo, presentan leves dificultades para encontrar palabras (anomia) que, con el transcurrir de los meses, se agudiza. Aparecen también, problemas en la comprensión auditiva y parafasias, mientras que la habilidad para repetir palabras suele estar reservada.

5.3.2.5. Praxias: La apraxia visoconstructiva es una de las primeras alteraciones que aparecen en los estadios iniciales de la DA. En la medida que avanza la enfermedad, suele hacerse evidente la apraxia ideomotora, caracterizada por la incapacidad para realizar gestos expresivos como enviar un beso, decir adiós con la mano; etc. En estadios moderados y finales de la enfermedad se agudizan el déficit constructivo.

5.3.2.6. Percepción: Las alteraciones de los procesos perceptivos se conocen con el nombre de agnosias y se caracterizan por la incapacidad en el reconocimiento de estímulos sensoriales provenientes del mundo exterior (visuales, auditivos, etc) o del propio cuerpo y se presentan en ausencia de déficit sensoriales primarios, afasia o trastornos intelectuales. En la DA no es

muy común encontrar déficit perceptivos en las primeras fases de la enfermedad, sin embargo, se ha encontrado que estos pacientes pueden llegar a presentar dificultades en el reconocimiento de olores. En estadios leves y moderados de la enfermedad es común encontrar que los pacientes muestren alteraciones visuoespaciales (se pierde en lugares poco conocidos), agnosias visuales (incapacidad para reconocer estímulos complejos), en los estadios moderados y avanzados de la enfermedad aparecen la incapacidad para reconocer rostros de personas conocidas (prosopagnosia) y déficit para reconocer el propio esquema corporal (somatoagnosia).

5.3.2.7. Funciones ejecutivas: las funciones ejecutivas se han definido como la capacidad de transformar los pensamientos en acción y se manifiestan como:

- ❖ La habilidad para iniciar, modular o inhibir la atención y la actividad mental.
- ❖ La habilidad para interactuar productivamente con otros en discusiones y conversaciones.
- ❖ La habilidad para planificar y controlar la conducta dirigida al resultado. (Arango 2003).

5.3.2.1. Estadios de la Demencia tipo Alzheimer

Estadio 1. Fase inicial o demencia leve, conocido también como estadio del olvido. La duración de este estadio es de 1 a 3 años y se caracteriza por: Comienzos de alteración en el lenguaje, alteración en la conducta y alteración en la afectividad. Aparecen las primeras disfuncionalidades en la comprensión y juicio.

La principal característica de esta etapa, es la presencia inicial de déficit en la capacidad de aprendizaje y memoria, principalmente para hechos recientes. Otras de las alteraciones que suelen estar presentes son dificultades en el pensamiento abstracto, la habilidad para comprender y manejar ideas complejas, desorientación temporal, alteraciones visuoespaciales (problemas para manejarse en lugares

familiares), olvido de palabras en el lenguaje espontáneo y dificultades en el cálculo, los cuales suelen hacerse evidente en el entorno social, familiar y laboral del sujeto. (Arango 2003).

Los primeros síntomas con frecuencia son los trastornos en la memoria reciente y de fijación; la persona sufre olvidos ocasionales, despistes (como no recordar donde acaba de colocar un objeto), le cuesta trabajo incorporar (prefiere seguir con sus rutinas habituales).

Los cambios afectivos más frecuentes suelen ser en un primer momento sentimientos de ansiedad y perplejidad, agitación, hiperactividad o apatía. Se le dificulta a la persona organizar ideas y tomar decisiones, la persona suele encontrarse indolente y su ánimo empieza a decaer (depresión), en ocasiones aparecen ideas delirantes o paranoicas como (robos, abandono etc.). (Bermejo, 1993).

Estadio 2. Fase intermedia o demencia moderada, conocido como estadio confusional. En este estadio se incrementa la desorientación alopsíquica (se pierde en su misma casa). Se observa un deterioro más acusado de la memoria, afectando la memoria a largo plazo (empieza a olvidar pasajes de su propia vida). Se incrementan las alteraciones en el lenguaje y en la afectividad; el vocabulario se reduce aun más perdiendo contenido y tendiendo a repetir la última palabra o sílaba (ecolalia, palilalia).

Comienza la incapacidad para realizar actos motores a partir de una orden o pensamiento (apraxia). Las apraxias más comunes que se presentan son la apraxia ideomotora y la apraxia del vestir. Aunque la actividad motora suele disminuir, también puede haber inquietud psicomotora como actitudes de vagabundeo o diambular de un sitio a otro. Afectivamente suele aparecer la depresión como tal, siendo habitual la tendencia a la indiferencia y retraimiento. Aparecen las agnosias, puede haber alteraciones en el sueño y se vuelven frecuentes las ideas delirantes o paranoicas. Los tipos principales de ideas delirantes son: Creer que las personas le roban las cosas (en realidad no recuerda donde las deja), piensa que su casa no es la propia (error al

identificar, no reconoce o no lo recuerda), piensa que el cónyuge es un impostor o que éste le es infiel, tienen creencias de abandono (siente que se ha convertido en una carga). (Bermejo, 1993).

Estadio 3. Fase final o demencia severa, conocido también como estadio demencial. Su duración es de 2 a 4 años, se caracteriza por un marcado déficit intelectual, grandes dificultades apraxicas (el paciente suele que dar inhabilitado). El lenguaje se encuentra muy alterado, desaparece o se reduce a sonidos sin sentido. Aparece la incontinenencia de esfínteres, agnosias y ocasionalmente convulsiones.

Prácticamente hay una perdida completa de la memoria, desorientación alopsiquica acusada, no reconoce a familiares ni cuidadores. La dependencia funcional es absoluta el paciente se torna inmóvil, suelen aparecer alteraciones en la deglución. Luego de esto suele sobrevenir la muerte. (Bermejo, 1993)

f



6. DEFINICIÓN DE LA VARIABLE

6.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Según el psicólogo Mexicano Rogelio Díaz Guerrero 1986, la calidad de vida se define como la integración de varios factores que influyen en la vida de las personas para el logro de una adecuada adaptación al entorno y el bienestar psicológico con uno mismo. Este autor hace referencia principalmente a cinco factores que ayudan a obtener una mejor calidad de vida; *el factor antropocultural*, que hace referencia al estilo de vida que tiene cada individuo con base al origen la cultura, los patrones de crianza y hábitos, quienes juegan un papel importante el desarrollo personal y social del individuo; *el factor psicológico personal*, el cual se define como la habilidad que posee el individuo para dar solución a los problemas emocionales y, la paciencia que tiene éste para ayudar a sus familiares; *el Factor económico*, hace referencia a la percepción que tiene el individuo acerca de su estado económico y *el Factor familiar*, que es la base principal para llegar a obtener una mejor calidad de vida, ya que éste tiene un significado afectivo para las personas, y permite alcanzar logros.

6.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES
CALIDAD DE VIDA	Factor antropocultural	<ul style="list-style-type: none"> - Origen del individuo. - Cultura a la que pertenece. - Patrones de crianza. - Creencias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Costumbres - Hábitos
	Factor psicológico personal	<ul style="list-style-type: none"> -Capacidad de resolver crisis -Capacidad de generar alternativas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sentimientos -Habilidades sociales - Conocimiento de si mismo
	Factores económicos	<ul style="list-style-type: none"> -Dinero con le que cuenta. -Estatus al que pertenece. 	<ul style="list-style-type: none"> -Estabilidad económica. -Recursos familiares con los que cuenta
	Factor familiar	<ul style="list-style-type: none"> -Significado afectivo. -Apoyo primario. 	<ul style="list-style-type: none"> -Importancia del contacto familiar. -Vínculos familiares significativos

7. METODOLOGÍA

7.1. PARADIGMA

Este proyecto estará abordado bajo el paradigma histórico – hermenéutico, el cual basa su importancia a partir de lo simbólico, de las representaciones que los hombres han elaborado de la realidad, en el cual el sujeto y el objeto hacen parte de una experiencia fundamentada en las vivencias humanas de forma bidireccional. (Bonilla, 1997).

