

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS



UNIDAD DE POSTGRADOS

ANÁLISIS DE GESTION DE LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS CENTROS GERIÁTRICOS A LOS ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA SENIL TIPO ALZHEIMER EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL

Para obtener el Grado de:

**Magíster en Administración de Empresas
Mención: Marketing**

Tesis de maestría presentada por

Michel Rafaela Ordoñez Peña

Tutor de tesis:

Ec. María Isabel Azansa Molina MSc.

Guayaquil, Julio del 2015

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS



UNIDAD DE POSTGRADOS

**ANÁLISIS DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS QUE BRINDAN
LOS CENTROS GERIÁTRICOS A LOS ADULTOS MAYORES
CON DEMENCIA SENIL TIPO ALZHEIMER EN LA CIUDAD DE
GUAYAQUIL**

Para obtener el Grado de:

**Magíster en Administración de Empresas
Mención: Marketing**

Tesis de maestría presentada por

Michel Rafaela Ordoñez Peña

Miembros del Tribunal:

Miembro del Tribunal 1 Miembro del Tribunal 2 Miembro del Tribunal 3



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS**

CARTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Guayaquil, Julio 2015

En mi calidad de tutor de la tesis de grado titulada ANÁLISIS DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS CENTROS GERIÁTRICOS A LOS ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA SENIL TIPO ALZHEIMER EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL. Elaborado por las egresadas Michel Rafaela Ordoñez Peña me permito declarar que luego de haber orientado, analizado y revisado la investigación en todas sus partes y de haber realizado el informe final esta apta para la sustentación.

Ec. María Isabel Asanza Molina, MSc.

Tutor de Tesis

DECLARACIÓN

Yo, Michel Rafaela Ordoñez Peña declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentada para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La reproducción total o parcial de este libro en forma idéntica o modificada, escrita a máquina o por el sistema "multigraph", mimeógrafo, impreso, etc., no autorizada por los editores, viola derechos reservados.

Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

2015 Facultad de Ciencias Administrativas de la Universidad de Guayaquil.

Derechos Reservados del Autor

Michel Rafaela Ordoñez Peña
C.I. 0921714374

FAC. CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
Guayaquil, Julio del 2015

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar hasta el final.

A mi familia, en especial a mis abuelitos por
ser la fuente de inspiración de este tema.

Michel Rafaela

AGRADECIMIENTO

A Dios, a mi familia, mis padres, abuelos, hermanos, esposo y a mi hija por su apoyo incondicional y ser un ejemplo a seguir en cada etapa de mi vida.

Michel Rafaela

ÍNDICE

DECLARACIÓN	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
ÍNDICE.....	VII
ÍNDICE DE TABLAS	XI
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XII
INTRODUCCIÓN	XVI
CAPÍTULO 1	1
1. GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.....	1
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	2
1.5 OBJETIVOS.....	3
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	3
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.6 HIPÓTESIS.....	3
1.7 VARIABLE INDEPENDIENTE	4
1.8 VARIABLE DEPENDIENTE.....	4
CAPÍTULO 2	5
2. MARCO DE REFERENCIA	5
2.1 MARCO TEÓRICO	5

2.1.1.	BIOGRAFÍA DE ALOIS ALZHEIMER.....	5
2.1.2.	LOS PRIMEROS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.....	8
2.1.3.	COMO EL ALZHEIMER AFECTA EL CEREBRO.	10
2.1.4.	DEFINICIÓN DE DEMENCIA Y ALZHEIMER.....	10
2.1.5.	SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS:	11
2.1.6.	ETAPAS DEL ALZHEIMER.....	12
2.1.7.	FASES DE LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER.....	17
2.1.8	SÍNTOMAS COMUNES EXPERIMENTADOS POR PERSONAS CON DEMENCIA Y LAS ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO POR LOS CUIDADORES	21
2.1.8	LOS 10 SÍNTOMAS DEL ALZHEIMER	23
2.1.9	CUADRO CLÍNICO.	25
2.1.10	PERFIL DE LA PERSONA CON ALZHEIMER.-	26
2.2	MARCO CONCEPTUAL	30
2.3	MARCO CONTEXTUAL	32
2.3.1	ESCENARIO.	32
2.3.2	DISEÑO METODOLÓGICO	33
2.3.3	PARTICIPANTES.....	33
2.3	MARCO LEGAL	34
CAPÍTULO 3.....		38
3.	METODOLOGÍA.....	38
3.1	TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
3.2	MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
3.3	ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
3.4	ENCUESTA	38

3.5	TIPO DE ENCUESTA.....	39
3.6	FUENTES.....	40
3.7	POBLACIÓN.....	40
3.8	MUESTRA	42
CAPÍTULO 4.....		43
4.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	43
4.1	ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE GUAYAQUIL.....	43
4.1.1	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA SENIL TIPO ALZHEIMER.	43
4.2	ENCUESTAS REALIZADAS A LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.....	62
4.3	COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.....	73
CAPÍTULO 5.....		74
5.	PROPUESTA	74
5.1	TEMA.....	74
5.2	PRESENTACIÓN	74
5.3	OBJETIVO DE LA PROPUESTA.....	74
5.3.1	OBJETIVO GENERAL.....	74
5.3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	75
5.4	JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.	75
5.5	DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA.....	77
5.6	ESTUDIO DE FACTIBILIDAD DE LA PROPUESTA.	82
5.7	IMPACTO SOCIAL DE LA PROPUESTA.....	84
CONCLUSIONES		85

RECOMENDACIONES.....	86
BIBLIOGRAFÍA.....	87
Bibliografía.....	87
ANEXOS.....	92

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Síntomas comunes del Alzhéimer	23
Tabla 2: Síntomas de alerta de Enfermedad de Alzheimer	25
Tabla 3: Costos Inclusión de personas adultos mayores con demencia senil tipo Alzheimer	83

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Progresión a través del cerebro	12
Ilustración 2: Fases de la Enfermedad de Alzheimer	18
Ilustración 3: Cerebro Sano VS Cerebro con Alzheimer	26
Ilustración 4: Pirámide de Necesidades de MASLOW.	28
Ilustración 5: Propuesta de servicios	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Familiar con Alzheimer	44
Gráfico 2. Persona responsable del cuidado del adulto mayor con Alzheimer.....	45
Gráfico 3. Control de esfínteres en el hogar.....	46
Gráfico 4. Control de esfínteres en centro geriátrico.	47
Gráfico 5. Dieta de alimentos controlada en el hogar	48
Gráfico 6. Dieta de alimentos controlada en el centro geriátrico	49
Gráfico 7. Control cambio de comportamiento en el hogar.....	50
Gráfico 8. Control cambio de comportamiento en el centro geriátrico.	51
Gráfico 9. Comunicación con paciente en el hogar.....	52
Gráfico 10. Comunicación con paciente en el centro geriátrico.....	53
Gráfico 11. Terapia de rehabilitación en el hogar.	54
Gráfico 12. Terapia de rehabilitación en el centro geriátrico.....	55
Gráfico 13. Enfermo evaluado por un psicólogo en el hogar.	56
Gráfico 14. Enfermo evaluado por un psicólogo en el centro geriátrico.	57
Gráfico 15. % de satisfacción con los cuidados en el hogar.	58
Gráfico 16. % de satisfacción con los cuidados en el centro geriátrico.	59
Gráfico 17. Percepción de mejorar el estilo de vida del enfermo al ingresarlo a un centro geriátrico.	60
Gráfico 18. Percepción de mejorar el estilo de vida del enfermo al sacarlo de un centro geriátrico.....	61
Gráfico 19. ¿En el centro, aceptan a personas de la tercera edad con alzhéimer?	63
Gráfico 20. ¿Cuántas personas al día, consultan si reciben adultos mayores con alzhéimer?	64

Gráfico 21. ¿El centro tiene programas de Animación, motivación, que ayudan al adulto mayor a la integración social?	65
Gráfico 22. ¿El centro tiene programas en el área ocupacional?	66
Gráfico 23. ¿El Centro realiza actividades recreativas?	67
Gráfico 24. ¿Los adultos mayores, reciben terapias físicas?	68
Gráfico 25. ¿Los adultos mayores realizan actividades juntos con sus familiares?	69
Gráfico 26. ¿El centro brinda atención Psicológica a los adultos mayores?	70
Gráfico 27. ¿El centro cuenta con un programa de nutrición y servicio de comedor a los adultos mayores?	71
Gráfico 28. ¿Considera usted que los adultos mayores, cambian su estilo de vida al ingresar al centro geriátrico?	72

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos 1. Encuestas a familiares	93
Anexos 2. Encuestas a Administradores de centros geriátricos	96
Anexos 3. Actividades en centros geriátricos.....	99

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS**

**Tesis presentada como requisito para optar por el grado de Máster en
Administración de empresas**

**ANÁLISIS DE GESTION DE LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS
CENTROS GERIÁTRICOS A LOS ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA
SENIL TIPO ALZHEIMER EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**

Autora: Michel Rafaela Ordoñez Peña

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo analizar los servicios que brindan los centros geriátricos a los adultos mayores con demencia senil tipo Alzheimer en la ciudad de Guayaquil, ya que la enfermedad de Alzheimer compromete el bienestar de una familia entera, debido a que el enfermo, con el avance de la enfermedad se vuelve dependiente de la persona que lo cuida. Se analizó las necesidades que tiene un enfermo de Alzheimer, y se comparó los servicios que recibe al permanecer en su hogar vs los servicios que recibe en un centro geriátrico. Se comparó los servicios que prestan los centros geriátricos que no aceptan adultos mayores con alzhéimer, y se comprobó que en los mismos pueden ser atendidos, en la primera etapa de la enfermedad. En el proceso de la investigación se observó, que las personas que son atendidas en un centro geriátricos, lograron cambiar el estilo de vida del enfermo e hicieron la carga más liviana para la familia. También se logró determinar que existe escases de centros geriátricos con atención a los adultos mayores con demencia senil tipo alzhéimer, en donde se obtuvo como resultado que sólo 3 centros de los 11 estudiados, reciben adultos mayores con demencia senil tipo Alzheimer en la ciudad de Guayaquil, existiendo así familias con un adulto mayor con demencia senil tipo alzhéimer, que desean mejorar su estilo de vida, antes de convertirse una carga para las mismas.

Palabras Claves:

Adulto Mayor, Centro Geriátrico, Alzheimer, servicios, dependiente.

UNIVERSITY OF GUAYAQUIL
FACULTY OF ADMINISTRATIVE SCIENCES

**Thesis presented as a requirement to qualify for the degree of Master in
Business Administration**

**ANALYSIS OF MANAGEMENT SERVICES PROVIDED BY GERIATRIC
CENTERS FOR SENIORS WITH DEMENTIA OF THE ALZHEIMER TYPE
IN THE CITY OF GUAYAQUIL**

Author : Michel Rafaela Ordoñez Peña

ABSTRACT

This work entitled: "ANALYSIS OF MANAGEMENT SERVICES PROVIDED BY CENTRES GERIATRIC TO SENIORS WITH DEMENTIA OF THE ALZHEIMER TYPE IN THE CITY OF GUAYAQUIL" aims to analyze the services provided by nursing homes for the elderly with dementia Alzheimer type in the city of Guayaquil, since Alzheimer's disease involves the welfare of an entire family, because the sick, with the advance of the disease depends on the caregiver becomes. The needs that an Alzheimer's patient was analyzed, and the services you get to stay at home vs the services received in a nursing home compared. The services provided by nursing homes that do not accept older adults with Alzheimer's compared, and found that they can be treated in the first stage of the disease. In the course of the investigation it was found that people who are treated on a geriatric center, managed to change the style of life of patients and made the lightest burden on the family. It was also able to determine that there is shortage of nursing homes to care for elderly people with senile dementia of Alzheimer type, in which it was obtained as a result that only three centers of the 11 studied, are elderly people with senile dementia Alzheimer's type in the city of Guayaquil and there families with elderly with dementia Alzheimer's type, who want to improve their lifestyle before becoming a burden to them.

KEYWORDS:

Elderly, Geriatric Center, Alzheimer, services, dependent.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los habitantes de la ciudad de Guayaquil, tienen en las familias un integrante de la tercera edad, estos usualmente son los abuelos, bise abuelos, tíos abuelos, suegros o suegras.

Existe en el mundo una enfermedad denominada alzhéimer, que afecta a este grupo de personas de la tercera edad, es una enfermedad que causa problemas con la memoria, la forma de pensar y el carácter o la manera de comportarse.

Muchas personas han escuchado esta enfermedad, sin tomar en cuenta sus principales síntomas, ya que estos se confunden con una forma normal del envejecimiento, y cuando el familiar es diagnosticado con esta enfermedad, lamentablemente no saben dónde acudir por ayuda o información.

Con esta investigación se tratará de orientar a los afectados y a los familiares donde pueden acudir para mejorar el estilo de vida de las personas de la tercera edad diagnosticada con demencia senil tipo alzhéimer y la de su familia.

Se detallan las necesidades de las personas con alzhéimer que deben ser satisfechas en las diferentes fases - etapas de la enfermedad y lo más importante, es conocer los lugares que brindan servicios a este grupo de personas, para evitar dejar al abandono al ser querido.

La presente investigación consta de 4 capítulos detallados a continuación:

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN.- contiene el planteamiento del problema donde se habló sobre la necesidad que tienen un familiar al buscar centros geriátricos con atención a adultos mayores con demencia senil tipo Alzheimer, formulación del problema con sus preguntas directrices, objetivos generales y específicos, justificación en la que se detalla la importancia de la investigación y la hipótesis.

CAPITULO 2: MARCO DE REFERENCIA.- Contiene información sobre definición de la enfermedad de Alzheimer, etapas de la enfermedad, necesidades del adulto mayor con demencia senil tipo Alzheimer, y lo más importante los servicios que deben de recibir. Fundamentación legal.

CAPITULO 3: METODOLOGÍA.- Contienen tipo de investigación descriptiva, método de la investigación que se utilizó el analítico debido a que se estudió y analizó los diferentes servicios que reciben las personas con demencia senil tipo Alzheimer, la investigación tiene un enfoque cuantitativo cualitativo porque permitió observar el comportamiento humano donde se desarrolla el adulto mayor con demencia senil tipo Alzheimer. Se determinó la población necesaria para realizar las encuestas.

CAPITULO 4: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.- descripción de los resultados, comprobación de hipótesis, conclusiones y recomendaciones

CAPÍTULO 1

1. GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la ciudad de Guayaquil existen varios centros de atención a la persona de las tercera edad, que incluyen servicios como, manualidades, gimnasia, bailo terapia, juegos dinámicos, paseos, entre otras, este tipo de servicio lo realizan de forma grupal.

En el momento que se presenta el caso de una persona con demencia senil tipo Alzheimer, en algunos de los centros geriátricos niegan el ingreso, porque a las personas con Alzheimer dependen de otra persona para realizar las actividad, y tienen que dar una atención especial unilateral, y los servicios que brindan estas instituciones son grupales. En otros centros permiten el ingreso de los adultos mayores, sin incluirlos en las actividades que se desarrollan en el centro.

Existen fundaciones donde ofrecen servicios de cuidado personal al adulto mayor que puede valerse por sí mismo (comer, bañarse, vestirse, etc.), y otras fundaciones donde cuidan a los adultos mayores con enfermedades en fase terminal.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Cuando se presenta en una familia el caso de un adulto mayor diagnosticado con demencia senil tipo alzhéimer, los familiares en un inicio se niegan a aceptar la enfermedad como grave y que la persona necesita los servicios profesionales para la atención del adulto mayor. Existe

desconocimiento del desarrollo de las diversas etapas que presenta esta enfermedad.

La falta de aceptación y desconocimiento de la enfermedad conlleva a que el familiar busque ayuda muchas veces de forma urgente y no saben dónde recurrir, porque el mercado de la ciudad de Guayaquil ofrece una variedad de centros, hogares y fundaciones del cuidado al adulto mayor, que no son lo suficientemente específicos como para identificarlos.

Por tal motivo, la presente investigación permitirá establecer de manera clara las principales necesidades del paciente y del familiar con las que debería contar el centro geriátrico donde lo ingresen.

El método a utilizar en la investigación es Científico-Cualitativo.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Actualmente los centros geriátricos o de reposo tienen dentro de sus áreas, una especializada en demencia senil tipo Alzheimer?

1.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Dónde acuden generalmente los familiares de los pacientes con demencia senil tipo Alzheimer?
2. ¿Qué tipo de cuidado y atención debe de tener un paciente con Demencia Senil tipo Alzheimer?
3. ¿Es necesario la creación de un centro especializado para los adultos mayores que padecen de Demencia Senil tipo Alzheimer?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar un análisis de los servicios que brindan los centros geriátricos de la ciudad de Guayaquil, y determinar si los servicios que brindan, satisfacen las necesidades de las personas de la tercera edad con demencia senil tipo Alzheimer.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Realizar un estudio, de los servicios que necesitan recibir las personas de la tercera edad con demencia senil tipo alzhéimer.
- 2) Realizar un análisis comparativo de la gestión de los servicios que brindan los centros geriátricos en la ciudad de Guayaquil.
- 3) Determinar el impacto Social de la comunidad de la ciudad de Guayaquil, al identificar centros de cuidados de adulto mayor con demencia senil tipo alzhéimer.

1.6 HIPÓTESIS

Al realizar un análisis comparativo de la gestión que brindan los centros geriátricos, se logrará mejorar el estilo de vida, de las personas de la tercera edad con demencia senil tipo alzhéimer, creando un ambiente de seguridad, confianza y bienestar, en el paciente y su familia, al conocer cuáles son los centros geriátricos que pueden acudir según los servicios que presten.

1.7 VARIABLE INDEPENDIENTE

Atención especializada que brindan los centros geriátricos para las personas de la tercera edad con demencia senil tipo alzhéimer.

1.8 VARIABLE DEPENDIENTE

- Mejorar el estilo de vida del paciente y de su familia, esto va a depender del tipo de cuidado que reciba.
- Poder adquisitivo del familiar, para solicitar los diferentes servicios que brindan los centros geriátricos.

CAPÍTULO 2

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1. BIOGRAFÍA DE ALOIS ALZHEIMER

Bick, K. (1994) manifestó que

Aloysius, hijo del notario Eduard Alzheimer y su segunda esposa Theresia, nació temprano en la mañana del 14 de Junio de 1864 en su casa de Ochsenfurter Strasse 15a, en Marktbreit, un tranquilo pueblo vinícola muy cerca de Wurzburg, la ciudad importante más cercana en el centro de Alemania. Su casa natal, puede ser visitada pues hoy está convertida en un pequeño museo y propiedad de la compañía farmacéutica Lilly.

Alois tuvo dos hermanos, Karl y Johanna. Comenzó su educación en su propio pueblo, completándola en Aschaffenburg en 1883, donde su certificado final reportaba "un conocimiento superior en ciencias naturales".

Según Kircher, T, Wormstall, H. (1996) estudió medicina en Berlín, Tubingen y Wurzburg. En Berlín asistió a clases de anatomía dictadas por Wilhelm Waldeyer-Hartz, el patólogo que posteriormente acuñaría el término "neurona". Egresó de Wurzburg obteniendo su grado médico en 1888 en la Julius-Maximilians-Universität, con una tesis doctoral titulada "Sobre glándulas ceruminosas del oído" que escribió bajo supervisión del fisiólogo e histólogo suizo Rudolf Albert von Kolliker, lo que le permitió a su vez procesar sus primeras láminas histológicas.

Nissl y Alzheimer se embarcaron juntos en una extensiva investigación de la patología del sistema nervioso, estudiando en particular la anatomía patológica y normal de la corteza cerebral, trabajo que dio origen a un tratado

de seis volúmenes denominado "Estudios Histológicos e Histopatológicos de la Corteza Cerebral", publicado entre 1906 y 1918. (Burns A, Byrne, J. & Maurer, K. 2002)

Alzheimer concentró sus esfuerzos sobre el material morfológico de los pacientes, mientras que Nissl desarrollaba estudios experimentales sobre reacción de las células nerviosas a la sección de sus axones. Probablemente Nissl fue el más innovador de los dos, pero su imaginativo entusiasmo fue complementado por la capacidad deductiva de Alzheimer, quien además ya poseía una avanzada técnica para histología experimental. (Burns A. et al, 2002)

Entretanto, en abril de 1894, Alois Alzheimer se casó con la viuda Cecilie Simonette Nathalie Geisenheimer. Se ha dicho que Alzheimer asistió médicamente al primer esposo de Cecilie, quien era un adinerado banquero que padecía de sífilis y a su vez paciente del connotado Wilhelm Heinrich Erb; con el patrimonio heredado Alzheimer dispuso de suficiente autonomía económica para financiar sus textos y publicaciones.

Además de su gran contribución a la neuropatología y neurobiología del envejecimiento su trabajo como investigador incluyó artículos en otros tópicos, como parálisis progresiva luética, arterioesclerosis del cerebro, alcoholismo y epilepsia. Adicionalmente, fue un renombrado psiquiatra forense de la época.

Graeber M. No & Man Alone. (1999), con respecto al término "Enfermedad de Alzheimer" éste se origina en el registro del caso de una paciente de 51 años de edad llamada Auguste D. quien había sido ingresada al hospital de Frankfurt el 25 de noviembre de 1901, con signos de demencia. El propio Alzheimer examinó a la paciente y de su puño y letra está escrito lo siguiente: "ella permanece sentada en la cama con expresión de impotencia. Le pregunto: ¿cuál es su nombre? Auguste. ¿y su apellido? Auguste. ¿y el nombre de su esposo? Auguste, yo pienso. ¿el de su marido? Ah, mi marido... (Ella mira como si no comprendiera la pregunta). ¿Está usted casada? Con Auguste. ¿Sra. D.? Sí, con Auguste D".

Posteriormente, en 1903 Alois Alzheimer dejó Frankfurt y después de una corta estadía en Heidelberg, se trasladó a Munich para continuar sus actividades médicas y científicas en la Clínica Psiquiátrica Real, siguiendo a su director Emil Kraepelin, una de las mayores personalidades de la psiquiatría biológica alemana. Cuando Auguste D. falleció en abril de 1906, a causa de una septicemia derivada de úlceras de decúbito, su cerebro le fue enviado al Dr. Alzheimer desde Frankfurt por E. Sioli.

