



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

TEMA:

EL ALZHEIMER EN EL ADULTO MAYOR Y EL CUIDADO INTRAFAMILIAR
EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL DEL CANTÓN
LATACUNGA

Trabajo de Titulación, previo a la obtención del Título de Licenciada en Trabajo
Social

AUTOR:

Erika Paola Mullo Coque

TUTOR:

Mg. Aida Patricia Haro Lara

Ambato - Ecuador

2018

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: “EL ALZHEIMER EN EL ADULTO MAYOR Y EL CUIDADO INTRAFAMILIAR EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL DEL CANTÓN LATACUNGA”, de la señorita ERIKA MULLO, Egresada de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad Técnica de Ambato, considero que dicho trabajo de Graduación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del Tribunal de Grado, que el H. Concejo Directivo de la Facultad designe, para su correspondiente estudio y calificación.

Ambato, 31 de mayo del 2018



Lic. Aida Patricia Haro Lara

TUTORA

AUTORÍA

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: **“EL ALZHEIMER EN EL ADULTO MAYOR Y EL CUIDADO INTRAFAMILIAR EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL DEL CANTÓN LATACUNGA”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de responsabilidad del autor.

Ambato, 31 de mayo del 2018

LA AUTORA



ERIKA PAOLA MULLO COQUE

C.C 050284582-9

DERECHOS DE LA AUTORA

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, 31 de mayo del 2018

LA AUTORA



ERIKA PAOLA MULLO COQUE

C.C 050284582-9

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Los Miembros del tribunal de grado APRUEBAN el Trabajo de Investigación sobre el tema: “EL ALZHEIMER EN EL ADULTO MAYOR Y EL CUIDADO INTRA FAMILIAR EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL CANTÓN LATACUNGA” presentado por la señorita Erika Mullo , de conformidad con el Reglamento de Graduación Para Obtener el Título Terminal de Tercer Nivel de la U.T.A.

Ambato, ____ de _____ del 2018

Para constancia firman

Presidente del Tribunal

Miembro del Tribunal

Miembro del Tribunal

DEDICATORIA

A Dios, por cumplir uno de mis sueños,

A mis abuelitos Antonio y Laura que desde el cielo me cuidan y me guían con una vocecita en mi oído motivándome a cumplir una de mis sueños.

A mis padres, Ramón y Laura que nunca permitieron que me diera por vencida me incentivaron con una educación en valores para que cumpla mis metas.

A mis hijas por ser el pilar fundamental para no desistir y salir avante la que me demuestran día a día lo maravilloso de ser madre.

A mi esposo Wladimir que con sus palabras de aliento y amor me llena de felicidad para poner la mejor sonrisa a las adversidades que se presentan en la vida

Erika Mullo

AGRADECIMIENTO

A dios, por llenarme de salud y valentía en el camino de la vida, donde he podido compartir en mi transcurso de personas gratas que me llenaron de experiencias y conocimientos.

A mis estimados maestros que me llenaron de sabiduría y carisma enseñándome a ser una profesional que ama su profesión y hacer un ser humano excelente.

A mi tutora de tesis Mg. Aida Haro por su gran paciencia y constancia en el proceso de elaboración de mi proyecto de investigación.

Erika Mullo

ÍNDICE GENERAL
INDICE DE CONTENIDOS

Portada.....	i
Certificación del tutor.....	ii
Aprobación Tutor.....	iii
Autoría.....	iv
Derechos del Autor.....	v
Aprobación del Tribunal de Grado.....	vi
Dedicatoria.....	vii
Agradecimiento.....	viii
Índice de Cuadros y Gráficos.....	xi
Resumen Ejecutivo.....	xiii
Introducción.....	1

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Tema.....	3
Línea de investigación.....	3
Planteamiento de problema.....	3
Contextualización (macro, meso y micro).....	3-13
Análisis crítico.....	15
Prognosis.....	16
Delimitación del objeto de investigación.....	17
Justificación.....	18
Objetivos.....	19
Objetivo general.....	
Objetivos específicos.....	19

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes investigativos	20-27
Fundamentaciones.....	28-34
Categorías fundamentales	35
Hipótesis ó preguntas directrices	69

CAPITULO III

METODOLOGÍA

Enfoque de la Modalidad	70-71
Modalidad y tipos de la investigación.....	72-73
Población y muestra	74
Operacionalización de variables u objetivos.....	75-79
Recolección de la información.....	80
Procesamiento y análisis de la información.	81

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Análisis de datos estadísticos	80- 107
--------------------------------------	---------

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones	108-109
Recomendaciones.....	110

CAPITULO VI

PROPUESTA

Título de la propuesta a implementarse	111
Datos informativos	112
Justificación	112
Objetivos	113
Metodología	117

Modelo Operativo de ejecución de la propuesta	123
Evaluación de Impacto	132

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

PAPER

INDICE DE CUADROS

Cuadro 2.	Variable Independiente	85
Cuadro 3.	Variable Dependiente	87
Cuadro 4.	Técnicas e instrumentos.....	88
Cuadro 5.	Plan de recolección de información.....	90
Cuadro 6.	Modelo Operativo	132
Cuadro 7.	Presupuesto	139
Cuadro 8.	Plan de monitoreo y evaluación del proyecto.....	141

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Árbol de Problemas.....	12
Gráfico 3.	Red de Inclusiones Conceptuales.....	79
Gráfico 4.	Constelación de Ideas de la Variable Independiente.....	13
Gráfico 5.	Constelación de Ideas de la Variable Dependiente	14

RESUMEN EJECUTIVO

En el marco del envejecimiento de la población, se verifica un aumento de la prevalencia de las demencias, especialmente la enfermedad de Alzheimer (EA), una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por la presencia de enmarañados y placas cerebrales, conexiones perdidas, inflamación y eventual muerte de las células cerebrales. Estos cambios conducen a la pérdida de memoria, cambios en el pensamiento y en otras funciones del cerebro. La enfermedad progresa lentamente y poco a poco, con muerte celular, lo que resulta en daño cerebral.

En cuanto al manejo de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia, las intervenciones de Trabajo Social son necesarias en relación con la orientación a los cuidadores sobre cómo hacer frente a estos síntomas que presentan los pacientes de edad avanzada con Alzheimer, elaborando con las mismas estrategias específicas para cada cambio de comportamiento

Las personas mayores con demencia a menudo tienen dependencia y discapacidad, y por lo tanto necesitan ayuda en el día a día. Las personas que por lo general realizan el cuidado de los ancianos que viven en el hogar, son miembros de la familia, reconocidos como cuidadores familiares.

Descriptores: Alzheimer, Adulto mayor, familia

ABSTRACT

In the context of the aging of the population, there is an increase in the prevalence of dementias, especially Alzheimer's disease (AD), a neurodegenerative disease characterized by the presence of entanglements and brain plaques, lost connections, inflammation and eventual death of the brain cells. These changes lead to memory loss, changes in thinking and other brain functions. The disease progresses slowly and little by little, with cell death, resulting in brain damage.

Regarding the management of behavioral and psychological symptoms of dementia, Social Work interventions are necessary in relation to guidance to caregivers on how to deal with these symptoms that elderly patients with Alzheimer's have, elaborating with them specific strategies for each behavior change

Elderly people with dementia often have dependency and disability, and therefore need help on a day-to-day basis. The people who usually care for the elderly living in the home are family members, recognized as family caregivers.

Descriptors: Alzheimer, Elderly, family

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como tema: “EL ALZHEIMER EN EL ADULTO MAYOR Y EL CUIDADO INTRA FAMILIAR EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL CANTÓN LATACUNGA”. Dicho Trabajo está estructurado por seis capítulos.

Primer Capítulo: Trata sobre el planteamiento del problema denominado “El Alzheimer En El Adulto Mayor Y El Cuidado Intra Familiar ”, se hace una descripción y relación al origen de la problemática a nivel mundial, América Latina y Ecuador, Tungurahua, a través de la contextualización Macro, Meso y Micro, siguiendo con el Árbol de Problemas, Análisis Crítico al planteamiento, Prognosis, Formulación e Interrogantes de la Investigación, continuando con la Justificación y los Objetivos de la investigación.

Segundo Capítulo: aborda lo referente al Marco Teórico, donde se constata estudios e investigaciones que se han realizado a nivel mundial y nacional. Que sirva como apoyo al tema, se fundamenta en una visión Filosófica y Legal, donde se entenderá el tema desde un punto de vista jurídico, así también se tiene las categorías fundamentales, Constelación de ideas de las Variables Independiente y Dependiente, Hipótesis y Determinación de Variables.

Tercer Capítulo: titulado metodología, explicado en la Modalidad de la Investigación, Tipo de la Investigación, teniendo en cuenta que la Población y Muestra es, se destaca además la Operacionalización de Variables, Técnicas e Instrumentos, Plan para la recolección de Información y el Plan de procesamiento de Información.

Cuarto Capítulo: denominado análisis e interpretación de resultados.

Quinto Capítulo: contiene conclusiones y recomendaciones donde se plasman los principales resultados y aportes significativos de la presente investigación, así como las recomendaciones formuladas por la autora para el planteamiento de la propuesta.

Sexto Capítulo: denominado la propuesta donde se formula una alternativa a la problemática e investigada.

Línea de Investigación: Familia

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

“El Alzheimer En El Adulto Mayor y El Cuidado Intra Familiar En El Hospital Del Instituto De Seguridad Social Del Cantón Latacunga”

Planteamiento del Problema

Contextualización

Macro

A nivel mundial, las cifras de incidencia y prevalencia de la demencia muestran resultados muy variables debido a la ausencia de un marcador biológico diagnóstico en la gran mayoría de las enfermedades causantes de demencia y a diferencias metodológicas de los estudios. La incidencia global mundial de la demencia se estima alrededor de 7,5/1.000 personas año. La aparición de nuevos casos se mantiene más o menos estable hasta los 65-70 años (5/1.000 personas-año) y a partir de entonces el crecimiento es exponencial (en torno a 15, 30, 50 y 70-75/1.000 personas-año hacia los 75, 80, 85 y 90 años, respectivamente (López, 2011).

La población europea se estima una prevalencia de demencia entre el 5,9 y el 9,4% en mayores de 65 años, según datos del consorcio Eurodem y de estudios posteriores. La prevalencia se duplica aproximadamente cada 5 años, por ejemplo, en Eurodem fue del 1% entre las personas de 60 a 65 años, 13% en las de 80 a 85 años, y del 32% en las de 90 a 95 años (Cáceres, 2012).

Además, una revisión sistemática del grupo EuroCoDe publicada en 2009 mostró que la prevalencia de demencia en Europa no ha cambiado significativamente respecto a los datos del Eurodem, excepto por una mayor prevalencia en las mujeres de edad muy avanzada. Los estudios de prevalencia en España han mostrado cifras que oscilan entre el 5 y el 14,9% para mayores de 65 años, 6,7 y entre el 6,6 y el

17,2% para mayores de 70 años según una revisión reciente del Centro Nacional de Epidemiología de los estudios poblacionales realizados en España (Maldonado, 2009).

Encontrando en una población menor de 65 años hay pocos estudios; se estimó la prevalencia de demencia en un área de Londres entre 30 y 64 años sobre 54/100.000. En general la prevalencia es más alta en mujeres y aumenta con la edad. La incidencia de Enfermedad Alzheimer (EA), aumenta con la edad, desde 1-3/1.000 entre los 65 y los 70 años personas-año hasta 14-30/1.000 entre los 80-85 años, 25 y parece ser mayor en mujeres. En edades muy avanzadas es aún mayor, hasta 38,6/1.000 entre 85 y 89 años y más de 65/1.000 personas-año en mayores de 95 años según datos del estudio Framingham (Oufranga, 2010).

La prevalencia de EA es de alrededor del 0,6-0,7% en Europa a los 65-69 años según el estudio Eurodem, y también aumenta con la edad 1,8% en hombres y 4,3% en mujeres en el grupo de edad de 75-79; 6,3 y 8,4% respectivamente en el grupo de 80 a 84 años; de 8,8 y 14,2% en edades de 85 a 89 años, y 17,6 y 23,6% en mayores de 89 (Oufranga, 2010).

Según la Organización mundial de la Salud OMS (2002), es ahora la cuarta causa principal de muerte en los adultos y, a menos que se desarrollen métodos eficaces para la prevención y el tratamiento, la Enfermedad de Alzheimer alcanzará proporciones epidémicas para mediados del siglo. Este mal afecta a aproximadamente 22 millones de personas en todo el mundo, siendo la más común de las enfermedades causantes de demencia (OMS, 2002).

Más de 100.000 personas mueren anualmente a causa de la enfermedad de Alzheimer, lo cual la convierte en la cuarta de las principales causas de mortalidad entre los adultos, después de cardíacas, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares. Además, diversos estudios en todo el mundo han detectado que el crecimiento de la enfermedad corre en paralelo al envejecimiento de las poblaciones, la mayor longevidad y el consecuente aumento de población mayor de 65 años en un futuro inmediato provocará un importante problema socio sanitario (OMS, 2002).

Manifestando que alrededor del 10% de las personas mayores de 70 años tiene problemas significativos de memoria y alrededor de la mitad de éstos son causados por la enfermedad de Alzheimer. El número de personas con esta enfermedad se duplica cada década después de los 70 años. Se estima que en muy poco tiempo cada familia tendrá que convivir al menos con un paciente afectado de demencia (OMS, 2002).

Una vez aplicadas las estimaciones de prevalencia por edad y género a las previsiones de Naciones Unidas para la población, se estima que 35,6 millones de personas en todo el mundo sufrirán de demencia en 2010. Se calcula que esta cifra casi se duplique cada 20 años, hasta los 65,7 millones en 2030, y los 115,4 millones en 2050. Gran parte de este crecimiento se puede atribuir claramente al incremento en los números de personas con demencia en países de renta baja y media. Se espera que, en 2010, el 57,7% de toda la población con demencia vivirá en países de renta baja y media, alcanzando el 63,4% en 2030 y el 70,5% en 2050 (INFORME MUNDIAL SOBRE EL ALZHEIMER ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2009).

Las estimaciones actualizadas para 2020 (48,1 millones) y 2040 (90,3 millones) se pueden comparar directamente con las anteriores estimaciones consensuales de Lancet/ADI de 42,7 millones para 2020 y 82,0 millones para 2040. Las nuevas estimaciones son aproximadamente un 10% más altas (INFORME MUNDIAL SOBRE EL ALZHEIMER ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2009).

La prevalencia de síndrome demencial en América Latina y el Caribe es alta, entre 6,0 y 6,5 por cada 100 adultos de 60 años y más, con un estimado de crecimiento en el número de personas con demencia entre el 2001 y el 2040 del 77 % en los países del cono sur americano (Argentina y Chile) y de 134 a 146 % de incremento en el resto de América Latina, por lo que sobrepasará al de cualquier otra región del mundo. La tasa de incidencia de demencia anual estandarizada para la edad es también elevada, con un estimado de 410 938 nuevos casos de demencia por año, la que se asocia a una menor supervivencia en relación con los países de altos ingresos (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2013).

En Europa Occidental y Norteamérica, presentan las mayores prevalencias de demencia en la población de 60 años o más 7,2 y 6,9 % respectivamente, seguidas por el Caribe Insular 6,5 % y Latinoamérica 6,0 %. La prevalencia de demencia por cada 100 adultos mayores de 60 años, el número estimado de personas con demencia y casos nuevos por año, así como la proporción de incremento en las próximas cuatro décadas y los costos totales que ocasionan las demencias (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL,2013).

En lo referente al cuidado Intra Familiar, la familia es la primera organización grupal de seres humanos los cuales tiene vínculos y que se conectan a la sociedad a nivel mundial existen cuidados los cuales los familiares asumen el cuidado estos pueden variar, Esposa, Esposo hijo, nietos o nueras, en países como España existen varios centros especializados, como centros geriátricos, centros de día o enfermeras especializadas que trabajan por horas o por un tiempo determinado; a lo largo de la historia la familia ha sufrido cambios paralelos a los cambios sociales pero siempre se ha mantenido dos objetivos por una parte la protección de sus miembros y por la otro la trasmisión de la cultura (Minuchin, 1982)

En Europa especialmente en España se ha construido un ejemplo de módelo de bienestar familista según políticas publicas dan por supuesto que las familias deben asumir la provisión de bienestar de sus miembros. Sabemos que en la actualidad el cuidado principal y la atención a la dependencia siguen recayendo en la familia. España, solo el 3% de la población mayor de 65 años vive en instituciones, públicas o privadas (Fernández- Ballesteros y Diez Nicolás, 2001)

El impacto que sobre la sociedad tiene el envejecimiento progresivo de la población, aún más si sumamos la morbilidad que este fenómeno conlleva. Argentina, Uruguay y Chile ocupan los primeros lugares en porcentaje de envejecimiento en el continente americano, encontrándose en la categoría de "vejez demográfica". El 90 % de los cuidadores pertenecen al sexo femenino, que es generalmente la esposa, hija u otro familiar cercano, y que en muchas ocasiones interrumpe su trabajo por el cuidado (Pérez, 2005).

Es decir que en América latina los cuidados de los adultos mayores con EA son dados por la familia directa ya que existen pocos lugares especializados y que este a la vez de acuerdo con los costos que estos puedan tener ya que esta enfermedad del Alzheimer se da en todos los estratos sociales.

Meso

El hombre al paso del tiempo evoluciona y pasa de la niñez a la adultez y de la adultez al envejecimiento y en esta etapa del envejecimiento es donde hacemos una parada ver cuáles son los síntomas de la enfermedad del Alzheimer para analizar cuántos son los Adultos mayores con EA y cuáles son las medidas que el estado está tomando para esta realidad que afecta a familias, ya que tenemos en claro que es deterioro intelectual a través de los años (Acosta, 2013).

En el Ecuador, existe 74.000/ 2010, personas padecen de Alzheimer se estima que en el 2030 / 166.000, con un incremento del 3815% al 2050, enfermedad afecta principalmente a los adultos mayores.

Según (INEC. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE - 2009.) El deterioro cognitivo en personas mayores a 60 años que fueron diagnosticadas; Nacional hombres 16,3%, mujeres 25,7%; Quito hombres 8,1%, mujeres 23,7%; Guayaquil, hombres 13,7%, mujeres 20,3%. En esta investigación se da a conocer que existe poca información de la Alzheimer en el Ecuador ya que se confunde con demencias ya que esta enfermedad se da en todos los estratos y por el medio en que se desarrolla la preocupación y el miedo de los familiares prefieren tener en secreto o solo en familia esta enfermedad.

Como en América latina en Ecuador los principales cuidadores son las familias, pueden ser los esposos, hijos, nietos y nueras, para esta investigación no hemos encontrado lugares específicos de cuiden a adultos mayores con Alzheimer, existen casas de acogida, centros de día, asilos de ancianos, centros de internamiento para personas con demencia (Pacheco, 2015).

Micro

En Latacunga, en el hospital del IEES, el Alzheimer afecta en un 3% a las personas entre 65 y 74 años, al 19% entre 75 y 84, y al 47% de más de 85 años separadamente la función cognitiva y la función afectiva. La función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales, por ejemplo: recordar, orientarse o calcular en la cual se trabaja con un equipo Interdisciplinario, los cuales cumplen diferentes roles con el paciente. Los trastornos cognitivos pueden deberse a muy diferentes causas, desde trastornos ligeros como el olvido benigno, hasta cuadros clínicos graves como la demencia (Torres, 2017).

La depresión y la ansiedad centran la atención de la valoración del estado afectivo. La depresión es el trastorno psíquico más frecuente en los adultos mayores. Las personas afectadas suelen presentar: ánimo abatido, tristeza, tendencia al llanto, pérdida de interés por el mundo que lo rodea, trastornos del sueño y del apetito, pérdida de autoestima e incluso ideas de suicidio. A pesar de que los adultos mayores están en un riesgo más alto que el resto de la población, el deterioro cognitivo y la depresión no son considerados normales o inevitables en el envejecimiento (Teneda, 2015).

Los cambios en el funcionamiento cognitivo y afectivo de los adultos mayores a menudo requieren acción puntual y agresiva. Es especialmente probable que el funcionamiento cognitivo y afectivo en los pacientes mayores decline durante una enfermedad o a causa de alguna lesión.

Los cuidados Intra familiares del adulto mayor en Latacunga son los más frecuentes ya que se encuentran a cargo de un hijo, esposa , nieto o nuera ya que debido al desconocimiento de la enfermedad prefieren ser los hijos en su gran mayoría que los cuida y los lleva a los tratamiento así como en el hospital Básico IEES Latacunga se encuentra asignada un programa de promoción de envejecimiento activo en los adultos mayores conjuntamente con Trabajo Social y Médico especialista en Geriátría dan seguimiento y realizan visitas domiciliarias a los adultos mayores que por su imposibilidad de ir la institución son los encargados de tratar a los pacientes en sus casa con distintos diagnósticos , los cuales se puede palpar que es evidente el cuidado intrafamiliar de un pariente cercano al adulto mayor (Pila, 2017).