Este paradigma fija su atención a los aspectos y significados que tienen las personas de su realidad. El investigador interpreta la forma como se comunican los referentes sociales, las actividades y su pensamiento entorno a su microcosmo, su cultura y sus problemas individuales. (Reales, 2000). Utilizando como base las directrices del paradigma mencionado, esta investigación llega a la realidad de las personas que hacen parte de la muestra para interpretar y describir los significados que ellos dan a la situación o circunstancia que están viviendo, en este caso la demencia tipo Alzheimer.

El investigador parte de su percepción acerca del fenómeno, lo confronta permitiéndole así comprender e interpretar, es decir, su relación se fundamenta en la retroalimentación, es así como el grupo de investigación creó una relación bidireccional entre los sujetos que hacen parte de la muestra y los investigadores. Esto ayudo al grupo investigativo a conocer la experiencia y el significado que estas personas afectadas con demencia tipo Alzheimer dan a la realidad que están viviendo. Además permitió indagar acerca de las características básicas que estas personas presentan y cómo son afectadas por su deterioro cognoscitivo en el ámbito social, familiar, laboral, etc., además de cómo esto incide directamente con la calidad de vida.

7.2. ENFOQUE

La investigación se realizó bajo el enfoque fenomenológico, ya que este se especializa en llegar al mundo interior de la personas por medio de una conexión intersubjetiva que se crea a partir del lenguaje, por que es anterior a la consciencia de cada individuo y constituye la autentica condición de esa consciencia. Aquí la fenomenología establece una relación con lo social, en tanto el lenguaje modela la experiencia de los individuos. (Reales, 2000).

El centro de este enfoque esta en establecer como el hombre construye su realidad a partir de sus relaciones intersubjetivas. Los investigadores guiándose a través de este enfoque, llegaron al “mundo interior” de los pacientes con demencia tipo Alzheimer estadio 1 y poder así determinar como este hecho interfiere en su calidad de vida.

7.3 MODALIDAD

Esta investigación se abordó por medio de estudios de casos, ya que estos son una forma única de capturar la información acerca de la conducta humana. En primer lugar los estudios de caso se enfocan hacia un solo individuo, lo que permite un examen muy cercano y la recopilación de una gran cantidad de datos detallados. Por otra parte los estudios de casos fomentan el uso de diversas técnicas para obtener la información necesaria, las cuales van desde las observaciones personales hasta las entrevistas. Por ultimo no hay mejor manera de obtener una imagen más completa de lo que se esta investigando que a través de un estudio de caso. (Salkind, 1999). Esto permitió establecer aspectos comunes que permitieron observar y detallar las características de la calidad de vida que tienen los enfermos de Alzheimer por medio de una entrevista semiestructurada, la cual arrojó la información deseada, con base a los objetivos de la investigación.

7.4. POBLACION

La población escogida por la investigación son tres mujeres adultas mayores que presentan demencia tipo alzheimer estadio 1, y se encuentran institucionalizadas en el hogar geriátrico siervas de Jesús de la ciudad de Barranquilla.

7.5. MUESTRA

Tres mujeres adultas mayores que presentan demencia tipo alzheimer estadio 1, y se encuentran institucionalizadas en el hogar geriátrico siervas de Jesús de la ciudad de Barranquilla.

7.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La información de esta investigación fue recolectada a través de una entrevista semiestructurada creada por el equipo investigativo.

7.7. PROCEDIMIENTO

Después de realizar las revisiones bibliográficas necesarias y de plantear el propósito de la entrevista teniendo en cuenta las metas de la investigación, se creo la entrevista semiestructurada la cual permite al entrevistado proporcionar detalles en las respuestas; las datos son mas amplios y el entrevistador puede hacer preguntas adicionales sobre el tema que se esta tratando. A través de los cuatro factores mencionados por el autor guía, se pudo establecer la importancia del planteamiento de preguntas enfocadas en observar e identificar en ellas como los factores psicológico-personal, antropocultural, económicos y familiares influyen de manera significativa en la calidad de vida.

Antes de realizar la aplicación del instrumento (entrevista semiestructurada) a la muestra, las investigadoras asumieron el papel de entrevistados al tiempo en que la

tutora observaba y daba sugerencias acerca de las correcciones. También se llevo a acabo una prueba piloto en la que participaron las investigadoras junto con una entrevistada afectada por la demencia tipo Alzheimer en estadio 1.

Luego de esto las investigadoras llegaron al Hogar Geriátrico Siervas De Jesús para hacer un reconocimiento de la institución y de las tres mujeres adultas mayores que son la muestra de la investigación; durante las visitas al Hogar Geriátrico se realizó la aplicación del instrumento (entrevista semiestructurada) a cada una de las personas incluidas en la muestra, obteniendo de cada una de ellas la colaboración necesaria para la elaboración de la investigación y de la recolección de la información necesaria para obtener los resultados.

Se realizaron dos visitas por paciente, la primera visita tenia como objetivo el reconocimiento del paciente y poder establecer una relación empatica, de esta forma se estableció para la próxima cita y poder obtener la colaboración necesaria por parte de los pacientes. En la última visita a la institución se llevo a cabo una actividad lúdica en donde las pacientes se recrearon junto con el grupo investigativo. Esto sirvió para observar su comportamiento y agradecer la colaboración del personal a cargo de las pacientes y de la muestra de la investigación.

8. RESULTADOS

INTERPRETACION PACIENTE M

De acuerdo a lo mencionado por el autor guía Rogelio Díaz G, se puede afirmar que la paciente conserva aun costumbres y hábitos que fueron aprendidos a partir de los patrones de crianza vividos durante su infancia (como por ejemplo que le guste aun ir a misa como cuando lo hacia con su abuela en la niñez), conserva aun la habilidad que le permiten ser autónoma y autosuficiente. Se alimenta de manera adecuada con respecto a su problema de sobrepeso. Según el autor guía esto le permite alcanzar un nivel en el desempeño social y personal adecuado en cuanto a lo que respecta al factor antropocultural. (Díaz, 1986).

Para el factor psicológico-personal, la paciente M, no mostró interés alguno, ya que estuvo renuente y negaba la realidad de su enfermedad. De acuerdo al autor guía, al no tener conciencia de la enfermedad, la paciente ha perdido la habilidad para reconocer sus problemas o dificultades, por ende pierde la capacidad para asumir dichos problemas y darle solución a estos. Esto evidencia un notable compromiso en este factor y en consecuencia afecta su calidad de vida.

A diferencia del anterior, en el factor económico la paciente tiene una percepción real de su estado económico, permitiendo así sensación de placer y seguridad en la paciente, originando una estabilidad para este factor.

Por último, se observó el factor familiar, en el que se encontró que los vínculos entre la paciente y su familia son lo suficientemente fuertes para brindarle apoyo seguridad y protección, debido a ello la adaptación a la institución para la paciente es adecuada teniendo en cuenta que no esta dentro de su vinculo familiar, pero si recibe de ellos el afecto necesario para sentirse bien.

Conclusión: se puede decir que la entrevistada en lo que se refiere al factor económico aun se mantiene en óptimas condiciones, ya que cuenta con una pensión y el apoyo económico de su familia y esto no le genera preocupación. Según lo mencionado por Rogelio Díaz cuando hay condiciones económicas estables se convierte en un aspecto positivo para la calidad de vida por que puede satisfacer sus necesidades básicas. En cuanto al factor antropocultural, y familiar se puede decir que generan en el entrevistado bienestar puesto que se mantienen estables y esto le produce tranquilidad. En lo que respecta al factor psicológico personal se nota un deterioro en lo que se refiere a la aceptación de la enfermedad y el reconocimiento de los síntomas y hacia donde se dirige, afectando el reconocimiento de sus problemas y la habilidad para darle solución a esto actuando de manera pasiva ante el entorno decayendo este aspecto de calidad de vida.

INTERPRETACION PACIENTE E1

De acuerdo a lo observado se puede deducir que esta paciente conserva algunas características propias, como costumbres y hábitos que fueron aprendidos a partir de los patrones de crianza por los que fue guiada. Se observa limpia y con detalles. Esto deja ver que en el factor antropocultural en la paciente se nota que tiene un adecuado mas no optimo desempeño social y personal.

Para el factor psicológico-personal, la paciente E1, no mostró interés alguno, ya que estuvo renuente y negaba la realidad de su enfermedad. De acuerdo al autor guía, al no tener conciencia de la enfermedad, la paciente ha perdido la habilidad para reconocer sus problemas o dificultades, por ende pierde la capacidad para asumir dichos problemas y darle solución a estos. Esto evidencia un notable compromiso en este factor y en consecuencia afecta su calidad de vida.