Bajo su supervisión, el Laboratorio Anatómico establecido en esta clínica de Munich llegó a ser uno de los centros líderes de la investigación histopatológica contando entre sus estudiantes a grandes médicos y científicos, como Hans-Gerhard Creutzfeldt, Alfons Jakob, Constantin von Economo, Ludwig Merzbacher, Gaetano Perusini y F.H. Lewy, entre otros.

Con ocasión del "37° Encuentro de Psiquiatras del Sureste de Alemania" sostenido en Tübingen, 1906, A. Alzheimer reportó en forma oral el caso de su paciente. El título de su presentación fue "Una enfermedad característica del córtex cerebral". La descripción neuropatológica completa fue publicada al año siguiente en *Allgem Z Psychiatr Psych-Gerich Med*.

Posteriormente, quien le dio el nombre de Enfermedad de Alzheimer a esta nueva entidad clínica y patológica fue Emil Kraepelin, quien asignó este término a la demencia presenil en la octava edición, de 1910, de su texto *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*.

El 16 de Julio de 1912, A. Alzheimer fue nombrado Director de la Clínica de Psiquiatría y Neurología en la Universidad Silesian Friedrich-Wilhelm en Breslau (Wrocław), Polonia, por un decreto firmado por el Emperador Guillermo II de Prusia.

En su viaje a Wrocław, A. Alzheimer contrajo una tonsilitis que se complicó con artritis y nefritis y desde entonces nunca recuperó bien su salud. Desde octubre de 1915 hacia adelante, Alzheimer comenzó a permanecer más en cama hasta que finalmente falleció víctima de una endocarditis reumática e

insuficiencia renal el 19 de diciembre de 1915, en Breslau, a la edad de 51 años. Hoy sus restos descansan en el cementerio principal de Frankfurt am Main, junto a su esposa quien ya había sido sepultada allí el 28 de Febrero de 1901.

2.1.2. LOS PRIMEROS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Enserinck, M. (1998), destaca que la paciente Auguste D:

No comprendía el mundo alrededor de ella, tenía alucinaciones, estaba desorientada, paranoide y hablaba con dificultad". Sus primeros síntomas habían sido perturbadores sentimientos celotípicos hacia su marido. Alzheimer la evaluó prolijamente y siempre la acompañó en su progresión, a la distancia desde Munich. Sin embargo, en la publicación clásica de 1907 en que se daba cuenta de esta primera paciente, no se consignó mayor información biográfica y sí se describieron con detalle todas las anormalidades histopatológicas.

En forma sorprendente y después de una búsqueda de años, el neuropatólogo M. Graeber del Instituto Max Planck de Neurobiología en Martinsried logró descubrir además, en un subterráneo de la Universidad de Munich, más de 250 laminillas con las preparaciones histológicas del cerebro original de Auguste D.

Amaducci, L. (1996), resolvió incluso algunas controversias con respecto al tipo de lesiones detectadas y en consecuencia acerca de la causa específica de su demencia. Amaducci y cols, especularon que esta paciente habría sido afectada por una leucodistrofia metacromática

O'Brien (1996), hipotetizó que podría haber sido calificada como portadora de una demencia vascular.

Graeber, M., Mehraein, P. (1997), de acuerdo al reanálisis de Graeber, no se encontraron alteraciones significativas de la vasculatura ni cambios compatibles con leucodistrofia metacromática. En realidad, había numerosas

placas amiloideas, o "foco miliar" como lo llamó Alzheimer, especialmente visibles en las capas corticales superiores y una importante formación de ovillos neurofibrilares, descritos por primera vez en un cerebro, lo que representaba entonces un caso típico de la enfermedad.

Klunemann, H., Fronhofer, W., Wurster H, Fischer, W., Ibach, B. & Klein, H. (2002), describen:

Al segundo paciente en 1911, Alzheimer publicó detalladamente el caso de un hombre de 56 años de edad (Johann F.) quien sufrió de "demencia presenil" y que estuvo hospitalizado en la clínica psiquiátrica de Kraepelin en Munich por más de 3 años, antes de fallecer el 3 de Octubre de 1910. El examen post-mortem del cerebro del enfermo reveló numerosas placas amiloideas pero no ovillos neurofibrilares en la corteza, lo que correspondería al subgrupo minoritario de enfermedad de Alzheimer denominado "tipo sólo placas". Aun cuando la mayoría de estos casos se considera una variante de cuerpos de Lewy, en el tiempo de Alzheimer, con las tinciones utilizadas no se detectaron cuerpos de Lewy en este material. Se piensa que fue este caso el que terminó de convencer a Kraepelin para acuñar el término enfermedad de Alzheimer.

El Alzheimer (al- SAI- mer), es una enfermedad cerebral que causa problemas con la memoria, la forma de pensar y el carácter o la manera de comportarse. Esta enfermedad no es una parte normal del envejecimiento. (Association of Alzheimer, 2011).

El Alzheimer empeora al pasar del tiempo. Aunque existen muchos síntomas, la mayoría de las personas experimenta pérdida de memoria severa que afecta las actividades diarias y la habilidad de gozar pasatiempos que la persona disfrutaba anteriormente.

Otros síntomas de confusión, desorientación en lugares conocidos, colocación de objetos fuera de lugar, y problemas con el habla y la escritura.

2.1.3. COMO EL ALZHEÍMER AFECTA EL CEREBRO.

El cerebro tiene 100 billones de neuronas. Cada neurona se conecta con muchas otras para formar redes de comunicación. Además de neuronas, el cerebro tiene células especializadas para apoyar y alimentar otras células. (Association of Alzheimer, 2011).

Cada grupo de neuronas tiene un trabajo especial. Algunos grupos nos permiten pensar, aprender y recordar. Otros nos ayudan a ver, oír y oler. Aún otros grupos dirigen el movimiento de los músculos.

Para hacer su trabajo, las neuronas operan como si fueran pequeñas fábricas. Reciben provisiones, generan energía, construyen equipos, y eliminan desperdicios.

También procesan y almacenan información y se comunican con otras células. Para mantener trabajando todo, se requiere de coordinación tanto como cantidades grandes de combustible y oxígeno.

Los científicos creen que la enfermedad de Alzheimer previene la función adecuada de la fábrica de una célula. No se sabe dónde empieza los problemas, pero como en una fábrica verdadera, averías e interrupciones en un sistema causan problemas en otras áreas. Mientras el daño se extiende las células pierden su habilidad de hacer su trabajo y eventualmente se mueren.

2.1.4. DEFINICIÓN DE DEMENCIA Y ALZHEIMER.

La demencia se define, como el deterioro adquirido en las capacidades cognitivas que entorpecen la realización satisfactoria de actividades de la vida diaria. Organización Mundial de la Salud, nota descriptiva No 362, marzo 2015.

El Alzheimer, es una demencia progresiva que tiene el déficit de memoria como uno de sus síntomas más tempranos y pronunciados. Por lo general, el paciente empeora progresivamente, mostrando problemas

perceptivos, de lenguaje y emocionales a medida que la enfermedad va avanzando. (Association of Alzheimer, 2011).

La enfermedad de Alzheimer se ha convertido en un problema social muy grave para millones de familia y para los sistemas nacionales de salud de todo el mundo, es una causa importante de muertes en los países desarrollados, por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Sin embargo, lo que hace que esta demencia tenga un impacto tan fuerte es el sistema sanitario y en el conjunto de la sociedad es, sin duda alguna, su carácter irreversible, la falta de tratamiento curativo y la carga que representa para la familia de los afectados.

La enfermedad suele tener una duración media aproximada de 10 a 12 años, aunque ello puede variar de un paciente a otro. (Association of Alzheimer, 2011).

2.1.5. SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS:

Ruiz, G. 2011, describe los síntomas neurológicos de la enfermedad del Alzheimer, afecta a la memoria en sus diferentes tipos:

Pérdida de la memoria a corto plazo: Incapacidad para retener nueva información.

Pérdida de la memoria a largo plazo: Incapacidad para recordar información personal como cumpleaños o la profesión. Alteración en la capacidad de razonamiento.

Pérdida de capacidad espacial: Desorientación, incluso en lugares conocidos. Cambios de carácter: Irritabilidad, confusión, apatía, decaimiento, falta de iniciativa y espontaneidad.

2.1.6. ETAPAS DEL ALZHEIMER

De acuerdo Alzheimer`s & Association. (2011), nos detalla las siguientes etapas de la enfermedad de Alzheimer.

Ilustración 1: Progresión a través del cerebro



Fuente: Alzheimer`s & Association (2011)

Etapas Inicial o Fase 1.- Esta primera etapa se caracteriza por tener algunas pérdidas de memoria: Ocasionalmente se le olvidan algunas cosas, pueden perderse, olvidar sus citas o nombres de personas. Estas pérdidas de memoria pueden pasar inadvertidas por ser bastante leves pero con el tiempo pueden interferir en el día a día de la persona. En cuanto al comportamiento destacamos cambio de humor e incluso enfados del enfermo cuando se dan cuenta que pierden el control de los que les rodea. En esta fase realizan frases más cortas, mezclan ideas sin relación directa, tienen problemas para encontrar palabras, aunque continúan razonando adecuadamente.

Etapas Intermedia o Fase 2.- En esta fase se agrava la situación y ya no hay duda de su diagnóstico. Disminuye la memoria reciente y empiezan a producirse cambios de comportamiento más acusados: agresividad, miedos, alucinaciones. El paciente pasa a ser más dependiente, necesitando ayuda para el autocuidado, es incapaz de trabajar y se muestra confuso con facilidad, necesitando una supervisión diaria de todo lo que hace. Es cierto que en esta etapa las rutinas o conversaciones superficiales pueden verse más afectado: repite frases, no las acaba, le cuesta relacionar y diferenciar conceptos. Sus movimientos al contrario que en la etapa 1 donde siguen estando bien, en la fase 2 empiezan a perder equilibrio, tienen caídas espontáneas y necesitan ayuda para deambular.

Etapas Avanzada o Fase 3.- En la última fase, el paciente depende por completo de terceras personas para su subsistencia. Necesita

ayuda incluso en las tareas más básicas; comer, limpiarse, moverse. La memoria empieza a perderse tanto la reciente como la remota. No reconocen a sus hijos, conyugues entre. Su comportamiento es como la de un niño pequeño: llora, grita, se agita no comprende una explicación y pueden tener periodos y comportamientos desinhibidos y agresivos. En cuanto al lenguaje balbucean. Muchos pacientes permanecen rígidos y mudos. Les cuesta controlar sus esfínteres, se atragantan, les cuesta tragar y no controlan sus gestos. Aumentan las complicaciones y riesgos derivados de infecciones, deshidratación, desnutrición, heridas por inmovilización etc. En ocasiones la causa final de la muerte suele estar relacionada con algunas de estas complicaciones.

“Como se puede observar la enfermedad del alzhéimer pasa por una evolución lenta y progresivas con ligeros problemas en la primera etapa y acabando con graves daños cerebrales en las últimas fases.” (Allard, M., Signoret, J.L., Stalleiken, D. (1988.)

El tiempo de vida de una persona con alzhéimer varia de una a otra, como media suelen vivir entre los 8-10 años tras el diagnostico, aunque hay ocasiones donde los pacientes pueden sobrevivir hasta 20 años.

La Association Alzheimer. (2011), indica que la enfermedad del Alzheimer empeora con el tiempo. Los expertos han definidos unas etapas para describir como las habilidades de una persona cambian a medida de que avanza la enfermedad.

Es importante recordar que las etapas son guías generales y que los síntomas varían mucho. Cada individuo es único, pero aquí se describe lo que le ocurre a la mayoría. Las personas que padecen del alzhéimer viven un promedio de ocho años después de que sus síntomas hayan empezados a ser notados por otras personas, pero la expectativa de vida varia de solamente de 3 a 20 años, dependiendo de la edad y otras condiciones de salud del individuo.

Las siete etapas se basan en un sistema desarrollado por Reisberg, B. M.D, director del centro de Investigación de Demencia y Envejecimiento Silberstein de la escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York.

A continuación se indican las etapas:

PRIMERA ETAPA.-

Ausencia de daño Cognitivo.

Función Normal. La persona no experimenta problemas de la memoria y no hay síntomas evidentes a los profesionales médicos durante las entrevistas médicas.

SEGUNDA ETAPA.-

Disminución cognitiva muy leve.

Pueden ser los cambios normales provocados por el envejecimiento o pueden ser las primeras señales del alzhéimer.

El individuo nota ciertas fallas de memoria como olvidar palabras conocidas o el lugar donde se colocan objetos de uso diario.

Sin embargo, estos problemas no son evidentes durante los exámenes médicos, ni tampoco resultan aparentes para los amigos, familiares o compañeros de trabajo.

TERCERA ETAPA.-

Disminución Cognitiva Leve.

La etapa temprana del alzhéimer puedes ser diagnosticada en algunos individuos que presentan estos síntomas, pero no en todos. Los amigos, familiares o compañeros de trabajo comienzan a notar deficiencias.

Los problemas de memoria o concentración pueden medirse por medio de una entrevista médica detallada.

Algunas dificultades comunes en la tercera etapa son:

Dificultad notable de encontrar la palabra o el nombre adecuado.

Capacidad reducida para recordar nombres al ser presentado a nuevas personas.

Mayor dificultad notable de desempeñar tareas sociales o laborables.

Poca retención de lo que uno lee.

Perdida o extravío de un objeto

Menos capacidad para planificar y organizar.

CUARTA ETAPA

Disminución cognitiva moderada

Etapa leve o temprana de la enfermedad del alzhéimer.- En esta etapa, una entrevista médica cuidadosa detecta deficiencias claras en las siguientes áreas:

En esta etapa, los individuos que padecen de Alzheimer pueden:

Conocimiento reducido de ocasiones recientes o acontecimientos presentes.

Reducción de la capacidad de realizar cálculos aritméticos complejos en forma mental, por ejemplo contar desde 100 para atrás de a 7 números por vez.

Reducción de la capacidad de realizar tareas complejas, tales como, marketing, planificar una comida para invitados, pagar las cuentas o administrar las finanzas.

Memoria reducida de la historia personal.

El individuo afectado puede parecer callado y apartado, sobre todo en situaciones que representen un desafío social o mental.

QUINTA ETAPA

Disminución cognitiva moderadamente severa.

Etapa moderada o media de la enfermedad del alzhéimer.- Lagunas de memoria y déficit en la función cognitiva son notables y las personas empiezan a necesitar asistencia con las actividades cotidianas.

En esta etapa, los individuos que padecen de alzhéimer pueden:

Ser incapaces de recordar su domicilio actual, su número de telefónico o el nombre de la escuela o colegio a la que asistieron.

Confundirse de lugar en que están o el día de la semana.

Necesitar ayuda para seleccionar una vestimenta adecuada para la época del año o para la ocasión.

Por lo general, todavía recordar detalles significativos sobre sí mismo y sus familiares.

Por lo general, todavía no requerir ayuda para alimentarse o acudir al baño.

SEXTA ETAPA

Disminución cognitiva severa.

Etapa moderadamente severa o media de la enfermedad del alzhéimer. Los problemas de la memoria siguen agravándose, pueden producirse cambios considerables en la personalidad y los individuos afectados por la enfermedad necesitan considerable ayuda en las actividades de la vida cotidiana.

En esta etapa, el individuo puede:

Perder conciencia de las experiencias y hechos recientes y de su entorno.

Recordar su historia personal con imperfecciones, aunque por lo general recuerda su propio nombre.

Olvidar ocasionalmente el nombre su pareja o de la principal persona que lo cuida, pero por lo general puede distinguir las caras conocidas de las desconocidas.

Requerir ayuda para vestirse en forma apropiada y cuando está sin supervisión, cometer errores tales como ponerse el pijama sobre la ropa o los zapatos en el pie equivocado.

Sufrir una alteración del ciclo normal del sueño-durmiendo durante el día y volviéndose inquieto durante la noche.

Requerir ayuda para manejar asuntos vinculados con el uso del baño (por ejemplo: Tirando la cadena, limpiándose o deshaciéndose del papel higiénico de forma correcta).

Experimentar episodios de incontinencia urinaria o fecal en aumento.

Experimentar cambios significativos de la personalidad y con el comportamiento, incluyendo celos y creencias falsas (por ejemplo: creyendo que la persona que lo cuida es un impostor) o conductas repetitivas y compulsivas, tales como retorcer las manos o romper papeles).

Tener una tendencia a deambular y extraviarse.

SÉPTIMA ETAPA

Disminución cognitiva muy severa.

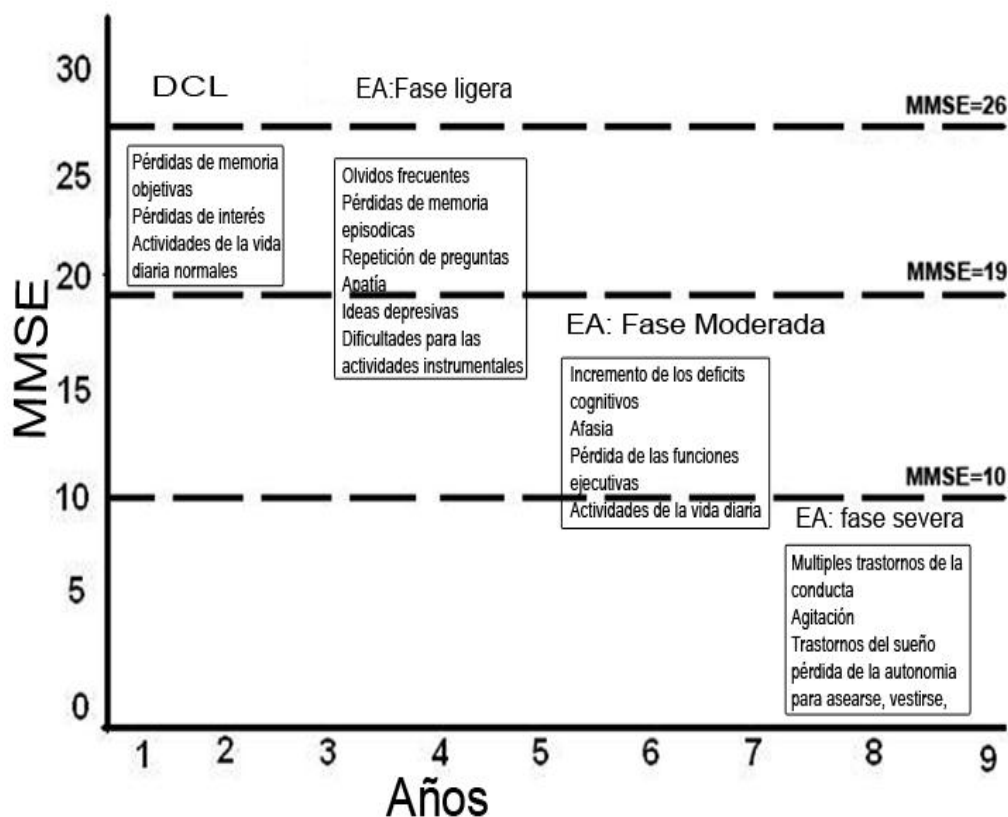
Etapa severa o tardía de la enfermedad del Alzheimer. En la última etapa de esta enfermedad los individuos pierden la capacidad de responder a su entorno, de hablar, y eventualmente de controlar sus movimientos. Es posible que todavía pronuncien palabras o frases.

Las personas en esta etapa necesitan ayuda con la mayoría de su cuidado personal diario, incluyendo comer y hacer sus necesidades. Pueden perder la capacidad de sonreír, sentarse sin apoyo y sostenerse la cabeza. Los reflejos se vuelven anormales y los músculos rígidos. También se ve afectado la capacidad de tragar.

2.1.7. FASES DE LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER

Según Feldman y Woodward. (2005) las mencionan la progresión de los síntomas en las diferentes fases de la enfermedad del alzhéimer:

Ilustración 2: Fases de la Enfermedad de Alzheimer



Fuente: Feldman y Woodward, (2005)

DCM: Deterioro cognitivo leve

EA: Enfermedad de Alzheimer

MSE: Mini Mental State Exam

Fase Ligera

Memoria. El enfermo olvida sus citas, las llamadas telefónicas, el nombre de las personas (relaciones – amigos), los objetos familiares. Tienen dificultades para seguir una conversación, se equivoca en sus cuentas, no paga las facturas.

Comportamiento. Está sujeto a bruscos cambios de humor. Monta cólera cuando se percata de que ha perdido el control sobre los elementos que lo rodean. Tiene tendencia a aislarse en un entorno familiar que conoce bien: Sale menos y no quiere ver a sus amigos.

Lenguaje y Comprensión. Aunque el enfermo continúe razonando y comunicándose bien con los otros, tiene sin embargo, problemas para encontrar las palabras precisas; sus frases son más cortas; mezcla ideas que no tienen relación directa entre sí.

Coordinación de gestos espontáneos y movimientos corporales. En esta fase, el enfermo todavía está bien. No se pierde y aún puede conducir, se viste solo y come bien.

Actividades de la vida diaria. Es capaz de realizarlas sin demasiados problemas, incluso sus actividades profesionales. De hecho todavía no está afectado más que por pérdidas de memoria. (Feldman y Woodward, 2005)

Fase Moderada

Memoria. La memoria se altera progresivamente. El enfermo olvida los sucesos recientes. No se acuerda de lo que acaba de comer; acusa a sus amigos de abandonarlo porque no vienen a visitarlo. No puede asimilar o comprender los hechos nuevos: un matrimonio o el fallecimiento de un pariente. Sin embargo, el recuerdo de hechos lejanos persiste aunque los sitúe mal en el tiempo en que transcurrieron: el enfermo pide noticias de su madre fallecida recientemente o menciona a personas a las que no ha visto desde hace años.

Comportamiento. Este es el momento de las reacciones agresivas, desproporcionadas respecto al motivo que las ha desencadenado. Puede acusarle a Ud. de robarle si no encuentra su monedero; grita e incluso se vuelve agresivo si se insiste que se bañe. Cuanto más depende de otro, más se irrita. Su fatiga aumenta y no hace nada sin que se le estimule. Experimenta miedos injustificados; un ruido, una cortina que se mueve o una luz puede desencadenarlos. Camina durante horas de un lado a otro. Se levanta durante la noche y prepara su maleta para volver a casa.