Árbol de Problemas

Efectos:

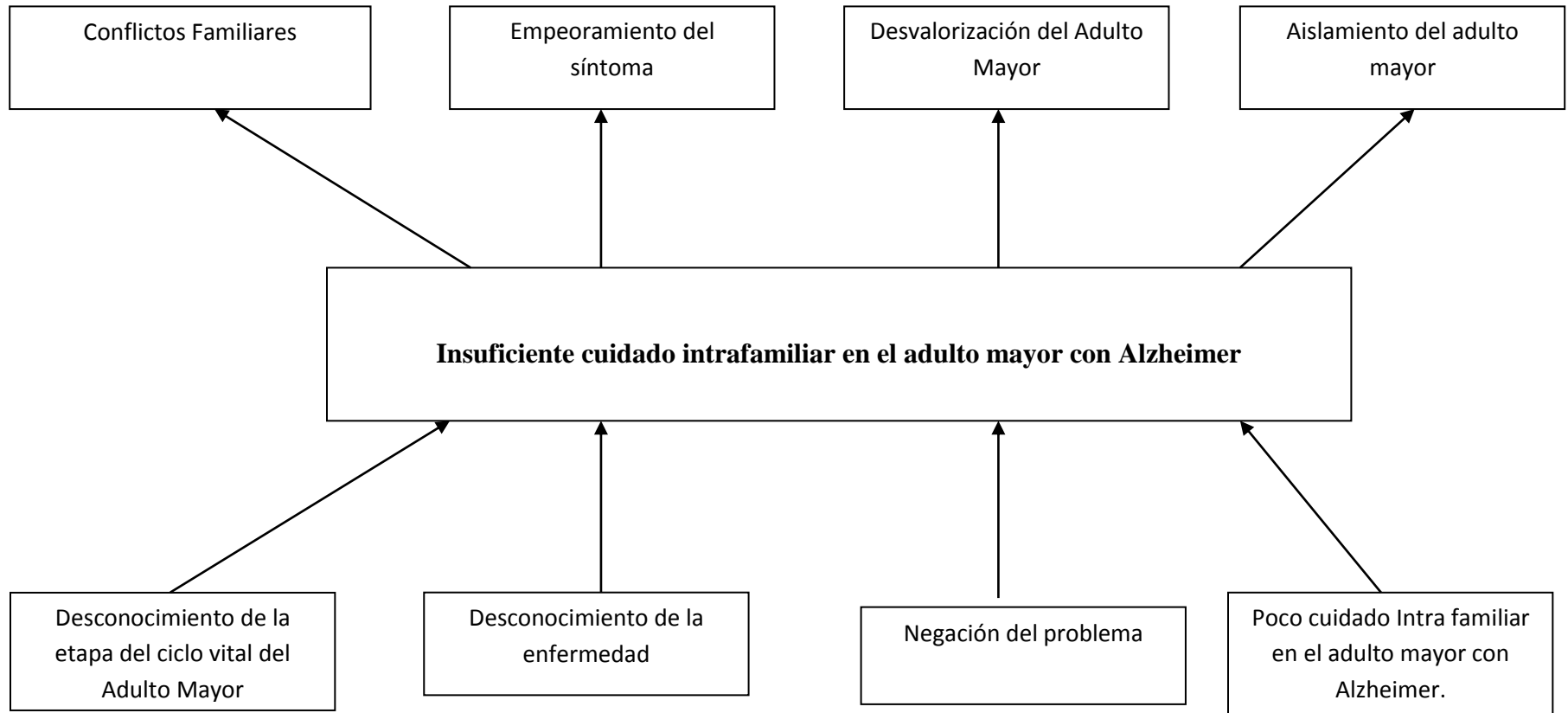


Gráfico N° 1

Elaborado por: Erika Mullo

El Alzheimer en el adulto mayor y el cuidado intrafamiliar del Hospital Básico del Instituto de Seguridad Social del cantón Latacunga

Análisis Crítico

Después de realizar varias investigaciones literarias, se ha podido encontrar diferentes causas que generan Insuficiente cuidado intrafamiliar en el adulto mayor con Alzheimer.

En el Hospital del Seguro Social de Latacunga existe desconocimiento del cuidado en las enfermedades mentales en el Adulto Mayor asociado con la muerte niega la idea de: Mourois (1996, pág. 345)“ el arte de envejecer es el arte de conservar alguna esperanza” La prisa con que se vive por los compromisos adquiridos, reflejados en una insensibilidad familiar, reduce al adulto mayor a ser una carga, al mismo que no se le escucha negándole la posibilidad de la transmisión de sus mensajes o testimonios sin un sistema de escritura.

El egoísmo humano desconoce el pensamiento de Susan B. “Cuanto más vieja soy, mayor parece el poder que tengo para ayudar al mundo; soy como una bola de nieve que entre más lejos rueda más crece” (Anthony, 1895, pág. 234). No se debe dejar de lado que algún día seremos adultos mayores, y la medida que no se genere un cambio social, todos llegaremos a ser tratados como actualmente estamos tratando a nuestros antecesores.

El aislamiento de los adultos mayores se conjuga con las políticas sociales implantadas por el Estado, que trata de dar respuesta al abandono de los familiares.

El Alzheimer, el desconocimiento de las necesidades prioritarias en la familia del adulto mayor. Tener un familiar con Alzheimer es desgarrador. No sólo porque la convivencia con la enfermedad es larga, sino porque, poco a poco, la persona deja de ser lo que solíamos conocer. Es un golpe bajo para la familia cercana y sus cuidadores.

Las familias y los cuidadores sufren las mayores consecuencias psicológicas, físicas, sociales y financieras adversas de las demencias, que incluyen elevados niveles de ansiedad y depresión, afectación de su salud física, y de sus finanzas, directa (por

ejemplo, costos de los medicamentos) e indirecta (por ejemplo, pago de servicios, entre estos a otras personas por el cuidado).

Los cuidadores son cruciales para evitar el internamiento y mantener a las personas con demencia en la comunidad, por lo que los familiares constituyen la piedra angular del sistema de cuidados y soporte en todas las regiones del mundo. Cuando no existe el cuidador, o este no puede asumir el cuidado por estrés o enfermedad.

Prognosis

La poca información de la enfermedad de Alzheimer y su cuidado en el adulto se refugia en una soledad y aburrimiento, desesperanza al no saber cómo afrontar esta enfermedad y tener con quien comunicarse, añorando etapas anteriores de su ciclo vital, donde sus recuerdos se pierden en el silencio y en una relación de sobrevivencia con sus familiares o con el estado al depender económicamente de una mensualidad acordada entre sus descendientes de primer grado, del bono, jubilación. En caso de que no perciban una jubilación los adultos mayores no son tratados adecuadamente, hace evidente el desconocimiento y el poco cuidado del adulto mayor.

El adulto mayor y su familia tienen una actitud egoísta de negarse a esta realidad y al no saber cómo comportarse y qué medidas tomar ante esta enfermedad. De acuerdo al trabajo investigativo de Margarita (1998) se piensa que para el año 2025 existirán más de tres millones de adultos mayores, lo que significa que en cada 10 familias cinco familias tendrán un adulto mayor enfermo de Alzheimer. La visión futura de la problemática a investigarse podría llegar a complicar el desarrollo en el hospital del IEES de Latacunga, si no se da atención oportuna a los adultos mayores.

De no llevarse a cabo la presente investigación no se tendrá conocimiento sobre el cuidado intrafamiliar del Paciente con Alzheimer e De no llevarse a cabo la presente investigación no se tendrá conocimiento sobre el cuidado intrafamiliar del Paciente con Alzheimer

Formulación del Problema

¿De qué manera incide el Alzheimer en el cuidado Intra familiar del adulto Mayor del Hospital del Instituto de Seguridad Social IESS del cantón Latacunga?

Interrogantes de la Investigación

1. ¿Cuál es el índice de prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer en el adulto mayor?
2. ¿Cuáles son los cuidados Intra familiares que el adulto mayor con enfermedad de Alzheimer necesita?
3. ¿Cuál será la mejor alternativa al problema planteado?

Delimitación del objeto de Investigación

Delimitación de Contenidos

CAMPO: Social
ÁREA: Trabajo Social Familiar
ASPECTO: Investigación como trabajo en función familiar y comunitario en los adultos mayores con Alzheimer.

Delimitación Espacial: El presente trabajo investigativo se desarrollará en el hospital del Instituto de Seguridad Social de Latacunga.

Delimitación Temporal: El trabajo de campo se ejecutará en el periodo en el periodo septiembre 2016 - marzo 2017

Unidades de Observación: Este Trabajo investigativo se llevará a cabo con los adultos mayores, familias y autoridades en el hospital del Instituto de seguridad Social del Cantón Latacunga de la Provincia de Cotopaxi, Ecuador.

JUSTIFICACIÓN

Ante la realidad del mundo actual en el que vive diariamente con problemas y afecciones de salud que se han hecho frecuentes y que se desconocían, se vio en la necesidad de investigar cómo afecta el Alzheimer su relación en los Adultos Mayores y el cuidado intrafamiliar, tomando en cuenta que es importante el vínculo familiar para poder tratar y sobre llevar esta enfermedad sin que la familia del adulto mayor se desgaste y que mismo se ha dado por desconocer, qué hacer y cómo enfrentar, de esta problemática, de esta manera proponer soluciones reales y coherentes y oportunas ante la problemática planteada en el Paciente del Hospital del Instituto de Seguridad Social del cantón Latacunga.

El Interés de investigar a los pacientes y familiares de los adultos mayores, se dé considerable el apoyo, al que hacer profesional, así como observar la forma de intervenir con la Trabajadora Social en la familia y comunidad,

Su importancia es el de alcanzar una mejora de la calidad de vida dentro del núcleo familiar, en cumplimiento de principios éticos “Los trabajadores sociales deben apoyar y defender la integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual de cada persona”.

} Por ello una de las funciones del trabajador social debe ser su contribución dicha defensa de los intereses de los enfermos de Alzheimer, favoreciendo que en su domicilio disfruten de un trato digno y gocen de respeto por parte de la familia, lo que se puede conseguir dando a los familiares una educación para la salud adecuada. Así mismo, una buena información contribuye a que la familia no tome decisiones que puedan perjudicar al enfermo como persona o que vayan en contra de los deseos que éste mostraba cuando estaba sano mentalmente.

También se debe “tratar a cada persona como un todo”, en actualidad la presencia de un trabajador social es importante porque brinda, sus conocimientos de manera que se pueda preparar para esta enfermedad degenerativa y que necesita de un soporte.

Este trabajo investigativo es factible porque existe predisposición por todos los actores de la problemática, además se cuenta con los recursos suficientes, económicos y bibliográfica.

Es trascendente porque esta investigación se realiza con la finalidad de generar información respecto al problema y que sirva en el futuro contribuyendo de manera directa con los beneficiarios.

OBJETIVOS

1. Objetivo General:

Estudiar la incidencia del Alzheimer en el Adulto Mayor en el cuidado Intra familiar en el hospital del instituto de seguridad social del cantón Latacunga

2. Objetivos Específicos:

1. Identificar el índice de prevalencia de Alzheimer en el Adulto Mayor en pacientes del hospital del instituto de seguridad social Latacunga
2. Analizar el cuidado Intra familiar en pacientes con Alzheimer del hospital del IEES Latacunga
3. Diseñar una alternativa de solución al problema planteado, el Alzheimer en el Adulto Mayor y el cuidado Intra familiar.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes Investigativos

Referente al tema del presente trabajo investigativo, revisadas las bibliotecas nacionales e internacionales y sobre todo la de Universidad Técnica de Ambato no existen estudios semejantes, existiendo trabajos aparentemente relacionados con el tema de los adultos mayores, contemplando aspectos de salud, centros de atención. Pero alejados del Alzheimer en el Adulto Mayor y el cuidado intra familiar.

Por esta razón es necesario tomar en consideración las definiciones de conceptos importantes en la presente investigación.

La demencia es la primera causa de discapacidad en adultos mayores y la mayor contribuyente de dependencia, sobrecarga económica y estrés psicológico en el cuidador, sin embargo, aún no recibe la misma prioridad que otras enfermedades crónicas no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, que tienen un mayor impacto en la mortalidad. Se abordan aspectos relacionados con la prevalencia y el incremento del número de personas con demencia en América Latina y el Caribe para el 2030, su impacto y cómo la prevención de los factores de riesgo, con una perspectiva del curso de la vida desde la concepción y la vida intrauterina hasta la edad tardía y además, un enfoque multifactorial, pudieran potencialmente conducir a una reducción del número de enfermos. Un mayor énfasis en la prevención y un amplio acceso a la educación, mejores condiciones socioeconómicas, estilos de vida saludables y control de los factores de riesgo cardiovasculares, es una alternativa viable y sostenible para reducir el impacto creciente de las demencias en la sociedad (Rodríguez, 2014).

Importancia de la prevención y el diagnóstico temprano en las demencias

Si bien los síntomas clínicos y otras variables son un signo de que se padece de Alzheimer, el diagnóstico verdadero y definitivo siempre se hace *post mortem*, pues es en la autopsia cuando se puede acceder al cerebro y encontrar las placas seniles del péptido β -amiloide indicadoras de la enfermedad. Además, el intervalo prolongado entre el comienzo de los cambios neurodegenerativos y el comienzo clínico de la demencia (lapso de entre 15 y 20 años) hace que los tratamientos actuales para ayudar a paliar algunos síntomas sean poco efectivos y jamás afectan la progresión de la enfermedad (Torre,2014).

Un objetivo realista sería posponer el comienzo clínico de la enfermedad a edades más avanzadas. Se ha llegado a estimar que un año de retardo en el comienzo de los síntomas del Alzheimer, resultaría en la reducción de 12 millones de casos en todo el mundo para 2050, así como una disminución significativa de los costos.

Gran parte de la información que se encuentra en las diferentes bibliografías acerca del cuidador primario, maneja más o menos la misma terminología, por lo que podemos decir que un cuidador primario es aquella persona que se encarga de proveer múltiples cuidados a un individuo que por alguna situación determinada no los puede realizar por sí mismo, sin embargo, el concepto que mencionan Jamieson y R. Illsley, nos da una perspectiva más amplia de los roles que cumple un cuidador en la vida de una persona dependiente; manifiesta que “El término cuidador es un concepto mixto formado en gran medida por la realización de «tarear de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde éstos han adquirido el carácter de relaciones primarias. La presencia de afecto se asocia con estas características relacionales”.

Para mayor comprensión otro concepto propuesto; “Es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que le es significativo. Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo.

Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia” (Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, 2002).

Es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar “(Marín Risco, M, 2002)

En varias naciones de la región es incluso más elevada que en Europa, según recientes estudios liderados por la Asociación Mundial de Alzheimer, dijo en declaraciones a Prensa Latina. Parámetro epidemiológico, la prevalencia de una enfermedad se calcula mediante el número total personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un período de tiempo, dividido por la población con posibilidades de desarrollarla. Ese indicador en el caso de las demencias oscila de cinco a 10 por ciento en las personas mayores de 65 años en Latinoamérica y el 60 por ciento corresponde a casos de Alzheimer (Jarrin, 2010).

Maslach y Jackson (1986) definen Burnout como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja autorrealización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas que tienen problemas. Por lo que se da una pérdida de recursos emocionales y se desarrollan actitudes negativas e insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado. Se desarrolla, por parte de los afectados, un sentimiento de insuficiencia personal y baja autoestima al reprocharse no alcanzar sus objetivos propuestos. Maslach delimita el síndrome en tres dimensiones (Crespo, 2005).

- Cansancio emocional: de pérdida progresiva de energía, fatiga.
- Despersonalización: irritabilidad, actitudes y respuestas frías e impersonales ante las personas.
- Falta de realización personal: respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.

Fundamentaciones

Fundamentación Filosófica

En términos de Viscarret (2010, 56) desde la “perspectiva de la metodología cualitativa el investigador generalmente comienza por el tema de estudio y utiliza la razón de forma inductiva de tal forma que va de lo concreto y específico a la creación de conceptos abstractos a la creación de una teoría general”, el objeto de investigación en este caso centrándose en entender y comprender la subjetividad para ir construyendo espacios y descubriendo nuevas áreas que permitan la creación de hipótesis.

La presente investigación se ampara en el modelo constructivista por cuanto no se intenta abordar pasivamente el problema, más bien se busca alternativas de solución al Problema se busca la interrelación que se produce con la enfermedad tipo Alzheimer y el cuidado de la familia del Adulto Mayor del hospital del IESS Latacunga.

Fundamentación epistemológica

Viscarret(2010) toma palabras de Garvin y Tropman para explicar que: “ Los trabajadores sociales hacen , mientras que los científicos sociales reflejan ; los Trabajadores sociales quieren cambiar el mundo , transformar la realidad , mientras que otros científicos quieren entender el mundo , entender la realidad; los trabajadores sociales están implicados en el mundo quieren soluciones prácticas para ayudar a resolver los problemas humanos, los científicos sociales quieren encajar todas las piezas que resuelven el puzzle humano”.

Bajo estas pretensiones para que se va hacer la investigación, sino para generar conocimiento que conlleve a dignificar al ser humano a encontrar un sentido para continuar viviendo, porque solo cuando tenemos por lo menos una razón encontramos un significado a la vida.

El conocimiento va más allá de la formación, porque busca la transformación de sujetos y objetos, aspirando que el sujeto sea proactivo, participe activo como

condición para el fortalecimiento de la personalidad y su actitud creadora a través de un conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos gracias al cúmulo de experiencias.

Fundamentación ontológica

Este trabajo se fundamenta en que “el hombre provoca que la realidad este en constante cambio, por lo que la ciencia con sus verdades científicas tiene un carácter perfectible” (Reyes, Darwin Vinicio Informe, 2009).

El pensamiento del grupo que se pretende investigar tiene una actitud de afirmación ante la existencia y sentido de la vida, esta base anímica, psicológica, espiritual hace posible y asegura la consistencia moral de la sociedad. Para lo cual el trabajo social estudia al ser en cuanto ser dentro de su contexto social, estableciendo una combinación entre la teoría y la práctica.

Fundamentación Axiológica

El presente proyecto se desarrollará amparado por los valores y ética profesional que caracterizan al trabajador social, bajo consideraciones de responsabilidad, honestidad, la aceptación y respeto a cualesquiera que fueran los resultados, y sobre todo se ejecutará con una consideración hacia los valores, costumbres, tradiciones de la muestra.

Fundamentación Legal

LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

CAPÍTULO TERCERO

Sección primera Adultas y Adultos Mayores

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

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

Art. 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, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, 34 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 tomará medidas de:

1. 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 acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará 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 desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.

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

9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR.

(Desarrollo, SENPLADES. Plan Nacional del Buen Vivir, 2007-2010, pág. 379)

Política 1.2

Impulsar la protección social integral y seguridad social solidaria de la población con calidad y eficiencia a lo largo de la vida con principios de igualdad, justicia, dignidad, interculturalidad.

b. Ampliar progresivamente la cobertura de la seguridad social con especial atención para adultos mayores, mujeres, personas con discapacidades y personas que realizan trabajos no remunerados.

f. Articular los programas de protección social con programas de economía social y solidaria que favorezcan la formación y fortalecimiento de redes que incluyan a mujeres, grupos de atención prioritaria, pueblos y nacionalidades.

g. Incrementar el acceso de los grupos de atención prioritaria a servicios especializados en los ámbitos público y privado, con especial énfasis a las personas en condición de múltiple vulnerabilidad.

Política 1.3.

Promover la inclusión social y económica con enfoque de género, intercultural e intergeneracional para generar condiciones de equidad.

f. Reducir las brechas de ingreso y de segregación ocupacional que afectan a mujeres, grupos de atención prioritaria, pueblos y nacionalidades.

LEY DEL ANCIANO

(gerontológica, 2007-2012, pág. 53) Ley No. 127

CONGRESO NACIONAL DEL PLENARIO DE LAS COMISIONES LEGISLATIVAS. Considerando:

Que debido a la crisis social y económica por la que atraviesa el país, el grupo de la tercera edad se enfrenta a graves problemas de marginación;

Que este importante grupo humano ya cumplió con sus deberes sociales y que, le corresponde al Estado garantizarle el derecho a un nivel de vida que asegure la salud, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y servicios sociales necesarios para que continúe brindando su aporte al conglomerado social;

Que es imperativo establecer disposiciones legales, administrativas y financieras para proteger y garantizar la atención a la población de la tercera edad del país; y, En uso de las facultades constitucionales, que le confiere el:

Art.66 de la Constitución Política de la República del Ecuador, expide la siguiente:
"LEY DEL ANCIANO"

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Art. 3.- El Estado protegerá de modo especial, a los ancianos abandonados o desprotegidos. Así mismo, fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población anciana, con sujeción a la presente Ley, en especial a aquellas entidades, sin fines de lucro, que se dediquen a la constitución, operación y equipamiento de centros hospitalarios gerontológicos y otras actividades similares.

CAPÍTULO II

ORGANISMOS DE EJECUCIÓN Y SERVICIOS

Art. 4.- Corresponde al Ministerio de Bienestar Social la protección al anciano, para lo cual, deberá fomentar las siguientes acciones:

a) Efectuar campañas de promoción de atención al anciano en todas y cada una de las provincias del país;

b) Coordinar con la Secretaría Nacional de Comunicación Social, Consejos Provinciales, Concejos Municipales, en los diversos programas de atención al anciano;

Nota: La Secretaría Nacional de Comunicación Social fue suprimida. Actualmente la de políticas de comunicación e información de entidades de la Función Ejecutiva y la coordinación de la gestión de información y comunicación social de las otras entidades del Estado la realiza la Secretaría de Comunicación, adscrita a la Presidencia de la República (D.E. 386, R.O. 83, 23-V- 2000).

c) Otorgar asesoría y capacitación permanentes a las personas jubiladas o en proceso de jubilación;

d) Impulsar normas que permitan a los ancianos desarrollar actividades ocupacionales, preferentemente vocacionales y remuneradas estimulando a las instituciones del sector privado para que efectúen igual labor; y,

El Consejo Nacional de Salud y las Facultades de Medicina de las Universidades incluirán en el plan de estudios, programas docentes de geriatría y gerontología, que se ejecutarán en los hospitales gerontológicos y en las instituciones que presten asistencia médica al anciano y que dependan de los Ministerios de Bienestar Social y Salud Pública y en aquellas entidades privadas que hayan suscrito convenios de cooperación con el Ministerio de Bienestar Social.