La paciente no tiene una adecuada percepción de su estado económico, aunque el hecho de encontrarse institucionalizada le brinda la posibilidad de tener una estabilidad

económica y suplir las necesidades básicas de pertenencia y seguridad que todo ser humano necesita satisfacer.

Por último se observó el factor familiar, la paciente presenta notables dificultades en el reconocimiento de sus familiares, no contestó ninguna de los interrogantes correspondiente a este factor. Esto afecta su calidad de vida por que no reconoce el apoyo que recibe por parte de el familiar que se encarga de ella, esto genera en la paciente sentimientos de angustia y sensaciones de vacío emocional que afectan su calidad de vida.

Conclusiones: se puede decir que la entrevistada en lo que se refiere al factor económico aun se mantiene en óptimas condiciones, ya que cuenta con el apoyo económico de su familia y esto no le genera preocupación. Según lo mencionado por Rogelio Díaz cuando hay condiciones económicas estables se convierte en un aspecto positivo para la calidad de vida por que puede satisfacer sus necesidades básicas. En cuanto al factor antropocultural, y familiar se puede decir que generan en el entrevistado incertidumbre e inestabilidad ya que por su enfermedad no recuerda las cosas que hacen parte de sus costumbres y hábitos y deteriorando significativamente su calidad de vida, además hay en ella sentimientos de soledad porque quien se hace cargo de ella es una sobrina y esta no la puede visitar constantemente. En lo que respecta al factor psicológico personal se nota un deterioro en lo que se refiere a la aceptación de la enfermedad y el reconocimiento de los síntomas y hacia donde se dirige, afectando el reconocimiento de sus problemas y la habilidad para darle solución a esto actuando de manera pasiva ante el entorno decayendo este aspecto de calidad de vida.

INTERPRETACION PACIENTE E2

Esta paciente conserva algunas características propias de su calidad de vida como costumbres y hábitos a partir de los patrones de crianza que recibió durante su niñez; sin embargo se observa que se desvía o delira en algunas de las respuestas, formando un discurso incoherente.

La paciente no tiene conciencia de la enfermedad puesto que al preguntarle acerca de la enfermedad no menciona los síntomas que esta presenta como consecuencias de la enfermedad que padece. De acuerdo al autor guía, al no tener conciencia de la enfermedad, ha perdido la habilidad para reconocer sus problemas o dificultades, por ende pierde la capacidad para asumir dichos problemas y darle solución a estos. La paciente se desvía frente a estas preguntas.

La paciente no tiene una adecuada percepción de su estado económico, aunque el hecho de encontrarse institucionalizada le brinda la posibilidad de tener una estabilidad económica y suplir algunas necesidades básicas de pertenencia y seguridad. De acuerdo al autor guía, esto afecta significativamente su calidad de su vida.

La paciente mantiene lazos familiares y vínculos afectivos inadecuados, porque a raíz del duelo no resuelto de la muerte de su hijo, está pierde contacto con la realidad por momentos, lo cual le hace delirar frente a su familia. Esto no permite del todo tener un bienestar psicológico y relaciones seguras, esto genera en la paciente sentimientos de angustia y sensaciones de vacío emocional que afectan su calidad de vida.

Conclusiones: se puede decir que la entrevistada en lo que se refiere al factor económico aun se mantiene en óptimas condiciones, ya que cuenta con el apoyo económico de su familia y esto no le genera preocupación. Según lo mencionado por Rogelio Díaz cuando hay condiciones económicas estables se convierte en un aspecto positivo para la calidad de vida por que puede satisfacer sus necesidades básicas. En cuanto al factor antropocultural, y familiar se puede decir que generan en el



entrevistado incertidumbre e inestabilidad ya que por su enfermedad no recuerda las cosas que hacen parte de sus costumbres y hábitos deteriorando significativamente su calidad de vida, además hay en ella sentimientos de soledad porque quien se hace cargo de ella es una hija que se encuentra fuera del país y con la que no tiene buena relación y esta no la puede visitar constantemente. En lo que respecta al factor psicológico personal se nota un deterioro en lo que se refiere a la aceptación de la enfermedad y el reconocimiento de los síntomas y hacia donde se dirige, afectando el reconocimiento de sus problemas y la habilidad para darle solución a esto actuando de manera pasiva ante el entorno decayendo este aspecto de calidad de vida.

9. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos a lo largo de la elaboración de esta investigación, podemos concluir que la calidad de vida de las tres mujeres adultas mayores diagnosticadas con demencia tipo Alzheimer estadio 1, que se encuentran institucionalizadas en el Hogar Geriátrico Siervas De Jesús, se alteran como consecuencia del deterioro cognoscitivo que sufren los pacientes con demencias, quienes en la evolución de la enfermedad manifiestan síntomas que afectan el desarrollo pleno de la calidad de vida.

Esta alteración de los diferentes factores en cada una de las pacientes, nos permite concluir que aunque puedan mantener una estabilidad económica y algunas de sus costumbres y hábitos de crianza, el factor psicológico personal y el familiar son más importante para ellas, ya que estos les permite lograr un equilibrio mental y un mejor proyecto de vida en cuanto al reconocimiento de la enfermedad que en ninguno de los casos se manifiesta, llevándolas a la negación de la realidad.

Se puede decir, que la visión del concepto de calidad de vida se reconstruye en cada una de las investigadoras, teniendo como base el autor guía quien da a conocer conceptos nuevos que permiten observar el fenómeno desde diferentes dimensiones. Debido a esto el contacto con las pacientes permite identificar como la calidad de vida no obedece a situaciones aisladas, sino que dentro de esta definición se encuentran inmersos una serie de factores que pueden o no dar paso a una optima calidad de vida.

10. RECOMENDACIONES

Basados en los resultados arrojados por la presente investigación se recomienda a la Universidad Simón Bolívar, promover a las próximas promociones el desarrollo de investigaciones con pacientes diagnosticados con demencia tipo Alzheimer que no estén institucionalizados e investigaciones de corte correlacional que permitan establecer causas y efectos como:

- Calidad de vida con pacientes no institucionalizados, para observar a los afectados en contextos más reales con implicaciones económicas más precarias.
- Calidad de vida con pacientes en estadios más avanzados, para así determinar si en estadios mas avanzados la calidad de vida se ve mas afectadas por consecuencia del deterioro cognoscitivo.
- Calidad de vida en las familias con un miembro con Alzheimer; así como también investigaciones donde se puedan conocer la opinión y en concepto que tiene la sociedad frente a este tipo de enfermedad, las emociones o sentimientos que esta le despiertan.
- Se sugiere al Hogar Geriátrico siervas De Jesús, seguir abriendo los espacios para continuar desarrollando investigaciones que enriquezcan el conocimiento de las diferentes ciencias interesadas no solo en este tipo de pacientes o demencias.

11. BIBLIOGRAFIA

Adams y Víctor. (1989) Principios de neuropsicología. Editorial MC Graw Hill.

Alarcón, R. A (2004).propósito de la pseudodemencia y la depresión de inicio tardío en los estados demenciales; Revista colombiana de Psiquiatría. Volumen XXXIII, No 4.

Ardila, Alfredo. (1997). La vejez, neuropsicología del fenómeno del envejecimiento.

Arango, Juan Carlos, (2003). Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. Editorial El manual Moderno.

Belloch, A. (1995) Manual de sicopatología.. Volumen I. Editorial Mc Graw Hill.

Bermejo, F. (1993). Demencias, conceptos actuales.. Editorial Díaz De Santos S.A.

Bonilla, Elsy, (1997). Más allá del dilema de los métodos; la investigación en ciencias sociales.. Editorial Norma.

Boustain, M. (2004). The interface of de depression and dementia, Psychiatric Times, March. Volumen XXI.

Cano, C. (2001). Condensos de enfermedad de Alzheimer.

Castillo, (2000) E. La fenomenológica interpretativa como alternativa para estudiar los fenómenos humanos.
tone.udea.edu.co/revista/mar2000/fenomenología.html.

Cohen, Gene D. (1991). Envejecimiento cerebral.. Bilbao: Biblioteca de Psicología de Desclee de Broker.