Lenguaje y Compresión. El conjunto de la comunicación con los demás se hace más difícil: habla menos, su vocabulario se empobrece, repite siempre las mismas palabras o las mismas frases durante horas. Cuando responde a las preguntas lo hace lentamente, buscando las palabras; no acaba las frases.

Coordinación de gestos espontáneos y movimientos corporales. Sus gestos son imprecisos: se abrochan mal los botones, sostiene mal su tenedor o cuchillo. Pierde el equilibrio. Se golpea con facilidad y las caídas son frecuentes. Se mueve lentamente y necesitan que lo ayuden para ir a su habitación o al baño. Pueden aparecer movimientos anormales como temblores contracturas musculares o convulsiones. (Feldman y Woodward, 2005)

Actividades de la vida diaria. Su creciente confusión hace que le resulte cada vez más difícil enfrentarse a la vida diaria. No es

capaz de elegir: Entre sus ropas, pues se viste sin importarle como, y sin tener en cuenta la estación o los convencionalismos sociales; Entre los platos que ponen en la mesa; Entre las etapas habituales de su baño o ducha. ¿Cuándo quitarse la ropa?, ¿Cuándo enjabonarse?, ¿Cuándo secarse? Por otro lado pierde su autonomía ya no puede conducir, ni viajar en metro o bus sin compañía. Se pierde incluso en un trayecto que es familiar. Puede dedicarse a actividades peligrosas para sí mismo y para los demás como abrir la llave del gas sin encenderlo, u olvidar su cigarrillo y prender fuego por accidente. Es decir, ha de ser vigilado las 24 horas del día, lo que significa que sus familiares deben prestarles suficiente atención. (Feldman y Woodward, 2005)

Fase Severa.-

Memoria. El enfermo olvida los hechos recientes y pasados. No reconoce a su conyugue o a sus hijos. Sin embargo conserva la memoria emocional. Se da cuenta de la persona que lo cuida, le ayuda y le quiere. Este hecho debe de estar siempre presente en la mente de quien se ocupa de él.

Comportamiento. Su humor es imprevisible: grita, llora, se agita. No reacciona coherentemente ante una situación, ni comprende una explicación.

Lenguaje y Compresión. El enfermo balbucea, repite palabras sin pies ni cabeza, y solo utiliza correctamente algunas palabras concretas. No comprende lo que se le dice.

Coordinación de gestos espontáneos y movimientos corporales. No controla sus gestos. No sabe levantarse, sentarse o andar. Le cuesta trabajo tragar. No controla los esfínteres y aparece la incontinencia.

Actividades de la vida diaria. Han desaparecido totalmente. Con gran frecuencia permanece en la cama, lo que conduce a la aparición de llagas en los puntos de presión e infecciones respiratorias.

La muerte sobreviene generalmente debido a una enfermedad asociada (cáncer, accidente cardíaco, o vascular cerebral), a veces como consecuencia de permanecer encamado (infecciones de las llagas, infecciones respiratorias y o urinarias). (Feldman y Woodward, 2005)

2.1.8 SÍNTOMAS COMUNES EXPERIMENTADOS POR PERSONAS CON DEMENCIA Y LAS ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO POR LOS CUIDADORES

Fases en la demencia	Cambios experimentados por personas afectadas por demencia	¿Qué hace el cuidador?
Fase ligera	• Se vuelve olvidadizo, especialmente sobre hechos recientes. • Puede tener alguna dificultad en la comunicación, como por ejemplo al buscar una palabra concreta. • Tiene alguna desorientación en lugares familiares. • Pierde la noción del tiempo, incluyendo el día, mes, año y la estación. • Tiene dificultades en la toma de decisiones y a la hora de manejar las finanzas personales. • Tiene dificultad para realizar tareas domésticas complejas. • En el plano afectivo y comportamental: • Se vuelve menos activo y motivado, perdiendo el interés en hobbies y otras actividades. • Puede presentar cambios de humor, incluyendo depresión o ansiedad. • En alguna ocasión puede reaccionar de forma agresiva.	Los miembros de la familia comienzan a percatarse de los cambios y pueden animar a su familiar a buscar asesoramiento (en la fase de pre-diagnóstico). Los familiares se dan cuenta del nuevo rol de cuidador que tienen que asumir (a menudo como resultado del diagnóstico). • Proporcionar apoyo emocional durante el diagnóstico y cuando la persona está deprimida o ansiosa. • Recordar y preguntar sobre hechos pasados, tareas, y otras cosas para ayudarlo a mantener la independencia y la participación. • Proporcionar ayudas para las actividades instrumentales (manejo de las cuentas personales, ir a la compra, etc.).

Fase moderada	• Se vuelve muy olvidadizo, especialmente sobre los hechos recientes y los nombres de las personas. • Tiene dificultades para ubicarse en el tiempo, la fecha, el lugar en el que se encuentra y hechos pasados; puede perderse en su casa así como en el vecindario. • Cada vez tiene más dificultades para la comunicación (tanto de expresión como de comprensión). • Necesita ayuda con el cuidado personal (para ir al baño, asearse o vestirse). • Es incapaz de llevar a cabo con éxito actividades como preparar la comida, cocinar, limpiar o ir a hacer recados. • Ya no es capaz de vivir solo en condiciones seguras sin un apoyo considerable. • Los cambios en el comportamiento pueden incluir vagabundeo, repetición de preguntas, llamadas constantes, aferramiento hacia el cuidador, trastornos del sueño o alucinaciones (ver u oír cosas que no existen). • Puede mostrar un comportamiento desapropiado en casa o en el vecindario (desinhibición o agresividad).	Los cuidadores se dan cuenta de su papel como supervisor • Utilizar estrategias de comunicación para facilitar la comprensión. • Proporcionar ayuda para llevar a cabo el cuidado personal. • Proporcionar ayuda para otras actividades de la vida diaria tales como la preparación de la comida o el vestirse adecuadamente. • Responder y manejar correctamente las alteraciones conductuales y los comportamientos inapropiados.
Fase grave	Normalmente tiene desorientación temporal y espacial • Tiene dificultades para reconocer lo que pasa a su alrededor • Incapaz de reconocer a sus familiares, amigos y objetos familiares. • Incapaz de comer sin ayuda, puede tener dificultades para tragar correctamente.	Se producen demandas de atención significativas hacia el cuidador, ya que la persona se vuelve completamente dependiente y pierde la capacidad de comunicar sus deseos y necesidades. Proporcionar cuidados, apoyo y supervisión

• Requiere más ayudas para el cuidado personal (ir al baño y asearse) • Puede tener incontinencia urinaria o fecal. • Tiene problemas de movilidad; puede perder la capacidad de andar y quedarse en una silla de ruedas o en la cama. • Cambios en el comportamiento; pueden agravarse incluyendo agresión hacia el cuidador y agitación no verbal (patalear, golpear, gemir o gritar). • Incapaz de ubicarse en el domicilio o la residencia.	constantemente. • Proporcionar asistencia total para comer e ingerir líquidos. • Proporcionar un cuidado físico completo (ir al baño, asearse, vestirse y desplazarse). • Manejar los problemas comportamentales.
---	--

Tabla 1: Síntomas comunes del Alzheimer

Fuente: “Dementia: a Public Health Priority”. WHO 2012

2.1.8 LOS 10 SÍNTOMAS DEL ALZHEIMER

La Alzheimer`s Association. (2007) en su información básica sobre la enfermedad de alzhéimer, nos detalla paso a paso detalla los síntomas de las personas que sufren demencia senil tipo alzhéimer.

1. **Perdida de la memoria.-** Olvidar información recién aprendida es una de las más comunes señales temprana de la demencia. Una persona empieza a olvidar con más frecuencia y no puede recordar la información más tarde.
¿Qué es normal?
Olvidarse de nombres o citas de vez en cuando.
Dificultad para desempeñar tareas habituales.- A una persona con demencia se le hace difícil completar actividades de rutina, como preparar una comida, hacer una llamada telefónica o jugar un juego,
¿Qué es normal?
Ocasionalmente olvidarse de por qué entró a cierta habitación o de qué iba a decir.
2. **Problemas de Lenguaje.-** Una persona con alzhéimer, olvida palabras simples o sustituye palabras inapropiadas o

desconocidas al hablar o escribir, haciéndole difícil de entender.

Es posible que no se encuentre su cepillo de dientes, por ejemplo, y en cambio pide “esa cosa para mi boca”.

¿Qué es normal?

A veces tener dificultad en encontrar la palabra correcta.

3. Desorientación del tiempo y lugar.- Una persona con la enfermedad del alzhéimer puede perderse en la misma calle donde vive, no saber dónde está, ni como llego allí, y no recordar como volver a casa.

¿Qué es normal?

Olvidarse del día de la semana o de a dónde iba.

4. Falta de buen juicio.- Las personas con alzhéimer pueden vestirse inapropiadamente, poniéndose un abrigo en pleno verano, por ejemplo, o poca ropa cuando frío. Es posible que no tomen buenas decisiones con respecto a cómo manejar el dinero, regalando grandes cantidades a otros como los que venden producto y servicios por teléfonos.

¿Qué es normal?

Tomar una mala decisión de vez en cuando.

Dificultades en realizar tareas mentales.- Una persona que sufre de alzhéimer puede confundirse fácilmente al pensar en cosas abstractas. Es posible que se olvide completamente del significado de los números o como se usan.

¿Qué es normal?

Tener dificultad en balancear su chequera.

5. Colocación de objetos fuera de lugar.- Una persona que padece de alzhéimer puede guardar cosas en lugares pocos comunes: la plancha en el refrigerador o un reloj en la azucarera.

¿Qué es normal?

Perder las llaves o la billetera temporalmente

Cambios de humor o Comportamiento.- Una persona con alzhéimer presenta cambios repentinos de humor (de felicidad a enojo, por ejemplo) sin razón aparente.

¿Qué es normal?

Sentirse triste o de humor variable de vez en cuando.

6. Cambios en la personalidad.- Las personas con la demencia pueden presentar cambios drástico en la personalidad. Pueden llegar a estar muy confundidas, desconfiadas, temerosas o depender mucho de un miembro de la familia.

¿Qué es normal?

Con la edad todos presentamos, pequeños cambios en la personalidad.

7. Pérdida de Iniciativa.- Una persona con la enfermedad de Alzheimer, puede volverse muy pasiva, sentándose frente a la televisión por horas y horas, durmiendo más de lo normal, o negando hacer sus actividades cotidianas
¿Qué es normal?
A veces cansarse de los quehaceres y las obligaciones sociales o de negocios.

Tabla 2: Síntomas de alerta de Enfermedad de Alzheimer

SINTOMAS DE ALERTA DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	
1. Pérdida de memoria 2. Dificultad para realizar tareas sencillas 3. Problemas en el lenguaje 4. Desorientación en tiempo y espacio 5. Trastorno del juicio 6. Dificultad para el pensamiento abstracto 7. Colocar cosas en lugares inadecuados 8. Cambios de humor y conducta 9. Cambio de personalidad 10. Pérdida de iniciativa	<u>Comentario:</u> Una persona puede no tener todos Estos síntomas. Esta lista tampoco refleja el orden de aparición en relación con la evolución de la enfermedad. El primer síntoma más frecuente son los olvidos.

Fuente: Adaptado de la Asociación Americana de Alzheimer.

2.1.9 CUADRO CLÍNICO.

La Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias, (2008) nos indica:

Los síntomas de la enfermedad vienen determinados por cómo progresan las lesiones en el cerebro del paciente con alzhéimer.

El conjunto de estas lesiones puede estar distribuido por el cerebro de forma característica según el grado de evolución de la enfermedad.

El cerebro presenta una disminución de su tamaño en la enfermedad de alzhéimer a consecuencia de la pérdida progresiva de neuronas y de sus

terminaciones. Esto produce atrofia de la corteza cerebral que es más pronunciada en aquellas áreas relacionadas con el aprendizaje y la memoria.

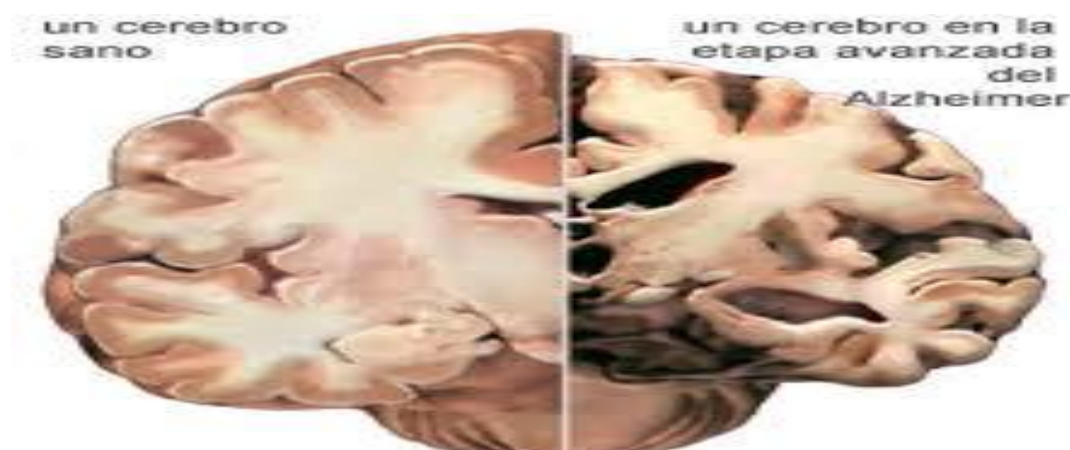


Ilustración 3: Cerebro Sano VS Cerebro con Alzheimer

Fuente: Alzheimer`s & Association (2011)

2.1.10 PERFIL DE LA PERSONA CON ALZHEIMER.-

Es difícil establecer un perfil claro de las personas con alzhéimer, ya que hasta hoy se desconoce la causa final que genera la enfermedad, y cada enfermo presenta un perfil personal diferente.

El perfil habitual de una persona con alzhéimer es el de una persona mayor de 65 años, frecuentemente mujer, con varias enfermedades a la vez, que le ocasionan problemas asociados a la demencia como incontinencia, caídas, malnutrición que presenta problemas cognitivos como pérdida de memoria, de orientación, del lenguaje, que le conduce a la necesidad de ayuda de una persona, primero, para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria (asuntos laborales, asuntos financieros, comprar adecuadamente, uso de la medicación, uso de transporte público) y posteriormente para las actividades básicas (aseo, baño, control de esfínteres, alimentación, y/o vestido). Y que además vive en su domicilio atendido por un cuidador que suele

ser la mujer/ el marido o la hija/o y estos, habitualmente, suelen ser personas mayores.

2.1.11 NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ALZHEÍMER.

Las necesidades de una persona, siguiendo el modelo de las necesidades o pirámide de necesidades de Maslow (2005) pueden resumirse en el siguiente orden:

Necesidades Fisiológicas: Estas necesidades, se encuentran ligadas a la supervivencia del individuo. Son por ello las necesidades básicas, las necesidades de máxima prioridad de cualquier persona. Se trata de las necesidades de alimentarse, de mantener la temperatura corporal apropiada, de deambular, de controlar los esfínteres, los deseos sexuales.

Necesidades de Seguridad: Con su satisfacción se busca crear y mantener un estado de orden y seguridad. Incluye las necesidades de estabilidad, de orden y de protección. Las necesidades se expresan en la mayoría de los casos a través del miedo a lo desconocido, al caos y a la confusión.

Necesidades de Aceptación Social: Son necesidades de pertenencia y amor. Tienen relación con la necesidad de compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación en la sociedad. En este apartado se incluye la necesidad de comunicarse con otras personas, de establecer amistad con ellas, la de manifestar y recibir afecto, la de vivir en comunidad, la de pertenecer a una familia y sentirse aceptado dentro de ella.

Necesidades de Autoestima: Se agrupa estas necesidades en dos clases: las que se refieren a amor propio, al respeto así mismo y a la autoevaluación; y las que se refieren a la valoración por partes de otros, las necesidades de reputación y éxito social.

Necesidades de Autorrealización: Reflejan el deseo de la persona por crecer y desarrollar su potencial al máximo. En este nivel, el ser humano aspira a trascender, a dejar huella, a realizar su obra genuina.

Ilustración 4: Pirámide de Necesidades de MASLOW.



Fuente: A Theory of Human Motivation 1943

Los niveles más altos de las necesidades de MASLOW, son los últimos que se adquieren en el desarrollo humano, y los primeros que se pierden en la enfermedad de Alzheimer.

Según la teoría de la Regresión de Reisberg (neuropsiquiatra americano) que clasificó la enfermedad de alzhéimer en los estadios de la escala del deterioro global GDS (Global Deterioration Scale), la enfermedad del alzhéimer perdería todas las funciones que se adquieren normalmente con el desarrollo de la persona en forma inversa a como se van ganando. Así cuando se detecta la enfermedad sería semejante a la edad de aprender un oficio, progresando en sentido inverso hasta los estadios finales en donde la persona con alzhéimer sería semejante a un neonato de 1 a 3 meses. (Barry Reisberg, 1982).

La Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias. (2008), nos prioriza las necesidades en las diferentes fases del Alzheimer:

Necesidades de las personas con Alzheimer en estadio leve de la enfermedad: En esta etapa el paciente necesita autoestima, aceptación social, seguridad y atención de sus necesidades fisiológicas.

La necesidad de autoestima se ve afectada por la enfermedad desde el inicio, sobre todo lo que se refiere a su amor propio y su autovaloración, por lo que es muy importante que encuentre refuerzo de su estima en las personas que le rodean, y que su familia y amigos le demuestren cariño.

La pareja, la familia y el entorno deben de entender que los olvidos son de “adrede” sino motivo de su enfermedad. Que no sirve de nada recriminarle una y otra vez sus errores ya que esto desencadenará frustración e incluso reacciones de agresividad ante no entender el enfermo el porqué de sus propios errores.

En cuanto a la aceptación social, es una pieza clave a lo largo de todo el proceso.

Las necesidades de pertenencia y amor son fundamentales en cualquier persona enferma y más aún en enfermedades como la de Alzheimer. Por ello, además de la familia, que suele ocuparse del cuidado del paciente en la primera etapa, es beneficioso el uso de los centros de día donde al paciente se le puede reforzar su autoestima y estimularle para que mantenga su autonomía durante el mayor tiempo posible incluyendo de forma importante la rehabilitación cognitiva con el objetivo de mantener cuanto más tiempo posible su autonomía.

En determinadas circunstancias, bien por problemas físicos o bien por problemas sociales, las familias necesitarán de ayudas a domicilio, recursos necesarios especialmente en las personas con Alzheimer que no disponen de nadie que les cuide o que, como cada vez es más frecuente, viven solas y no quieren irse a vivir con sus familiares o bien éstos no pueden dedicarle el tiempo deseado por sus quehaceres normales y habituales de cualquier familia.

En estas circunstancias el problema aumenta y, como siempre, se deberán tomar medidas de forma gradual acordes con la gravedad de la situación, pasando por supervisión familiar si sigue viviendo solo con refuerzo de cuidadores, que en ocasiones frecuentemente rechazará el propio enfermo, hasta la necesidad de ingresar en una residencia asistida.

Necesidades de las personas con Alzheimer en estadio moderado de la enfermedad: El avance de la enfermedad supone una inexorable pérdida de cada una de las capacidades tanto físicas como mentales y, por tanto, una pérdida de las necesidades del paciente hasta quedarse con las necesidades más elementales que son: la aceptación social, la necesidad de seguridad y, sobre todo, la atención a sus necesidades fisiológicas.

En esta fase, la persona con Alzheimer requiere cada vez más cuidados y la familia se encuentra más fatigada por la larga evolución y la creciente sobrecarga.

Aumenta el riesgo de caídas y aparece la incontinencia y los problemas de conducta. Los recursos de la primera etapa ahora son especialmente útiles y totalmente necesarios para evitar la aparición del “Síndrome del cuidador” en el/la cuidador/a principal.

Necesidades de las personas con Alzheimer en estado grave y final de la enfermedad: En esta última etapa el paciente sigue necesitando aceptación social, seguridad y, sobre todo, aún más atención a sus necesidades fisiológicas.

Incluso en los estadios más avanzados de la enfermedad la necesidad de afecto es muy importante.

Cuando la comunicación verbal desaparece, la importancia de la comunicación no verbal en estos enfermos es definitiva. Sólo podemos saber qué les pasa observando sus gestos y sus vocalizaciones y, para transmitirles cariño y seguridad, se tiene que recurrir al contacto físico y a la utilización del tono de voz y la modulación adecuadas.

En cuanto a las necesidades físicas, el paciente en este momento es muy frágil. Suele ser incontinente total, padecer inmovilismo, no puede alimentarse solo y presenta problemas de deglución con el consiguiente riesgo de atragantamiento y asfixia, por lo que, en la mayoría de las ocasiones, requiere cuidados continuos por cuidadores que deben de estar formados por el equipo de atención primaria y cubiertos ante cualquier eventualidad por la asistencia sanitaria especializada.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Adulto mayor: De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera adulto mayor para un país en vías de desarrollo a toda persona de 60 años en adelante, en tanto que en los países desarrollados queda comprendida la categoría de adulto mayor a los 65 años y más.

Adulto Mayor: La Organización Panamericana de Salud. (1994), decidió emplear el término de adulto mayor; el término de tercera edad surgió en Francia hacia el año 1950. Se considera personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad. (Art. 36 de la constitución de la República del Ecuador).

Envejecimiento: De un sin número de definiciones la OMS puntualiza: “El envejecimiento es un proceso fisiológico que se inicia en el momento mismo de la concepción y se hace más evidente después de la madurez; en él se

producen cambios cuyos resultantes es la disminución de la adaptabilidad del organismo en su entorno.

Vejez: La real academia de la lengua lo define. Cualidad de viejo, edad senil, senectud, achaques, manías, actitudes propias de la edad de los viejos

Demencia: Jean Esquirol. (1838), escribe “La demencia senil se establece lentamente. Comienza con un debilitamiento de memoria, especialmente la memoria de impresiones recientes”.

Demencia: La OMS define demencia como un síndrome generalmente de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el compartimiento social o la motivación.

Demencia: La real academia Española define demencia como “locura, trastorno de la razón” , en la acepción de medicina y psicología, se define como “el deterioro progresivo e irreversible de las facultades mentales que causa graves trastornos de conducta”. Así que el termino demencia se aplica al deterioro progresivo del conjunto de las funciones intelectuales (memoria, atención y capacidad de razonamiento) y a los trastornos de conductas.