Art. 5.- Las instituciones del sector público y del privado darán facilidades a los ancianos que deseen participar en actividades sociales culturales, económicas, deportivas, artísticas y científicas.

Art. 6.- El Consejo Nacional de Salud y las Facultades de Medicina de las Universidades incluirán en el plan de estudios, programas docentes de geriatría y gerontología, que se ejecutarán en los hospitales gerontológicos y en las instituciones que presten asistencia médica al anciano y que dependan de los Ministerios de Bienestar Social y Salud Pública y en aquellas entidades privadas que hayan suscrito convenios de cooperación con el Ministerio de Bienestar Social.

Art. 9.- Establece la Procuraduría General del Anciano, como organismo dependiente del Ministerio de Bienestar Social, para la protección de los derechos económico-sociales y reclamaciones legales del anciano. Sus atribuciones constarán en el Reglamento.

CAPÍTULO III

DE LOS SERVICIOS

Art. 15.- (Reformado por el Art. 1 de la Ley s/n, R.O. 32, 24-IX-96).- Las personas mayores de sesenta y cinco años gozarán de la exoneración del 50% del valor de las tarifas: (de los servicios médicos privados, cuyo cumplimiento supervisará el Ministerio de Salud Pública), aéreas nacionales y de las terrestres, de las entradas a espectáculos públicos culturales, deportivos, artísticos y recreacionales. Para obtener tal rebaja bastará presentar la cédula de ciudadanía.

CAPÍTULO IV

DE LA EDUCACIÓN

Art. 16.- En el programa de estudios de los niveles primario y medio se incluirán temas relacionados con la población de la tercera edad. Los estudiantes del sexto curso de nivel medio podrán acogerse al trabajo de voluntariado en los hogares de ancianos del país, previa a la obtención del título de bachiller, como opción alternativa a otras actividades de carácter social.

Art. 17.- El Ministerio de Bienestar Social creará incentivos en favor de las universidades para que preparen profesionales especializados en atención a la población anciana.

CAPÍTULO VI

DE LAS INFRACCIONES Y SANCIONES

Art. 21.- Se considerarán infracciones en contra del anciano, las siguientes:

- a) El abandono que hagan las personas que legalmente están obligadas a protegerlo y cuidarlo, de conformidad con el artículo 11 de la presente Ley;
 - b) Los malos tratos dados por familiares o particulares;
 - c) La falta e inoportuna atención por parte de las instituciones públicas o privadas previstas en esta Ley;
 - d) La agresión de palabra o de obra, efectuado por familiares o por terceras personas;
- y,
- e) La falta de cuidado personal por parte de sus familiares o personas a cuyo cargo se hallen, tanto en la vivienda, la alimentación, subsistencia diaria, asistencia médica, como en su seguridad.

Art. 22.- Las infracciones señaladas en el artículo anterior serán sancionadas con:

- a) Amonestación; y,
- b) Multas

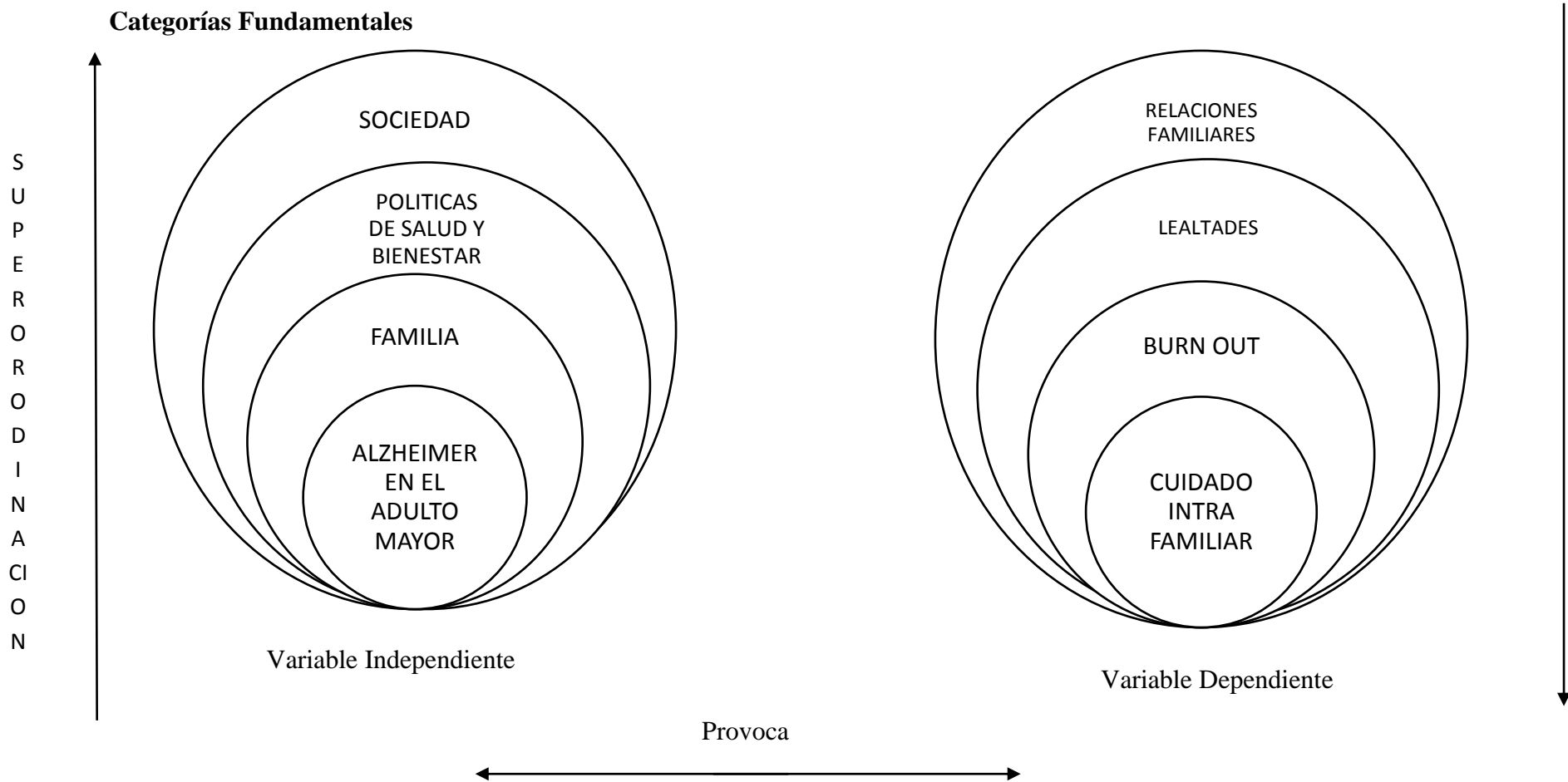


Gráfico N° 2 Categorías Fundamentales
 Fuente: Bibliográfica
 Elaboración: ErikaMullo

Constelación de Ideas de la Variable Independiente

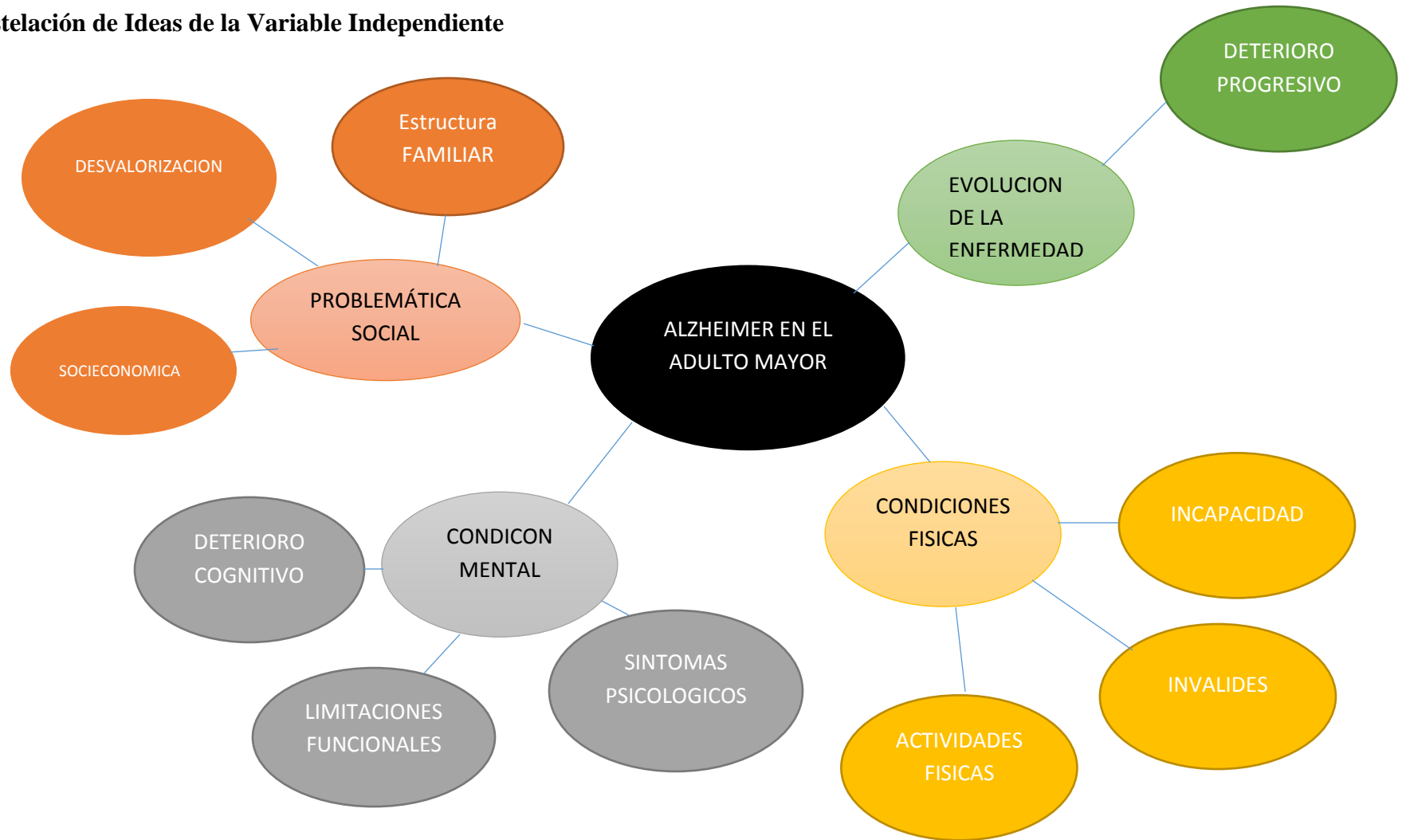


Gráfico N° 3 Constelación Ideas de V.I.
Fuente: Red de categorías Conceptuales
Elaboración: Erika Mullo

Constelación de Ideas de la Variable Dependiente

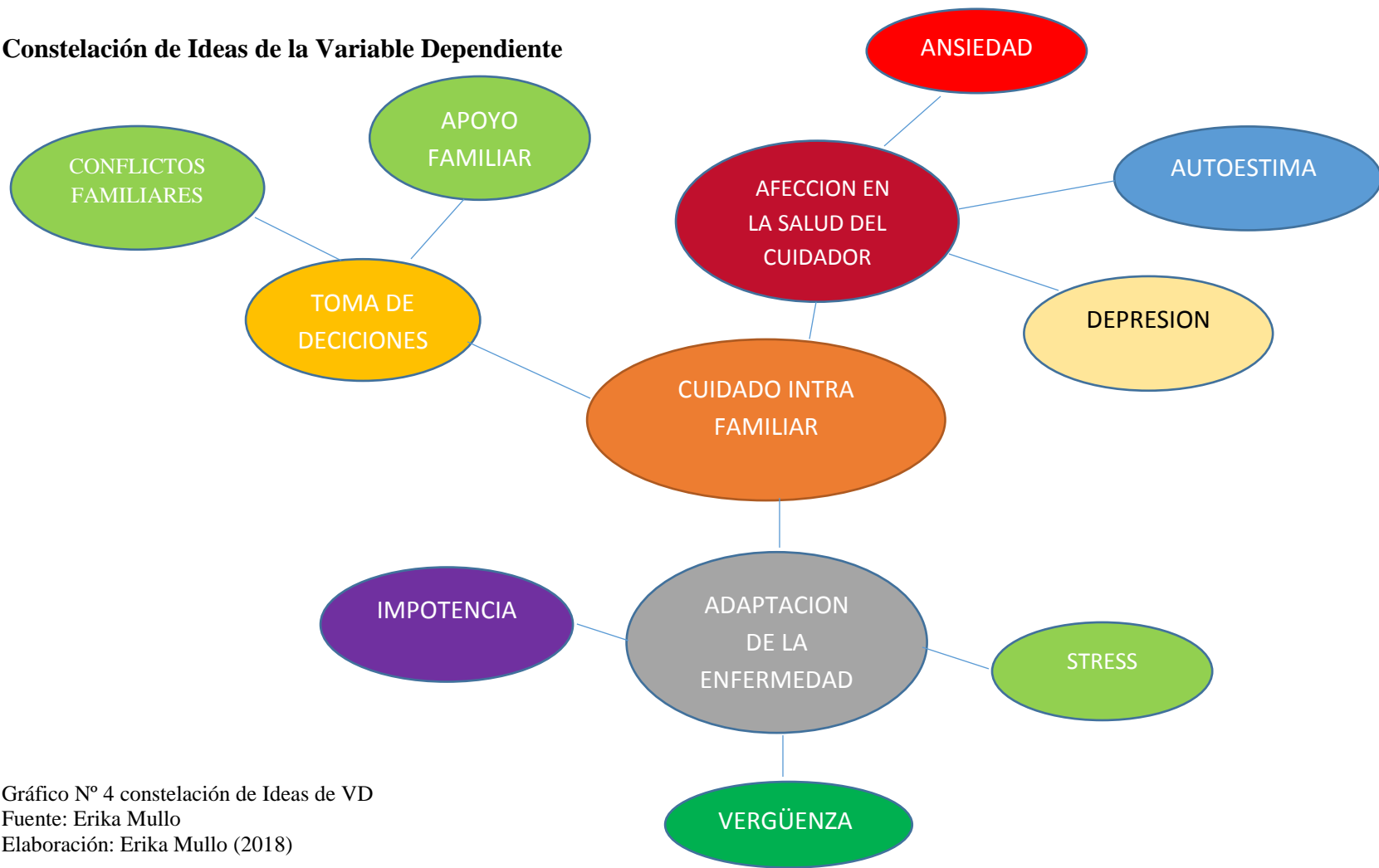


Gráfico N° 4 constelación de Ideas de VD
Fuente: Erika Mullo
Elaboración: Erika Mullo (2018)

DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE ALZHAIMER EN EL ADULTO MAYOR

ALZHAIMER EN EL ADULTO MAYOR

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente de demencia. Definimos la demencia, según los criterios del DSM-IV, como un síndrome clínico que implica deterioro intelectual respecto a un nivel previo, generalmente crónico como sucede en esta enfermedad, pero no necesariamente irreversible ni progresivo, como sería el caso en otras etiologías. Este deterioro intelectual conlleva una afectación de las capacidades funcionales del sujeto, suficiente para interferir sus actividades socio laborales normales (Vargas, 2013).

El mal de Alzheimer fue descrito en 1906 y se llama así en honor al neurólogo alemán Alois Alzheimer. Licenciado en medicina, realizó estudios sobre la patología del sistema nervioso. Entre 1904 y 1918 publicó trabajos sobre diferentes males, entre ellos, la demencia precoz, cuya forma más extendida es este mal. En el mundo, según los datos de la OMS, cerca de 37 millones de personas sufren de demencia y en la mayoría de los casos, la causa es justamente el Alzheimer (Santana, 2011).

La enfermedad del Alzheimer se asocia ocasionalmente a un ataque apopléjico repentino seguido por hemiplegia. La pérdida progresiva de memoria y de la mente aparece más adelante, con los cambios repentinos del humor, fluctuando entre la euforia suave y el hychondriasis exagerado; la enfermedad conduce al estupor y al comportamiento infantil. Las características se diferencian de pacientes con parálisis general, por un patrón organizado del comportamiento y por la capacidad general del razonamiento (Pérez, 2012).

Algunos criterios que se usan para hacer el diagnóstico de demencia y luego de Enfermedad de Alzheimer serían:

1. Pérdida de memoria y de una o más funciones cognitivas tales como el lenguaje, capacidad ejecutiva, praxias, percepción visual.

2. Esta pérdida debe ser de cuantía suficiente como para interferir con las actividades laborales o sociales habituales del paciente.
3. La causa, demostrada o presunta, debe ser una afección orgánica cerebral.
4. Debe excluirse el compromiso de conciencia.

La Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad lentamente progresiva, y en su evolución pueden reconocerse 3 etapas:

La primera se caracteriza por las fallas de la memoria.

En la segunda se agregan trastornos del lenguaje, apraxias (pérdida de la capacidad de llevar a cabo movimientos voluntarios) y un síndrome de Gertsman (desorientación derecha-izquierda, agnosia digital, discalculia y disgrafía).

Y en la tercera, el paciente queda incapacitado, postrado en cama.

Por supuesto, los límites de estas etapas son artificiales e imprecisos, pero este esquema nos parece útil para describir su evolución.

El diagnóstico oportuno puede mejorar significativamente la calidad de vida del paciente, pero es frecuente advertir que los diagnósticos son tardíos. Es natural que las familias de los pacientes se nieguen a aceptar el hecho al comienzo de la demencia.

FAMILIA

La familia es el núcleo o el epicentro en el cual se forma la sociedad. Por esta razón no debe ser maltratada, violada, esclavizada, ignorada por su color de piel, desterrada por sus orígenes o principios de religión. Los lazos principales son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio¹ que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen

entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros (Rodríguez, 2013).

La palabra familia proviene del latín “familia” de “famulus”, que a su vez deriva del osco “famel” que quiere decir siervo, y más remotamente del sánscrito “vama”, que significa habitación, casa. Partiendo de esta etimología, en la antigüedad se consideraba familia al conjunto de personas y esclavos que habitaban con el señor de la casa. La familia es el conjunto de personas unidas por vínculos de matrimonio, parentesco o adopción. Considerada como una comunidad natural y universal, con base afectiva, de indiscutible formativa en el individuo y de importancia social. Se dice que es universal ya que la historia de la familia es la historia de la humanidad. En todos los grupos sociales y en todos los estadios de su civilización, siempre se ha encontrado alguna forma de organización familiar. La familia se ha modificado con el tiempo, pero siempre ha existido, por eso es un grupo social universal, el más universal de todos (Molina, 2014).

Con respecto a su importancia social, la familia es la célula original de la vida social, donde el individuo se prepara para su vida en la sociedad. De allí que, mientras mejor organizada esté la familia más robusta sea, más sólida y favorable será la organización social. La familia suele distinguirse en familia nuclear (dos adultos con sus hijos), la cual es la unidad principal de las sociedades más avanzadas; familia extensiva, donde el núcleo está subordinado a una gran familia con abuelos y otros familiares; y la familia monoparental, en la que los hijos viven sólo con un progenitor en situación de soltería, viudedad o divorcio (Romero, 2013).

Tipos de familia

- **Familia nuclear**, padres e hijos (si los hay); también se conoce como «círculo familiar»;
- **Familia extensa**, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines;
- **Familia mono parental**, en la que el hijo o hijos vive (n) sólo con uno de los padres;

- **otros tipos de familias:** aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos donde el sentido de la palabra familia, no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable (Rodríguez, 2013).

POLITICAS DE SALUD Y BIENESTAR

Por primera vez en la historia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha establecido “la mejora del bienestar de la población” como una prioridad sanitaria. Así lo recoge el último informe de la Oficina Regional Europea de la OMS, que lleva por título: Informe Europeo de la Salud 2012 – trazando el camino hacia el bienestar (European Health Report, 2012 – charting the way to well-being), dado a conocer a finales de marzo de 2013 (Parra, 2011).

Desde hace más de 60 años, la OMS incorporó un nuevo concepto de salud, que establece que la salud se define no sólo por “la ausencia de enfermedad”, sino por “un estado de completo bienestar físico, mental y social”. Sin embargo, hasta la fecha, no se habían determinado los parámetros necesarios para la evaluación del bienestar de los ciudadanos, de tal manera que este aspecto, clave en la definición de la salud, había quedado fuera de los informes de la OMS (centrados en la medida de los índices de mortalidad, morbilidad y discapacidad) (Ochoa, 2013).

SOCIEDAD

Para Max Weber citado por Játiva (2014) expresa que la sociedad es un sistema o conjunto de relaciones que se establecen entre los individuos y grupos con la finalidad de constituir cierto tipo de colectividad, estructurada en campos definidos de actuación en los que se regulan los procesos de pertenencia, adaptación, participación, comportamiento, autoridad, burocracia (Játiva, 2014). El término sociedad alude al conjunto de individuos que interactúan a diario, lo que los obliga a generar pautas y comportamientos culturales de común acuerdo. El concepto proviene del término latino *societas*, que indica una relación amistosa, por lo que la

existencia de una sociedad presupone al menos algún tipo de vínculo interpersonal. (Martínez, 2014).

Sociedad es un término que describe a un grupo de individuos marcados por una cultura en común, un cierto folclore y criterios compartidos que condicionan sus costumbres y estilo de vida y que se relacionan entre sí en el marco de una comunidad. Aunque las sociedades más desarrolladas son las humanas (de cuyo estudio se encargan las ciencias sociales como la sociología y la antropología), también existen las sociedades animales (abordadas desde la sociobiología o la etología social) (Núñez, 2013).