Cummings, JL.(2005) ;IV Simposio internacional en actualización en enfermedad de Alzheimer, Barranquilla. Asociación Colombiana de Neurología, Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria, Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Díaz, Rogelio. (1986). El ecosistema sociocultural y la calidad de la vida. Editorial Trillas.

Gómez, María (2002). University institute of integration in the community, Faculty of Psychology, University of Salamanca.

Hernandez, R. (2005) Metodología de la investigación.. Editorial Antillas.

June, Grieve. (1994). Neuropsicología para terapeutas ocupacionales.. Editorial Panamericana S.A.

Krassoievith, Miguel. (1993). Psicoterapia Geriátrica.

Manual Merk. (1989). Editorial Océano.

Montañés, P. (2001) Neuropsicología clínica y cognitiva.. Universidad Nacional De Colombia. Editorial Guadalupe Ltda.

Martinez, J. (2003) Envejecimiento normal; Trastornos mentales, funcionamiento y principios generales de asistencia psicogeriatrica. www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a11.htm.

Papalia, Diane. (2000). Desarrollo humano. Editorial Mc Graw Hill.

Pardo, G. (1997) La investigación en salud: factores sociales.. Editorial Mc Graw Hill.

Reales, U. (2000) Socioinvestigación.. Editorial Antillanas

Ribera, J. (2002) Geriatria en atención primaria.. Ediciones Aulas Médicas.

Rice. Philip. (1997) Desarrollo humano.. Editorial Prentice Hall.

Salvarezza, L. (2000) La vejez: una mirada gerontológico actual.. Editorial Paidos.

Shut, Furtmayr. (1995) La enfermedad de Alzheimer.. Editorial Herder.

Séller, Bárbara. (1997). Diccionario Enciclopédico de ciencias de la salud.. Editorial Mc Graw Hill.

ANEXO 1

INSTRUMENTO

FACTOR ANTROPOCULTURAL

- Desde que fue institucionalizado ¿cómo ha cambiado su higiene?
- Desde que fue institucionalizado ¿cómo han cambiado sus costumbres?
- Desde que fue institucionalizado ¿cómo ha cambiado su alimentación?
- ¿Qué sentimientos despiertan en usted los recuerdos de las festividades o reuniones familiares como (navidad, cumpleaños, paseos, etc.)?

FACTOR PSICOLOGICO PERSONAL

- Como se siente frente a su enfermedad
- Con la aparición de los primeros síntomas busco ayuda o como los enfrento
- Conoce usted los síntomas de su enfermedad
- Sabe usted hacia donde se dirige la enfermedad, que piensa referente a esto

FACTOR ECONOMICO

- ¿Cuáles son las condiciones económicas actuales de su familia?
- ¿se siente a gusto con los recursos que tiene para vivir decorosamente?
- ¿Cuenta usted con el apoyo económico de su familia?
- ¿Recuerda los sectores de la ciudad donde ha vivido? ¿Cuál le ha gustado más?

FACTOR FAMILIAR

- ¿Lo visitan sus familiares?
- ¿Le gusta que le visiten?
- Cuando sale del centro geriátrico, si lo hace, ¿con quién lo hace?

- ¿Qué es lo que más extraña de su familiares?

ANEXO 2

Paciente M

PREGUNTAS	REPUESTAS
<p>Factor antopocultural</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desde que fue institucionalizado ¿cómo ha cambiado su higiene? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “me aseo sola, todos los días, aquí me hacen todo y mantienen todo limpio.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desde que fue institucionalizado ¿cómo han cambiado sus costumbres? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “me gustaban las fiestas de San Francisco y me gustaba bailar bastante, me iba a las fiestas de la carraleja, todavía lo hago en mi habitación, bailo, veo televisión”. Y voy a misa como cuando estaba pequeña e iba con mi abuela todos los días”.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desde que fue institucionalizado ¿cómo ha cambiado su alimentación? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “como bien tengo una dieta, estoy gorda y tengo una barriga muy grande, tengo trillizos” (sonrió). Como mangos y mucha frutas.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Qué sentimientos despiertan en usted los recuerdos de las festividades o reuniones familiares como (navidad, cumpleaños, paseos, etc.)? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “No extraño mucho las fiestas de mi región. Extraño a mi familia, que me digan abuela”

Factor psicológico personal

- ¿Como se siente frente a su enfermedad?
- “Fui al medico. Se me olvidan mucho las cosas, a veces cuando me levanto siento ganas de llorar por que siento que me falta algo, me voy a caminar los pasillo o voy a ala capilla a orar”.
- ¿Con la aparición de los primeros síntomas busco ayuda o como los enfrento?
- “Últimamente tengo fallas en la memoria y olvido donde dejo las cosas”. No se que tengo.
- ¿Conoce usted los síntomas de su enfermedad?
- No se que tengo (se mostró ansiosa y preocupada).
- ¿Sabe usted hacia donde se dirige la enfermedad, que piensa referente a esto?
- Desvió sus respuestas, pregunto que si nos sentíamos bien y que si teníamos calor.

Factor económico

- ¿Cuáles son las condiciones económicas actuales de su familia?
- “De pequeña tuve muchas necesidades, vendí caribañola, y hasta una vez pedí comida en la casa de los vecinos, pero ahora estoy bien tengo un apartamento, finca, ganado. Soy pensionada y cuento con el apoyo de mi familia.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿se siente a gusto con los recursos que tiene para vivir adecuadamente? ➤ ¿Cuenta usted con el apoyo económico de su familia? ➤ ¿Recuerda los sectores de la ciudad donde ha vivido? ¿Cuál le ha gustado más? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “Si vivo bien mi cuarto tiene lo que necesito”. ➤ “Soy pensionada y cuento con el apoyo de mi familia, mi hijo Carlos es que el me provee y maneja mi pensión” ➤ “Viví en Oveja, Sucre, pero vivo ahora en Barranquilla”
<p style="text-align: center;">Factor familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Lo visitan sus familiares? ➤ ¿Le gusta que le visiten? ➤ Cuando sale del centro geriátrico, si lo hace, ¿con quién lo hace? ➤ ¿Qué es lo que más extraña de sus familiares? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “Si me visitan mis primas, mis nietos y Mis hijos, me gusta visitar las playas de Tolú”. ➤ “Si me gusta, y me llaman por teléfono”. ➤ “Si salgo a veces con Carlos, Berta y otros familiares que vienen por mi, voy a sus casas en ocasiones especiales”. ➤ “Que me digan abuela, antes lloraba cuando me acordaba de mis familiares”.

ANEXO 3.

Paciente E1

PREGUNTAS	REPUESTAS
<p>Factor antopocultural</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desde que fue institucionalizado ¿cómo ha cambiado su higiene? ➤ Desde que fue institucionalizado ¿cómo han cambiado sus costumbres? ➤ Desde que fue institucionalizado ¿cómo ha cambiado su alimentación? ➤ ¿Qué sentimientos despiertan en usted los recuerdos de las festividades o reuniones familiares como (navidad, cumpleaños, paseos, etc.)? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “Nadie, yo me baño sola, y yo me cambio sola” ➤ “Si cambiaron, por que me pregunta eso” (no respondió nada mas). ➤ “Si porque yo no cocino. Pero me gusta la comida que me dan aquí”. ➤ Extraño las fiestas, porque me gusta bailar y lo hacia con mi familia, con mi esposo, pero ya no lo hago casi.



Factor psicológico personal

- ¿Como se siente frente a su enfermedad?

- ¿Con la aparición de los primeros síntomas busco ayuda o como los enfrento?
- ¿Conoce usted los síntomas de su enfermedad?
- ¿Sabe usted hacia donde se dirige la enfermedad, que piensa referente a esto?

Factor económico

- ¿Cuáles son las condiciones económicas actuales de su familia?
- ¿se siente a gusto con los recursos que tiene para vivir decorosamente?
- ¿Cuenta usted con el apoyo económico de su familia?
- ¿Recuerda los sectores de la ciudad donde ha vivido? ¿Cuál le ha gustado más?

➤ “Yo estuve enferma, estuve mal en mi salud”.

➤ “No se por que me preguntan, me hacen preguntas que yo no se, me siento como una tonta por que yo no se, me haces preguntas que yo no se” (repitió la frase 3 veces y luego calló).