Demencia: Rodríguez Rivera, L. define la demencia como la perdida irreversible de las capacidades intelectuales, incluyendo la memoria, la capacidad de expresarse y comunicarse adecuadamente, de organizar la vida ecuatoriana, y de llevar una vida familiar, laboral y social autónoma. Conduce a un estado de dependencia total y finalmente, a la muerte.

Alzheimer: La Organización Mundial de la Salud. (1992), define la enfermedad de Alzheimer de la siguiente manera: La enfermedad de Alzheimer

es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos.

El trastorno se inicia, por lo general, de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un periodo de años. El periodo evolutivo puede ser corto 2 o 3 años, pero en ocasiones es bastante largo. Puede comenzar en la edad madura o incluso (EA de inicio presenil), pero la incidencia es mayor hacia el final de la vida (EA inicio senil). En casos con inicio antes de los 65 / 70 años es posible tener antecedentes familiares de una demencia similar; el curso es más rápido y predominan síntomas de lesión en lóbulos temporales y parietales entre ellos disfasias o dispraxias. En los casos de inicio más tardío, el curso tiende a ser más lento y a caracterizarse por un deterioro más global de las funciones corticales superiores.

Afasia: Pérdida del vocabulario o incomprensión antes palabras comunes. (Diccionario.RAE, 2010)

Apraxia: Descontrol sobre los propios músculos, por ejemplo incapacidad para abotonarse la camisa. (Diccionario.RAE, 2010)

Hepatólogo: Estudio de los tejidos neurales

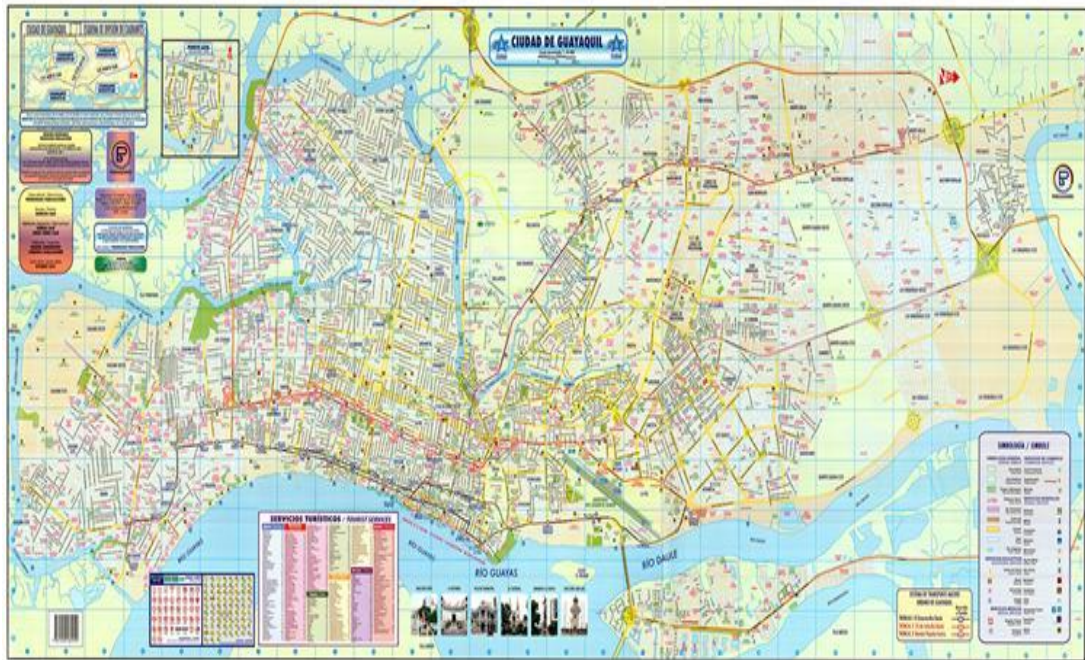
Estadio: Momento, período o estado que forma parte de una serie o de un proceso. OMS.

2.3 MARCO CONTEXTUAL

2.3.1 ESCENARIO.

El siguiente trabajo se desarrolló en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, país Ecuador.

Análisis de gestión de los servicios que brindan los centros geriátricos a los adultos mayores con demencia senil tipo Alzheimer en la ciudad de Guayaquil



2.3.2 DISEÑO METODOLÓGICO

La metodología a utilizar en este trabajo, es descriptivo investigativo porque el propósito es analizar si los servicios que ofrecen los centros geriátricos de la ciudad de Guayaquil, son aptos para personas de la tercera edad con demencia senil tipo alzhéimer y determinar cuáles son los centros que prestan servicio a las personas afectadas y a sus familiares.

2.3.3 PARTICIPANTES

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y censos. (2010), en el censo realizado en la ciudad de Guayaquil, se muestran los siguientes datos:

Población de habitantes: 2.350.915.

Población de la tercera Edad: 195.444, que va desde los 65 años hasta mayores a 95 años.

Se realizará la encuesta a personas de la tercera edad, familiar responsable del adulto mayor, administradores de los centros geriátricos de la ciudad de Guayaquil.

2.3 MARCO LEGAL

El estado ecuatoriano en su Constitución del título VIII de las relaciones internacionales en el primer capítulo expone del Art. 416 los principios de las relaciones internacionales, en el cual servirá para los mejores intereses de los ecuatorianos por el cual se hallarán responsables las partes involucradas, en efecto:

Articulados de la constitución de la República del Ecuador referentes a personas adultas mayores.

Artículo 1.- Igualdad y no discriminación. El Ecuador es un estado constitucional de derechos y justicia social, democrática, soberana e independiente, unitaria, intercultural, plurinacional y laico.

Artículo 3.- Deberes Primordiales del Estado. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Artículo 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de la libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos y privados. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia sexual y doméstica, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El estado prestara especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Sección primera

Adultas y adultos mayores.

Artículo 36.- Las personas adultos mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica y protección contra la violencia. Se consideran personas adultas mayores

aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Artículo 37.- El estado garantizara a las personas adultos mayores los siguientes derechos:

La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

El trabajo remunerado, en función de sus capacidades para lo cual tomara en cuenta sus limitaciones.

La jubilación Universal

Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados en transporte y espectáculos.

Exenciones en el régimen tributario.

Exoneración de los pagos en costo notarial y registral de acuerdo con la ley.

El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

Artículo 38.- El estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, la inequidad de géneros, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; así mismo fomentara el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el estado tomara medidas de:

Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación, y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearan centros de acogidas para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.

Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El estado ejecutara políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollara programa de capacitación laboral, en función de su capacitación y sus aspiraciones.

Desarrollos de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.

Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.

Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas espirituales.

Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados, y todo tipo de emergencia.

Creación de régimen especial para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de

libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterá al arresto domiciliario.

Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

Adecuada asistencia económica y psicológica que garanticen su estabilidad física y mental.

La Ley sancionara el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o de las instituciones establecidas para su protección.

Prohibición del desplazamiento arbitrario

Artículo 42.- Se prohíbe todo desplazamiento arbitrario. Las personas que hayan sido desplazadas tendrán derechos a recibir protección y asistencia humanitaria emergente de las autoridades, que asegure el acceso a alimentos, alojamiento, vivienda y servicios médicos y sanitarios.

Las niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas, madres con hijas o hijos menores, personas adultas mayores y personas con discapacidad, recibirán asistencia humanitaria preferente y especializada.

Todas las personas y grupos desplazados tienen derecho a retornar a su lugar de origen de forma voluntaria, segura y digna.

Personas privadas de la libertad

Artículo 51 numeral 6.- Recibir tratamiento preferente y especializado en caso de mujeres embarazadas y en periodos de lactancia, adolescentes, y las personas adultas mayores que estén bajo su cuidado y dependencia.

Se reconoce y garantiza

Artículo 66 numeral 3 literales b.- Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. El estado adoptara medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, en especial la ejercida contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, persona adultas mayores, personas con discapacidad y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad; idénticas medidas se tomaran contra la violencia, la esclavitud, y de la explotación sexual.

Derecho de Protección

Artículo 81.- La ley establecerá procedimientos especiales y expeditos para el juzgamiento y sanción de los delitos de violencia intrafamiliar, sexual, crímenes de odio y los que se cometan contra niñas, niños, adolescentes, jóvenes y personas con discapacidad, adultas mayores y personas que, por sus particularidades, requieran una mayor protección. Se nombraran fiscales y defensoras o

Análisis de gestión de los servicios que brindan los centros geriátricos a los adultos mayores con demencia senil tipo Alzheimer en la ciudad de Guayaquil

defensores especializados para el tratamiento de estas causas de
acuerdo a la ley.

CAPÍTULO 3

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

Para el presente tema de investigación se utilizó el tipo de investigación descriptivo ya que nos permite analizar los componentes principales como aparecen en la actualidad y analizar las diferencias de los servicios de los centros geriátricos en la ciudad de Guayaquil.

3.2 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

El método de investigación que se utilizó fue el método Analítico, debido a que se estudió y analizó los servicios brindados en los diferentes centros y se determinó si estos servicios son los que necesita el paciente.

3.3 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Se utilizó un enfoque cuantitativo y cualitativo, porque permitió observar el comportamiento humano donde se desarrollan las personas de la tercera edad con demencia senil tipo alzhéimer y se logró evaluar el desarrollo de la enfermedad de acuerdo a los servicios que recibieron en su diario vivir.

3.4 ENCUESTA

Según Stanton, Etzel & Walker. (2004), una encuesta consiste en reunir datos entrevistando a la gente.

Sandhusen, R. (2002), las encuestas obtienen información sistemáticamente de los encuestados a través de preguntas, ya sea personales, telefónicas o por correo.

Según Malhotra N., K. (2004), las encuestas son entrevistas con un gran número de personas utilizando un cuestionario prediseñado. Según el mencionado autor, el método de encuesta incluye un cuestionario estructurado que se da a los encuestados y que está diseñado para obtener información específica.

Trespalacios, Vázquez & Bello. (2005), las encuestas son instrumentos de investigación descriptiva que precisan identificar a priori las preguntas a realizar, las personas seleccionadas en una muestra representativa de la población, especificar las respuestas y determinar el método empleado para recoger la información que se vaya obteniendo.

En síntesis, y teniendo en cuenta las anteriores definiciones, planteo la siguiente definición de encuesta:

La encuesta es un instrumento de la investigación de mercados que consiste en obtener información de las personas encuestadas mediante el uso de cuestionarios diseñados en forma previa para la obtención de información específica.

3.5 TIPO DE ENCUESTA

Para un mejor análisis del formulario, se escogió la encuesta de respuestas cerradas, porque necesitaba saber si los centros brindan o no los servicios que necesitan recibir las personas de la tercera edad con demencia senil tipo alzhéimer, ya que los encuestados tuvieron que elegir una de las opciones que se presentaron en el listado. Esta manera de encuestar refleja resultados más fáciles de cuantificar y de carácter uniforme.

3.6 FUENTES

Se utilizó fuentes secundarias y primarias.

En la presente investigación se realizaron entrevistas a las personas que tengan un familiar con demencia senil tipo alzhéimer, y que se encuentren asistiendo o viviendo en un centro gerontológico en Guayaquil, a profesionales en la área de salud (psicológico, físico y medicina general) con el fin de obtener información directa acerca de los servicio que deberían de recibir las personas objeto de este estudio, además se analizaron datos emitidos por instituciones (públicas y privadas) que se constituyó como fuentes de información primaria.

Además se analizaron documentos escritos, artículos de opinión, libros y cualquier medio de información verídica que contenga información acerca del tema que está siendo estudiado, estas fuentes se constituirán como secundarios.

3.7 POBLACIÓN.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, nos entregó la siguiente información de los habitantes de la ciudad de Guayaquil, según censo realizado en el año 2010, con proyección al año 2015.

La ciudad de Guayaquil en el año 2010 presentó 2.350.915 habitantes.

Tabla 4: Población por cantones de la provincia del Guayas.

POBLACION POR CANTONES DE LA PROVINCIA DEL GUAYAS				
Cantones	Hombres	%	Mujeres	Total
Alfredo Baquerizo Moreno	13.013	0,70%	12.166	25.179
Balao	10.998	0,60%	9.525	20.523
Balzar	28.001	1,50%	25.936	53.937
Colimes	12.423	0,70%	11.000	23.423
Coronel Marcelino Maridueña	6.265	0,30%	5.768	12.033
Daule	60.195	3,30%	60.131	120.326
El Empalme	38.024	2,10%	36.427	74.451
El Triunfo	22.824	1,30%	21.954	44.778
Eloy Alfaro (Durán)	116.401	6,40%	119.368	235.769
General Antonio Elizalde	5.369	0,30%	5.273	10.642
Guayaquil	1.158.221	63,80%	1.192.694	2.350.915
Isidro Ayora	5.585	0,30%	5.285	10.870
Lomas de Sargentillo	9.466	0,50%	8.947	18.413
Milagro	83.241	4,60%	83.393	166.634
Naranjal	36.625	2,00%	32.387	69.012
Naranjito	19.063	1,00%	18.123	37.186
Nobol	9.856	0,50%	9.744	19.600
Palestina	8.354	0,50%	7.711	16.065
Pedro Carbo	22.608	1,20%	20.828	43.436
Playas	21.242	1,20%	20.693	41.935
Samborondón	33.502	1,80%	34.088	67.590
Santa Lucía	20.276	1,10%	18.647	38.923
Simón Bolívar	13.270	0,70%	12.213	25.483
Salitre	29.828	1,60%	27.574	57.402
Yaguachi	31.264	1,70%	29.694	60.958
Suman	1.815.914		1.829.569	3.645.483

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC 2010

La proyección realizada para el año 2015, es de 2.589.229.

Los habitantes de la ciudad de Guayaquil representan el 16% de la población ecuatoriana.

Existen 188.000, personas diagnosticadas en Ecuador con alzhéimer, lo que significa que en la ciudad de Guayaquil, viven 30.080 personas con esta enfermedad.

3.8 MUESTRA

CALCULO PARA DETERMINAR LA CANTIDAD DE ENCUESTAS A REALIZAR.

Según datos otorgados por el INEC, existe una cantidad de 30.080 habitantes en la ciudad de Guayaquil con Alzheimer.

Sobre la misma cantidad se realizó la fórmula de universo finito con un porcentaje de confiabilidad del 95% y con un margen de error del 5%.

Y como resultado se obtuvo realizar 379 encuestas para obtener una muestra representativa sobre la cual se hará la investigación cualitativa.

Se realizaron 379 encuestas.

MUESTRA POBLACION FINITA		
n	?	TAMAÑO DE LA MUESTRA
N	30080	TAMAÑO DE LA POBLACION
Z	1,96	# DE DESVIACIONES ESTANDAR
σ^2	0,25	VARIANZA MUESTRAL
E	5,00%	ERROR MUESTRAL

e2	0,0025
z2	3,8416
N=	30080
e2/z2	0,00065
vae2/N	8,3112E-06
Suma	0,00066
n=	379

n= 379

$$n = \frac{\sigma^2}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{\sigma^2}{N}}$$

CAPÍTULO 4

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE GUAYAQUIL.

En el desarrollo de la tesis, se logró comprender que las personas con alzhéimer, necesitan recibir diferentes clases de servicios y estas necesidades se presentan de forma diferente en cada etapa de la enfermedad.

Por tal motivo, se procedió a realizar una investigación de campo para saber con exactitud cuántos centros geriátricos con atención a pacientes con alzhéimer existen en la ciudad de Guayaquil.

La investigación de campo fue realizada en los centros geriátricos de Guayaquil, de acuerdo a la información otorgada por el Ministerios de Inclusión Social y Económica (MIES), e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

Para un mejor análisis del estudio se procedió a realizar las encuestas a los familiares de los adultos mayores con demencia senil tipo Alzheimer, y a los administradores de los centros con el fin de obtener los resultados siguientes:

4.1.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA SENIL TIPO ALZHEIMER.

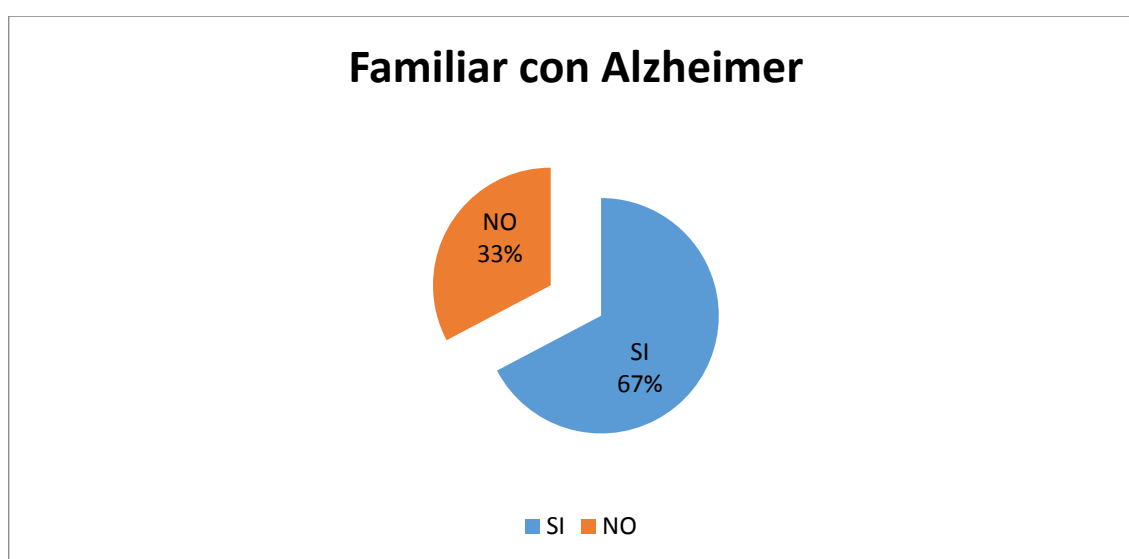
A continuación presentaremos los resultados de las encuestas realizada a los familiares de los adultos mayores con demencia senil tipo alzhéimer.

Pregunta # 1

¿Usted tiene un familiar, diagnosticado con Alzheimer?

Datos	%	Encuestados
SI	67	255
NO	33	124
Total	100	379

Gráfico 1. Familiar con Alzheimer



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

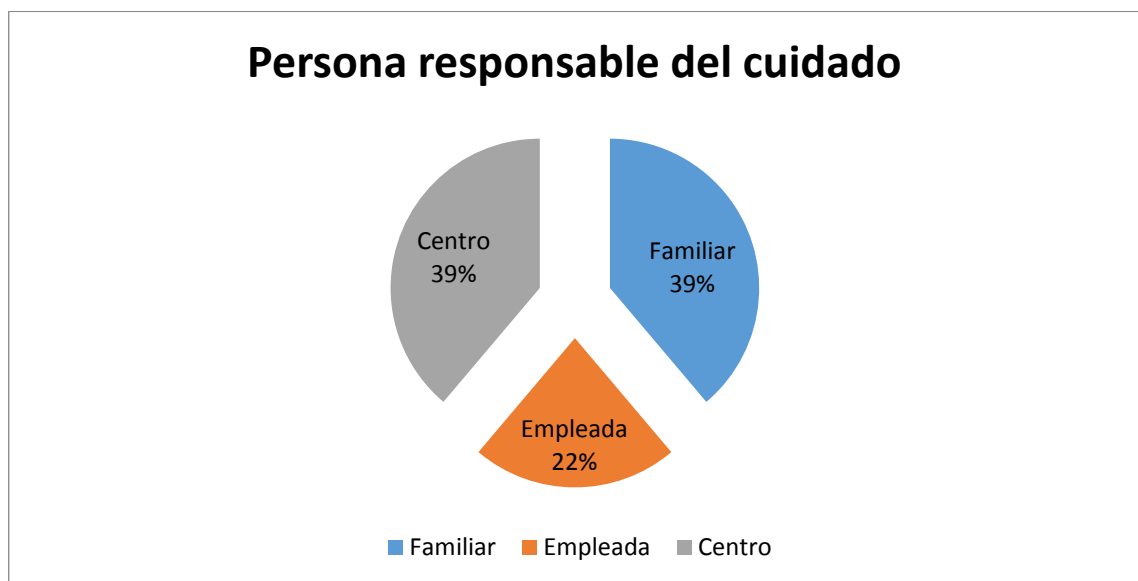
Como se puede observar en el gráfico, el 33% de los encuestados no tienen un familiar con demencia senil tipo alzhéimer, mientras que el 67% una parte representativa de la población encuestada, si tienen un familiar diagnosticado con alzhéimer.

Pregunta # 2

¿Quién es el responsable del cuidado del adulto mayor con Alzheimer?

Datos	%	Encuestados
Familiar	39	99
Empleada	22	57
Centro	39	99
Total	100	255

Gráfico 2. Persona responsable del cuidado del adulto mayor con Alzheimer



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

Con esta pregunta se logró determinar que el 22% de las personas diagnosticadas con alzhéimer, está bajo el cuidado de una persona contratada, el 39% está cuidado por un familiar (esposa/o, hija/o ó nieta/o), lo que significa que el 61% de los enfermos de alzhéimer son cuidados en el hogar, mientras que el 39% asiste a un centro geriátrico y está recibiendo atención de profesionales.