Las sociedades de carácter humano están constituidas por poblaciones donde los habitantes y su entorno se interrelacionan en un contexto común que les otorga una identidad y sentido de pertenencia. El concepto también implica que el grupo comparte lazos ideológicos, económicos y políticos. Al momento de analizar una sociedad, se tienen en cuenta aspectos como su nivel de desarrollo, los logros tecnológicos alcanzados y la calidad de vida (Palacios, 2013).

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER

Las fases del Alzheimer han sido identificadas desde hace décadas. Existen diversas clasificaciones, algunas hablan de 7 etapas y otras de 5 fases del Alzheimer, pero la más extendida es la propuesta de 3 fases.

Sobre esta última nos centraremos en este artículo, debido a su funcionalidad y a que refleja perfectamente la evolución general del mal. Estas tres fases del Alzheimer son:

- Alzheimer leve
- Alzheimer moderado
- Alzheimeravanzado

Fases del Alzheimer: etapa leve

En este periodo la persona experimenta lo que se ha dado en llamar “deterioro cognitivo leve”, una condición que se confunde con el envejecimiento cognitivo normal.

El afectado por alzhéimer tiene olvidos cotidianos, algunas dificultades para encontrar las palabras adecuadas o recordar el nombre de las personas que le han sido presentadas recientemente.

También es común que las actividades complejas que antes hacía sin dificultad, ahora le suponga mucho más esfuerzo y le genere ansiedad. Habitualmente el enfermo se queja de que su memoria ya no es la misma, aunque lo justifica con la edad. Sin embargo, sigue siendo independiente en la ejecución de las actividades diarias (Castro, 2013).

Al final de esta etapa, a la familia comienza a hacerse evidente que algo no anda bien.

Fases del Alzheimer: etapa moderada

Entre el final de la fase leve de Alzheimer y el principio de la fase moderada es cuando normalmente se produce el diagnóstico. Es la familia la que, ante la evidencia de un deterioro imparable, decide ir al médico.

En esta fase del Alzheimer los déficits anteriores siguen avanzando. La memoria de hechos recientes está muy dañada, aunque aún rememora eventos del pasado con notable claridad. Normalmente ya no es capaz de recordar su dirección ni su número de teléfono, incluso, puede que ya no reconozca el lugar en el que está.

El enfermo aún tiene cierta consciencia de su situación, lo que genera ansiedad, depresión y eventuales accesos de mal humor. Las ideas suspicaces de robo o daño son comunes y una queja habitual de los cuidadores.

Comprender lo que le dicen, y expresarse, es cada vez más difícil para un enfermo de Alzheimer. Es en etapa donde el enfermo comienza a necesitar niveles de ayuda para realizar actividades cotidianas como ducharse, cocinar o escoger y vestir la ropa adecuada (Martínez, 2014).

Fases del Alzheimer: etapa avanzada

Fase de dependencia total, donde el enfermo necesita ayuda para sobrevivir. Al final de esta fase ya no es capaz de moverse por sí mismo, de expresarse verbalmente ni de responder a su entorno. El afectado ya no reconoce a quienes le rodean ni al él mismo.

Se pierde el control de esfínteres y se disminuye mucho de peso. Aumenta la vulnerabilidad a las infecciones, siendo la neumonía por aspiración uno de los riesgos más marcados de esta etapa final del Alzheimer y causa habitual del fallecimiento (Martínez, 2014).

Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer

El tratamiento en cada una de estas fases del Alzheimer tiene dos líneas fundamentales, la farmacológica y la no farmacológica. Dentro de la primera línea, el profesional competente prescribirá alguno de los fármacos que hay actualmente en el mercado aprobados para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer y otros en función de los síntomas que predominen en el enfermo.

Desde el punto de vista no farmacológico juegan un rol fundamental los profesionales de disciplinas como la psicología, la fisioterapia o la terapia ocupacional. Ellos están capacitados para desarrollar terapias que, si bien no curan, sí enlentecen el ritmo de deterioro del enfermo y aumenta su calidad de vida (Martínez, 2014).

CONDICIONES FISICAS

Es el estado de la capacidad de rendimiento psico-física de una persona o animal, en un momento dado. Se manifiesta como capacidad de fuerza, velocidad, resistencia, flexibilidad y coordinación. Cada disciplina debe estar compensada con la otra.

Se llama capacidades físicas a las condiciones que presenta un organismo, por lo general asociadas al desarrollo de una cierta actividad o acción. Estas capacidades físicas están determinadas por la genética, aunque se pueden perfeccionar a través del entrenamiento.

Es posible diferenciar entre las capacidades físicas condicionales y las capacidades físicas coordinativas. Las capacidades condicionales son la velocidad, la fuerza, la resistencia y la flexibilidad. Esto quiere decir que las capacidades físicas condicionales se vinculan a la posibilidad de realizar un movimiento en la menor cantidad de tiempo posible, de vencer una resistencia gracias a la tensión, de mantener un esfuerzo en el tiempo o de alcanzar el máximo recorrido posible de una articulación (Pino, 2012).

Las capacidades físicas coordinativas, por su parte, son aquellas permiten la disposición de las acciones de un modo ordenado para alcanzar una meta. La reacción, el ritmo, el equilibrio, la orientación, la adaptación, la diferenciación y la sincronización o acoplamiento forman parte de esta clase de capacidades físicas (Pálate, 2013).

Puede decirse, en definitiva, que las capacidades físicas determinan las prestaciones motrices de un individuo. Para mejorar el rendimiento en un deporte, por lo tanto, se debe trabajar en la optimización de las capacidades físicas mediante ejercicios específicos. De esta manera es posible mejorar la velocidad, la fuerza, el equilibrio, la reacción (Garcés, 2014).

ACTIVIDADES FISICAS

Seis meses de un programa de acondicionamiento físico mejora la función cognitiva de las personas adultas.

Tan solo 30 minutos al día de actividad física bastan para que un adulto mayor pueda mantener una vejez activa y prevenir el surgimiento del Alzheimer, enfermedad que afecta a casi 200 mil chilenos que llegan a la tercera edad. Es tan importante la actividad física a esta edad que según un estudio de Lauten Schlager el año 2008, determinó que seis meses de un programa de acondicionamiento físico mejora la función cognitiva, progresos que se mantuvieron durante los 18 meses de periodo de seguimiento del estudio reacción (Bomilla, 2012).

Otro estudio del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España publicado por la revista *Jornal of Alzheimer Disease* comprobó que se mejoran las funciones sinápticas neuronales, el aprendizaje, la memoria, las funciones sensoriomotoras y la ansiedad de los adultos mayores (Montesdeoca, 2013).

Otros beneficios de la actividad física es que aumenta la función cognitiva, reduce el riesgo de síndrome metabólico, retrasa la resistencia de la insulina asociada con el envejecimiento, favorece el fortalecimiento muscular, previene fracturas reduciendo el riesgo de caídas y mejora el equilibrio, la coordinación y la agilidad (Fiallos, 2016).

Para el especialista, en adultos mayores lo primordial es mantenerse activo, por ello caminar ya es positivo, y si se suman ejercicios de coordinación y equilibrio, “permiten mantener una actividad diaria que siempre es beneficiosa para esa etapa de la vida ya que lo fundamental mantenerse activo físicamente durante toda nuestra vida” (Haro, 2016).

INAVLIDES

La incapacidad es el déficit funcional resultante de la acción de la enfermedad en un órgano, aparato o sistema. La invalidez es el resultado de la interacción de las incapacidades del individuo con el medio que le rodea.

Cuando se habla de discapacidad, normalmente se piensa que esta es solamente física, pero realmente es un universo muy amplio; así por ejemplo se tiene la obligación de detectar a las familias disfuncionales que ante la probable discapacidad del anciano bloquearían acciones a seguir tan simples como: mejorar su alimentación, quitar los tapetes alrededor de la cama, adecuar los baños, mejorar la iluminación en el hogar (Santos, 2015).

Se define a la discapacidad como la pérdida de habilidades para desarrollar cualquier tipo de actividad y de no prevenirse adecuadamente, genera incapacidad. En el anciano la discapacidad le genera dificultad para el desempeño de las actividades de la vida diaria, que tendrán como consecuencia la pérdida de la independencia, la autonomía física y mental, así como el rechazo social y el abandono familiar (Montes, 2013).

INCAPACIDAD

La "falta de capacidad para hacer, recibir o aprender algo; o de entendimiento o inteligencia; o la falta de preparación, o de medios para realizar un acto."

- Incapacidad física es la pérdida parcial o total de la capacidad innata de un individuo, ya sea por causas relacionadas con enfermedades congénitas o adquiridas, o por lesiones que determinan una incapacidad en las capacidades de la persona, especialmente en lo referente a la anatomía y la función de un órgano, miembro o sentido.
- Incapacidad jurídica es la carencia de la aptitud para la realización del ejercicio de derechos o para adquirirlos por sí mismo.
- Incapacidad mental, cuando se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.
- Incapacidad temporal o baja laboral, es la situación de un trabajador cuando por causa de una enfermedad común o profesional, o por un accidente está temporal o totalmente incapacitado para trabajar por indicación médica, y precisa asistencia sanitaria (Ortega, 2014)

La palabra incapacidad se utiliza para hacer referencia a la condición de inferioridad de capacidades o habilidades que una persona puede presentar en su vida (desde su nacimiento, a partir de un evento específico o en un momento particular que luego puede subsanarse). La incapacidad es, en otras palabras, no contar con aquellas capacidades o habilidades que se consideran dentro de los parámetros normales para un ser humano. Si bien hay miles de diferentes tipos de incapacidades, podemos señalar dos principales que son las más fáciles de observar o distinguir: las incapacidades físicas y las mentales. En algunos casos también se puede hablar de incapacidad emocional pero tal diagnóstico requiere un mayor conocimiento del carácter de una persona (Escobar, 2016).

La noción de incapacidad surge como oposición, obviamente, a la de capacidad. Cuando hablamos de una incapacidad estamos haciendo referencia a una condición en la cual una capacidad estimada como normal o regular en un individuo, no está presente por diferentes razones. Un caso de incapacidad puede ser la no posibilidad de caminar ya que se considera que una persona luego de pasados los doce meses aproximadamente debe poder valerse por sí misma para moverse. Otra incapacidad que se estipula a partir de lo que se considera normal es por ejemplo algún tipo de retraso mental, por ejemplo, mantener un intelecto típico de un infante cuando la persona se halla ya en su adultez. (Ortega, 2014)

CONDICION MENTAL

La salud mental es, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Comúnmente, se utiliza el término “salud mental” de manera análoga al de “salud o estado físico”, definiendo a la salud mental de la siguiente manera: "la salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Sin embargo, lo mental alcanza dimensiones más complejas que el funcionamiento meramente orgánico del individuo (Poveda, 2015).

La salud mental ha sido definida de múltiples formas por autores de diferentes culturas, los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional, entre otros. Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud establecen que no existe una definición oficial sobre lo que es salud mental y que cualquier definición estará siempre influenciada por diferencias culturales, suposiciones, disputas entre teorías profesionales, la forma en que las personas relacionan su entorno con la realidad, entre otras cuestiones (Cisneros, 2013).

SINTOMAS PSICOLÓGICOS

En la definición clásica de Freud los síntomas son actos nocivos o inútiles que el sujeto realiza contra su voluntad, experimentando displacer, sufrimiento y a veces incluso dolor, que agotan su energía psíquica y algunas veces lo incapacitan para realizar otras actividades (Pérez, 2010).

El síntoma para el psicoanálisis es una de las formaciones del inconsciente cuya principal característica es ser una formación transaccional o de compromiso entre fuerzas opuestas en conflicto. Se trata de un acto nocivo o inútil que el sujeto realiza contra su voluntad, experimentando sufrimiento y que puede agotar su energía psíquica, llegando incluso a incapacitarlo para realizar otras actividades. En psicoanálisis, todos los síntomas poseen un sentido inconsciente. El síntoma es uno de los resultados posibles de un proceso represivo (Lalama, 2012).

Síntoma para el psicoanálisis no es lo mismo que síntoma para la psiquiatría. Por ejemplo, los signos de la esquizofrenia no cumplen con los requisitos para ser llamados síntomas desde el punto de vista psicoanalítico, pero sí para la psiquiatría. Sin embargo, la discrepancia principal no es clínica, sino conceptual. Mientras que para la psiquiatría los síntomas son indicadores subjetivos que apuntan hacia los signos objetivos de una enfermedad, para el psicoanálisis el síntoma es la expresión subjetiva de un conflicto inconsciente. Más precisamente, es aquella formación que posibilita la expresión de lo que se ha reprimido y retorna, retorno que ocurre para la realización del fantasma inconsciente. El síntoma se encamina a dar cumplimiento a

un deseo inconsciente, pero constituye a la vez una formación de compromiso para que sea posible, puesto que la represión vuelve a actuar sobre lo que retorna (Montero, 2014).

DETERIORO COGNITIVO

El deterioro cognitivo es la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información (VPI), que se produce con el envejecimiento normal.

La pérdida de memoria ha sido largamente reconocida como un acompañamiento de la vejez. La incapacidad para recordar el nombre de alguien conocido recientemente o el contenido de una corta lista del supermercado son experiencias familiares para todas las personas, y esta situación parece ser más común a medida que envejecemos (Pillapa, 2015).

El umbral que los médicos utilizan para realizar su determinación es que la pérdida de memoria haya progresado de tal manera que el desempeño funcional (actividades diarias, actividades laborales) independiente es imposible, por ejemplo, si alguien no puede manejar sus finanzas, o cubrir sus necesidades básicas mínimas (bañarse, comer, vestirse). Este grado de deterioro cognitivo se denomina demencia. La demencia tiene muchas causas potenciales, la más común de las cuales es probablemente la Enfermedad de Alzheimer (Solís, 2015).

LIMITACIONES FUNCIONALES

Es toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La deficiencia supone un trastorno orgánico, que produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria.

El concepto de limitación funcional, en muchas ocasiones, puede parecer confuso o complicado si no se entiende bien cómo sucede. Sin embargo, este concepto no es

tan complicado como parece y, para su mejor comprensión, el fisioterapeuta Tomás Bonino explica, por medio de distintos y sencillos ejemplos, el concepto de limitación funcional.

Existen tres puntos esenciales que se deben tomar en cuenta cuando hablamos de limitación funcional, estos son:

- Eliminar lo que limite la acción
- Verificar alteraciones nerviosas
- Facilitar el movimiento

PROBLEMÁTICA SOCIAL

Los problemas son asuntos que implican algún tipo de inconveniente o trastorno y que exigen una solución. Cuando aparece un problema, éste supone una dificultad para alcanzar un objetivo. Social, por su parte, es un adjetivo que refiere a lo que está vinculado a la sociedad (Pérez, 2014).

Los problemas sociales, por lo tanto, son situaciones que impiden el desarrollo o el progreso de una comunidad o de uno de sus sectores. Por tratarse de cuestiones públicas, el Estado tiene la responsabilidad y la obligación de solucionar dichos problemas a través de las acciones de gobierno (Molina, 2012).

Puede decirse que un problema social surge cuando muchas personas no logran satisfacer sus necesidades básicas. Que un sector de la población no logre acceder a los servicios de salud, la educación, la alimentación o a la vivienda, supone un problema social (Molina, 2012).

SOCIOECONOMICA

El nivel o estatus socioeconómico es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos,

educación, y empleo. Al analizar el nivel socioeconómico de una familia se analizan, los ingresos del hogar, los niveles de educación, y ocupación, como también el ingreso combinado, comparado con el individual, y también son analizados los atributos personales de sus miembros (Méndez, 2013).

Se clasifica por lo general en tres categorías, Alto, Medio, y Bajo en las cuales una familia puede ser ubicada. Para ubicar a una familia o individuo en una de estas tres categorías una o todas las siguientes tres variables (ingreso, educación, y ocupación) pueden ser analizadas o procesadas por alguien (Carrillo, 2016).

Una cuarta variable, riqueza, también puede ser analizada para determinar el estatus socioeconómico. Adicionalmente, se ha establecido que un bajo nivel de ingresos y un bajo nivel de educación son importantes indicadores de un rango de problemas de salud mental y física, que van desde dolencias respiratorias, artritis, enfermedades coronarias, y esquizofrenia. Estas pueden deberse a las condiciones ambientales en el sitio de trabajo, o en el caso de enfermedades mentales, pueden ser la causa misma del estatus social de la persona (Llanos, 2013).

ESTRUCTURA FAMILAR

La estructura de la familia empieza con la unión conyugal del hombre y la mujer. La fecundación y la procreación son los valores primordiales en las estructuras tradicionales, pero el tipo de estructura familiar va a depender del tipo de matrimonio que se haya formado. Las bases para un determinado tipo de pareja radican en: Los espacios emocionales, en la que la conducta de uno de ellos tenga una consecuencia activa en el comportamiento del otro. El campo relacional, la pareja a lo largo de su encuentro y adaptación de uno a otro hacen posible la elaboración de una serie de pautas, reglas. El área de autonomía, la cual contiene los aspectos del amor maduro y la productividad de la pareja. Para que la pareja viva en armonía debe sintetizar los tres aspectos de forma simultánea (Millán & Serrano, 2002).

La estructura de la familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación. La familia tiene una estructura que se encuentra en movimiento. Se

define como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. El sistema familiar se expresa a través de pautas transaccionales cuyo funcionamiento se da con base en reglas acerca de quiénes son los que actúan, con quién y de qué forma (Eguiluz,2004).

DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE CUIDADO INTRAFAMILIAR

CUIDADO INTRAFAMILIAR

El término “cuidador familiar” se utiliza para describir a aquellas personas que habitualmente se encargan de ayudar en las Actividades Básicas de la Vida Diaria* a personas (mayores, enfermas o discapacitadas) que no pueden desempeñar estas funciones por sí mismas (Álvarez, 2013).

Normalmente, se trata de un familiar cercano (la inmensa mayoría mujeres) que, además de proporcionar los cuidados necesarios que aseguren a la persona en situación de dependencia una calidad de vida adecuada, debe continuar realizando las labores propias del mantenimiento del hogar (Cisneros, 2015).

La tarea de cuidar no se puede definir en el tiempo, ya que en ocasiones sólo se trata de unos pocos meses, pero en otras, de largos años que afectarán lógicamente a todo el entorno del cuidador. Por eso, no hay que olvidar que cuidarse a sí mismo es tan importante como cuidar (Esdinda,2004).

A veces la situación de dependencia llega de manera repentina y otras veces el cuidador va viendo poco a poco cómo su familiar cada día precisa más ayuda para moverse. Cualquiera de las dos situaciones supone un desgaste físico y psicológico que puede afectar seriamente a su salud (Arguedas, 2011).

BOURNOUT

El burnout es un síndrome que aparece como una respuesta al estrés laboral prolongado, puntualmente cuando las demandas laborales exceden la capacidad de

respuesta de una persona. Quienes lo padecen se sienten agotados, cansados, desgastados emocionalmente y de allí la expresión de estar quemado, explica la Dra. Verónica Martínez, médica especialista en Psiquiatría y Medicina Legal, y agrega: "Convivimos con el estrés cotidianamente, pero el problema surge cuando no cesa, como sucede en determinados ámbitos de trabajo" (Aguiler, 2011).

El síndrome tiene tres características que el Dr. Daniel López Rosetti, psiquiatra y presidente de la Sociedad Argentina de Medicina del Estrés, define: "El agotamiento emocional: el paciente se siente sobrecargado por las personas a su alrededor y genera recursos emocionales disminuidos, dificultad para seguir trabajando o prestando un servicio. La despersonalización: asume conductas deshumanizadas, automáticas, estereotipadas y disociadas, alejándose del otro como en un intento por terminar con el agotamiento. Clasificando a las personas en categorías y no como personas individuales, como mecanismo de defensa. Sensación de bajo logro personal: tiene un sentimiento negativo de sí mismo, baja autoestima, es indiferente y disminuye su contacto con la gente o busca cambiar de trabajo (Palacios, 2012).

Cuando presenta episodios frecuentes de cansancio emocional intenso en relación con su trabajo. Puede haber ocasiones en que alguien tenga síntomas de despersonalización: sentir que no se es dueño de su cuerpo y de su mente, sentirse en blanco, no poder recordar lo que se estaba haciendo, para dónde se estaba yendo, junto a una desorientación con angustia", reflexiona la Lic. Adriana Martínez, psicoanalista y coordinadora asistencial de Fundación Buenos Aires. Se escuchan síntomas típicos como la queja sobre el trabajo, manifestaciones de frustración, angustia desbordante, ansiedad, sensación de derrota y desgaste emocional (Andrade, 2015).

LEALTAD

Se conoce como lealtad al carácter de una persona, cosa o animal leal. El término de lealtad expresa un sentimiento de respeto y fidelidad hacia una persona, comunidad, organizaciones, principios morales, entre otros.

El término leal es un adjetivo usado para identificar a un individuo fiel en base a sus acciones o comportamiento. Es por ello, que una persona leal es aquella que se caracteriza por ser dedicada, y cumplidora e inclusive cuando las circunstancias son adversas, así como defender en lo que cree, por ejemplo: un proyecto. Lealtad es sinónimo de nobleza, rectitud, honradez, honestidad, entre otros valores morales y éticos que permiten desarrollar fuerte relaciones sociales y/o de amistad en donde se creen un vínculo de confianza muy sólido, y automáticamente se genera respeto en los individuos (Ortiz, 2013).

No obstante, lo opuesto de lealtad es traición, es la falta que comete una persona en virtud del incumplimiento de su palabra o infidelidad. La falta de lealtad describe a una persona que engaña a sus compañeros, familiares, y expone su propia honorabilidad.

La lealtad es una característica que no solo está presente entre los individuos, sino también entre animales, especialmente los perros, gatos y caballos. Todo ello, en gratitud hacia el afecto y protección que los seres humanos le brindan.