➤ Tengo un papel para escribir las cosas de la gente

<p>Factor familiar</p> <ul style="list-style-type: none">➤ ¿Lo visitan sus familiares?➤ ¿Le gusta que le visiten?➤ Cuando sale del centro geriátrico, si lo hace, ¿con quién lo hace?➤ ¿Qué es lo que más extraña de su familiares?	<ul style="list-style-type: none">➤ “Tengo la sensación de que las personas no vinieron”
---	--

ANEXO 4

Paciente E2

PREGUNTAS	REPUESTAS
<p>Factor antopocultural</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desde que fue institucionalizado ¿cómo ha cambiado su higiene? ➤ Desde que fue institucionalizado ¿cómo han cambiado sus costumbres? ➤ Desde que fue institucionalizado ¿cómo ha cambiado su alimentación? ➤ ¿Qué sentimientos despiertan en usted los recuerdos de las festividades o reuniones familiares como (navidad, cumpleaños, paseos, etc.)? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “Yo me hago todo yo sola, yo me cambio y me baño sola”. ➤ “No esto es de Miriam Angarita, mi nuera y ella todo me lo da” ➤ “Si pero a mi me gusta todo lo que me den, me gusta toda la comida”. ➤ “Antes hacia fiestasitas, ya no las puedo hacer, ahora no se que inventar, me duele la pierna y no puedo bailar”
<p>Factor psicológico personal</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Como se siente frente a su enfermedad? ➤ ¿Con la aparición de los primeros síntomas busco ayuda o como los enfrento? ➤ ¿Conoce usted los síntomas de su enfermedad? ➤ ¿Sabe usted hacia donde se dirige la enfermedad, que piensa 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “Que mas te puedo decir, vivía en la 30 cerca de la iglesia, estoy achacada”. ➤ “Tengo un problema en la cabeza... me rasca, tengo rasquiña.”

<p>referente a esto?</p>	
<p>Factor económico</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cuáles son las condiciones económicas actuales de su familia? ➤ ¿se siente a gusto con los recursos que tiene para vivir decorosamente? ➤ ¿Cuenta usted con el apoyo económico de su familia? ➤ ¿Recuerda los sectores de la ciudad donde ha vivido? ¿Cuál le ha gustado más? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “Yo iba a Maicao”. ➤ “Tengo un televisor”. ➤ Por la iglesia en la 30
<p>Factor familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Lo visitan sus familiares? ➤ ¿Le gusta que le visiten? ➤ Cuando sale del centro geriátrico, si lo hace, ¿con quién lo hace? ➤ ¿Qué es lo que más extraña de su familiares? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si mis nietos me visitan, mis hijos también; mis nietos corren por todo esto (señalando los pasillos). ➤ Si, me gusta conversar con ellos. ➤ No salgo ➤ Extraño a mi familia, no veo a mi esposo hace rato.

ANEXO 5

FORMATO DE HISTORIA CLINICA COMO TÉCNICA DE EVALUACIÓN

I FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha de entrevista. Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre:

Sexo: M _____ F _____

Fecha y lugar de nacimiento:

Edad: _____

Estado civil _____

Escolaridad _____

Ocupación _____

Religión _____

II. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

- ❖ Aspectos generales, características físicas.
- ❖ Cómo esta vestida y aliñada.
- ❖ Porte y actitud, modales
- ❖ Cómo son sus movimientos, su voz, su lenguaje
- ❖ Afecto: deprimido, ansioso, eufórico, indiferente.

III. MOTIVO DE LA CONSULTA

IV. HISTORIA FAMILIAR

- ❖ Antecedentes patológicos familiares: alcoholismo, toxicomanía, enfermedades mentales etc.
- ❖ Descripción del padre y de la madre.
- ❖ Hermanos: cuantos son, breve descripción, lugar del paciente entre ellos.
- ❖ Rivalidades, cómo son sus relaciones
- ❖ Papel del paciente dentro de la familia.
- ❖ Uniones y fricciones dentro de la familia.
- ❖ Normas sociales, morales, culturales y religiosas de la familia.
- ❖ Cambio en la constelación familiar, abandono, divorcio o muerte.
- ❖ Actitud frente al divorcio.

V. HISTORIA PERSONAL

- ❖ Edad en la que inicio la marcha, el habla y el control de esfínteres.
- ❖ Infancia: alimentación, hábitos, salud.
- ❖ Niñez: relaciones sociales, temores, cómo se sintió, sufrimiento por pérdida.
- ❖ Adolescencia: problemas, relaciones interpersonales.
- ❖ Edad adulta: logros, satisfacciones, responsabilidades.
- ❖ Edad adulta tardía: abandono de los hijos si los hay, jubilación.

VI. SALUD

- ❖ Alimentación.
- ❖ Sueño.
- ❖ Enfermedades.
- ❖ Qué opina de su salud en la actualidad.

VII. ESCOLARIDAD

Relaciones con maestro y compañeros. Rendimiento escolar, cursos reprobados y por qué, cambios de escuela.

VIII. VIDA LABORAL

- ❖ Descripción de los trabajos, desempeño.
- ❖ Cómo se siente con respecto a su trabajo.

IX. DIVERSIÓN E INTERESES

Lectura, música, deportes. Artes, pintura, teatro, etc.

X. AJUSTES SOCIALES

Cómo han sido y son sus relaciones interpersonales, tiene muchas, pocas, o ninguna amistad. Hombres o mujeres. Alguna amistad en especial

XI. DESARROLLO SEXUAL

Primeras nociones. Evolución de sus intereses sexuales, frecuencia de sus contactos. Dolor por separación de alguna persona en especial.

XII. VIDA CONYUGAL

Descripción del cónyuge, relaciones entre ambos. Eventos más importantes, número de hijos y edades. Intereses de la familia. Cómo es la comunicación, la toma de decisiones, qué papeles juega cada miembro, cómo se siente frente a su familia hoy.

XIII. DESCRIPCIÓN DE SI MISMO

- ❖ Cómo se ve desde afuera.
- ❖ Cómo cree que lo ven los demás.
- ❖ Las crisis más importantes de su vida.
- ❖ Cómo se siente frente a sus problemas.
- ❖Cuál es su mayor temor.
- ❖ Tiene remordimientos.
- ❖Cuál es su más grande preocupación.
- ❖ Todavía espera cosas buenas de la vida. Por qué. Cree que las merece.
- ❖ Describa una agradable sorpresa en su existencia.

- ❖ Describa un triunfo.
- ❖ Describa un fracaso.
- ❖ Está satisfecho como es.
- ❖ Cómo se ve en unos meses.
- ❖ Tiene claro su proyecto de vida hoy.
- ❖ Tiene conocimiento de que padece una enfermedad.
- ❖Cuál es el significado personal de la enfermedad.
- ❖Cuál ha sido los cambios en su vida como consecuencia de la enfermedad.
- ❖ Con quien habla de su enfermedad.
- ❖ Para usted qué es la vida.
- ❖ Qué es la libertad.

ANEXO 6

HISTORIA CLÍNICA

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha de entrevista. Día: 16 Mes: mayo Año: 2006

Nombre: M

Sexo: M () F(X)

Fecha y lugar de nacimiento: Noviembre 22 de 1963 ovejas (sucre)

Edad: 69 años

Estado civil: Viuda

Escolaridad: Bachiller moralista

Ocupación: Bachiller moralista - pensionada

Religión: católica

II. DESCRIPCION DEL PACIENTE

Mujer de 68 años de edad, de complexión gruesa y estatura promedio, color de piel clara y marcados hábitos religiosos. Usa lentes, es aseada, muy propia, se presenta bien vestida y arreglada de manera decorosa. Presenta movimientos delicados pero a su vez es muy activa, con un tono de voz adecuado para su edad, uso adecuado del lenguaje un buen nivel educativo. Despliega una actitud de atención mostrándose muy contenta sociable con movimientos enérgicos y extrovertida.

III. MOTIVO DE LA CONSULTA

La paciente está colaborando para la presentación final del proyecto de investigación.

IV. HISTORIA FAMILIAR

La paciente no recuerda la existencia de algún problema mental, alcoholismo, suicidio, etc., entre sus padres o antecesores. Aunque comento que un hermano (Víctor) era un alcohólico (Alejandro) se ahogó y dice no estar muy segura del hecho de que el hubiese consumido drogas, aunque algunas veces sospechaba que si; el murió en extrañas circunstancias y no dejaba que ella lo viese.