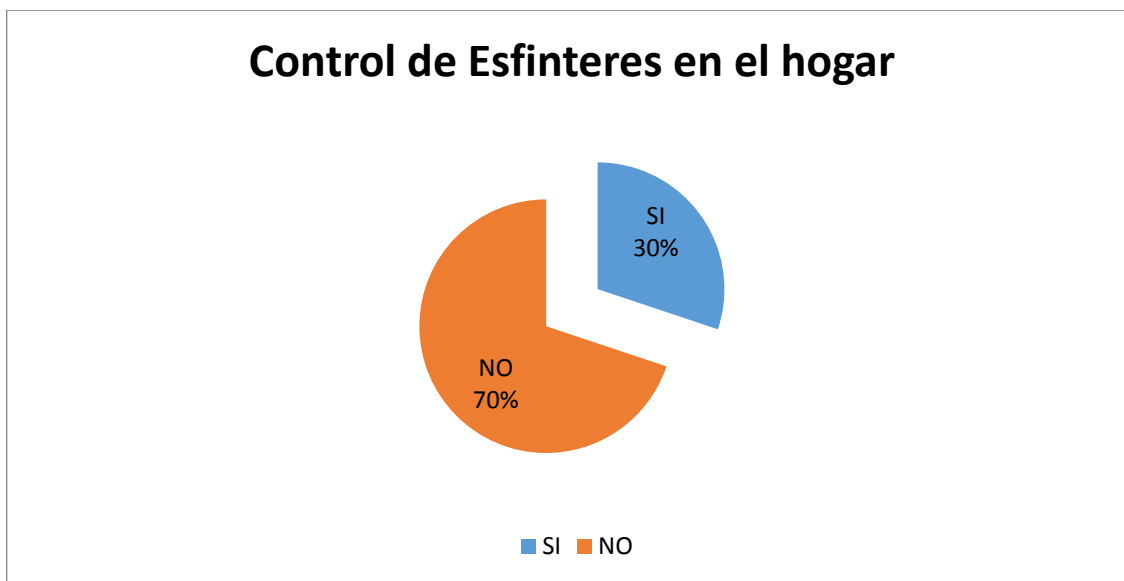
Pregunta # 3

¿Llevan el control de esfínteres de su enfermo de alzhéimer, para evitar los malos olores en su cuerpo y entorno donde se desenvuelve?

Personas cuidadas en el hogar

Datos	%	Encuestados
SI	30	47
NO	70	109
Total	100	156

Gráfico 3. Control de esfínteres en el hogar

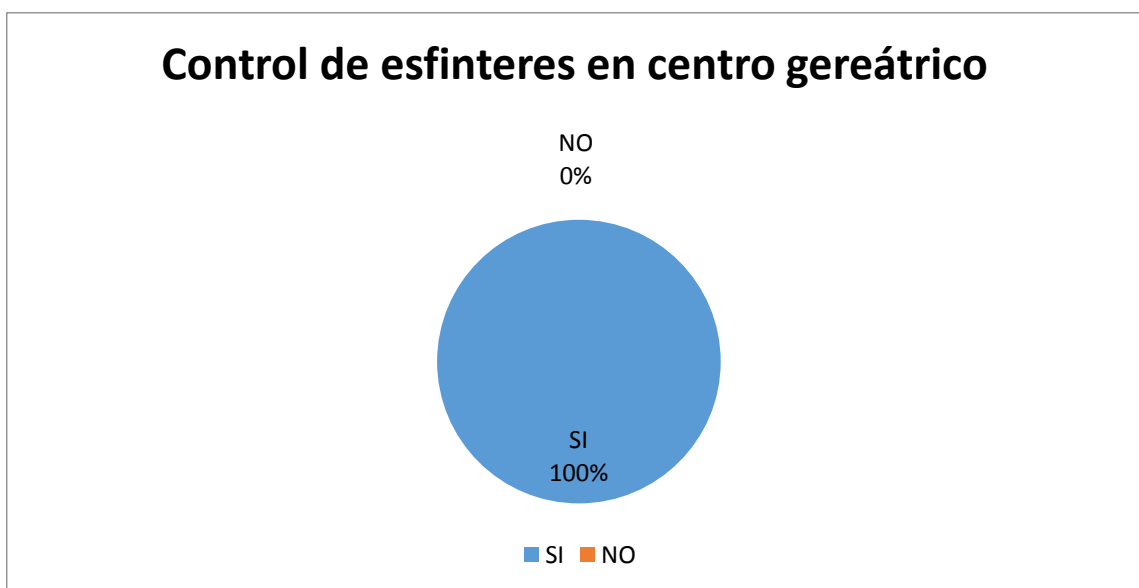


Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Personas cuidadas en un centro geriátrico

Datos	%	Encuestados
SI	63	99
NO	0	
Total	63	99

Gráfico 4. Control de esfínteres en centro geriátrico.



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

Podemos observar que el 70% de las personas que son cuidadas en el hogar, no llevan un control de higiene, es decir no están pendiente de la hora que tienen que llevar al enfermo al baño, no han realizado un hábito de higiene, lo que hace que el enfermo de alzhéimer sea propenso a enfermedades y rechazo de su familiar, por los malos olores que se pueden percibir al momento de atenderlo y al momento de visitarlo. Mientras que el 100% de las personas que asiste al centro geriátrico si tiene control de esfínteres y tiene establecido un control de horarios para su limpieza, evitando enfermedades y rechazo del familiar, ya que siempre lo han encontrado a su familiar limpio.

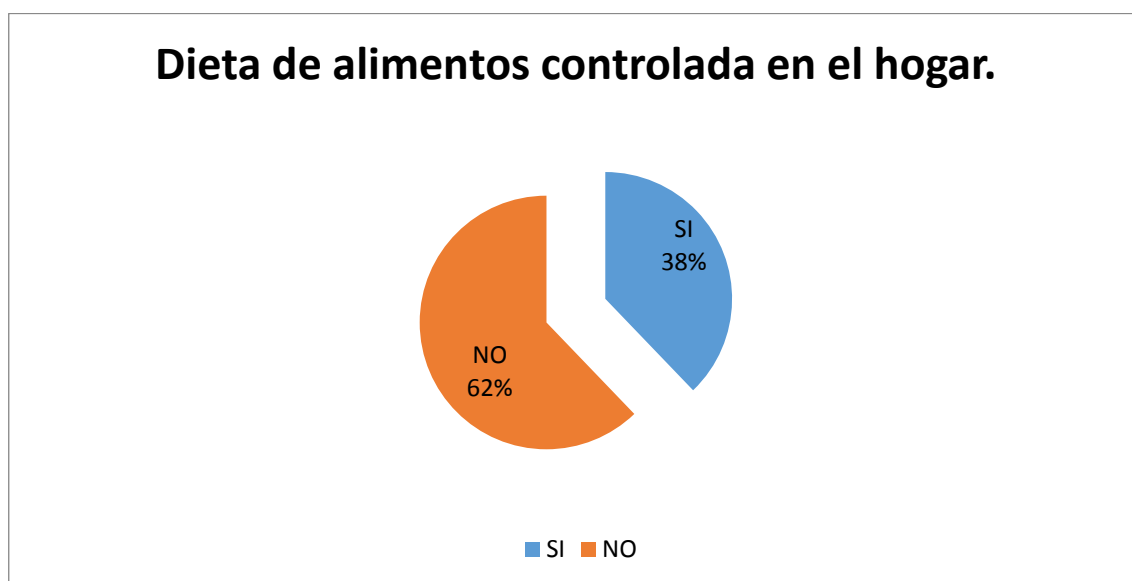
Pregunta # 4

¿El enfermo de alzhéimer, lleva una dieta de alimentos, controlada por un profesional, conoce lo que debe y puede consumir?

Personas cuidadas en el hogar.

Datos	%	Encuestados
SI	38	59
NO	62	97
Total	100	156

Gráfico 5. Dieta de alimentos controlada en el hogar

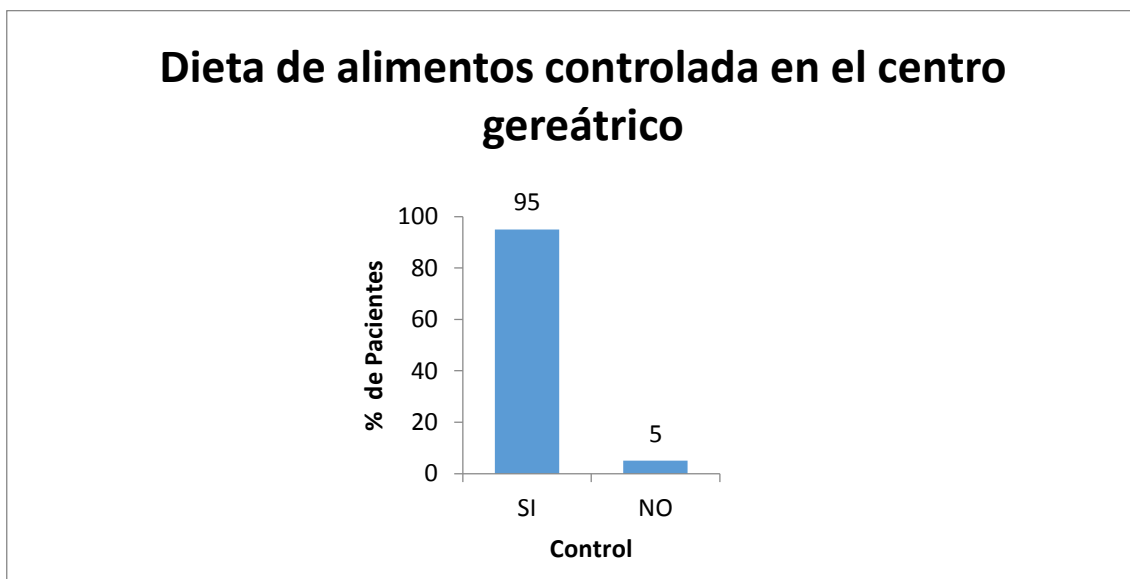


Elaborado por: El autor
Fuente: Investigación de Campo

Personas cuidadas en un centro geriátrico

Datos	%	Encuestados
SI	95	94
NO	5	5
Total	100	99

Gráfico 6. Dieta de alimentos controlada en el centro geriátrico



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

Se logró determinar que el 62% de los enfermos atendidos en el hogar no llevan un control de alimentos, la falta de conocimiento de lo que puede y debe ingerir en enfermo, representa un riesgo para la salud, ya que se pueden generar otras enfermedades a las que son propenso, como diabetes y colesterol, mientras que el 95% de las personas que asisten en un centro geriátrico son evaluados y controlados con una dieta balanceada y revisada por un profesional.

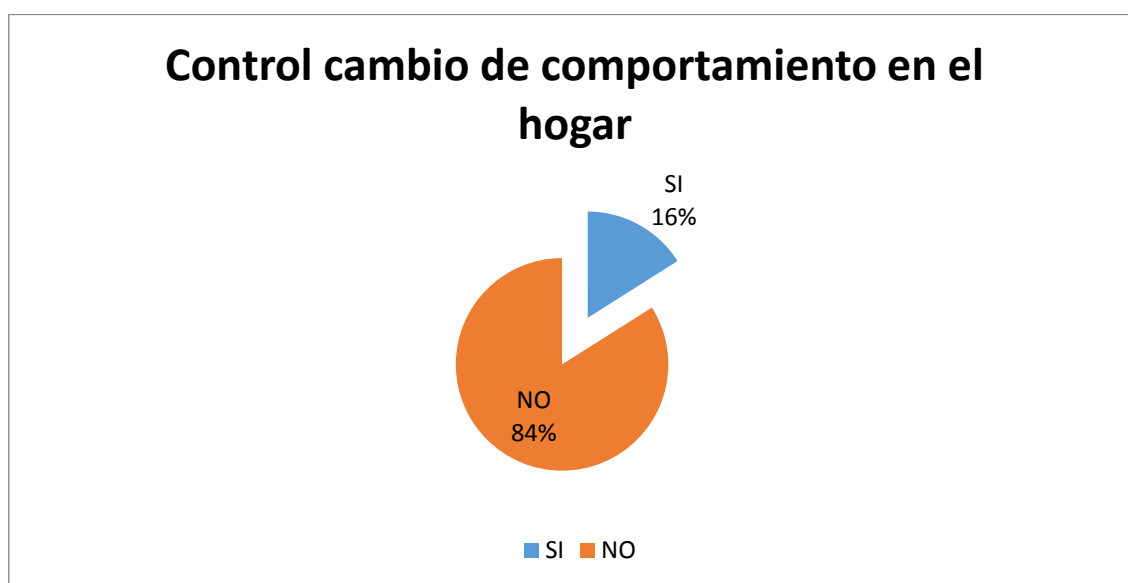
Pregunta # 5

¿Conocen y pueden controlar los cambios de comportamiento del enfermo de alzhéimer, como agresividad, repetición de palabras, vagabundeo, alucinaciones y delirios?

Personas cuidadas en el hogar.

Datos	%	Encuestados
SI	16	25
NO	84	131
Total	100	156

Gráfico 7. Control cambio de comportamiento en el hogar.

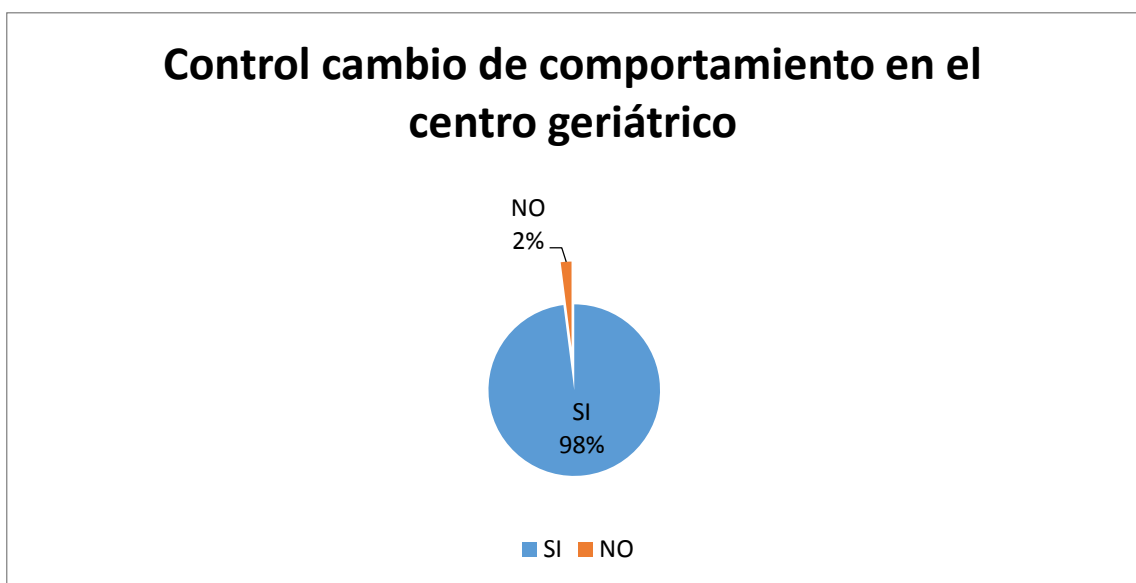


Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Personas cuidadas en un centro geriátrico

Datos	%	Encuestados
SI	98	97
NO	2	2
Total	100	99

Gráfico 8. Control cambio de comportamiento en el centro geriátrico



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

Se puede observar que el 84% de las personas que son cuidadas en el hogar, no saben cómo dominar los cambios de comportamiento del paciente, haciendo el trabajo más difícil para la persona que lo cuida, mientras 16% si tiene un control, porque tiene un profesional en casa, que ayuda y explica cómo enfrentar estos cambios. Por otro lado el 98% de las personas que reciben los servicios de un centro geriátrico, tiene el apoyo del personal que sabe cómo atender los cambios de comportamiento que van en aumento, con la enfermedad.

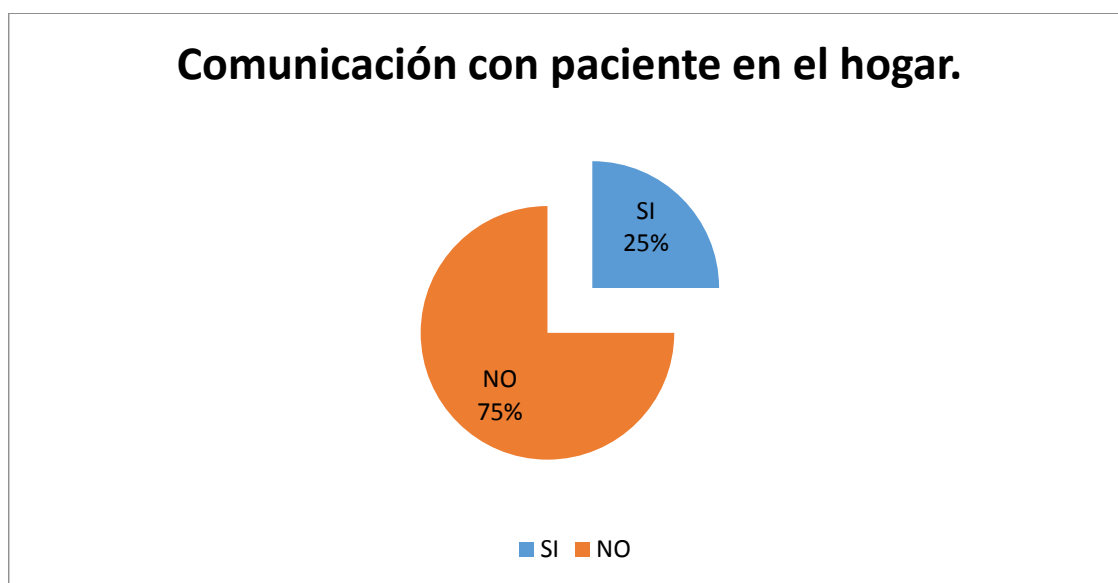
Pregunta # 6

¿Pueden comunicarse con su enfermo de alzhéimer?

Personas cuidadas en el hogar.

Datos	%	Encuestados
SI	25	39
NO	75	117
Total	100	156

Gráfico 9. Comunicación con paciente en el hogar.

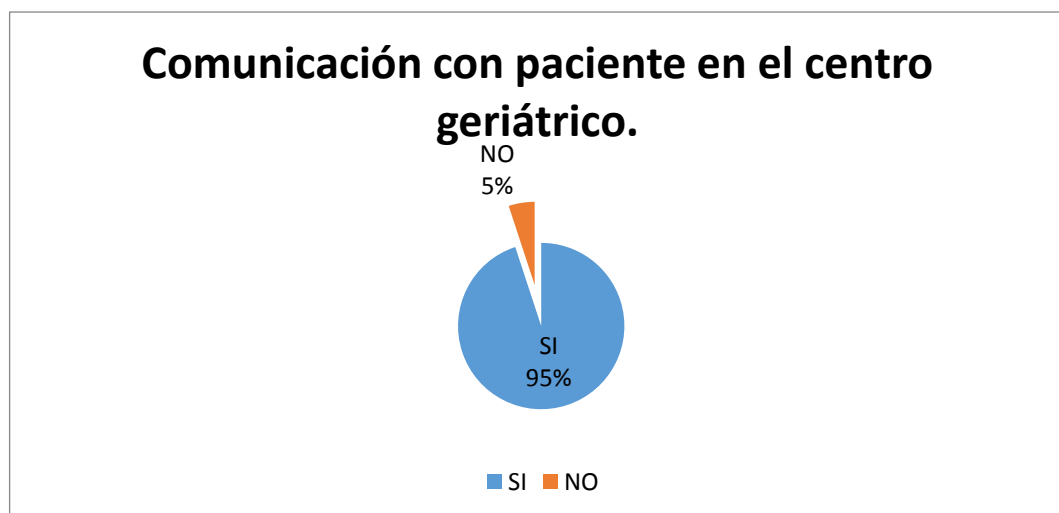


Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Personas cuidadas en un centro geriátrico

Datos	%	Encuestados
SI	95	94
NO	5	5
Total	100	99

Gráfico 10. Comunicación con paciente en el centro geriátrico.



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

La comunicación entre dos personas es muy importante, y está precisamente no tiene que ser verbal, lo último que pierde un enfermo de alzhéimer son los sentimientos, el resultado de nuestra encuesta nos arrojó que el 75% de los cuidadores de los enfermos no saben cómo comunicarse con su enfermo, pierden la paciencia, o se desesperan al escuchar la misma historia del enfermo, mientras que 95% de las personas que ingresan a un centro geriátrico son comprendidos, escuchados y atendidos.

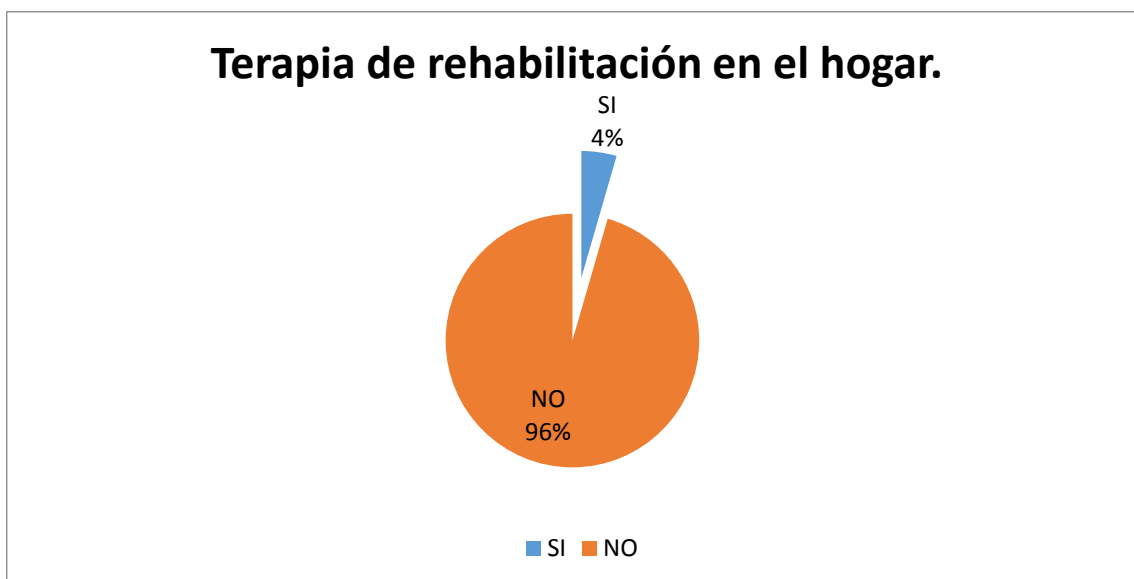
Pregunta # 7

¿El enfermo de alzhéimer, recibe terapia de rehabilitación, lenguaje, física y orientación?

Personas cuidadas en el hogar

Datos	%	Encuestados
SI	4	7
NO	96	149
Total	100	156

Gráfico 11. Terapia de rehabilitación en el hogar.