El término de lealtad puede situarse en diferentes contextos como trabajo, relaciones de amistad, amorosa, entre otras, pero la lealtad no debe ser confundida con patriotismo ya que no todas las personas leales son patrióticas, debido a que patriotismo es amor a la patria mientras que la lealtad a la patria es un sentimiento que muchos países deben de despertar a los ciudadanos (Ocaña, 2014).

RELACIONES FAMILIARES

Las relaciones familiares son un aspecto básico de nuestras vidas, la familia nos viene dada y no la podemos elegir. Para muchos suponen un problema y son fuente de conflictos, para otra fuente de gran felicidad. En cualquier caso, no podemos negar que a todos nos afectan (López, 2012).

La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período

indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad. En la actualidad, destaca la familia nuclear o conyugal, la cual está integrada por el padre, la madre y los hijos a diferencia de la familia extendida que incluye los abuelos, suegros, tíos, primos (Chango, 2011).

En este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse. Además, se prodiga amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad. La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana (Santos, 2016).

CUIDADOR

Un cuidador es alguien que proporciona asistencia a una persona que ha perdido la autonomía o que necesita cuidados. Este cuidador familiar no es necesariamente un miembro de la familia, pero es de gran importancia para el seguimiento médico del paciente y también a nivel psicológico para la persona que ayuda. La mayoría de los cuidadores son los cónyuges de las personas dependientes, especialmente en el caso de la enfermedad de Alzheimer que necesita mucha atención (Viera, 2012).

Normalmente, se trata de un familiar cercano (la inmensa mayoría mujeres) que, además de proporcionar los cuidados necesarios que aseguren a la persona en situación de dependencia una calidad de vida adecuada, debe continuar realizando las labores propias del mantenimiento del hogar (Araujo, 2013).

AUTOESTIMA

Autoestima es la valoración positiva o negativa que una persona hace de sí misma en función de los pensamientos, sentimientos y experiencias acerca de sí propia. Es un término de Psicología, aunque se utiliza en el habla cotidiana para referirse, de un modo general, al valor que una persona se da a sí misma (Mena, 2011).

La autoestima está relacionada con la autoimagen, que es el concepto que se tiene de uno propio, y con la auto aceptación, que se trata del reconocimiento propio de las cualidades y los defectos. La forma en que una persona se valora está influida en muchas ocasiones por agentes externos y puede cambiar a lo largo del tiempo (Armijos, 2011).

Se puede ganar autoestima como perder autoestima por situaciones amorosas, familiares, de trabajo; por agentes externos o por nuestra propia autocrítica positiva o negativa.

TOMA DE DECISIONES

La toma de decisiones es el proceso mediante el cual se realiza una elección entre diferentes opciones o formas posibles para resolver diferentes situaciones en la vida en diferentes contextos: empresarial, laboral, económico, familiar, personal, social, (utilizando metodologías cuantitativas que brinda la administración). La toma de decisiones consiste, básicamente, en elegir una opción entre las disponibles, a los efectos de resolver un problema actual o potencial (aun cuando no se evidencie un conflicto latente) (Haro, 2014).

En términos básicos la toma de decisiones es el proceso de definición de problemas, recopilación de datos, generación de alternativas y selección de un curso de acción y se define como “el proceso para identificar y solucionar un curso de acción para resolver un problema específico (Pila, 2013).

La toma de decisiones a nivel individual se caracteriza por el hecho de que una persona haga uso de su razonamiento y pensamiento para elegir una alternativa de solución frente a un problema determinado; es decir, si una persona tiene un problema, deberá ser capaz de resolverlo individualmente tomando decisiones con ese específico motivo. También, la toma de decisiones es considerada como una de las etapas de la dirección.

En la toma de decisiones importa la elección de un camino a seguir, por lo que en un estado anterior deben evaluarse alternativas de acción. Si estas últimas no están presentes, no existirá decisión. Para tomar una decisión, cualquiera que sea su naturaleza, es necesario conocer, comprender. En algunos casos, por ser tan simples y cotidianos, este proceso se realiza de forma implícita y se soluciona muy rápidamente, pero existen otros casos en los cuales las consecuencias de una mala o buena elección pueden tener repercusiones en la vida y si es en un contexto laboral en el éxito o fracaso de la organización, para los cuales es necesario realizar un proceso más estructurado que puede dar más seguridad e información para resolver el problema (Poveda, 2012).

ANSIEDAD

La ansiedad (del latín *anxietas*, 'angustia, aflicción') es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos,¹ y se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (Díaz, 2013).

La ansiedad adaptativa o no patológica es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Por lo tanto, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias o demandas del medio ambiente. Únicamente cuando sobrepasa cierta intensidad desequilibrio de los sistemas de respuesta normal de ansiedad o se supera la capacidad adaptativa entre el individuo y el medio ambiente, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando un malestar significativo, con síntomas físicos, psicológicos y conductuales, la mayoría de las veces muy inespecíficos (Salinas, 2014).

Una amplia gama de enfermedades médicas puede producir síntomas de ansiedad. Para aclarar si estos son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad

médica, se evalúan los datos de la historia clínica, la exploración física, las pruebas de laboratorio y los estudios complementarios, necesarios en función de los síntomas del paciente (Orellana,2015).

ADAPTACION DE LA ENFERMEDAD

El padecimiento de una enfermedad médica, especialmente aquellas que son crónicas, limitantes de la vida cotidiana, con altas exigencias para su correcto tratamiento o potencialmente mortales, conllevan un riesgo mayor de padecer un trastorno psíquico. El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades graves en la infancia supone para el paciente y su familia un acontecimiento vital tremendamente estresante, a veces traumático, cuyas consecuencias pueden persistir a largo plazo. No existe una forma única de afrontar las enfermedades.

Cuando llega la enfermedad, se producen una serie de cambios importantes en varios aspectos psicosociales de la persona: la imagen que tiene de sí mismo/a, visión del futuro, relaciones interpersonales, actividades que realizaba hasta ahora. El enfermo crónico está obligado a cambiar en mayor o menor grado su forma de vida; ha de modificar su dieta, frecuentes contactos con el medio hospitalario, interrupción de sus actividades cotidianas que muchas veces afectan al trabajo o estudios (Llerena, 2013).

DEPRESION

La depresión clínica, es una enfermedad grave y común que nos afecta física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar. La depresión nos puede provocar deseos de alejarnos de nuestra familia, amigos, trabajo, y escuela. Puede además causarnos ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés o placer en realizar diferentes actividades (Mendoza, 2012).

La depresión clínica no es simplemente una angustia, es también una tristeza o melancolía permanente. Nos lleva a sentir inútiles, sin esperanza; a veces, es posible que nos queramos dar por vencidos. La depresión clínica causa pérdida del placer en

la vida diaria, tensión en el trabajo y en las relaciones, agrava condiciones médicas e incluso puede llevarle al suicidio (Ordoñez, 2013).

AFECCION EN LA SALUD DEL CUIDADOR

Un cuidador es alguien que brinda atención básica a una persona que tiene una afección médica crónica. Una afección crónica es una enfermedad que dura mucho tiempo o no desaparece. Algunos ejemplos de afecciones crónicas son el cáncer, los efectos del accidente cerebrovascular, la esclerosis múltiple, la artritis, la diabetes y la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia. El cuidador ayuda a la persona a realizar tareas como preparar y comer los alimentos, tomar medicamentos, bañarse y vestirse (Llanos, 2015).

Los estudios demuestran que los cuidadores tienen un mayor riesgo de presentar los siguientes problemas de salud:

- Abuso de alcohol, tabaco y drogas
- Trastornos de ansiedad
- Diabetes
- Enfermedades cardíacas, como presión arterial alta, colesterol alto y ataque cardíaco
- Acidez estomacal
- Infección
- Obesidad
- Dolor, como dolor muscular o articular y dolores de cabeza
- Estrés y depresión

APOYO FAMILIAR

El apoyo prestado por la familia puede analizarse observando cómo se desempeña el rol de cuidador en lo que se refiere a la atención directa, determinando:

Si el cuidador percibe la situación de la persona dependiente y actúa de forma efectiva con respecto a las necesidades de ésta, es decir, si ofrece atención emocional e instrumental. Esto es: le ayuda y/o suple en realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, cuando es necesario; favorece su autonomía e independencia, siempre que es posible; fomenta su adhesión al régimen terapéutico y cumplimiento del tratamiento (Salinas, 2012).

Analizar la implicación del conjunto de miembros de la unidad, el tipo de actividades en las que participa, determinando si dicha participación es suficiente o insuficiente.

La percepción del apoyo percibido por parte del enfermo, puede realizarse observando si este expresa quejas o manifiesta preocupación por la ayuda y por el trato recibido. Síntomas de una percepción de bajo apoyo pueden ser la existencia de enfado o irritabilidad, falta de acuerdo, cólera, ira, rabia, discriminación, hostigamiento y conflictos de relación. Esto puede ser reflejo de sobreprotección o también de desatención. Igualmente debe observarse la existencia de signos que pueden ser indicadores de un apoyo inadecuado como pueden ser la malnutrición, la higiene deficiente, el excesivo encajamiento o incluso la existencia de malos tratos (Chango, 2014).

Hipótesis

El Alzheimer en el Adulto Mayor incide en el cuidado Intra Familiar del hospital del instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Latacunga.

Determinación de Variables

Variable Independiente: El Alzheimer en el Adulto Mayor

Variable Dependiente: Cuidado intrafamiliar

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Enfoque de la Investigación

Para el actual estudio se emplea el método mixto del enfoque investigativo, el cual constituye del “cuantitativo porque usa la recolección de datos reales, permite hacer una medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer patrones de comportamiento y probar teorías, y el enfoque cualitativo, debido a que utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, pág. 57)

El presente trabajo investigativo es mixto porque es una combinación de los métodos tanto cuantitativo como cualitativo pues se procederá a la recolección, análisis y vinculación de los datos mediante la información obtenida para proporcionar una solución al planteamiento del problema, convirtiéndose en un conocimiento sustantivo y profundo.

En cuanto a la investigación cualitativa representa la concreción metodológica de la perspectiva ética que enfatiza conocer la realidad, de captar el significado particular que a cada hecho atribuye su propio protagonista, y de contemplar estos elementos como piezas de un conjunto sistemático en este caso las preguntas e hipótesis surge como parte del proceso de investigación; el énfasis no es medir las variables sino entenderlas (Ruiz, 2012).

La metodología cuantitativa parte de cuerpos teóricos y formula hipótesis sobre relaciones esperadas entre las variables que hacen parte del problema que se estudia, así lo confirma Monje, Carlos, (2011), en su guía didáctica sobre la metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa, además menciona que:

Su constatación se realiza mediante la recolección de información cuantitativa orientada por conceptos empíricos medibles, derivados de los conceptos teóricos con los que se construyen las hipótesis conceptuales. El análisis de la información recolectada tiene por fin determinar el grado de significación de la relación prevista entre las variables. (pág. 17)

Modalidad de la Investigación

De Campo

La investigación de campo es entendida como el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas, y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. Otra característica de la investigación de campo es que los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad (Arias, 2012).

Bibliográfica Documental

La investigación bibliográfica y documental es un proceso sistemático y secuencial de recolección, selección, clasificación, evaluación y análisis de contenido del material empírico impreso y gráfico, físico y/o virtual, coadyuvando a fundamentar teóricamente el presente estudio en documentos, textos, revistas de carácter científico, artículos, y cualquier material escrito en el que se encuentren tópicos referentes al tema (gallegos, 2016).

Según Rivas (1994), la investigación bibliográfica es la primera etapa del proceso investigativo que proporciona el conocimiento de las investigaciones ya existentes, de un modo sistemático, a través de una amplia búsqueda de: información, conocimientos y técnicas sobre una cuestión determinada (Rivas, 1994).

Se Utiliza diferentes bibliografías que sustenten las dos variables, como son el Alzheimer en el Adulto Mayor y el cuidado intrafamiliar.

Tipo de la Investigación

Descriptiva

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis en busca de resultados. Se caracterizará las peculiaridades del problema en lo que respecta a su origen y desarrollo, para comparar, clasificar elementos que se dan dentro del problema (Hernández, Fernández, & Baptista, 1997).

Explicativa

Carlos Sabino (1995: 39 Y 1996: 110) identifica estos estudios como aquellos cuyo propósito es encontrar relaciones entre variables. En palabras de Hernández, “los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o de fenómenos o del establecimiento de las relaciones entre concepto; están dirigidos a responder a las causas de los eventos físicos sociales”

Asociación de Variables

Para poder estructurar las predicciones se asociará la variable independiente con la dependiente, se analizará su relación y gracias a esto se podrá establecer, mecanismos de intervención donde es preponderante el rol del trabajo social ya que se trabaja con el cuidador siendo esta el soporte de la familia, abalizándose con de encuestas para la verificación de hipótesis. Se completó con la investigación bibliográfica contemplando libros cuyos, autores sean inéditos, con publicaciones como libros, folletos y la constitución.

Población y Muestra

Según Hernández, Benjamín (2001), menciona que; el investigador social tiene como objetivo final buscar conclusiones sobre un gran número de personas, (población) para ello no estudia todo el conjunto, sino una parte significativa (muestra).

La población para la presente investigación estará constituida por el universo a ser investigado de 30 cuidadores, por tanto se aplicará instrumentos de investigación científica, por tal motivo no se aplicará muestreo.

Población:

Tabla 1. Unidades de Observación

Unidades de Observación	Número
Cuidadores	30
TOTAL	30

Elaboración: Erika Mullo (2018).

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CuadroN° 2

Variable Independiente: Alzheimer en el Adulto Mayor

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente de demencia, según los criterios del DSM-IV, como un síndrome clínico que implica deterioro intelectual respecto a un nivel previo, generalmente crónico como sucede en la en la evolución de la enfermedad, Este deterioro intelectual conlleva una afectación de las capacidades funcionales del sujeto, en cuanto a sus condiciones físicas y mentales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evolución de la enfermedad • Condiciones físicas • Condiciones mentales • Problemática Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro progresivo • Incapacidad • Invalides • Actividades físicas • Síntomas Psicológicos • Limitaciones funcionales • Deterioro cognitivo • Socioeconómica • Desvalorización • Estructura familiar 	<p>¿Cuál es el estado civil del adulto mayor con enfermedad Alzheimer?</p> <p>¿Con quién vive el Adulto Mayor con enfermedad Alzheimer?</p> <p>¿Indique la procedencia del adulto mayor?</p> <p>¿Hace que tiempo fue diagnosticado el adulto mayor con Alzheimer?</p> <p>¿Qué tipo de seguro tiene el adulto mayor?</p> <p>¿Quién cuida con frecuencia al Adulto Mayor?</p>	<p>Técnica: Entrevista Encuesta</p>

Fuente: Bibliográfica

Elaborado: Erika, Mullo (2018)

CuadroN° 3

Variable Dependiente: Cuidado Intra Familiar

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Se refiera al cuidado intrafamiliar que realizan personas que habitualmente se encargan de ayudar en las Actividades Básicas de la Vida Diaria a personas (mayores, enfermas o discapacitadas) que no pueden desempeñar estas funciones por sí mismas. Sin importarle las afectaciones que pueden ocasionar en la salud del cuidador, ya que ellos son los responsables de la toma de decisiones de los adultos mayores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación en la salud del cuidador • Cuidado intrafamiliar • Toma de decisiones de 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Autoestima • Depresión • Estrés • Vergüenza • Impotencia • Apoyo familiar • Conflictos familiares 	<p>¿Qué actividades realiza con facilidad el Adulto Mayor?</p> <p>¿Qué actividades realiza con dificultad el Adulto Mayor?</p> <p>¿Considera que existe comunicación entre el cuidador y el Adulto Mayor?</p> <p>¿Cuál es el alimento que le agrada al Adulto Mayor?</p> <p>¿Con qué frecuencia es el aseo del Adulto Mayor?</p> <p>¿Qué complicaciones ha tenido el Adulto Mayor desde que fue diagnosticado Alzheimer?</p>	<p>Técnica:</p> <p>Entrevista</p> <p>Encuesta</p>

Fuente: Bibliográfica

Elaborado: Erika, Mullo (2018)

Técnicas e Instrumentos

Para la realización de la presente investigación se utilizará las siguientes técnicas e instrumentos de investigación.

Tipos de Información	Técnicas de Investigación	Instrumentos de Investigación
1.- Información Primaria	1.1.-Lectura Científica	1.1.1.- Tesis de grado, Artículos, Libros, Estudios realizados.
2.-Información Secundaria	2.2.-Entrevista	2.2.2.- Diario de Campo

Fuente: Bibliográfica.

Elaboración: Mullo, Erika (2018)

Plan de recolección de información

Cuadro N. 5: Plan de recolección de información

Tabla 2. Plan para Recolección de la Información

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIONES
1.- ¿Para qué?	Para solucionar el problema a investigar
2.- ¿De qué personas u objetos	Cuidadores de los Adultos Mayores con Alzheimer
3.- ¿Sobre qué aspectos?	Alzheimer y cuidado intra familiar
4.- ¿Quién?	Investigadora. Erika Mullo
5.- ¿Cuándo?	Abril – Septiembre 2016
6.- ¿Dónde?	Hospital del Seguro Social IESS Latacunga
7.- ¿Cuántas veces?	Una vez
8.- ¿Qué técnicas de recolección?	Entrevista
9.- ¿Con qué?	Diario de Campo
10.- ¿En qué situación?	Se buscará el mejor momento para obtener resultados.

Fuente: Bibliográfica.

Elaboración: Mullo, Erika (2018)

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Encuesta dirigida a los cuidadores de los Adultos Mayores con enfermedad de Alzheimer del Hospital Básico del Hospital de Seguridad Social Latacunga Provincia de Cotopaxi.

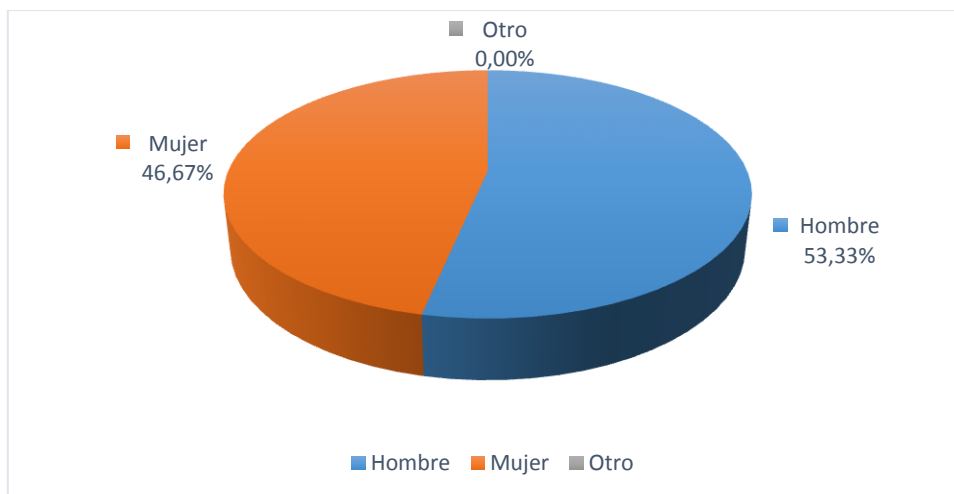
PREGUNTA# 1.-¿Cuál es el sexo del adulto mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	16	53,33%
Mujer	14	46,67%
Otro	0	0,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 1: ¿Cuál es el Sexo del Adulto Mayor?



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis:

El 46.67% de los encuestado/as respondieron que los Adultos Mayores con Alzheimer a los que cuidan son Mujeres, mientras que el 53.33% corresponde a adultos mayores hombres.

Interpretación:

En cuanto a esta interrogante observamos que la mayoría de los encuestado/as cuidadores de adultos mayores dice mencionan que son hombres, lo que demuestra que la enfermedad Alzheimer afecta más a la población masculinas.

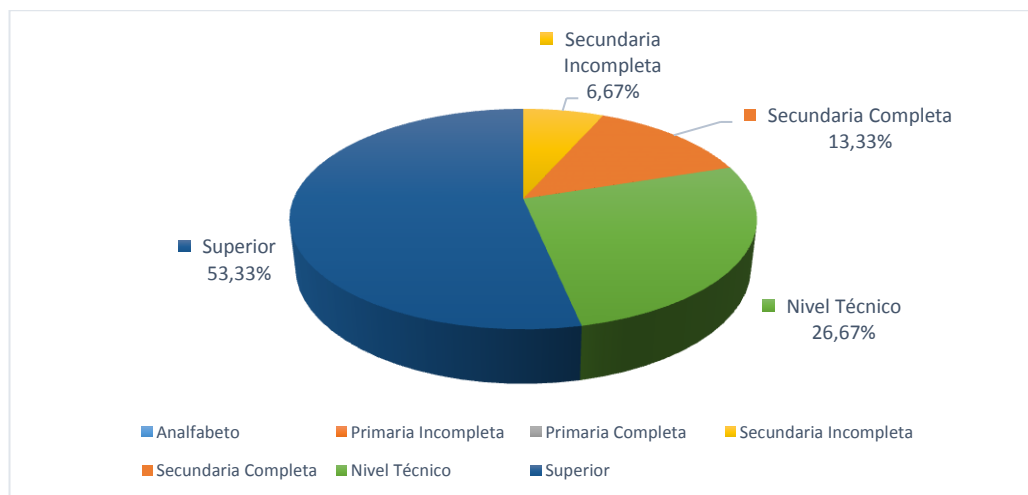
PREGUNTA# 2.-¿Qué instrucción tiene el adulto mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	0	0,00%
Primaria Incompleta	0	0,00%
Primaria Completa	0	0,00%
Secundaria Incompleta	2	6,67%
Secundaria Completa	4	13,33%
Nivel Técnico	8	26,67%
Superior	16	53,33%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 2: ¿Qué instrucción tiene el adulto mayor?