Con respecto a sus padres, dice que estos fallecieron hace ya mucho tiempo, posiblemente de cáncer. Su padre (Alfonso) los dejó cuando eran muy pequeños y se fue a vivir con otra persona por que "él era muy mujeriego, y no era muy especial con nosotros, cuando me gradué espera que me diera un regalo y no lo hizo a pesar que tenía granero y dinero" .la paciente dice que sentía a que su padre no al quería. No recuerda como era él como persona.

Por otro lado la madre (Regina) era muy cariñosa con ella, y en especial con ella; la paciente la recuerda muy linda, alegre, con gusto en compartir y cantar. Dice que murió cuando aun era niña y que ella, junto con sus hermanos, quedaron al cuidado de una tía. La paciente no proporciona información acerca de la relación con sus padres.

La paciente tiene cuatro hermanos, una mujer y tres hombre, ella ocupa le segundo lugar entre ellos, comenta que su ultimo hermano vive en Bogotá, tiene tres hijos y dice que es alcohólico; entre sus hermanos es con quien mejor se lleva, debido a que ella fue quien lo crió. A su parecer el hermano Alejandro era el más simpático. De los otros dos hermanos José y Regina, la paciente no da información alguna.

Expresa que le fue indiferente la separación de sus padres y ante las muertes de estos recuerda haber llorado mucho a su mamá, pero no a su papá.

Recuerda que su abuela era muy religiosa y que la acompañaba a la misa todos los días, por eso sus costumbres y norma están muy relacionadas con la religión.



En cuanto a su economía, dice que eran muy pobres incluso le toco ir a casas De sus vecinos para comer, y también vendió caribañola.

V. HISTORIA PERSONAL

De niña recuerda que le gustaba jugar a la peregrina, saltar a la “cabuya” y jugar al escondido. Recuerda también haber tenido una muy buena amiga llamada Hortensia y que hablaba con frecuencia con ella. Le temía a un odontólogo y a un hombre que iba al pueblo, puesto que le parecía extraño y raro, y también le tenia miedo a las cucarachas, pero no sabe porque.

Fue buena alumna, no hacia travesuras, mentía algunas veces para poder pasar “comida para la casa”. Estudio en la Normal de Sincelejo y ahí se graduó como normalista en básica primaria.

Durante la adolescencia, comenta haber tenido admiradores, pero no les prestaba atención. Se caso a los 26 años con Víctor, y admite que lo hizo por el dinero que este tenia, no tuvo problemas con él y su convivencia fue buena, de esta unión nacieron Berta y Carlos. Durante este período, su mayor responsabilidad era mantener a sus dos hijos. Su esposo Víctor murió hace 24 años por cáncer de páncreas.

Con respecto a la separación de sus hijos (emancipación), relato que la entristeció mucho y que lloraba con frecuencia, pero luego se decía que no tenia que llorar y para sentirse bien oraba por sus hijos.

VI. SALUD

Actualmente presenta un poco de sobrepeso por lo que le han suspendido el consumo de algunos alimentos. Mantiene una dieta cuidadosa debido a la operación de la vesícula.

A parte de esto, fue operada de catarata en ambos ojos y no ha tenido más dificultades en su visión. Sufrió un accidente en una moto, hace aproximadamente 20 años, golpeándose la cabeza, sintió algunas molestias, pero nunca se realizó ningún examen.

Padece escoliosis (desviación de la columna). Los resultados de los exámenes médicos indican que no tiene diabetes ni otra enfermedad, así que de forma general no tiene problemas graves.

En el transcurso del día no realiza siesta alguna, se acuesta por lo general temprano. Al levantarse se siente bien, pero en ocasiones siente ganas de llorar porque siente “que le falta algo”, pero que este sentimiento de vacío y tristeza lo siente desde niña, la explicación la fundamenta en que extraña a su mamá y a su abuela. Para tranquilizarse camina por la institución y sube a la capilla a orar.

VII. ESCOLARIDAD.

La paciente M se graduó del colegio Normal de Sincelejo, comenta haber sido buen estudiante, sin haber perdido ninguna materia ni año. Aunque no habla acerca de haber tenido otras amistades en el colegio aparte de Hortensia (su vecina), recuerda mucho a una profesora en la primaria llamada Julita.

VIII. VIDA LABORAL

Laboró como docente de primaria, su desempeño fue bueno y se siente orgullosa de su labor. De igual forma se siente satisfecha de la pensión como producto de su trabajo.

IX. DIVERSIÓN E INTERESES

A la paciente le gusta mucho bailar, leer y las actividades relacionadas con la religión. De joven practicaba basketball, manualidades y comenta que le gustaba nadar en las playas de Tolú.

X. AJUSTE SOCIAL

Comenta que en Sincelejo tiene muchas amistades en especial Margarita, que es su prima y la visita con frecuencia. En el instituto últimamente no habla con todos los que viven ahí para evitar problemas con los demás, porque no le gusta que inventen cosas de ella “porque eso es pecado ante los ojos de Dios y al él no le gustan esas cosas”

XI. DESARROLLO SEXUAL

En este momento de la entrevista expresó acerca de su sexualidad: “ya se murió”. Después de que falleció su esposo tuvo muchos pretendientes, especialmente a Julio, su primo, pero ella ya no quería tener pareja porque sus hijos ya estaban grandes.

XII. VIDA CONYUGAL

Las relaciones entre ella y su esposo eran generalmente buenas, aunque recordó una ocasión en la que paseaba por la finca con él y presentía que la iba a matar debido a que era muy mujeriego. Tiene dos hijos.

XIII. DESCRIPCIÓN DE SÍ MISMO

Según las propias palabras de la paciente, se puede decir que se ve a sí misma como bonita, hermosa como una rosa y se siente contenta, alegre, bien. Cree que los demás tienen su propio concepto acerca de ella y dice: “si me hacen cualquier cosa yo me hago la ciega, sorda y muda”.

La crisis más importante de su vida fue el día en que casi se ahogan en Tolú durante un paseo, frente a sus problemas siente que esta mal porque Carlos no le deja dinero.

Su mayor temor es la oscuridad, porque esta sola y teme caerse o que le pueda pasar algo. No tiene ningún remordimiento ni preocupación.

Su mayor triunfo fue el día en que se graduó como normalista y logró con ello educar a sus hijos y no recuerda ningún fracaso. Está satisfecha con lo que es como persona, no tiene proyecto de vida, porque considera que ya vivió lo que le correspondía.

De las enfermedades que ha padecido dice haber mejorado de los gases y el brote se le curo. No cree tener una enfermedad como tal, pero le pide a Dios que no se la lleve así, que no tenga que ser una molestia para otros.

Para la paciente, la vida es “la alegría de salir, cantar, bailar”. La libertad es hacer la que se quiera y no contempla el arte porque no tiene plata. Cada día que pasa le fascina, la naturaleza, la luna, el amanecer. Los fines de semana no les ven cambios.

ANEXO 7

HISTORIA CLINICA

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha de entrevista. Día: 31 Mes: mayo Año: 2006

Nombre: E1

Sexo: M () F(X)

Fecha y lugar de nacimiento: Barranquilla.

Edad: 75 años

Estado civil: Viuda

Escolaridad: 8vo grado.

Ocupación: Ama de casa.

Religión: católica.

II. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Mujer adulta mayor, de complexión hiperdelgada, color de piel blanca, y estatura baja. Se observa aseada, muy propia, se presenta bien vestida y arreglada de manera decorosa y con bonitos detalles. Presenta movimientos delicados, pero a su vez es muy activa, se expresa con un tono de voz adecuada y su lenguaje esta acorde con su nivel de escolaridad que posee. Despliega una actitud de atención mostrándose muy contenta sociable, extrovertida y alegre.

III. MOTIVO DE LA CONSULTA

La paciente está colaborando para la presentación final del proyecto de investigación.

IV. HISTORIA FAMILIAR

No se conoce suficiente información acerca de la vida familiar de la paciente, así como tampoco se conocen datos sobre antecedentes familiares de enfermedades mentales, alcoholismo, suicidio, etc.

Es la tercera de tres hermanos (la única que vive). Se caso con un hombre ecuatoriano con el que vivió durante 15 años en ese País y no tuvieron hijos. Actualmente cuenta con una sobrina quien la quiere mucho y es la persona que la visita y se encarga de los gastos del hogar geriátrico.