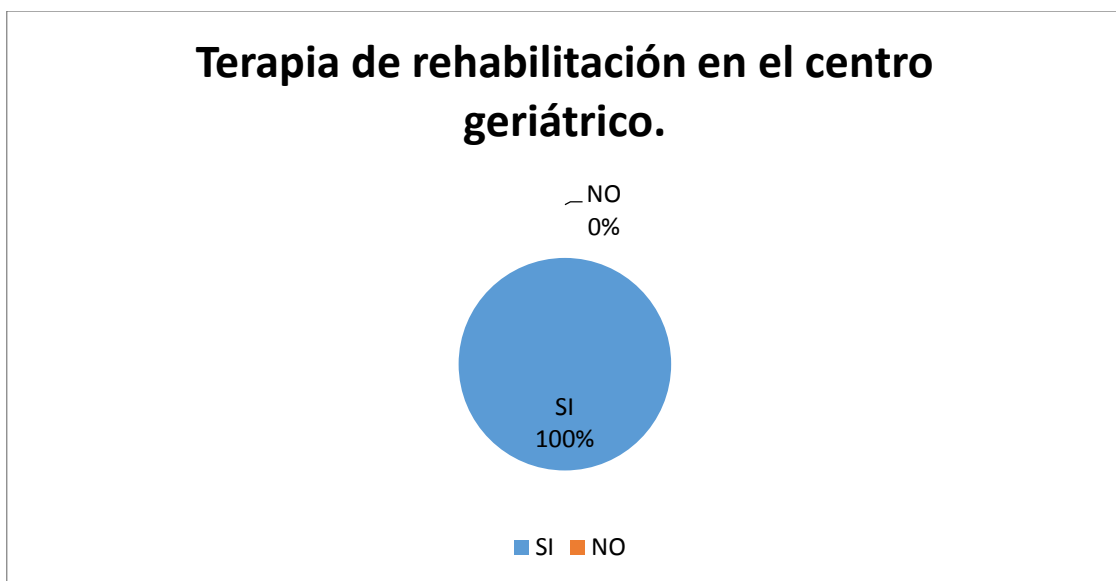


Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Personas cuidadas en un centro geriátrico

Datos	%	Encuestados
SI	100	99
NO	0	0
Total	100	99

Gráfico 12. Terapia de rehabilitación en el centro geriátrico.



Elaborado por: El autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

El mayor porcentaje de los resultados, el 96% se ve reflejado en que las personas que son atendidos en los hogares, no reciben ninguna clase de terapia, ya sea por el factor tiempo o por la dificultad de moverse del enfermo, y el costo que implica llevar al profesional a casa, mientras que 100% de las personas que son atendidos en los centros reciben sus terapias, que les ayuda a la integración social y familiar, ya que el enfermo se encuentra activo y no abandonado en una silla o cama.

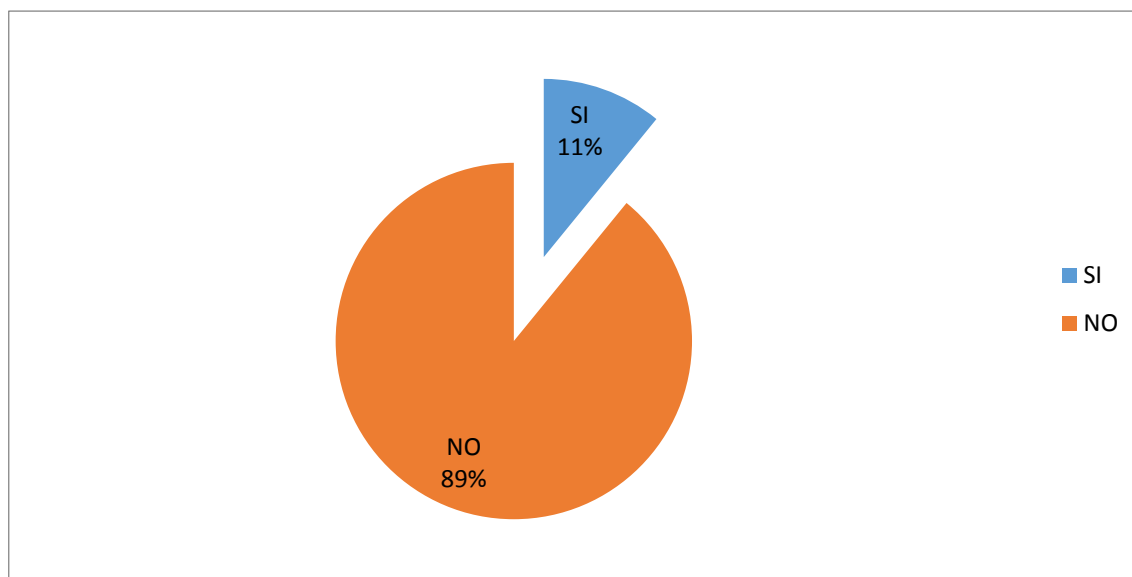
Pregunta # 8

¿El enfermo de Alzheimer es evaluado por un Psicólogo?

Personas cuidadas en el hogar.

Datos	%	Encuestados
SI	11	17
NO	89	139
Total	100	156

Gráfico 13. Enfermo evaluado por un psicólogo en el hogar.



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Personas cuidadas en un centro geriátrico

Datos	%	Encuestados
SI	100	99
NO	0	0
Total	100	99

Gráfico 14. Enfermo evaluado por un psicólogo en el centro geriátrico.



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

El 89% de las personas que son atendidos en los hogares, no reciben atención psicológica, que en la primera etapa es muy importante para que el enfermo y el familiar comprendan y acepten la enfermedad, se pudo constatar que la falta de conocimiento, hacen que las personas no busquen ayuda profesional para que la carga sea más liviana, mientras que 100% de las personas que son atendidos en los centros reciben una atención psicológica porque comprenden la importancia de aceptar la enfermedad y esto ayuda a que el enfermo esté predispuesto a participar de las actividades que se realizan en el centro.

Pregunta # 9

¿Se siente satisfecha con los cuidados que recibe su enfermo de alzhéimer?

Personas cuidadas en el hogar.

Datos	%	Encuestados
SI	24	37
NO	76	119
Total	100	156

Gráfico 15. % de satisfacción con los cuidados en el hogar.

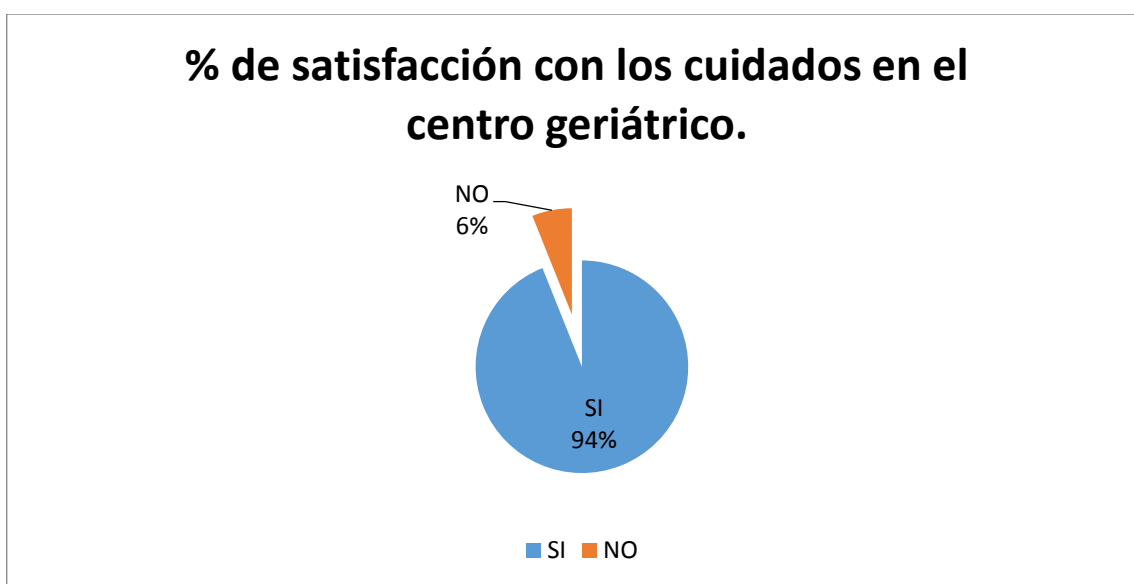


Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Personas cuidadas en un centro geriátrico

Datos	%	Encuestados
SI	94	93
NO	6	6
Total	100	99

Gráfico 16. % de satisfacción con los cuidados en el centro geriátrico.



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

Se puede observar que el 78% de las personas que tienen un enfermo de Alzheimer, en casa no se sienten satisfechas con el cuidado que recibe, porque sienten que ellos deben recibir otra clase de atención, y muchas veces el cansancio que conlleva cuidar al enfermo, hace que lo traten de forma grosera exigiéndole algo que el enfermo ya no puede realizar. Mientras que el 94% de los familiares de enfermos de Alzheimer se sienten satisfechos con todas las atenciones que reciben en el centro.

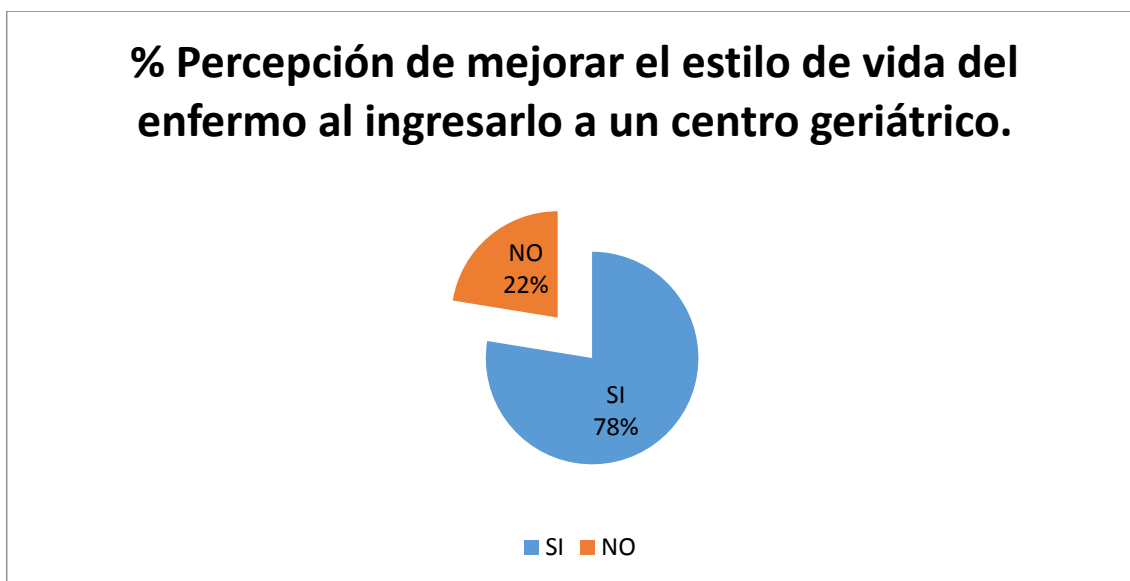
Pregunta # 10

¿Considera usted, que al ingresar a su enfermo de alzhéimer a un centro geriátrico, mejoraría el estilo de vida de su familiar y el suyo, al recibir los servicios mencionados en las preguntas planteadas?

Personas cuidadas en el hogar.

Datos	%	Encuestados
SI	78	121
NO	22	35
Total	100	156

Gráfico 17. Percepción de mejorar el estilo de vida del enfermo al ingresarlo a un centro geriátrico.



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

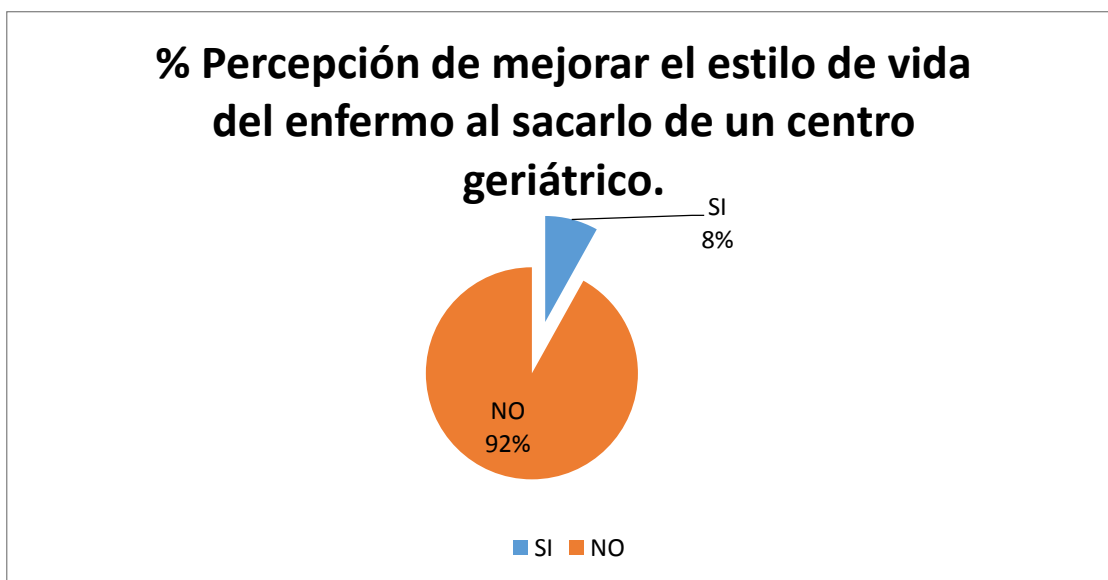
El 78% de las familias que tienen un enfermo de Alzheimer, nos indicó que les gustaría llevar a su familiar a un centro geriátrico, pero no tienen conocimiento de donde podrían llevarlos, ya que han consultado en centros y fundaciones y les han indicado que no reciben a personas con alzhéimer.

Personas cuidadas en un centro geriátrico

¿Considera usted, que mejoraría el estilo de vida de su familiar y el suyo al atenderlo en su hogar?

Datos	%	Encuestados
SI	8	8
NO	92	91
Total	100	99

Gráfico 18. Percepción de mejorar el estilo de vida del enfermo al sacarlo de un centro geriátrico.



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

El 92% de las familias que tienen un enfermo de alzhéimer y reciben los cuidados del centro geriátrico, no llevarían a su familiar al hogar, porque ellos no tienen los conocimientos de cómo realizar las actividades que se realizan en los centros y cambiarían el estilo de vida para empeorar en vez de mejorar.

Análisis de gestión de los servicios que brindan los centros geriátricos a los adultos mayores con demencia senil tipo Alzheimer en la ciudad de Guayaquil

4.2 ENCUESTAS REALIZADAS A LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.

A continuación mencionaremos los centros correspondientes al sector público y privado más conocidos en la ciudad de Guayaquil,

CENTROS GERIÁTRICOS	HORARIOS DE ATENCION	DIRECCION
CANITAS ALEGRES 1	CENTRO DIURNO	SUR: COOP. SEGUNDO RAMOS MZ: 34, SL: 10
"CANITAS ALEGRES"-2	CENTRO DIURNO	SUR: COOPERATIVA BATALLA DE TARQUI MZ: 39 SOLAR 1
CENTRO DIURNO	CENTRO DIURNO	SUR: COOP. 25 DE ENERO MZ 96 SL 60
CENTRO DE ATENCION DIURNA EL BUEN VIVIR NURTAC - SUBURBIO	CENTRO DIURNO	SUR: CALLE "A" ENTRE LA 44 Y 45
CENTRO DE ATENCION DIURNA EL BUEN VIVIR NURTAC - CENTRO	CENTRO DIURNO	CENTRO: AYACUCHO Y AV. QUITO
CENTRO DE ATENCION DIURNA EL BUEN VIVIR NURTAC - ISLA TRINITARIA	CENTRO DIURNO	SUR: DIURNO ISLA TRINITARIA COOP. INDEPENDENCIA 1 MZ 272
FUNDACION CLEMENCIA	CASA HOGAR	NORTE: AV. PERIMETRAL KM. 26 Y AV. HONORATO VASQUEZ
CENTRO GERONTOLOGICO MUNICIPAL DR.ARSenio DE LA TORRE MARCILLO	CENTRO DIURNO	NORTE: AV. CARLOS JULIO AROSEMENA MZ 001, SOLAR 41
HOGAR ESPERANZA 2	CASA HOGAR	NORTE: SAMANES 5
FUNDACION ARBOL DE LOS SUEÑOS	CENTRO DIURNO	CIRCUNVALACION NORTE Y CALLE NORTE
FUNDACION GUAYAQUIL TERCERA EDAD	CENTRO DIURNO	NORTE: CERROS DE URDESA

Fuente: Inec, Mies.

Pregunta # 1

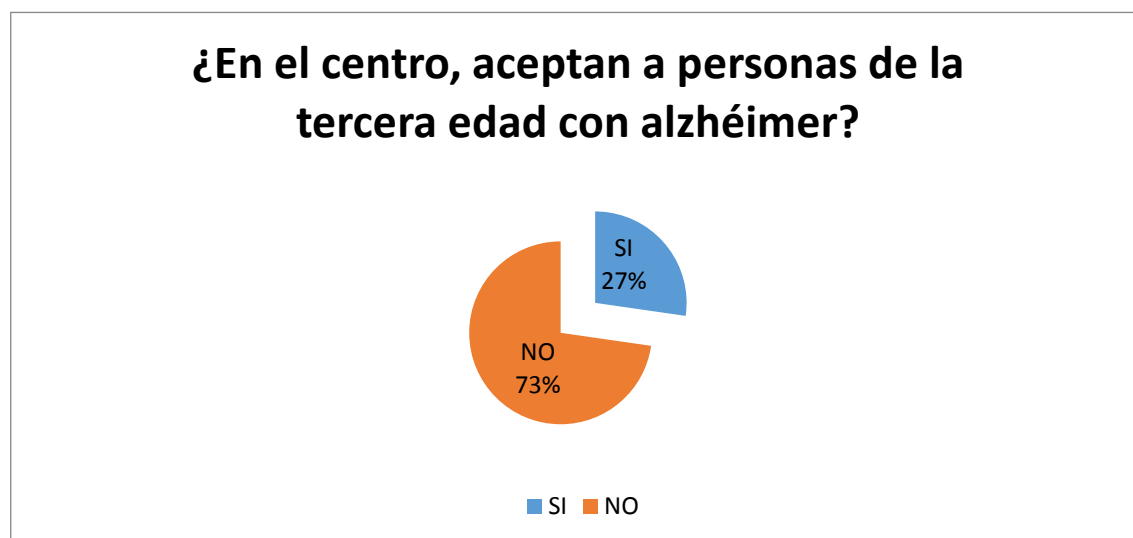
¿En el centro, aceptan a personas de la tercera edad con alzhéimer?

Datos	%	Encuestados
SI	27	2
NO	73	8
Total	100	11

Si su respuesta es Sí, continúe con la pregunta # 3

Si su respuesta es No, continúe con la encuesta.

Gráfico 19. ¿En el centro, aceptan a personas de la tercera edad con alzhéimer?



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

El 73% de los centros encuestados, no aceptan el ingreso de adultos mayores con alzhéimer, vs el 27% de centros que si permiten el ingreso de adultos mayores con Alzheimer, este porcentaje está representado por los centros Hogar Esperanza 2, Fundación Guayaquil tercera edad y Fundación Clemencia, cabe mencionar que los centros administrados por el MIES, sólo

Análisis de gestión de los servicios que brindan los centros geriátricos a los adultos mayores con demencia senil tipo Alzheimer en la ciudad de Guayaquil

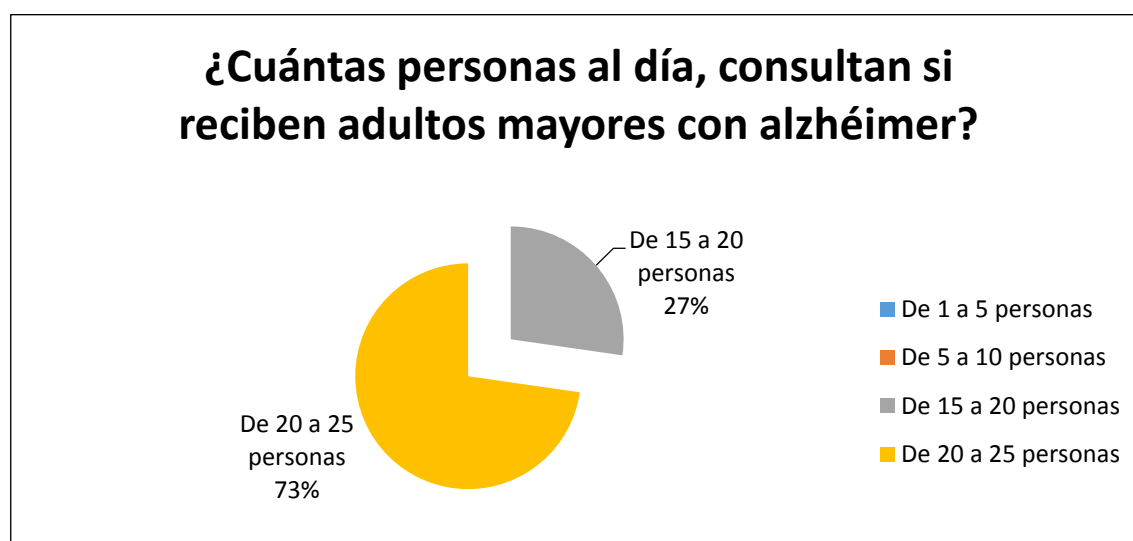
aceptan a personas de escasos recursos económicos, adultos abandonados en hospitales y calles de Guayaquil, (Fundación Clemencia).

Pregunta # 2

¿Cuántas personas al día, consultan si reciben adultos mayores con alzhéimer?

Datos	%	Encuestados
De 1 a 5 personas	0	0
De 5 a 10 personas	0	0
De 15 a 20 personas	27	3
De 20 a 25 personas	73	8
Total	100	11

Gráfico 20. ¿Cuántas personas al día, consultan si reciben adultos mayores con alzhéimer?



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

El gráfico muestra que el 73 % de los centros que no aceptan el ingreso de personas adultas mayores, reciben un promedio de 20 a 25 personas a diario para consultar si aceptan el ingreso de una persona con Alzheimer y el

27% de los centros reciben un promedio de 15 a 20 personas a diario para consultar si reciben a personas con Alzheimer. Estos porcentajes representan los centros administrados por MIES, el centro gerontológico Dr. Arsenio de la Torre Marcillo y fundación Árbol de los sueños.