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 53.33% de los encuestados/as respondieron que los Adultos mayores tienen nivel de educación es superior, mientras que el 26,67% es de nivel técnico, que el 13,33% tiene secundaria completa y el 6,67% tiene secundaria incompleta.

Interpretación: En los resultados obtenidos se puede observar que la mayoría de adultos mayores presentan un nivel de instrucción alto, lo que quiere decir que todos han concluido su educación superior.

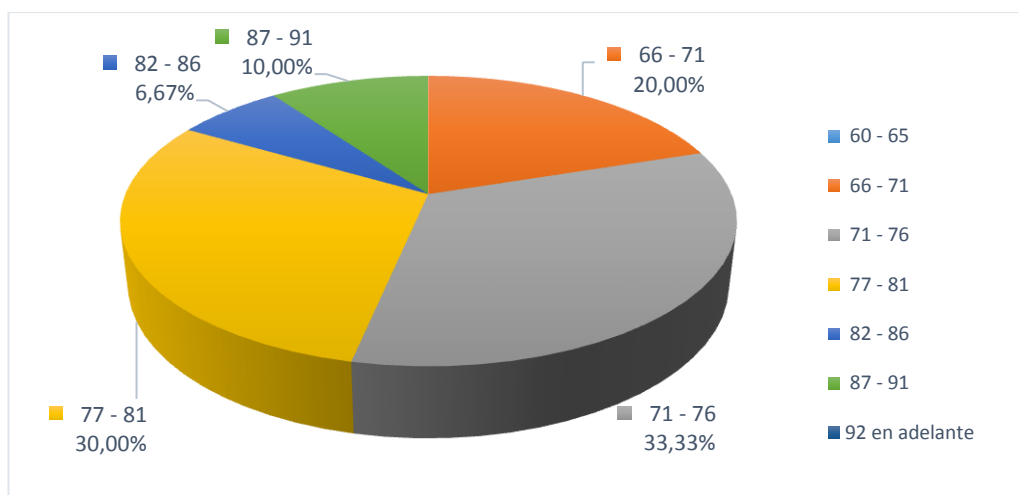
PREGUNTA# 3- ¿Qué edad tiene el adulto mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
60 - 65	0	0,00%
66 - 71	6	20,00%
71 - 76	10	33,33%
77 - 81	9	30,00%
82 - 86	2	6,67%
87 - 91	3	10,00%
92 en adelante	0	0,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 3: Edad del adulto mayor



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 33,33% de los Adultos Mayores oscila entre los 71- 76 años de edad, mientras que el 30,00% oscila 77- 81 años, el 20,00% oscila 66 – 71 años de edad, 10,00% oscila los 87 – 91 años de edad, 6,67% oscila los 82- 86 años de edad.

Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la edad nos permite saber cuánto tiempo fue diagnosticado con la enfermedad Alzheimer y en qué fase de la enfermedad se encuentra cada adulto mayor.

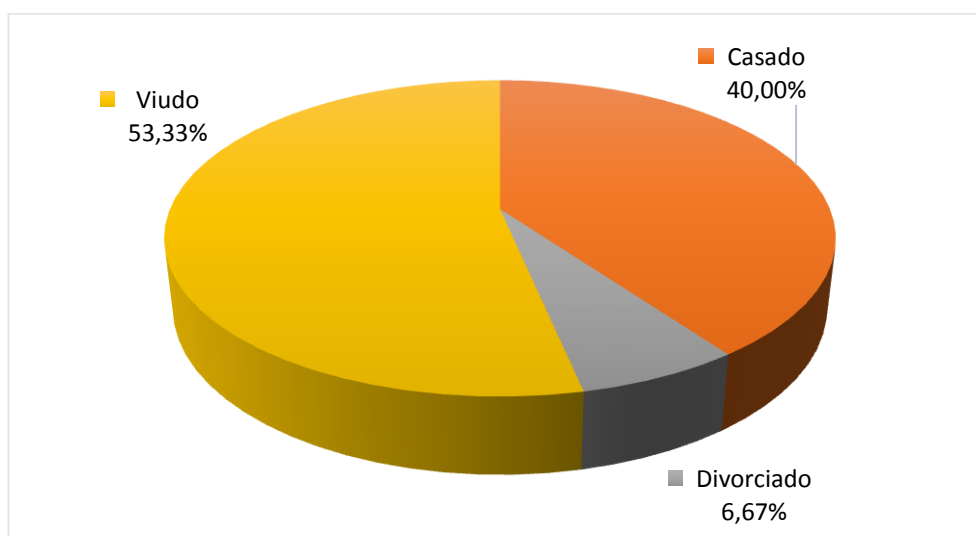
PREGUNTA# 4 ¿Cuál es el estado civil del adulto mayor con enfermedad Alzheimer?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	0	0,00%
Casado	12	40,00%
Divorciado	2	6,67%
Viudo	16	53,33%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 4: Estado civil del adulto mayor



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 53,33% de los Adultos mayores son viudos, mientras que el otro 40% dijeron que son casados y el 6,67% dijeron que son divorciados.

Interpretación: En los resultados obtenidos se observa que la mayoría de adultos mayores son viudos lo que afecta con mayor grado su enfermedad, ya que muchos de ellos se sienten solos y permanecen al cuidado de otras personas.

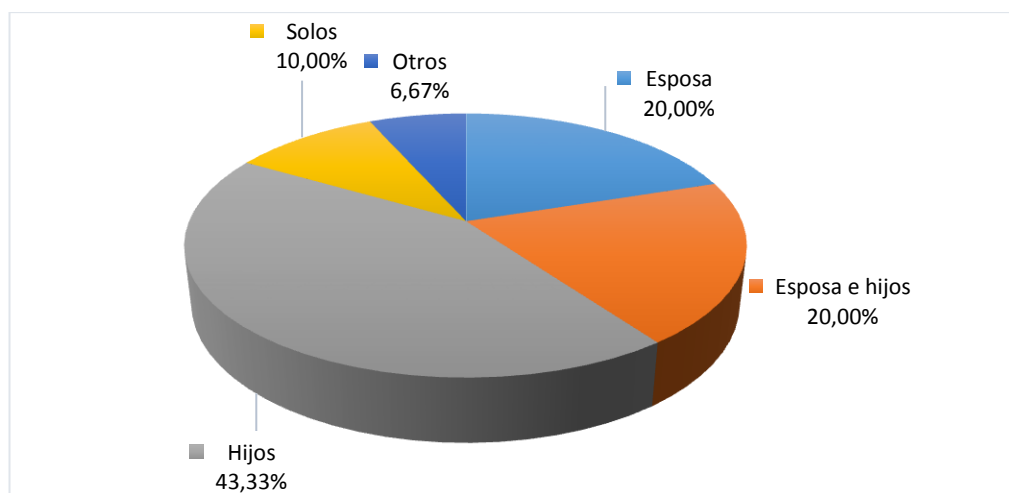
PREGUNTA# 5.- ¿Con quién vive el Adulto Mayor con enfermedad Alzheimer?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Esposa	6	20,00%
Esposa e hijos	6	20,00%
Hijos	13	43,33%
Solos	3	10,00%
Otros	2	6,67%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 5: Con quién vive el Adulto Mayor



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 43,33% de los adultos mayores viven con sus hijos, mientras que el 20% viven con la esposa e hijos, el 20% con la esposa, el 10% solos y el 6,67 % otras personas.

Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría de adultos mayores viven con los hijos que se quedan al cuidado demostrando la importancia del cuidado de sus padres, sin embargo, no descuidan sus obligaciones y responsabilidades.

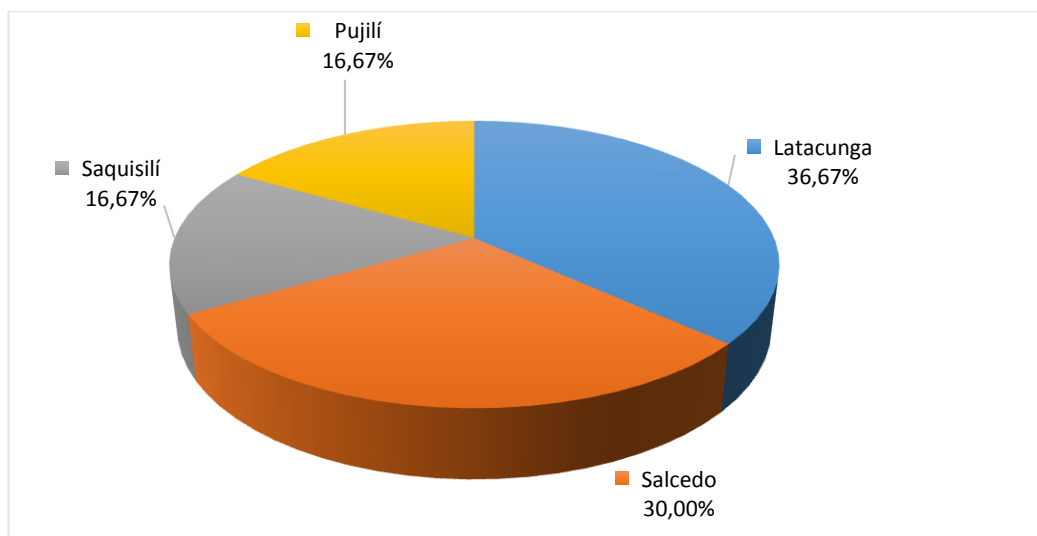
PREGUNTA# 6.- ¿Indique la procedencia del adulto mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Latacunga	11	36,67%
Salcedo	9	30,00%
Saquisilí	5	16,67%
Pujilí	5	16,67%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 6: Procedencia del adulto mayor



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 36,67% de los adultos mayores viven en Latacunga, mientras que el 30% vive en Salcedo, el 16,67% en Pujili y el 16.67% en Saquisili.

Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría de adultos Mayores viven en Latacunga siendo para ellos fácil el acceso a la atención médica en el Hospital del IESS, sin embargo, para los otros adultos mayores se hace más difícil acudir a la atención medica aun cuando están acompañados.

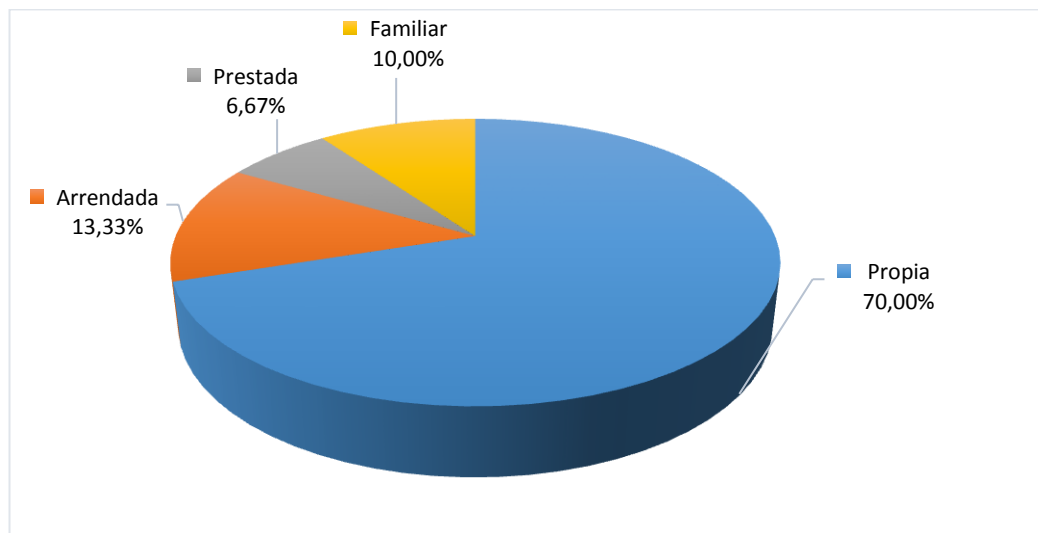
PREGUNTA# 7.- ¿Cuál es el tipo de vivienda que habita el adulto mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Propia	21	70,00%
Arrendada	4	13,33%
Prestada	2	6,67%
Familiar	3	10,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 7: tipo de vivienda que habita el adulto mayor



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 70% de los adultos mayores tienen vivienda propia, mientras que el 13,33% arrienda, 10% vivienda familiar, 6,67% es prestada.

Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que los adultos mayores en su mayoría tienen vivienda propia demostrando que su cuidado lo hacen en sus hogares sin tener que tener un gasto extra, ya que no pagan arriendo, sin embargo, los otros adultos mayores tienen que arrendar y cubrir sus necesidades.

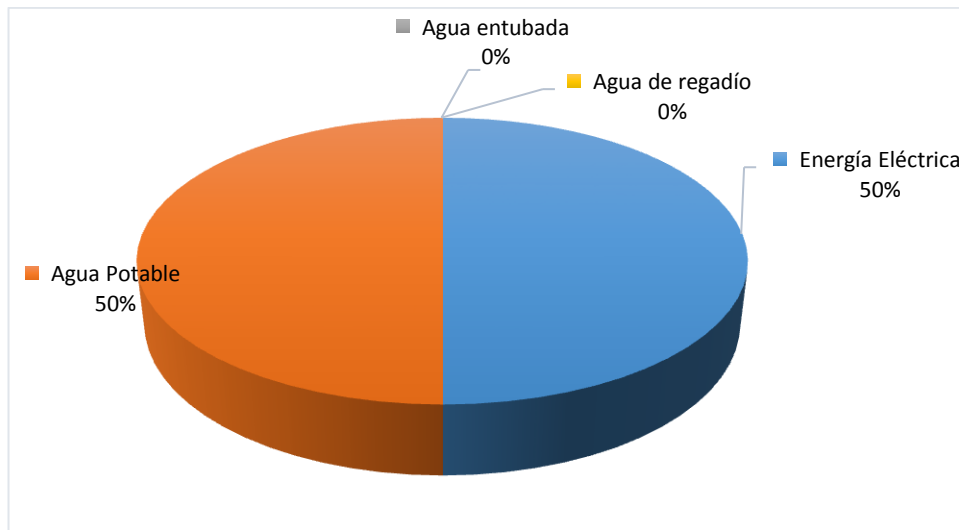
PREGUNTA# 8.- ¿Cuáles son los servicios básicos que cuenta la vivienda?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Energía Eléctrica	30	50,00%
Agua Potable	30	50,00%
Agua entubada	0	0,00%
Agua de regadío	0	0,00%
Total	60	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 8: servicios básicos que cuenta la vivienda



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 50% de los adultos mayores cuenta agua potable, mientras que el 50% de los adultos mayores tienen energía eléctrica.

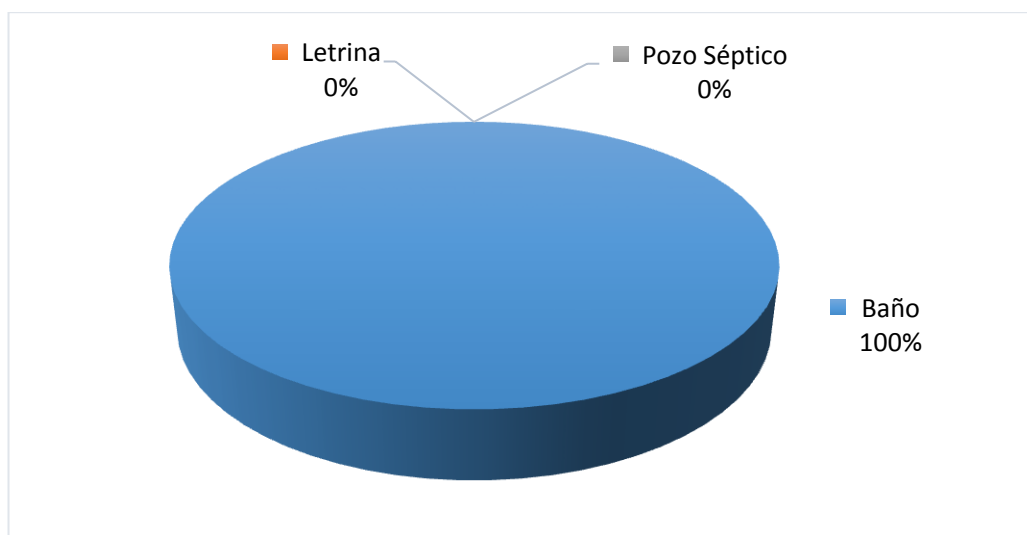
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la población cuenta con agua y energía eléctrica en sus viviendas, lo que corresponde a que los adultos mayores pueden hacer uso a estos servicios sin ningún problema.

PREGUNTA #9.-¿Cuál es el tipo de servicio sanitario?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Baño	30	100,00%
Letrina	0	0,00%
Pozo Séptico	0	0,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 9: Tipo de servicio sanitario



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 100% de los Adultos Mayores cuenta con Baño.

Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que todos los Adultos Mayores cuentan con Baño lo que corresponde a que cuentan con un servicio adecuado a su estado de salud.

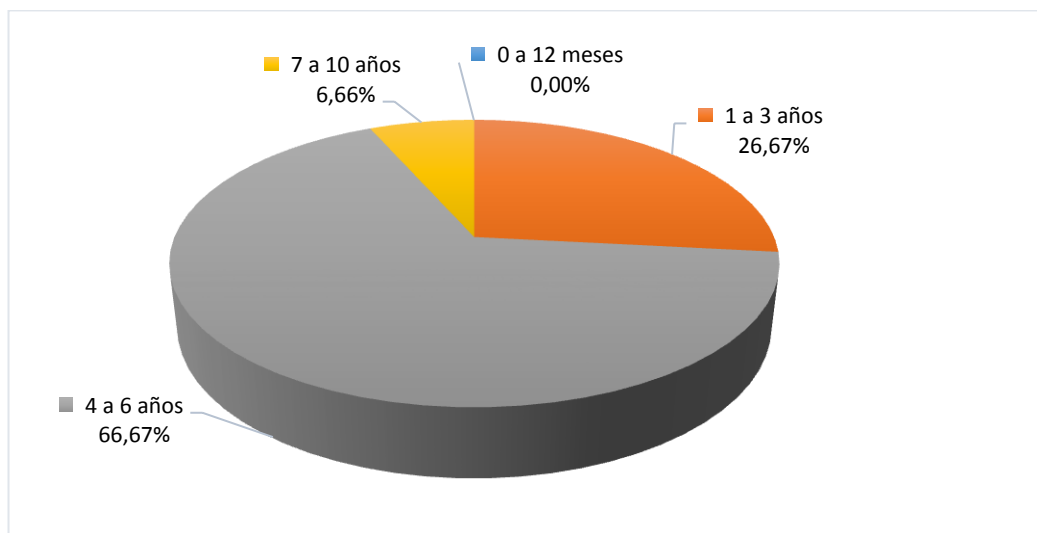
PREGUNTA # 10.- ¿Hace que tiempo fue diagnosticado el adulto mayor con Alzheimer?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
0 a 12 meses	0	0,00%
1 a 3 años	8	26,67%
4 a 6 años	20	66,67%
7 a 10 años	2	6,66%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 10: Tiempo de diagnosticado



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 66.67% de los Adulto Mayor fue diagnosticado en el rango de 4- 6 años con la enfermedad de Alzheimer, mientras que el 26,67% fue diagnosticado 1 - 3 años y el 6,66% fue diagnosticado 7 a diez años con enfermedad de Alzheimer.

Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría de adultos mayores fue diagnosticada con enfermedad de Alzheimer a partir de los 4 a 6 años, lo cual significa que para ellos a pesar de las actividades diarias lo hacen con dificultad y necesitan de ayuda de un familiar o cuidador.

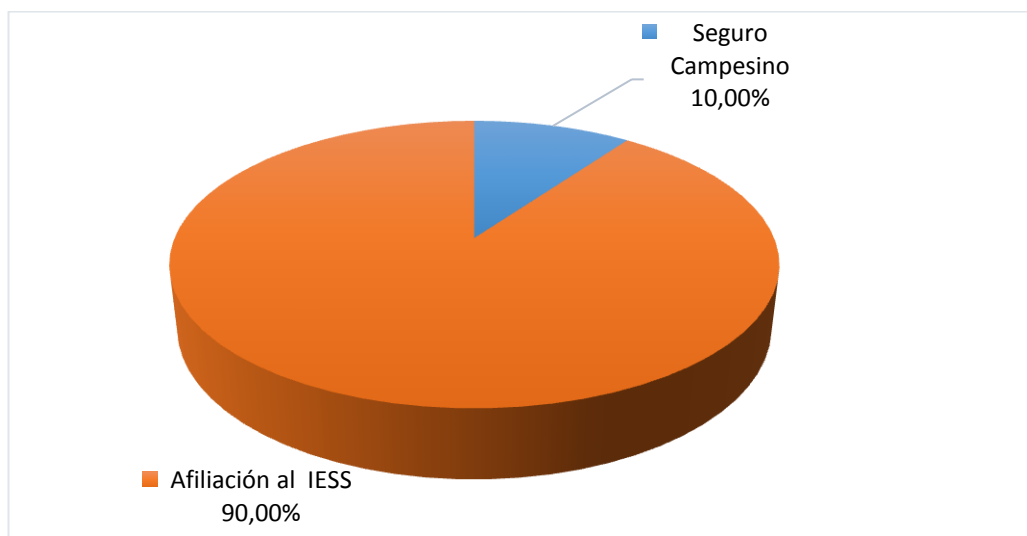
PREGUNTA # 11.- ¿Qué tipo de seguro tiene el adulto mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Seguro Campesino	3	10,00%
Afiliación al IESS	27	90,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 11: Tipo de seguro



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 990% de los adultos Mayores es afiliado al Seguro Social IESS, mientras que el 10% pertenece al Seguro Campesino.

Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría de adultos mayores son afiliados al seguro social lo cual significa que para ellos cuentan con seguro ya que aportaron en su vida útil, los dos seguros les brindan los mismos beneficios en cuanto a la atención médica.

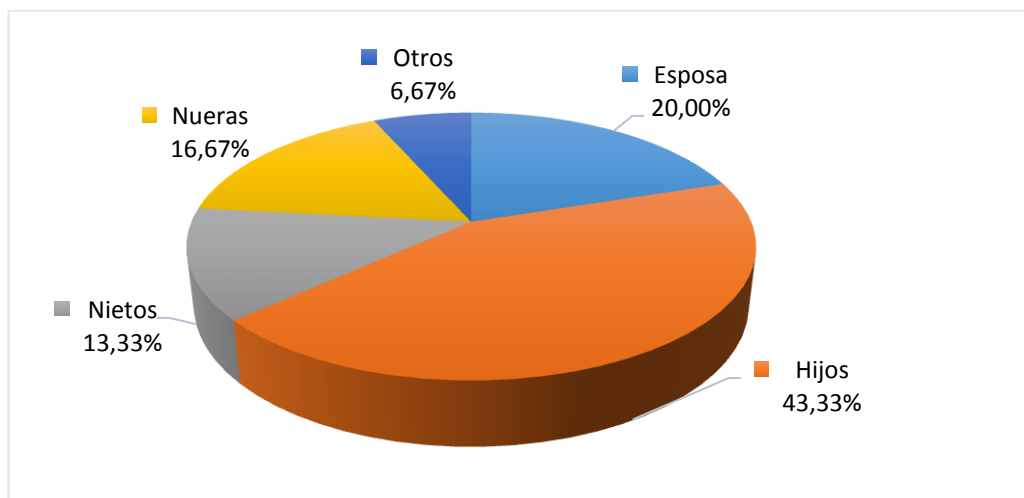
PREGUNTA #12.- ¿Quién cuida con frecuencia al Adulto Mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Esposa	6	20,00%
Hijos	13	43,33%
Nietos	4	13,33%
Nueras	5	16,67%
Otros	2	6,67%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 12: Quién cuida al Adulto Mayor



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 43.33% de los adultos mayores el cuidado es realizado por un hijo, mientras que el 20% el cuidado es realizado por la esposa/o, el 16,67% el cuidado es realizado por las nueras, el 13,33% es cuidado es realizado por los nietos y el 6,66% el cuidado es realizado por los otros.

Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría de adultos Mayores reciben el cuidado de los hijos, sin embargo, los nietos, esposa, nueras, también permanecen al cuidado del adulto mayor estando pendientes en la toma de sus medicinas

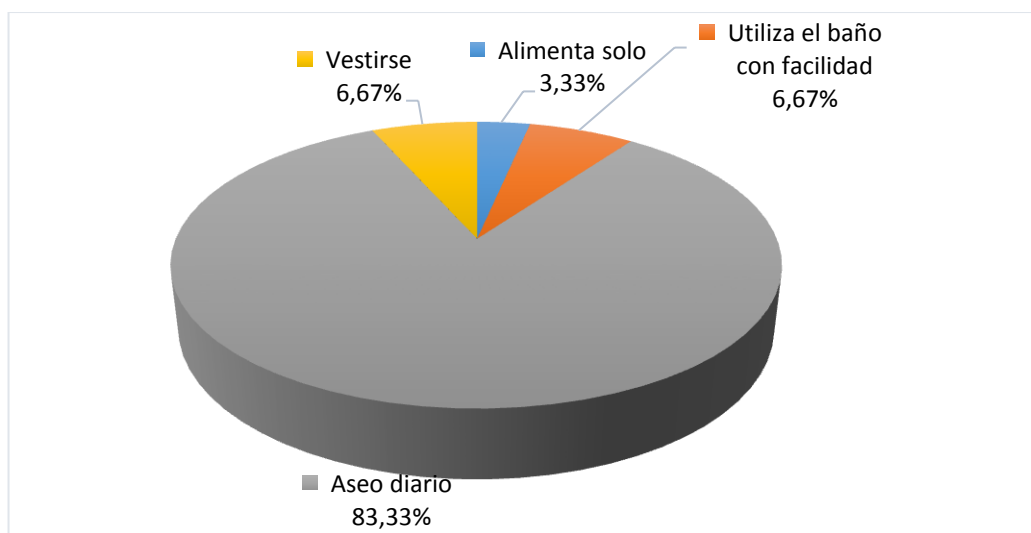
PREGUNTA # 13.- ¿Qué actividades realiza con facilidad el Adulto Mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Alimenta solo	1	3,33%
Utiliza el baño con facilidad	2	6,67%
Aseo diario	25	83,33%
Vestirse	2	6,67%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 13: Actividades realiza con facilidad el Adulto Mayor



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 83.33% de los adultos mayores realiza el aseo diario, mientras 6,67% utiliza el baño, el 6,6% se viste, el 3,33% se alimenta solo.

Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría de adultos mayores realizan el aseo diario sin dificultad, se viste y comen solos, pero no todos los adultos mayores lo hacen, todo depende del estado de la enfermedad y de la edad, en caso que no puedan hacer alguna de estas actividades quienes los cuidan los ayudan a realizarlas.

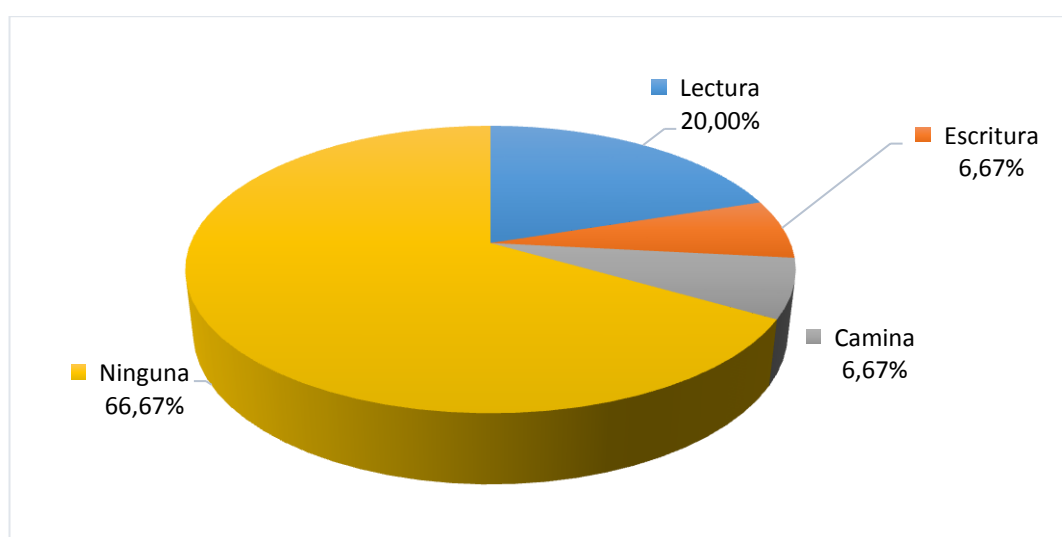
PREGUNTA # 14.- ¿Qué actividades realiza con dificultad el Adulto Mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Lectura	6	20,00%
Escritura	2	6,66%
Camina	2	6,66%
Ninguna	20	66,68%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 14: Actividades realiza con dificultad



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 66,67% de los adultos mayores no realizan con dificultad actividades, mientras que 20% realiza con dificultad lectura, 6,67% realiza con dificultad escritura y el 6,67% realiza con dificultad camina.

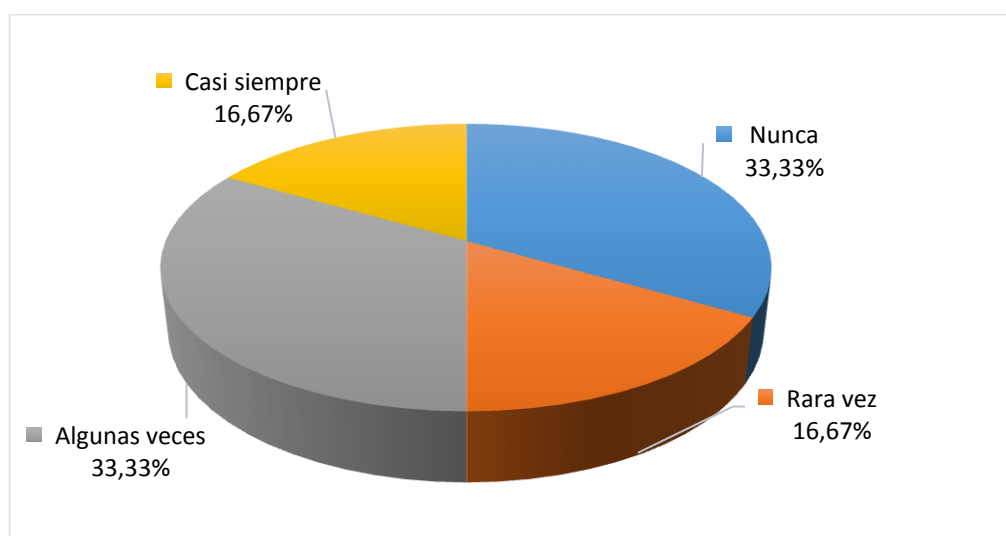
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría de los adultos mayores no tienen dificultad al realizar actividades, ya que no se encuentran deteriorados por su enfermedad, sin embargo existen porcentajes bajos de quienes no pueden realizar actividades solos como leer o incluso caminar, con el paso del tiempo se les va dificultando realizar estas actividades solos.

PREGUNTA # 15.- ¿Considera que existe comunicación entre el cuidador y el Adulto Mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	10	33,33%
Rara vez	5	16,67%
Algunas veces	10	33,33%
Casi siempre	5	16,67%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 15: Comunicación entre el cuidador y el Adulto Mayor



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 33,33% de los encuestados/as que cuidan al adulto mayor responden en forma positiva ante la interrogante, mientras que el otro 33,33% dijeron que nunca, el 16,67% rara vez y el 16,67% dijeron que casi nunca.

Interpretación:

Se observa que la comunicación entre el cuidador es nula por su estado de la enfermedad entonces debemos propiciar que exista una relación entre el cuidador y familiar.

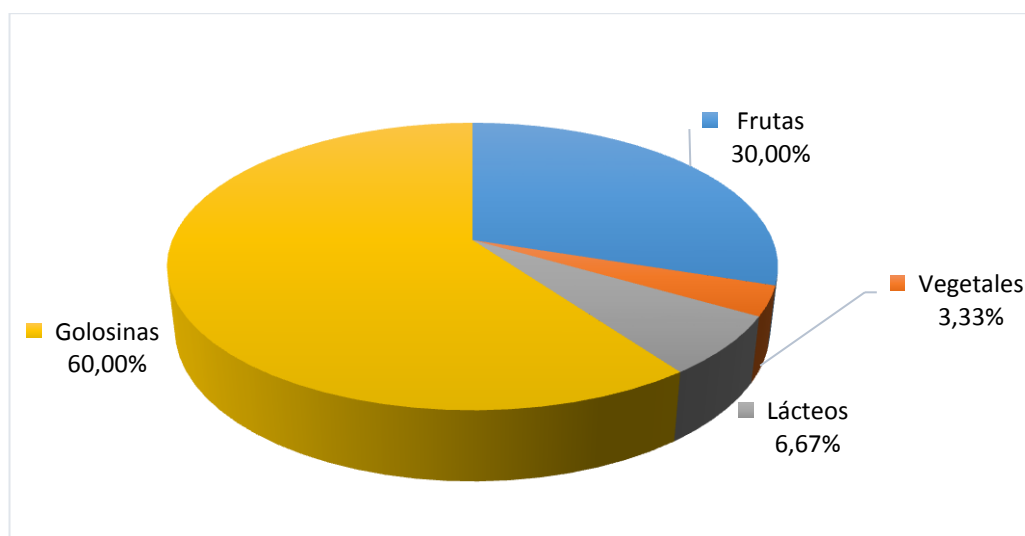
PREGUNTA # 16.- ¿Cuál es el alimento que le agrada al Adulto Mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Frutas	9	30,00%
Vegetales	1	3,33%
Lácteos	2	6,67%
Golosinas	18	60,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 16: Alimento que le agrada al Adulto Mayor



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 60% de los adultos mayores les agrada las golosinas, mientras que el 30% las agrada las frutas, el 6,67% les agrada los vegetales, el 3,33% les agrada los vegetales.

Interpretación:

En esta encuesta da notar que la ingesta de alimentación saludable es poca, con esto debemos aumentar las charlas de alimentación y las formas de alimentación para que puedan alimentarse correctamente.

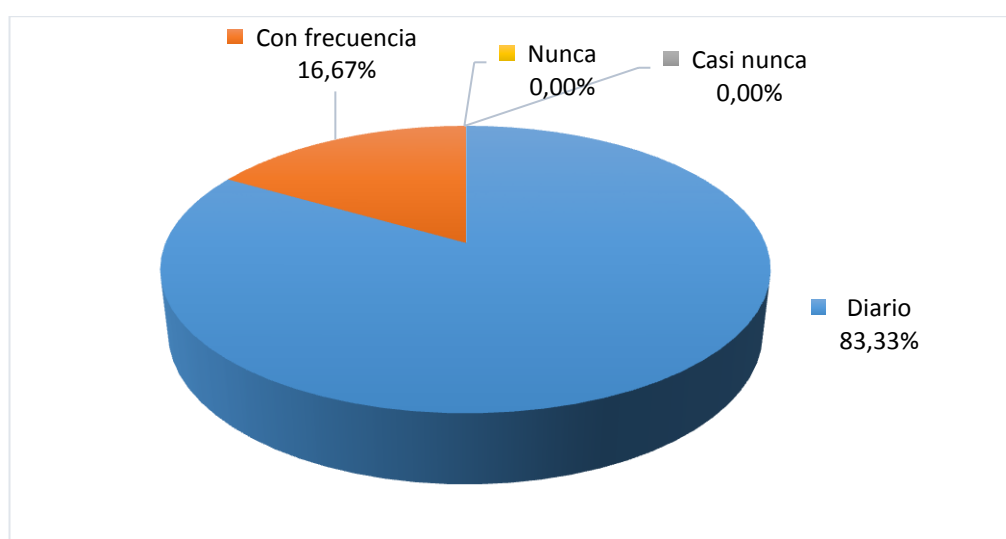
PREGUNTA # 17.- ¿Con qué frecuencia es el aseo del Adulto Mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Diario	25	83,33%
Con frecuencia	5	16,67%
Casi nunca	0	0,00%
Nunca	0	0,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 17: Frecuencia en el aseo del Adulto Mayor



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 83,33% de los adultos mayores realizan su aseo diario, mientras que el 16,67% realizan su aseo con frecuencia.

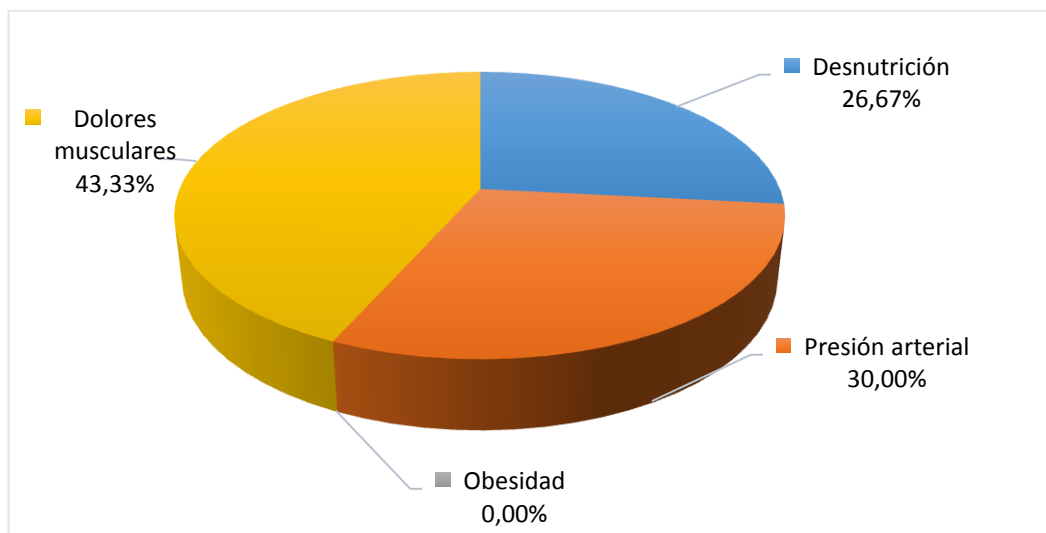
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría respondieron de forma positiva, lo cual significa que para ellos el aseo diario es importante, aunque también mencionaron con frecuencia, se puede observar que se sienten cansados y se desmotivan ha realizarse un aseo diario e incluso por el estado de su salud.

PREGUNTA # 18.- ¿Qué complicaciones ha tenido el Adulto Mayor desde que fue diagnosticado Alzheimer?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición	8	26,67%
Presión arterial	9	30,00%
Obesidad	0	0,00%
Dolores musculares	13	43,33%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 18: ¿Qué complicaciones ha tenido el Adulto Mayor desde que fue diagnosticado Alzheimer?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 43,33% de los Adultos Mayores ha tenido complicaciones con dolores musculares, mientras que 30% presión arterial, 26,67% ha sufrido de desnutrición.

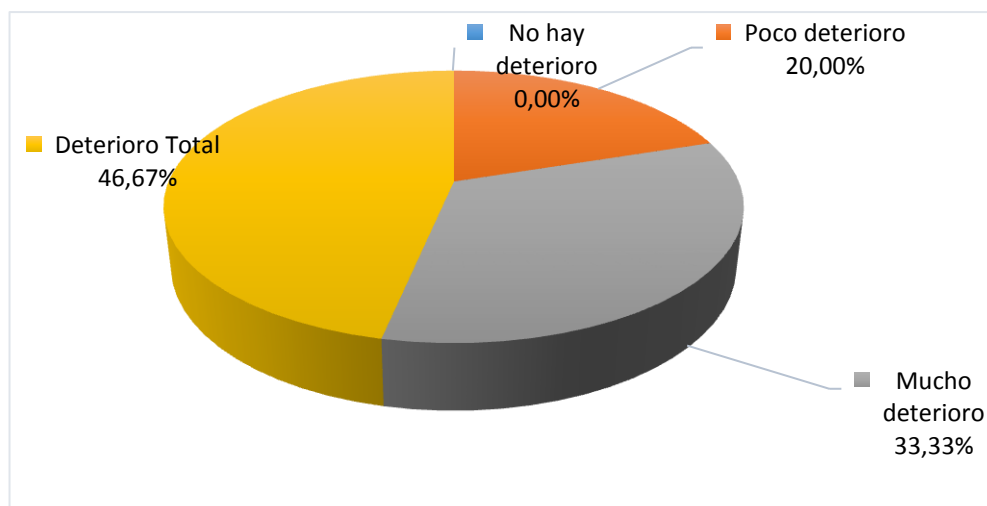
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría respondieron que su complicación con la enfermedad es dolores musculares lo cual significa que el adulto mayor con Alzheimer tiene complicaciones en su salud con otros síntomas.

PREGUNTA # 19.- ¿Cómo usted mira el deterioro conductual y psicológico de Adulto Mayor con síntomas de Alzheimer?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
No hay deterioro	0	0,00%
Poco deterioro	6	20,00%
Mucho deterioro	10	33,33%
Deterioro Total	14	46,67%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 19: Deterioro conductual y psicológico de Adulto Mayor con síntomas de Alzheimer?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 46,67% de los adultos mayores tienen deterioro conductual y psicológico en su totalidad, mientras que el 33,33% tiene mucho deterioro y que el 20% tiene poco deterioro.

Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría de Adulto mayores están atravesando un deterioro conductual y psicológico en su totalidad lo cual no les permite desenvolverse por sí solos y necesitan el cuidado permanente de alguna persona.

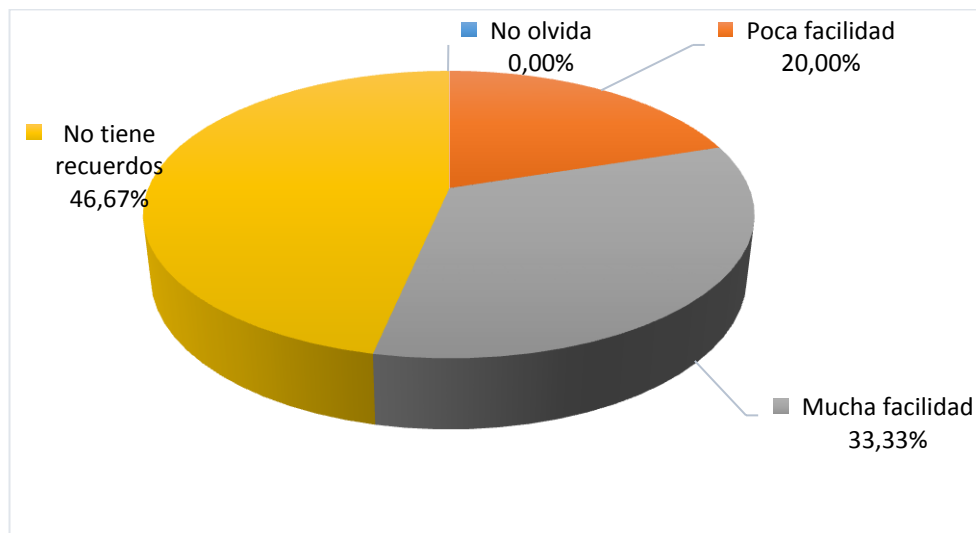
PREGUNTA # 20 ¿Con qué facilidad olvida las cosas el Adulto Mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
No olvida	0	0,00%
Poca facilidad	6	20,00%
Mucha facilidad	10	33,33%
No tiene recuerdos	14	46,67%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 20: ¿Con qué facilidad olvida las cosas el Adulto Mayor?