V. HISTORIA PERSONAL

No se tiene suficiente información sobre la vida personal de la paciente, sin embargo se conoce que vivió 15 años aproximadamente en Ecuador de donde era oriundo su fallecido esposo. Después que éste murió, se traslado nuevamente a Colombia-Barranquilla, y a raíz de este lamentable suceso y la no elaboración del duelo, la paciente E1 comenzó a presentar depresión que luego de un tiempo se fue convirtiendo en pseudodemencia. Posteriormente a esto, se le diagnostico demencia tipo Alzheimer.

Se conoce información de que después que volvió a su país, estuvo mucho tiempo como indigente, sin embargo, la sobrina la recoge y consulta a un Psiquiatra quien la medica, luego es llevada al hogar geriátrico Siervas de Jesús.

VI. SALUD

Actualmente la alimentación de la paciente es adecuada. A parte de la demencia tipo Alzheimer no se conocen otro tipo de enfermedades que perturben su bienestar. Duerme bien y come con apetito.

VII. ESCOLARIDAD.

La paciente E1 realizo los estudios de básica primaria y no culmino el bachillerato, curso hasta 8vo grado.

VIII. VIDA LABORAL

No laboro fuera del hogar.

IX. DIVERSIÓN E INTERESES

A la paciente le gusta mucho bailar y conversar con personas de su confianza.

XII. VIDA CONYUGAL

Se caso con un ecuatoriano con el que vivió aproximadamente 15 años. No se conoce información sobre las relaciones, sin embargo, luego de la muerte del conyuge la paciente desarrolla una depresión fuerte al no elaborar el duelo de forma adecuada.

ANEXO 8

HISTORIA CLINICA

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha de entrevista. Día: 07 Mes: junio Año. 2006

Nombre: E2

Sexo: M () F(X)

Fecha y lugar de nacimiento: Barranquilla.

Edad: 90 años

Estado civil: Viuda

Escolaridad: 7mo grado.

Ocupación: comerciante.

Religión: católica.

II. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Mujer adulta mayor, de complexión delgada, color de piel trigueña, y estatura promedio. Se observa aseada, muy propia, se presenta bien vestida y arreglada de manera decorosa. Se presenta a la entrevista con buena actitud, colaboradora y atenta. Sus movimientos eran lentos, se expresaba con un tono de voz adecuado y su lenguaje es propio para el nivel de escolaridad que posee. Despliega una actitud de atención mostrándose muy contenta sociable, extrovertida y alegre.

III. MOTIVO DE LA CONSULTA

La paciente está colaborando para la presentación final del proyecto de investigación.

IV. HISTORIA FAMILIAR

No se conoce suficiente información acerca de la vida familiar de la paciente, por lo que se desconocen datos sobre antecedentes familiares de enfermedades mentales, alcoholismo, suicidio, etc.

Proviene de una familia muy humilde, con dificultades económicas; sin embargo, después de que se unió a su compañero y comenzó a trabajar con él, la situación económica mejoró.

Se caso muy joven con un hombre venezolano, tuvo 2 hijos, una mujer y un hombre, Fany y William respectivamente. Se describen las relaciones con los hijos como buenas, aunque la relación era más estrecha afectivamente con el hijo William, lo cual creó fuertes sentimientos de rivalidad por parte de la hija hacia el hermano y sentimientos ambivalentes hacia ella. Hace aproximadamente 8 a 10 años murió el hijo en un accidente de tránsito, situación que ella niega, lo cual demuestra que no ha elaborado adecuadamente el duelo.

En la ciudad tiene dos nietos que la visitan esporádicamente y la nuera con la que no mantiene buenas relaciones, porque cuando su hijo se casó, ella se fue a vivir con la nueva familia, donde además tenía el mando. Esta situación molestó a la nuera quien no tuvo con la paciente buenas relaciones. Actualmente la visita muy pocas veces en compañía de sus hijos, sin embargo la paciente se torna agresiva con ella.

La persona que se encuentra a cargo de sus gastos es la hija, quien vive actualmente en los Estados Unidos, no la visita y la llama esporádicamente.

V. HISTORIA PERSONAL

No se tiene suficiente información sobre la vida personal de la paciente, sin embargo se conoce que vivió en unión libre con el padre de sus dos hijos y con el que vivió y compartió toda su vida. Tuvo dos hijos que ya se mencionaron. Ha sido una persona

autoritaria, con carácter fuerte y dominante. Siempre se ha desempeñado bien en sus labores.

Después de la muerte de su hijo, la paciente no logro elaborar adecuadamente su muerte, lo cual le ha desencadenado los procesos psicóticos.

VI. SALUD

Actualmente la alimentación de la paciente es adecuada. A parte de la demencia tipo Alzheimer no se conocen otro tipo de enfermedades que perturben su bienestar. Duerme bien y come con apetito.

VII. ESCOLARIDAD.

La paciente E2 realizo los estudios de básica primaria y no culmino el bachillerato, curso hasta 7mo grado.

VIII. VIDA LABORAL

La paciente E2 ha trabajado toda su vida, hasta hace algunos años, cuando murió su hijo y comenzó a presentar los síntomas. Trabajo junto con su compañero en negocios comerciales. Fue una buena época y una buena inversión. Siempre fue muy diligente y eficiente.

IX. DIVERSIÓN E INTERESES

A la paciente le gusta mucho bailar y conversar.

XII. VIDA CONYUGAL

Se unió con un hombre venezolano con el que tuvo dos hijos.



ANEXO 9

OBSERVACIONES DE LA PACIENTE M

<p>Fecha: Mayo 10 De 2006</p>	<p>Lugar de Observación: Residencia Geriátrica Siervas de Jesús.</p>
<p>Paciente M</p>	<p>Duración de la Observación: 30min</p>
<p>Detalles</p>	<p>En el primer día de entrevista con la paciente M, se tratará de entablar la relación empática con la paciente, para de esta manera iniciar el proceso de evaluación.</p> <p>La Tutora presenta al grupo con las pacientes que servirán de muestra para la investigación.</p> <p>La paciente M. se presenta ante el grupo mostrando una actitud de interés para con las investigadoras; posteriormente cada miembro del grupo se presenta ante la paciente y le dice en que consiste la investigación, y el tiempo que se estará con ella; a su vez esta acepta gustosamente diciendo “ en lo que pueda colaborarle con mucho gusto”.</p> <p>A la paciente se le especifica el tipo de trabajo que se realizará, para que de esta manera se sienta cómoda y a su vez dándole la opción de que se puede finalizar cuando se sienta cansada.</p> <p>La paciente acepta todo lo hablado de manera gustosa y nos pregunta que día volveremos, se fijo una fecha y hora para la próxima visita, el grupo investigador se despide de la paciente M.</p>

ANEXO 10

OBSERVACIONES DE LA PACIENTE M

<p>Fecha: Mayo 16 De 2006</p>	<p>Lugar de Observación: Residencia Geriátrica Siervas de Jesús.</p>
<p>Paciente M</p>	<p>Duración de la Observación: 60min</p>
<p>Detalles</p>	<p>Es el segundo día de encuentro con la paciente M, esta se siente a gusto al vernos y nos invita a pasar a su habitación para sentirnos más cómodas.</p> <p>Damos inicio a la entrevista preguntándole primeramente, como se sentía y como había pasado durante la semana, nos contesto que se había estado sintiendo muy bien y que estaba muy feliz porque el domingo salio de la residencia para estar con su hijos y sus nietos para celebrar el día de las madres.</p> <p>Iniciamos la aplicación del instrumento y ella se mostró elocuente en el discurso, durante la entrevista la paciente se mostró preocupada por el grupo de las investigadoras en el sentido de saber si nos sentíamos cómodas o si teníamos calor.</p> <p>Se mostró muy cariñosa y colaboradora durante toda la entrevista, al tocar el punto de factor psicológico personal el grupo no pudo indagar mucho ya que la paciente da muestras de no tener conciencia de la enfermedad.</p> <p>Al terminar la entrevista el grupo se despide de la paciente y esta pregunta cuando se va a regresar para continuar hablando, pues la entrevista le pareció bastante sencilla, invita al grupo a conocer la infraestructura de la residencia y nos presenta a otros pacientes amigos de ella.</p>