Pregunta # 3

¿El centro tiene programas de Animación, motivación, que ayudan al adulto mayor a la integración social?

Datos	%	Encuestados
SI	100	11
NO	0	0
Total	100	11

Gráfico 21. ¿El centro tiene programas de Animación, motivación, que ayudan al adulto mayor a la integración social?



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

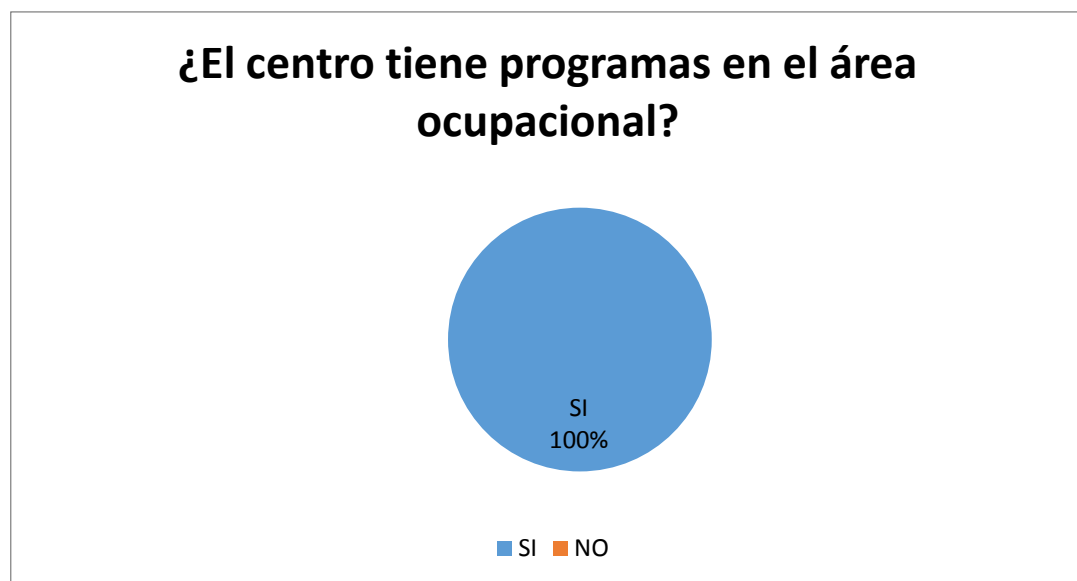
Todos los centro geriátricos de la ciudad de Guayaquil, representado por el 100% en el gráfico anterior, tienen programas que ayudan al adulto a la Integración Social.

Pregunta# 4

¿El centro tiene programas en el área ocupacional?

Datos	%	Encuestados
SI	100	11
NO	0	0
Total	100	11

Gráfico 22. ¿El centro tiene programas en el área ocupacional?



Elaborado por: El autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

El gráfico nos muestra que el 100% de los centros geriátricos, es decir todos los centros cuentan con programas de terapia ocupacional.

Pregunta # 5

¿El Centro realiza actividades recreativas?

Datos	%	Encuestados
SI	100	11
NO	0	0
Total	100	11

Gráfico 23. ¿El Centro realiza actividades recreativas?



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

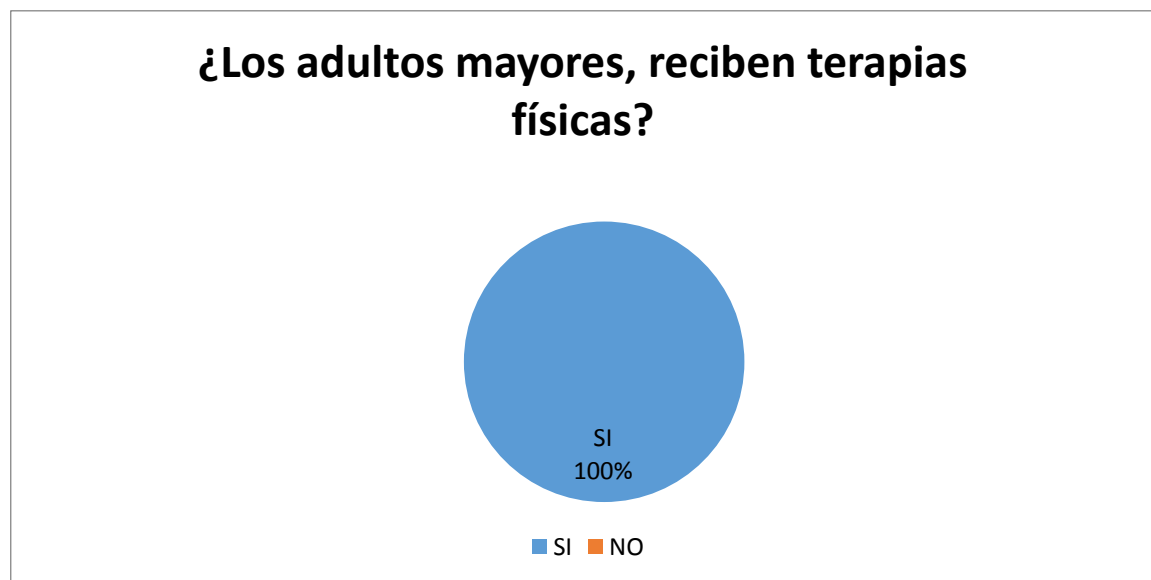
Todos los centros geriátricos de la ciudad de Guayaquil, de acuerdo a encuesta realizada, dentro de sus programas desarrollan actividades recreativas con los adultos mayores y sus familiares, esto lo demuestra la gráfica representando el 100% de las respuestas positivas.

Pregunta # 6

¿Los adultos mayores, reciben terapias físicas?

Datos	%	Encuestados
SI	100	11
NO	0	0
Total	100	11

Gráfico 24. ¿Los adultos mayores, reciben terapias físicas?



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

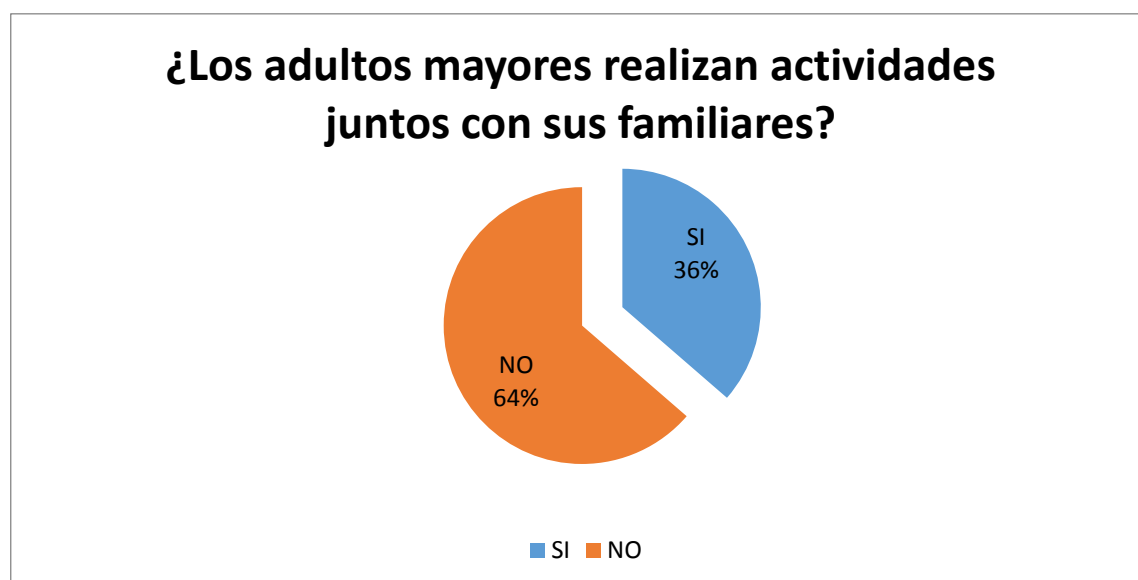
La tabulación de datos de las encuestas, nos demuestra que el 100% de los centros, es decir todos los centros encuestados brindan el servicio de terapia física a los adultos mayores.

Pregunta # 7

¿Los adultos mayores realizan actividades juntos con sus familiares?

Datos	%	Encuestados
SI	36	4
NO	64	7
Total	100	11

Gráfico 25. ¿Los adultos mayores realizan actividades juntos con sus familiares?



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

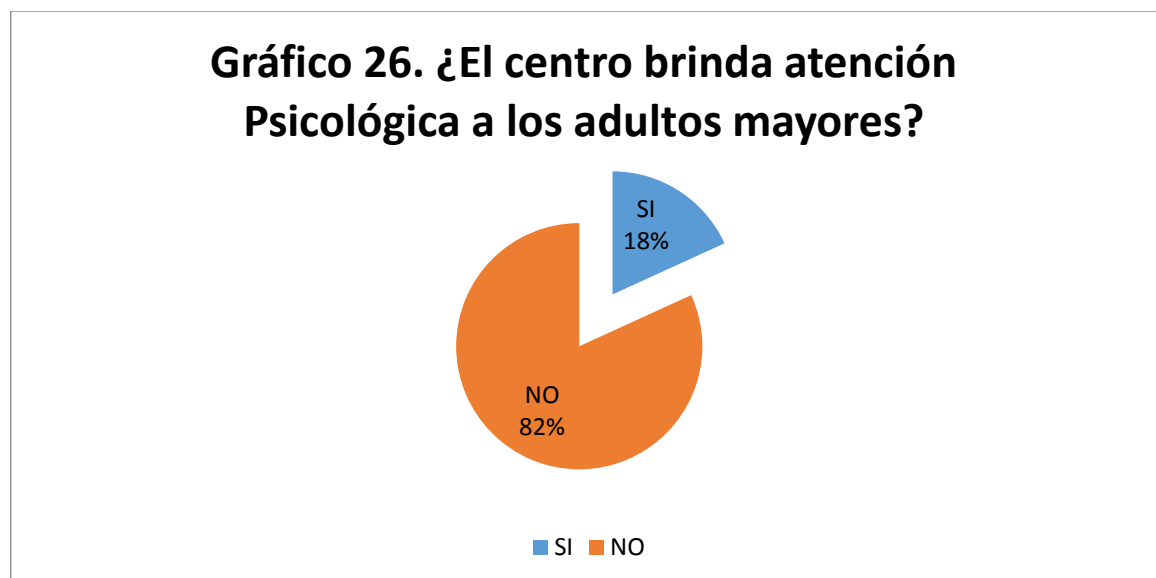
Observamos en el gráfico, el 64% de los centros representados por los que son administrados por el MIES, no involucran a los familiares en las actividades recreativas, mientras que el 36% representado por, Hogar esperanza 2, Fundación Guayaquil tercera edad, centro gerontológico Dr. Arsenio de la Torre y Árbol de los sueños, si realizan actividades juntos con los familiares como programa de integración, para mejorar la relación entre las familias.

Pregunta # 8

¿El centro brinda atención Psicológica a los adultos mayores?

Datos	%	Encuestados
SI	1	2
NO	6	9
Total	7	11

Gráfico 26. ¿El centro brinda atención Psicológica a los adultos mayores?



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

El centro gerontológico Dr. Arsenio de la Torre y el Hogar Esperanza 2, representado por el 18% en el gráfico, brindan atención psicológica a los adultos mayores, mientras que el resto de los centros representado por 82% no brindan atención Psicológica a sus usuarios.

Pregunta # 9

¿El centro cuenta con un programa de nutrición y servicio de comedor a los adultos mayores?

Datos	%	Encuestados
SI	18	2
NO	82	9
Total	100	11

Gráfico 27. ¿El centro cuenta con un programa de nutrición y servicio de comedor a los adultos mayores?



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

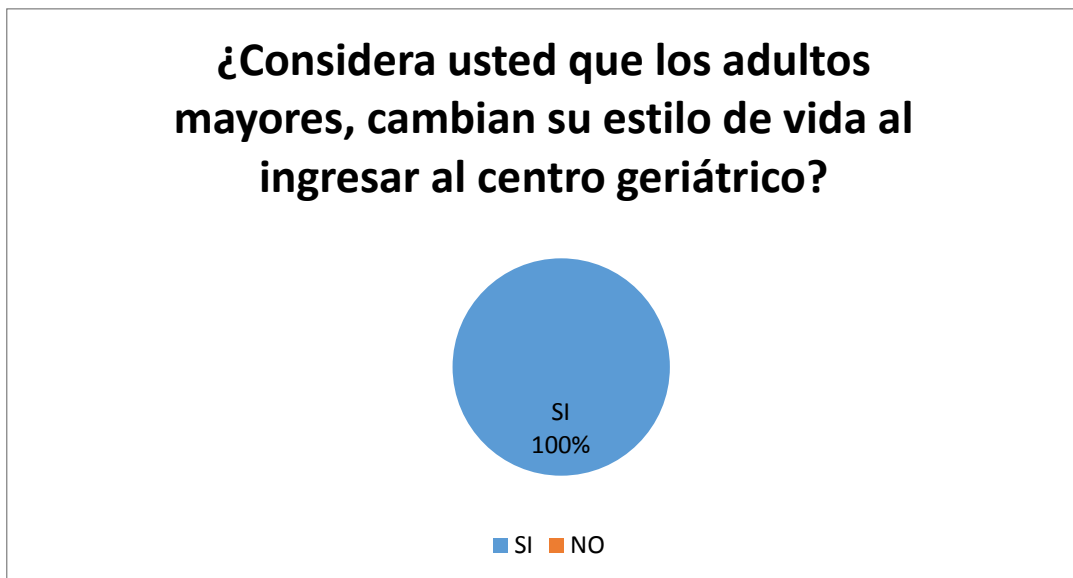
Según los resultados obtenidos, el gráfico muestra un 18% de centros que brindan servicio de nutrición y comedor, estos centros son Hogar Esperanza 2 y Fundación Clemencia, donde llevan el control de una dieta establecida por un profesional, mientras que el 82% representados por los otros centros, a pesar de tener un área de comedor, no brindan el servicio de alimentación, y a pesar que los centros del MIES brindan un refrigerio que consiste en una galleta y coladas o leche, no brindan el servicio de nutrición.

Pregunta # 10

¿Considera usted que los adultos mayores, cambian su estilo de vida al ingresar al centro geriátrico?

Datos	%	Encuestados
SI	100	11
NO	0	0
Total	100	11

Gráfico 28. ¿Considera usted que los adultos mayores, cambian su estilo de vida al ingresar al centro geriátrico?



Elaborado por: El Autor
Fuente: Investigación de Campo

Análisis.

Los centros geriátricos encuestados concordaron, 100% resultados positivos, que el adulto mayor cambia su estilo de vida al ingresar a los centros geriátricos, porque desarrollan actividades que no lo hacen en casa, se sienten útiles, y con ganas de trabajar.

4.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Una vez planteada la hipótesis, al realizar un análisis comparativo de la gestión que brindan los centros geriátricos, se logrará mejorar el estilo de vida, de las personas de la tercera edad con demencia senil tipo alzhéimer, creando un ambiente de seguridad, confianza y bienestar, en el paciente y su familia, al conocer cuáles son los centros geriátricos que pueden acudir según los servicios que presten, se da por comprobada y aceptada esta hipótesis como verdadera, y se lo puede demostrar en el grafico 6 donde el 95% de los Enfermos de Alzheimer que se encuentran asistiendo a un centro geriátrico lleva una alimentación adecuada, el grafico 12 comprueba que el 100% recibe sus terapias de rehabilitación, lenguaje, física y orientación, en el grafico 14 se observa que el 100% de los enfermos de Alzheimer es evaluado por un psicólogo, y las familias consideran que esta mejor cuidado en una centro geriátrico que en el hogar de acuerdo al grafico 18 con un 92% que contestó que mejoró su estilo de vida familiar y del enfermo.

CAPÍTULO 5

5. PROPUESTA

5.1 TEMA

Programas Dirigidos a personas que sufren la enfermedad de Alzheimer, y familiares o cuidadores en los centros Geriátricos de la ciudad de Guayaquil.

5.2 PRESENTACIÓN

El presente documento sistematiza los resultados obtenidos de la pre investigación para la implementación de un programa de servicios dirigidos a las personas que sufren la enfermedad de Alzheimer y para los familiares o cuidadores de los centros Geriátricos de la ciudad de Guayaquil, solicitada por la Directora del Ministerio de Inclusión Económica y Social distrito Guayaquil. El documento que presenta, los servicios que necesitan recibir los enfermos de Alzheimer, familiares y/o cuidadores que se pueden incluir en los programas de los centros geriátricos de la ciudad de Guayaquil.

5.3 OBJETIVO DE LA PROPUESTA

5.3.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un programa de servicios para las personas adultas mayores con demencia senil tipo Alzheimer, familiares y/o cuidadores, para los centros geriátricos del MIES de la ciudad de Guayaquil.

5.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Definir los servicios que se deben ofrecer a los enfermos de alzhéimer.
- Definir los servicios que deben ofrecer a los familiares y/o cuidadores de personas con demencia senil tipo Alzheimer.

5.4 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.

Actualmente cuando se presentan en los centros geriátricos del MIES, adultos mayores con demencia senil tipo Alzheimer, ellos no son aceptados, porque existe la falta de conocimiento que los servicios prestados como: Terapia ocupacional, ejercicios de motricidad, juegos para la mente y actividades sociales que realizan, también las puede recibir un enfermo de Alzheimer en la etapa inicial de la enfermedad y lograr retrasar la enfermedad.

La Constitución de la República del Ecuador, referente a las personas adultas mayores, nos indica lo siguiente:

Artículo 3.- Deberes Primordiales del Estado. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Artículo 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de la libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos y privados. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia sexual y doméstica, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El estado prestara especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Artículo 36.- Las personas adultos mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica y protección contra la violencia. Se consideran personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Artículo 37.- El estado garantizará a las personas adultos mayores los siguientes derechos:

- La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

Artículo 38.- El estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, la inequidad de géneros, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; así mismo fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el estado tomara medidas de:

- Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación, y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogidas para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
- Desarrollos de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
- Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.
- Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas espirituales.
- Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados, y todo tipo de emergencia.
- Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
- Adecuada asistencia económica y psicológica que garanticen su estabilidad física y mental.

5.5 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA.

Basados en los artículos de la constitución del Ecuador, donde el estado garantiza la atención a las personas adultas mayores, detallamos la propuesta realizada.

Ilustración 5. Propuesta de servicios

s e r v i c i o s	Dirigidos a las personas que sufren la enfermedad de Alzheimer	Programas de atención Diurna Programas de ayuda a domicilio Programas de adaptación de vivienda Programas de Voluntariado Bolsa de Trabajo
	Dirigidos a los familiares y/o cuidadores	Información Formación Apoyo

5.5.1 SERVICIOS DIRIGIDOS A LAS PERSONAS QUE SUFREN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Los servicios dirigidos a las personas que sufren la enfermedad de Alzheimer, normalmente se prestan en el marco de los siguientes programas:

Programas de Atención Diurna.

Los centros geriátricos realizan talleres de terapia cognitiva, ocupacional, actividades de psicomotricidad, fisioterapia, actividades de la vida diaria, etc. Estos programas son basados en las técnicas de estimulación cognitivas desarrollados en los horarios específicos, son la mejor herramienta para frenar el avance de la enfermedad.

Programas de ayuda domiciliaria.

Personal especializado se desplaza hasta el domicilio de la persona que sufre Alzheimer, cubriendo durante una hora las necesidades de atención, ofreciendo un trato profesional, el tiempo que el cuidador principal puede descansar. Además de estas tareas básicas, se pueden desarrollar programas de estimulación cognitivas en el propio domicilio del Alzheimer, esto sería aplicable a las personas que se encuentran en la etapa final de la enfermedad.

Programas de Adaptación de Vivienda.

El MIES, ya cuenta con un programa donde se distribuyen algunas ayudas técnicas para los discapacitados, en este programa se pueden incluir a las personas con demencia senil tipo Alzheimer, que necesitan sillas para ducha, sillas de ruedas, colchones y cojines anti ácaros, para realizar actividades de la vida diaria, y que por su elevado costo, no están al alcance de las economías más frágiles

Programas de Voluntariados.

El MIES, cuenta con un preparado cuerpo de voluntariado que prestan sus servicios, participando en la distribución de muebles y equipos para las personas necesitadas, con este grupo de personas se pueden realizar campañas de sensibilización y divulgación, de la enfermedad y de sus necesidades, para que las personas conozcan cómo detectar los centros donde pueden recurrir para mejorar el estilo de vida del enfermo y del familiar o cuidador.

Bolsa de Trabajo.

Al implementar estos programas, se incrementará la bolsa de trabajo, para aquellas personas con preparación relacionada, interesada en apoyar profesionalmente la actividad de cuidado y atención a las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer.

5.5.2 SERVICIOS DIRIGIDOS A LOS FAMILIARES Y/O CUIDADORES DE LAS PERSONAS QUE SUFREN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

En la actualidad, los familiares y/o cuidadores no disponen de un lugar donde recurrir si un familiar es diagnosticado con la enfermedad de alzheimer, por tal motivo se incluye en el programa los siguientes servicios.

Atención de Información.

Los centros geriátricos tendrán la responsabilidad de proporcionar información, orientación y asesoramiento al familiar sobre la enfermedad, sobre su evolución, sobre su repercusión que va a tener en la familia, sobre las dificultades a las que va a tener que hacer frente, a la existencia de recursos comunitarios, a las políticas de ayudas existentes y a los criterios exigidos para poder acceder a ellas, y a que existen otras personas en situación similar.

Además deben orientar y en su caso ayudar de manera activa a la familia en todo lo relacionado con la realización de los trámites pertinentes para facilitar el acceso tanto del enfermo como de la familia a los recursos y prestaciones de los centros médicos, procurando que esta tarea sea lo menos traumática posible para el familiar encargado.

Establecer un plan de seguimiento familiar orientado a valorar la convivencia con la enfermedad, a anticiparse a la aparición de problemas y/o dificultades cuya implementación puede ser permanente o muy prolongada en el tiempo, plantear la incorporación o acceso a la familia y en especial del cuidador principal a programas específicamente adaptados a las necesidades que con el tiempo vaya presentando.

Atención de Formación.