ANEXO 11

OBSERVACIONES DE LA PACIENTE E1

<p>Fecha: Mayo 10 De 2006</p>	<p>Lugar de Observación: Residencia Geriátrica Siervas de Jesús.</p>
<p>Paciente E1</p>	<p>Duración de la Observación: 30min</p>
<p>Detalles</p>	<p>En el primer día de entrevista con la paciente E1, se tratara de entablar la relación empatica con la paciente, para de esta manera iniciar el proceso de evaluación.</p> <p>La Tutora presenta al grupo con las pacientes que servirán de muestra para la investigación.</p> <p>La paciente E1 se presenta ante el grupo mostrando una actitud de colaboración para con las investigadoras; posteriormente cada miembro del grupo se presenta ante la paciente y le dice en que consiste la investigación, y el tiempo que se estará con ella; a su vez esta nos pregunta cuantas veces vamos a ir, y nos pregunta si somos hijas de la doctora refiriéndose a la tutora, el grupo de investigadoras se sonrío y le contesta de manera jocosa que no, que solo somos buenas amigas.</p> <p>A la paciente se le especifica el tipo de trabajo que se realizará, para que de esta manera se sienta cómoda y a su vez dándole la opción de que se puede finalizar cuando se sienta cansada.</p> <p>La paciente acepta todo lo hablado de manera gustosa y nos pregunta cuantos años teníamos cada una, después de responderles ella nos dice que ella tiene 12 años. Luego de esto se fijo una fecha y hora para el próximo encuentro, el grupo investigador se despide de la paciente E1.</p>

ANEXO 12

OBSERVACIONES DE LA PACIENTE E1

<p>Fecha: Mayo 31 De 2006</p>	<p>Lugar de Observación: Residencia Geriátrica Siervas de Jesús.</p>
<p>Paciente E1</p>	<p>Duración de la Observación: 60min</p>
<p>Detalles</p>	<p>Es el segundo encuentro con la paciente E1 la cual al vernos se alegra, nos pregunta que estamos haciendo en ese lugar, la invitamos a pasar a el jardín de la fundación ya que se encontraba en una sala viendo televisión con otros ancianos del hogar.</p> <p>Mientras caminábamos ella iba bailando, al sentarnos nos pregunta que vamos a hacer, y nuevamente el grupo de investigadoras le explica las rasos por las que estamos en ese lugar.</p> <p>Damos inicio a la entrevista y ella acepta gustosamente, sin embargo a lo largo de la entrevista se muestra desconfiada por lo que se estaba escribiendo, y pide que no se continué haciendo ya que ella no esta segura de estar respondiendo de manera correcta; el grupo le explica nuevamente pero ella insiste en que no se escriba.</p> <p>Durante la entrevista se acercan dos ancianas sentándose cerca al lugar de la entrevista, y la paciente pide que bajemos la voz por que “ellas están escuchando lo que estamos hablando y son chismosas”, refiriéndose a las ancianas que se acercaron, luego pide que volvamos a la sala de televisión.</p> <p>El grupo se dirige a la sala de televisión para dar continuidad a la entrevista, el factor psicológico personal el grupo no pudo indagar</p>

mucho ya que la paciente da muestras de no tener conciencia de la enfermedad.

Finalizada la entrevista la paciente dice que ella tiene unas preguntas, pide que se le de una hoja para escribir lo que se le conteste para guardarlo y tenerlo; realiza una serie de preguntas al grupo de investigadoras como los nombres, edad, que estudia, y si eran solteras.

El grupo se despide de la paciente, y ella lo hace de igual manera con mucho cariño dando un beso a cada una de las integrantes del grupo y pregunta que día regresaran.

ANEXO 13

OBSERVACIONES DE LA PACIENTE E2

<p>Fecha: Mayo 10 De 2006</p>	<p>Lugar de Observación: Residencia Geriátrica Siervas de Jesús.</p>
<p>Paciente E2</p>	<p>Duración de la Observación: 30min</p>
<p>Detalles</p>	<p>En el primer día de entrevista con la paciente E2, se tratara de entablar la relación empatica con la paciente, para de esta manera iniciar el proceso de evaluación.</p> <p>La Tutora presenta al grupo con las pacientes que servirán de muestra para la investigación.</p> <p>La paciente E2 se presenta ante el grupo mostrando una actitud de interés para con las investigadoras aunque el grupo tuvo que esperar ya que le las hermanas de la fundación le arreglaba las uñas; posteriormente cada miembro del grupo se presenta ante la paciente y le dice en que consiste la investigación, y el tiempo que se estará con ella; a su vez esta acepta gustosamente y pregunta ¿están seguras de que yo si sirvo?, el grupo de investigación se sonríe respondiendo que ella es la persona adecuada, la paciente sonríe y dice “ esta bien lo que ustedes digan”.</p> <p>A la paciente se le especifica el tipo de trabajo que se realizará, para que de esta manera se sienta cómoda y a su vez dándole la opción de que se puede finalizar cuando se sienta cansada.</p> <p>La paciente acepta todo lo hablado de manera gustosa y nos pregunta si se va a trabajar enseguida, el grupo contesta que no, que otro dia se volverá para charlar con ella. Se fijo una fecha y hora para el próximo encuentro, el grupo investigador se despide de la paciente E2, y esta espera la siguiente visita.</p>

ANEXO 14

OBSERVACIONES DE LA PACIENTE E2

<p>Fecha: Junio 7 De 2006</p>	<p>Lugar de Observación: Residencia Geriátrica Siervas de Jesús.</p>
<p>Paciente E2</p>	<p>Duración de la Observación: 45min</p>
<p>Detalles</p>	<p>En la segunda visita con la paciente E2, el grupo se dirige a buscar a la paciente ya que esta se encontraba conversando con otros compañeros del hogar.</p> <p>La paciente pregunta al grupo de investigación para donde van y este le contesta que al jardín.</p> <p>Se da inicio a la aplicación del instrumento, durante el discurso la paciente se mostró desorientada, y en algunas partes de la conversación se desviaba con mucha facilidad y repetía constantemente de que ese lugar era de su nuera.</p> <p>Al momento de abordar el factor psicológico personal el grupo no pudo indagar mucho ya que la paciente da muestras de no tener conciencia de la enfermedad y desvía las preguntas al manifestar que tiene achaques en las piernas y que la cabeza le pica y esto no le gusta.</p>

ANEXO 15

OBSERVACIONES DE LAS PACIENTES

<p>Fecha: Junio 20 De 2006</p>	<p>Lugar de Observación: Residencia Geriátrica Siervas de Jesús.</p>
<p>Pacientes</p>	<p>Duración de la Observación: 60min</p>
<p>Detalles</p>	<p>En el tercer encuentro que se tuvo con todas las pacientes que se tomaron como muestra para la investigación, se realizo una visita en la cual se grabo un video y se tomaros fotos de las pacientes con el grupo de investigación.</p> <p>Esta visita tiene como objetivo observar a las pacientes de manera general, darle las gracias por su colaboración y su valioso aporte para nosotras.</p> <p>Al inicio la paciente E2 no se sentía muy a gusto con la paciente M porque no son amigas, pero luego bailaron y conversaron con el grupo de investigación en donde se realizaban preguntas abiertas por parte del grupo de investigación para corroborar la anterior información que fue dada por cada una de ellas, y verificar datos de sus historias clínicas.</p> <p>Al finalizar la actividad el grupo de investigación se despide de las pacientes y estas preguntan que dia regresaran a la institución. La paciente M pregunta para qué fecha se estarían graduando, deseando muchos éxitos; cada una de las pacientes se despide de manera muy cariñosa de cada una de las integrantes del grupo.</p>

ANEXO 16



La fuerza del cariño. Natividad Rodríguez, de 75 años, es alimentada por su nieto en el Hospital Sant Camil de Sant Pere de Ribes (Barcelona). A pesar del deterioro cognitivo, los enfermos llegan a desarrollar una fina sensibilidad emocional y el afecto se convierte en su único nexo con el mundo.

2- TRASTORNOS DE ALZHEIMER - ASPECTOS PSICOLÓGICOS

3- DEMENCIA - ASPECTOS PSICOLÓGICOS

4- TRASTORNOS DE LA MEMORIA.

5- DEMENCIA SENIL

6- PSIQUIATRÍA GERIÁTRICA

7- PSICOLOGÍA - TESIS Y DISERTACIÓN ACADÉMICA.