Realizar un espacio a la formación de los cuidadores, que les permita adquirir nuevos conocimientos, habilidades y destrezas para encarar la

enfermedad y su papel activo frente a ella de la mejor manera posible. En concreto debería formar en:

Acercamiento, ampliación o profundización en el conocimiento de la enfermedad, incidiendo de manera especial en aquellos aspectos que más vinculación puedan tener con el papel del familiar como cuidador.

Conocimiento y adquisición de habilidades y destrezas básicas, suficientes y necesarias para poder atender convenientemente al familiar enfermo en el marco del domicilio.

Atención de Apoyo.

Conforme va pasando la enfermedad y se fortalecen los lazos de dependencia entre el enfermo y el cuidador, los síntomas que este va presentando van adquiriendo otra dimensión que requieren o exigen otro tipo de atenciones especializadas, que los centros geriátricos deben ofrecer en los programas de apoyo a las familias.

En concreto, los programas de apoyo familiar desde los que atienden las necesidades de toda índole que la familia va planteando, y con una muy especial atención a aquellas relacionadas con los problemas psico-sociales que se sintuan en la base del síndrome del cuidador quemado. Para ello, ponen a disposición de las familias planes de apoyo psicológico dirigido a ofrecer la ayuda necesaria para facilitar la convivencia con la enfermedad y conciliarla (o por lo menos tratar de conciliarla) con la vida personal de los miembros de la familia. Dependiendo de cada caso, habría que adaptar las siguientes metodologías:

- Sesiones de terapia individual, a desarrollar en momentos muy concretos de crisis del cuidador y dirigidas a prestar el apoyo psicológico que cada caso plantee.

- Sesiones de terapia familiar, con la participación de todos los miembros de la familia de la unidad familiar, dirigidas a intentar facilitar la convivencia entre ellos y la enfermedad.
- Sesiones de terapia grupal, fomentando el contacto y el intercambio de opiniones entre cuidadores de distintas familias que comparten el mismo vínculo de la enfermedad.

En relación con lo anterior, y en especial a las sesiones de terapia grupal lo que se espera y se estimula es la constitución de grupos de autoayuda o de apoyo mutuo, sin la finalidad de convertirse en un grupo de terapia, sino hacerlo con la finalidad de que sea un punto de encuentro en el que los familiares que participan puedan proceder a compartir problemas similares en un clima que facilite la expresión y sobretodo el desahogo de estas personas, ya que en muchos casos los familiares somos los que mejor saben cuidar.

Los programas de intervención social y de apoyo familiar son positivos y eficaces, en cuanto a la secuencia de su objetivo, por lo que se debe trabajar en conjunto con los siguientes programas.

Programa de mediación familiar para la resolución de conflictos, que van surgiendo en la unidad familiar conforme avanza la enfermedad y se multiplican, en consecuencia, los cuidados necesarios que deben aportar, así como el reparto y asunción de responsabilidades.

Dado lo íntimo del ámbito en que estos conflictos pueden surgir (en el seno de la familia), los programas de mediación son ante todo voluntarios, es decir han de ser requeridos por las propias familias, y por lo tanto, no forman parte de una programación estandarizada, están orientados a los siguientes puntos:

Tomar decisiones en momentos críticos.

- Decidir sobre aspectos legales
- Establecer una clara distribución de responsabilidades.

- Afrontar posibles conflictos personales tratando de superarlos.
- Afrontar el desenlace final y tomar las decisiones pertinentes.

La idoneidad de los programas de mediación viene dada por la dificultades que atraviesa el familiar, afrontar la enfermedad sin caer en la resignación de no poder compatibilizarla con la vida personal de sus miembros, por la necesidad de compartir responsabilidades (descargando en parte al cuidador familiar).

5.6 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD DE LA PROPUESTA.

Análisis de gestión de los servicios que brindan los centros geriátricos a los adultos mayores con demencia senil tipo Alzheimer en la ciudad de Guayaquil

Cuadro de gastos proyectados implementando los servicios para Enfermos de Alzheimer								
Detalle	Inversion Inicial 2014	ene-15	feb-15	mar-15	abr-15	may-15	Incremento %	Costo del Incremento
Gastos del local								
Alquiler de Local		\$ 1.000,00	\$ 1.000,00	\$ 1.000,00	\$ 1.000,00	\$ 1.000,00	0%	\$ 1.000,00
Mantenimiento de Local		\$ 100,00	\$ 100,00	\$ 100,00	\$ 100,00	\$ 100,00	0%	\$ 100,00
Servicios Basicos								
Agua		\$ 27,00	\$ 32,00	\$ 21,00	\$ 29,00	\$ 35,00	0%	\$ 35,00
Luz		\$ 37,00	\$ 35,00	\$ 31,00	\$ 35,00	\$ 39,00	0%	\$ 39,00
Telefono		\$ 21,00	\$ 19,00	\$ 25,00	\$ 23,00	\$ 17,00	0%	\$ 17,00
Internet		\$ 30,00	\$ 30,00	\$ 30,00	\$ 30,00	\$ 30,00	0%	\$ 30,00
Muebles y Equipos								
Sillas	\$ 1.050,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	0%	\$ 0,00
Mesas	\$ 1.410,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	0%	\$ 0,00
Equipos de computacion	\$ 1.281,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	0%	\$ 0,00
Equipos de sonido		\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 150,00	\$ 0,00	\$ 0,00	0%	\$ 0,00
Materiales								
Materiales de trabajo		\$ 1.200,00	\$ 1.000,00	\$ 1.300,00	\$ 900,00	\$ 1.150,00	30%	\$ 1.560,00
Sueldos								
Directora del Centro (1)		\$ 900,00	\$ 900,00	\$ 900,00	\$ 900,00	\$ 900,00	0%	\$ 900,00
Terapia ocupacional		\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	0%	\$ 600,00
Terapia ocupacional		\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	0%	\$ 600,00
Terapia ocupacional		\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	0%	\$ 600,00
Terapia fisica		\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	0%	\$ 600,00
Terapia fisica		\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	0%	\$ 600,00
Terapia fisica		\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	0%	\$ 600,00
Profesor de baile		\$ 400,00	\$ 400,00	\$ 400,00	\$ 400,00	\$ 400,00	0%	\$ 400,00
Limpieza y Mantenimiento		\$ 400,00	\$ 400,00	\$ 400,00	\$ 400,00	\$ 400,00	0%	\$ 400,00
Inversion								
Psicologo Clinico		\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	100%	\$ 700,00
Lideres Comunitarios		\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	100%	\$ 500,00
Totales		\$ 7.715,00	\$ 7.516,00	\$ 7.957,00	\$ 7.417,00	\$ 7.671,00	21%	\$ 9.281,00

Tabla 3. Costos Inclusión de personas adultos mayores con demencia senil tipo Alzheimer

Fuente: MIES

El costo del proyecto de Inclusión de personas adultas mayores con demencia senil tipo Alzheimer, para cada centro administrado por el MIES es del 21%, ya que como se observa en el gráfico, los costos fijo se mantienen, y se agrega el costo del profesional en Psicología, materiales de trabajo que utilizan los adultos mayores en sus actividades y el costo del líder comunitario.

5.7 IMPACTO SOCIAL DE LA PROPUESTA.

Incluir los programas de servicios para enfermos de Alzheimer y familiares y/o cuidadores, tendrá un impacto social positivo ya que muchas personas con esta enfermedad se encuentran en la actualidad sin poder ser atendidas, creando un ambiente de inseguridad y de inestabilidad al enfermo y a su entorno familiar, ya que no tienen los recursos económicos para asistir a los centros geriátricos privados.

Con esta propuesta lograremos mejorar el estilo de vida del adulto mayor, al recibir los servicios que necesitan en cada etapa de la enfermedad, junto con la del familiar y/o cuidador (recordando que el enfermo de Alzheimer se vuelven dependiente del cuidador), ya que va a estar orientado con los programas destinados para ellos en cada centro geriátrico de Guayaquil.

CONCLUSIONES

El desarrollo del presente trabajo permite establecer varias conclusiones, las mismas que están realizadas en base al cumplimiento de los objetivos de la Investigación:

- El 61% de las familias encuestadas tiene un familiar con Alzheimer, de este significativo grupo el 58% de personas reciben los cuidados en el hogar y solo el 39% recibe los servicios de un centro geriátrico.
- Se realizó una comparación de los servicios que reciben un enfermo de Alzheimer en el hogar vs los servicios que reciben en un centro geriátrico, donde se determinó que el 39% de los enfermos de Alzheimer y su familia, cambió su estilo de vida al recibir los servicios que brindan los centros geriátricos como: terapias física, terapia de lenguaje, terapia ocupacional, atención psicológica y control de higiene personal.
- Existen centros geriátricos en diferentes zonas de la ciudad de Guayaquil, la mayoría de los centros no permiten el ingreso de adultos mayores con Alzheimer, esta información ayudó a determinar la falta de centros con atención para adultos mayores con Alzheimer.
- Al realizar un análisis de los servicios que brindan los centros geriátricos de la ciudad de Guayaquil, se logró determinar, que son los mismos servicios que deben recibir los adultos mayores con Alzheimer en su primera etapa de la enfermedad.
- El Alzheimer, es una enfermedad neurodegenerativa, que se manifiesta como el deterioro cognitivo y trastornos conductuales, es incurable y terminal. El Impacto social que genera es tan fuerte por su carácter irreversible, al convertirse el enfermo en una carga para toda la familia.

RECOMENDACIONES

A largo del proyecto se ha expuesto, los cambios de comportamiento que sufren las personas de la tercera edad con demencia senil tipo alzhéimer, detallando las etapas y fases que se desarrollan en la enfermedad y lo más importante, se presentó las necesidades que tienen las personas y sus familiares, ya que la enfermedad afecta e involucra a la familia completa.

Por tal motivo se realizan las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda a las familias que tienen un enfermo de Alzheimer, buscar información necesaria con su doctor de cabecera, libros, páginas de internet, experiencia de otras personas, para que puedan detectar a tiempo las etapas de la enfermedad y brindar los servicios que necesitan recibir sus familiares.
- Buscar en la ciudad, centros geriátricos que permitan el ingreso de los enfermos de Alzheimer, para que puedan recibir los cuidados y servicios necesarios y la carga sea más liviana.
- Se sugirió a la directora del MIES, evaluar las atenciones que brindan en los centros geriátricos, ya que estos servicios son de gran ayuda en la primera etapa de la enfermedad de Alzheimer, para que puedan ayudar a las personas de escasos recursos económicos que tienen un familiar con esta enfermedad. Incluir en el plan del buen vivir, creación de centros gerontológicos que puedan brindar servicios a lo largo de la enfermedad de Alzheimer, para mejorar el estilo de vida de una familia entera.
- Se recomienda realizar un estudio de factibilidad de creación de centros geriátricos para enfermos de Alzheimer, ya que existe una necesidad latente de existencia de estos centros.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

Academic Encyclopedia Universal. (2012). Obtenido de http://enciclopedia_universal.esacademic.com/25029/Gran_Salto_Adelante#sel

Arce, L. (21 de Julio de 2013). *El Diario Internacional*. Obtenido de <http://www.eldiariointernacional.com/spip.php?article3714>

Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador de 2007. (2008). *Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador de 2007*. Montecristi. Obtenido de http://cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/02/constitucion_mreci.pdf

Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. (2008). *Constitución del Ecuador*. Obtenido de <http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Constitucion.pdf>

Banco Central del Ecuador. (2014). Obtenido de <http://contenido.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/SectorExterno/BalanzaPagos/balanzaComercial/ebc201401.pdf>

Boston University. (2013). *Inter-American Dialogue*. Obtenido de http://www.thedialogue.org/map_list

cepal. (s.f.).

CEPAL. (2014). *Balance Económico Actualizado de América Latina y el Caribe 2013*. Obtenido de http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/52697/P52697.xml&xsl=/publicaciones/ficha.xsl&base=/publicaciones/top_publicaciones.xslt#

Análisis de gestión de los servicios que brindan los centros geriátricos a los adultos mayores con demencia senil tipo Alzheimer en la ciudad de Guayaquil

Comercio y Aduanas. (2014-2015). *Comercio y Aduanas*. Obtenido de <http://www.comercioyaduanas.com.mx/comercioexterior/comercioexterioraduanas/113-que-es-comercio-internacional>

Consejo Nacional de Electricidad. (2014). *CONELEC*. Obtenido de http://www.conelec.gob.ec/enlaces_externos.php?l=1&cd_menu=4227

Contrastes Grupo de Investigación. (7 de Febrero de 2009). Obtenido de <http://contrastesinvestigacion.wordpress.com/2009/02/07/situacion-y-perspectivas-del-petroleo-en-el-ecuador/>

Diario El Tiempo. (14 de Septiembre de 2011). *El Tiempo*. Obtenido de <http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/78078-inversiones-de-china-en-ecuador-superan-los-6-500-000-000-de-dolares/%20%20>

Diario Expreso. (10 de Noviembre de 2013). En el límite de deuda. *Diario Expreso*. Obtenido de http://expreso.ec/expreso/plantillas/nota_print.aspx?idArt=5279075&tipo=2

Diario Hoy. (10 de Abril de 2014). En siete años la deuda pública del país creció 69,3%. *Diario HOY*. Obtenido de <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/en-siete-anos-la-deuda-publica-del-pais-crecio-69-3-604360.html>

Ecuador, B. C. (2014). <http://contenido.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/SectorExterno/BalanzaPagos/balanzaComercial/ebc201401.pdf>.

Ecuador, B. C. (2014). *IEM* - 314. Obtenido de <http://contenido.bce.fin.ec/home1/estadisticas/bolmensual/IEMensual.jsp>

Ecuador, B. C. (2014). *IEM* - 431. Obtenido de <http://contenido.bce.fin.ec/home1/estadisticas/bolmensual/IEMensual.jsp>

Análisis de gestión de los servicios que brindan los centros geriátricos a los adultos mayores con demencia senil tipo Alzheimer en la ciudad de Guayaquil

El Banco Mundial. (2014). *Grupo del Banco Mundial*. Obtenido de <http://datos.bancomundial.org/>

Gobierno del Ecuador. (2014). *Coca Codo Sinclair*. Obtenido de <http://www.cocacodosinclair.gob.ec/antecedentes-del-proyecto/>

Graham, E. (1992). Los determinantes de la inversión extranjera directa: teorías alternativas y evidencia internacional. *Moneda y Crédito*, 13.

Grupo Bancolombia. (17 de Agosto de 2014). *Investigaciones Económicas y Estrategias*. Obtenido de <http://investigaciones.bancolombia.com/>

International Trade Center. (2013). *Comercio bilateral entre Ecuador y China*. Obtenido de <http://www.trademap.org/Bilateral.aspx>

International Trade Centre. (2013). *Trade Map*. Obtenido de http://www.trademap.org/Country_SelProductCountry_TS.aspx

Inversiones, I. d. (2014). *Boletín de Comercio Exterior*. Guayaquil. Obtenido de <http://www.proecuador.gob.ec/exportadores/publicaciones/boletines-comerciales/>

Inversiones, I. d. (2014). *Boletín de Comercio Exterior*. Guayaquil. Obtenido de <http://www.proecuador.gob.ec/exportadores/publicaciones/boletines-comerciales/>

La Gran Enciclopedia de Economía. (2009). Obtenido de <http://www.economia48.com/spa/d/ventaja-comparativa/ventaja-comparativa.htm>

La Gran Enciclopedia de Economía. (2009). *Enciclopedia de Economía*. Obtenido de <http://www.economia48.com/>

Análisis de gestión de los servicios que brindan los centros geriátricos a los adultos mayores con demencia senil tipo Alzheimer en la ciudad de Guayaquil

Ley de Comercio Exterior e Inversiones . (1997). Obtenido de http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/385/File/LEY_DE_COMERCIO_EXTERIOR_E_INVERSIONES_LEXIS.pdf

Maldonado, A. (18 de Agosto de 2014). Opinión sobre el Comercio Bilateral entre Ecuador y China. (G. I. Sornoza Parrales, & B. M. Gallegos Veintimilla, Entrevistadores)

Mayorga, J. (2008). Paul Krugman y el nuevo comercio internacional. *Criterio Libre*, 74.

Ministerio de Finanzas. (2013). *Deuda Pública Consolidada*.

Ministerio de Finanzas. (2013). *Deuda Pública Consolidada*.

Ministerio de Finanzas del Ecuador. (2010). *Informe de Ejecución Presupuestaria*. Obtenido de <http://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/05/INFORME-EJECUCION-A%C3%91O-2010.pdf>

Ministerio de Finanzas del Ecuador. (2011). *Informe de Ejecución Presupuestaria*. Obtenido de <http://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/05/INFORME-EJECUCION-A%C3%91O-2011.pdf>

Ministerio de Finanzas del Ecuador. (2013). *Deuda Pública Consolidada*. Obtenido de http://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ESTA_DICIEMBRE2013CONSOLIDADO.pdf

Ministerio de Relaciones Exteriores. (1996). *Convenio entre Ecuador y China para el Fomento y Protección Recíprocos de Inversiones*. Quito. Obtenido de <http://investmentpolicyhub.unctad.org/Download/TreatyFile/729>

Análisis de gestión de los servicios que brindan los centros geriátricos a los adultos mayores con demencia senil tipo Alzheimer en la ciudad de Guayaquil

Notilogía. (2014). *concepto definicion*. Obtenido de <http://conceptodefinicion.de/fmi-fondo-monetario-internacional/>

PRO ECUADOR. (2014). *PRO ECUADOR*. Obtenido de MINISTERIO DE COMERCIO EXTERIOR: <http://www.proecuador.gob.ec/glossary/>

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2011). *Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas*. Quito. Obtenido de <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/C%C3%B3digo-Org%C3%A1nico-de-Planificaci%C3%B3n-y-Finanzas-P%C3%ABlicas.pdf>

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013-2017). *Plan Nacional para el Buen Vivir*.

Sistema de Información sobre Comercio Exterior. (1997). *Ley de Comercio Exterior e Inversiones*. Obtenido de http://www.sice.oas.org/investment/NatLeg/Ecu/Ec1297_s.asp

The Statistics Portal. (2014). Obtenido de <http://www.statista.com/statistics/270326/main-export-partners-for-china/>

The World Factbook. (22 de junio de 2014). Obtenido de <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ch.html>

Vela, E. H. (1 de Mayo de 2013). *Política Exterior*. Obtenido de <http://politicaexterior4semestre.blogspot.com/2013/05/definicion.html>

Vela, M. D. (2013). Petrochina ¿Anticipo petrolero o crédito externo? *Revista Gestion*, 29. Obtenido de http://www.revistagestion.ec/wp-content/uploads/2013/07/184_003.pdf

Worlds Richest Countries. (2013). *Worlds Richest Countries*. Obtenido de http://www.worldsrichestcountries.com/top_china_imports.html

ANEXOS

Anexos 1. Encuestas a familiares

A continuación, detallo el formulario de preguntas, encuestas realizadas en cada uno de los familiares que tiene un enfermo diagnosticado con Alzheimer.

ENCUESTAS

Pregunta # 1

¿Usted tiene un familiar, diagnosticado con Alzheimer? Si la respuesta es positiva continúe la encuesta, caso contrario la encuesta ha terminado.

Si	
No	

Pregunta # 2

¿Quién es el responsable del cuidado del adulto mayor con Alzheimer?

Familiar	
Contratada	
Centro geriátrico	

Pregunta # 3

¿Llevan el control de esfínteres de su enfermo de alzhéimer, para evitar los malos olores en su cuerpo y entorno donde se desenvuelve

Si	
No	

Pregunta # 4

¿El enfermo de alzhéimer, lleva una dieta de alimentos, controlada por un profesional, conoce lo que debe y puede consumir?

Si	
No	

Pregunta # 5

¿Conocen y pueden controlar los cambios de comportamiento del enfermo de alzhéimer, como agresividad, repetición de palabras, vagabundeo, alucinaciones y delirios?

Si	
No	

Pregunta # 6

¿Pueden comunicarse con su enfermo de alzhéimer?

Si	
No	

Pregunta # 7

¿El enfermo de alzhéimer, recibe terapia de rehabilitación, lenguaje, física y orientación?

Si	
No	

Pregunta # 8

¿El enfermo de Alzheimer es evaluado por un Psicólogo?

Si	
No	

Pregunta # 9

¿Se siente satisfecha con los cuidados que recibe su enfermo de alzhéimer?

Si	
No	

Pregunta # 10

¿Considera usted, que al ingresar a su enfermo de alzhéimer a un centro geriátrico, mejoraría el estilo de vida de su familiar y el suyo, al recibir los servicios mencionados en las preguntas planteadas?

Si	
No	

Anexos 2. Encuestas a Administradores de centros geriátricos

A continuación, detallo el formulario de preguntas, encuestas realizadas en cada uno de los administradores de los centros geriátricos de la ciudad de Guayaquil.

Pregunta # 1

¿En el centro, aceptan a personas de la tercera edad con alzhéimer?

Si	
No	

Si su respuesta es Sí, continúe con la pregunta # 3

Si su respuesta es No, continúe con la encuesta.

Pregunta # 2

¿Cuántas personas al día, consultan si reciben adultos mayores con alzhéimer?

De 1 a 5 personas	
De 5 a 10 personas	
De 15 a 20 personas	
De 20 a 25 personas	

Pregunta # 3

¿El centro tiene programas de Animación, motivación, que ayudan al adulto mayor a la integración social?

Si	
No	

Pregunta# 4

¿El centro tiene programas en el área ocupacional?

Si	
No	

Pregunta # 5

¿El Centro realiza actividades recreativas?

Si	
No	

Pregunta # 6

¿Los adultos mayores, reciben terapias físicas?

Si	
No	

Pregunta # 7

¿Los adultos mayores realizan actividades juntos con sus familiares?

Si	
No	

Pregunta # 8

¿El centro brinda atención Psicológica a los adultos mayores?

Si	
No	

Pregunta # 9

¿El centro cuenta con un programa de nutrición y servicio de comedor a los adultos mayores?

Si	
No	

Pregunta # 10

¿Considera usted que los adultos mayores, cambian su estilo de vida al ingresar al centro geriátrico?

Si	
No	

Anexos 3. Actividades en centros geriátricos



Actividades Realizadas Árbol de los sueños:





Actividades realizadas en el Hogar Esperanza 2





Actividades realizadas en el Arsenio de la Torre Marcillo





Actividades realizadas en los Centros del MIES