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 46,67% de los adultos mayores no tiene recuerdos, mientras que el 33,33% olvida las cosas con mucha facilidad, y el 20% olvida con poca facilidad.

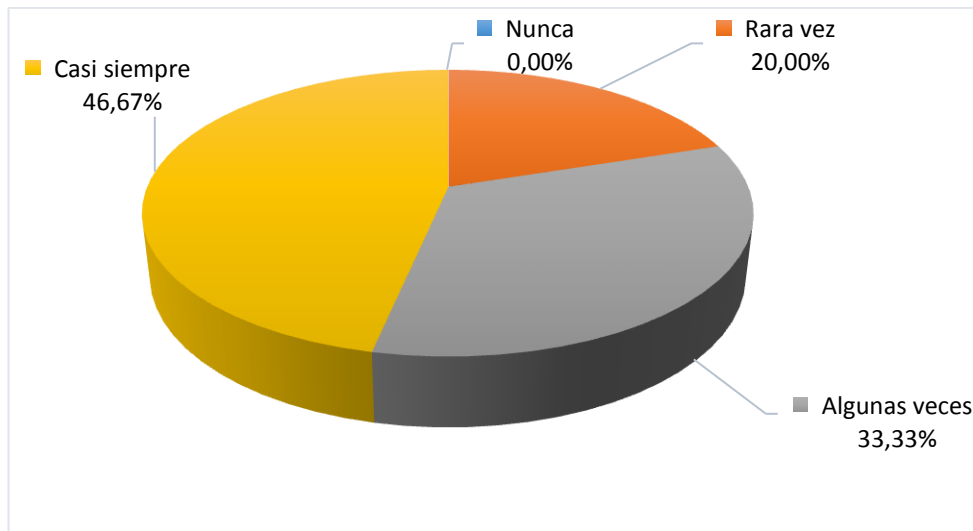
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría de los adultos mayores no tiene recuerdos y que olvidan con facilidad las cosas, lo cual significa que se le hace difícil recordar episodios tempranos, y van olvidando a sus familiares, pocos de los adultos mayores pueden recordar con claridad o tener una relación solo con las personas que a diario se relaciona o están a su cuidado.

PREGUNTA # 21.- ¿En su percepción ha desmejorado el estado anímico y físico del Adulto Mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0,00%
Rara vez	6	20,00%
Algunas veces	10	33,33%
Casi siempre	14	46,67%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 21: ¿En su percepción ha desmejorado el estado anímico y físico del Adulto Mayor?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 46,67% de los adultos mayores casi siempre desmejora su estado anímico y físico, mientras que el 33,33% algunas veces y el 20% rara vez.

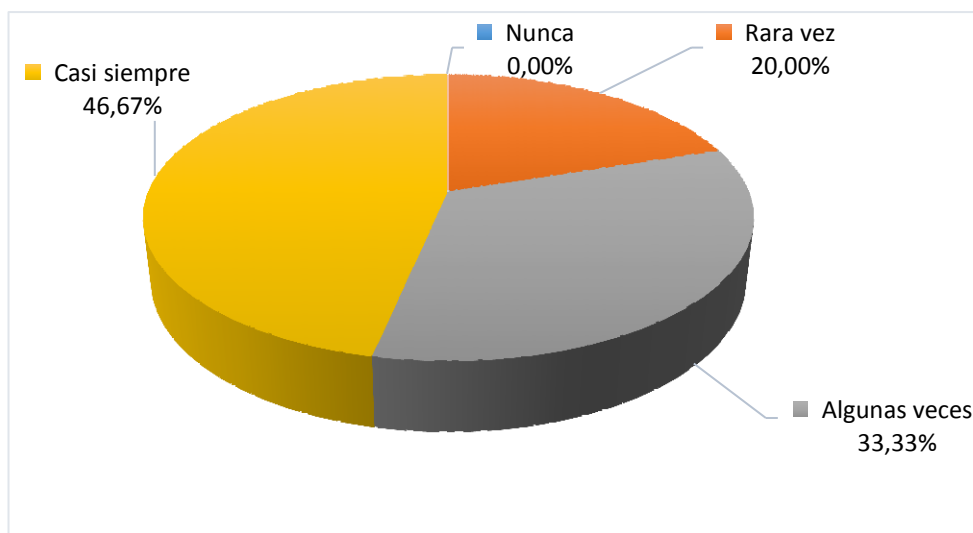
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría de los adultos mayores casi siempre ha desmejorado el estado anímico y físico debido a la enfermedad que presenta, se sienten deprimidos, tristes y solos, muchos de ellos solo esperan la muerte para dejar de sentirse así.

PREGUNTA # 22.- ¿Con qué frecuencia reconoce a sus familiares cuando lo visitan y al cuidador?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0,00%
Rara vez	6	20,00%
Algunas veces	10	33,33%
Casi siempre	14	46,67%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 22: ¿Con qué frecuencia reconoce a sus familiares cuando lo visitan y al cuidador?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 46,67% de los adultos mayores casi siempre reconoce a sus familiares, mientras que el 33,33% algunas veces y el 20% rara vez.

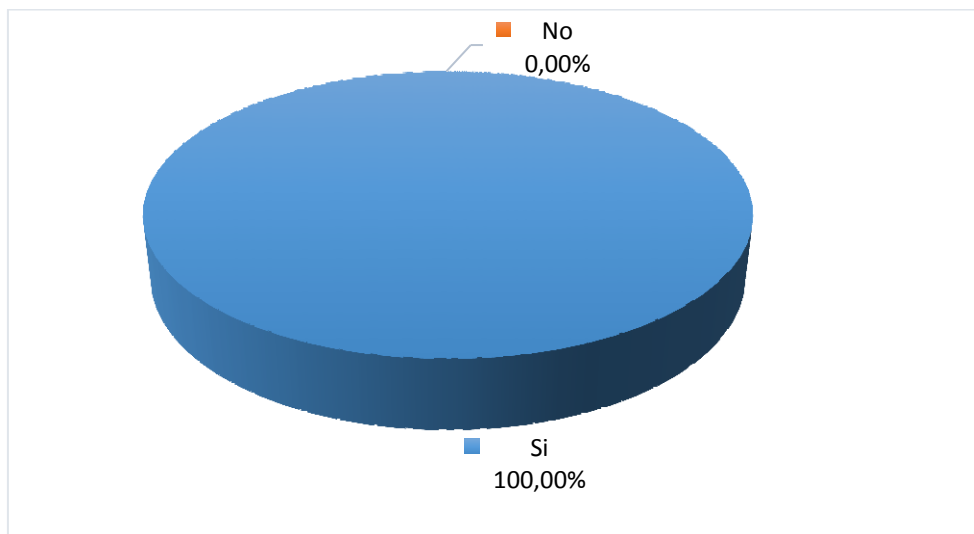
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría de los adultos mayores casi siempre reconoce a sus familiares pese a la enfermedad que presenta, siempre y cuando estén constantemente visitándolo para que los AM puedan tener presente en su memoria sus caras.

PREGUNTA # 23.- ¿El adulto mayor con Alzheimer ha sido diagnosticado con depresión y ansiedad?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	100,00%
No	0	0,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 100% de los adultos mayores si presenta depresión y ansiedad.

Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que todos los adultos mayores presentan depresión y ansiedad en el transcurso de la enfermedad, en lo que se ve la necesidad de apoyo con Trabajo Social para el seguimiento del Adulto Mayor y el cuidador, ya que este síntoma puede desencadenar otras enfermedades o atentados contra su propia vida.

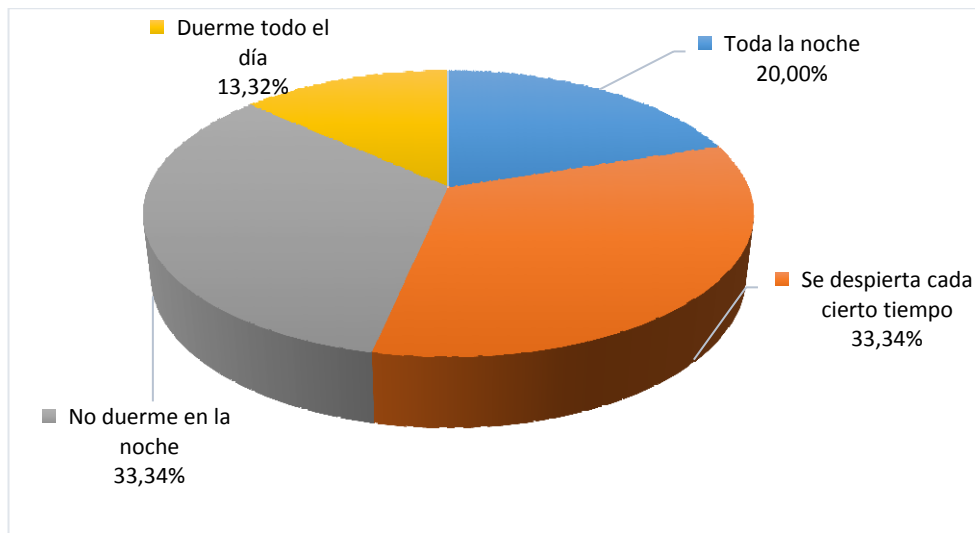
PREGUNTA # 24.- ¿Con qué frecuencia es la apnea del Adulto Mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Toda la noche	6	20,00%
Se despierta cada cierto tiempo	10	33,34%
No duerme en la noche	10	33,34%
Duerme todo el día	4	13,32%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 24: ¿Con qué frecuencia es la apnea del Adulto Mayor?



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 13.32 % de los adultos mayores duerme todo el día, mientras el 20% toda la noche, el 33,34% se despierta cada cierto tiempo y el 33.34% rara vez.

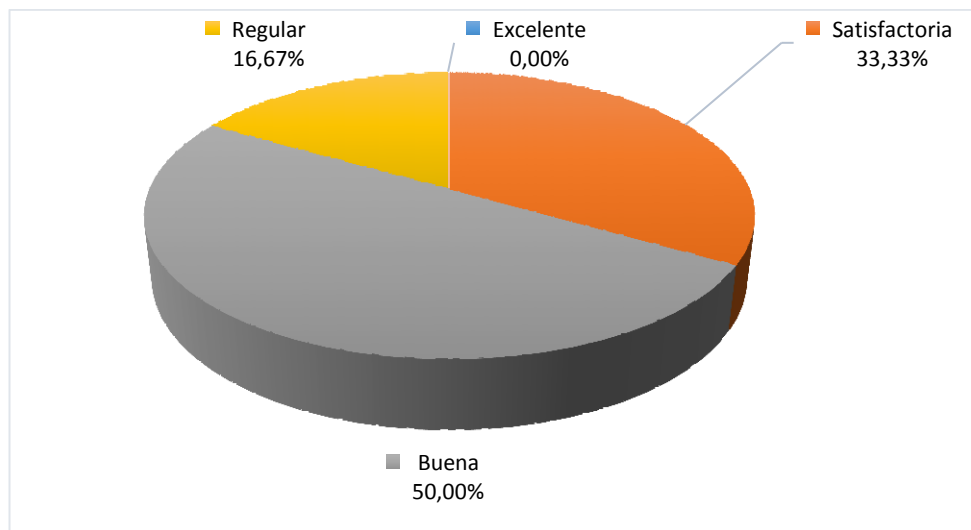
Interpretación: Damos a notar con esta pregunta que la enfermedad les con lleva a tener apnea y distintos horarios por a la hora de dormir los cuales son comunes con la enfermedad, la cual debemos analizar cuáles son los factores que producen la apna, medicación, síntoma de la enfermedad.

PREGUNTA # 25.- ¿Cuál es la percepción de la familia con el cuidador de Adulto Mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	0	0,00%
Satisfactoria	10	33,33%
Buena	15	50,00%
Regular	5	16,67%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 25: ¿Cuál es la percepción de la familia con el cuidador de Adulto Mayor?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 16.67% tienen la percepción del cuidador del Adulto mayor es regular, mientras que 33.33% cree que es satisfactoria y el 50% es buena.

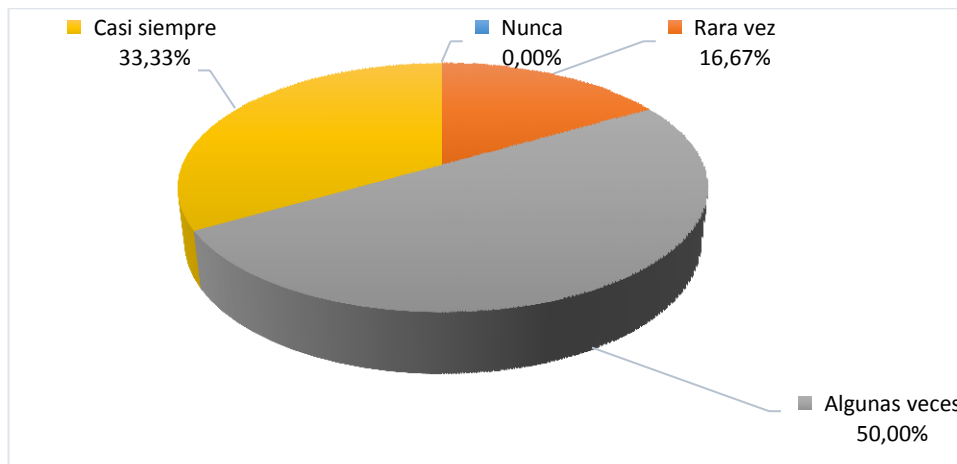
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que los familiares de los Adultos Mayores están de acuerdo con el cuidador y sus cuidados hacia el Paciente, ya que pueden ver que su adulto mayor se encuentra bien cuidado y no presenta ningún tipo de descuido.

PREGUNTA # 26.- ¿Considera que ha afectado la dinámica familia la enfermedad de padecer el adulto mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0,00%
Rara vez	5	16,67%
Algunas veces	15	50,00%
Casi siempre	10	33,33%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 26: ¿Considera que ha afectado la dinámica familia la enfermedad de padecer el adulto mayor?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 16,67% de los encuestados considera que la dinámica familiar se afectado rara vez, mientras casi siempre 33.33% y el 50% algunas veces.

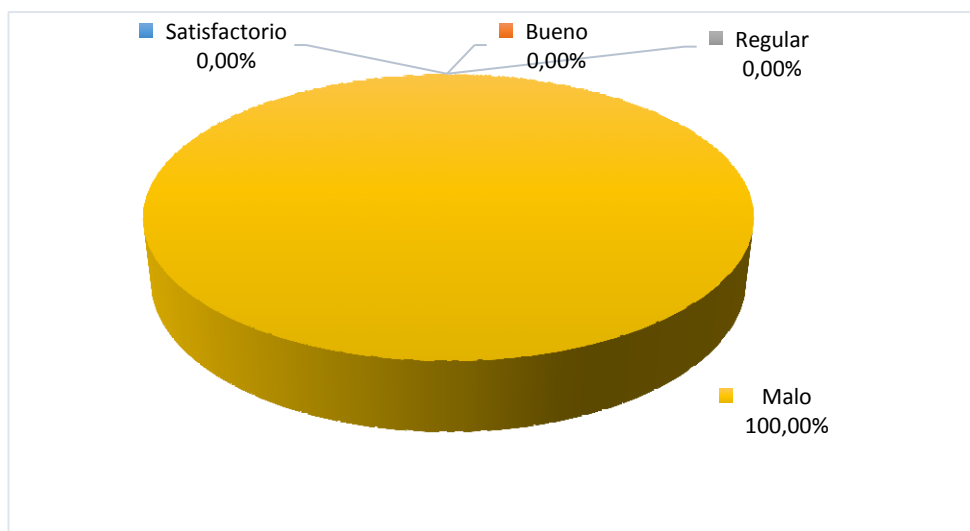
Interpretación: Nos damos cuenta que se ve afectada la dinámica familiar por la enfermedad ya que esto conlleva a estar preocupados y estresados por la enfermedad de un familiar, así como también a la unión de los vínculos familiares ya que, al tener escasa información de la enfermedad no saben cómo se desarrolla la enfermedad, los cuales necesitan acompañamiento de profesionales.

PREGUNTA #27.- ¿Cuál es el clima familiar del adulto mayor que es diagnosticado con la enfermedad de Alzheimer?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Satisfactorio	0	0,00%
Bueno	0	0,00%
Regular	0	0,00%
Malo	30	100,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 27: ¿Cuál es el clima familiar del adulto mayor que es diagnosticado con la enfermedad de Alzheimer?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 100 % de los encuestados cree que el clima familiar es malo.

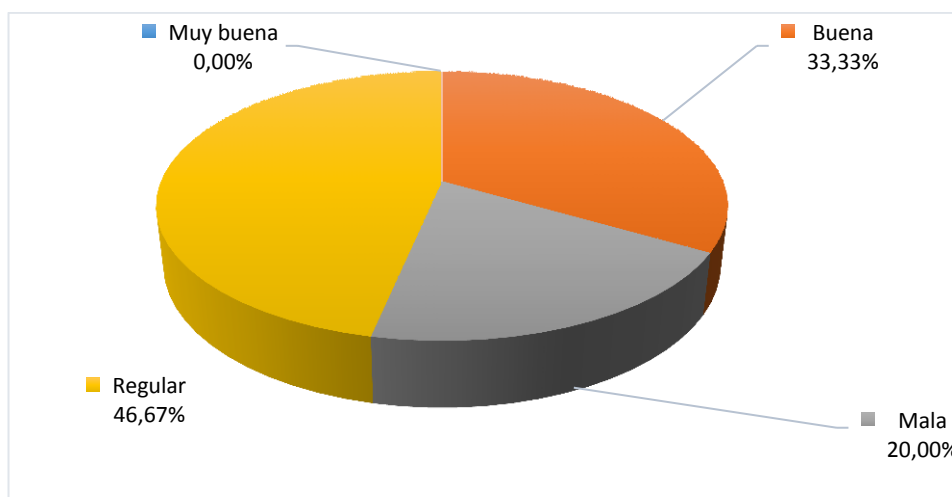
Interpretación: Observamos que el total de los encuestados cree que no tiene un buen clima familiar por causa de la enfermedad de su familiar, esta acarrea problemas los cuales no ayudan para que el adulto mayor, lo que conlleva a problemas entre padres, hijos, hermanos por la tensión generada al desconocimiento y la evolución de la enfermedad, lo que provoca un clima de tensión.

PREGUNTA #28.- ¿Cuál es la relación afectiva que tiene el adulto mayor con la familia?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	0	0,00%
Buena	10	33,33%
Mala	6	20,00%
Regular	14	46,67%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 28: ¿Cuál es la relación afectiva que tiene el adulto mayor con la familia?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 20% de los encuestados siente que la relación afectiva que tiene con el adulto mayor y su familia es mala mientras que el 33,33% es buena y el 46,67% es mala

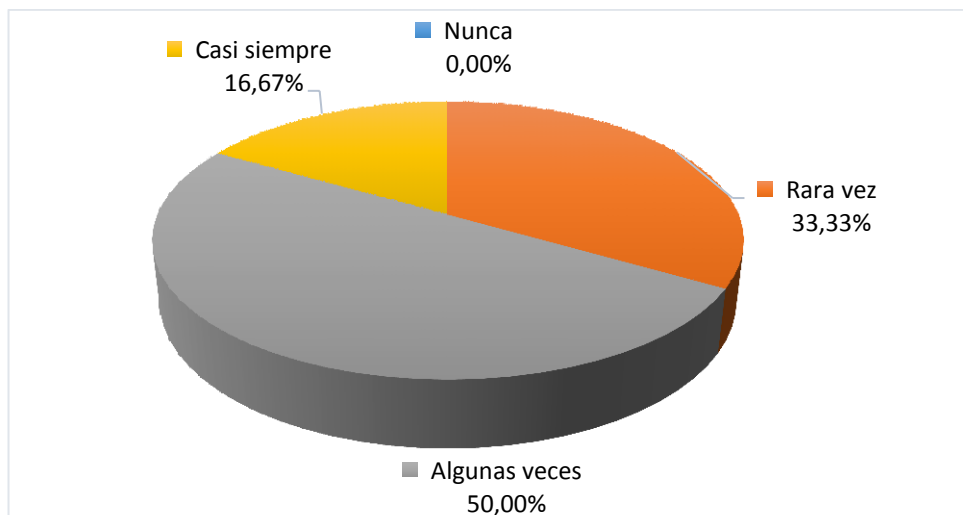
Interpretación: En la encuesta observamos que la relación afectiva con el adulto mayor es regular la cual se necesita trabajar con los familiares y el cuidador mediante los vínculos afectivos que cada uno tiene que está afectando por distintas causas, para lograr que la familia forme parte de este proceso ya que para el adulto mayor sería muy importante.

PREGUNTA #29.- ¿Piensa que la comunicación en la familia de Adulto Mayor ha disminuido?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0,00%
Rara vez	10	33,33%
Algunas veces	15	50,00%
Casi siempre	5	16,67%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 29: ¿Piensa que la comunicación en la familia de Adulto Mayor ha disminuido



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 16.67 % de los encuestados piensa que casi siempre la comunicación en la familia del adulto mayor ha disminuido, mientras que el 33.33% rara vez, algunas veces el 50%.

Interpretación: Observamos en esta encuesta que la comunicación entre familiares se disminuye a causa de la tensión que pasan por la enfermedad del Adulto Mayor esto crea un clima de hostilidad, desesperación y el no saber qué hacer, es donde el Trabajador social acompaña a los familiares y pacientes a que no se rompa el vínculo familiar y se creen problemáticas en donde el afectado sea el paciente con Alzheimer.

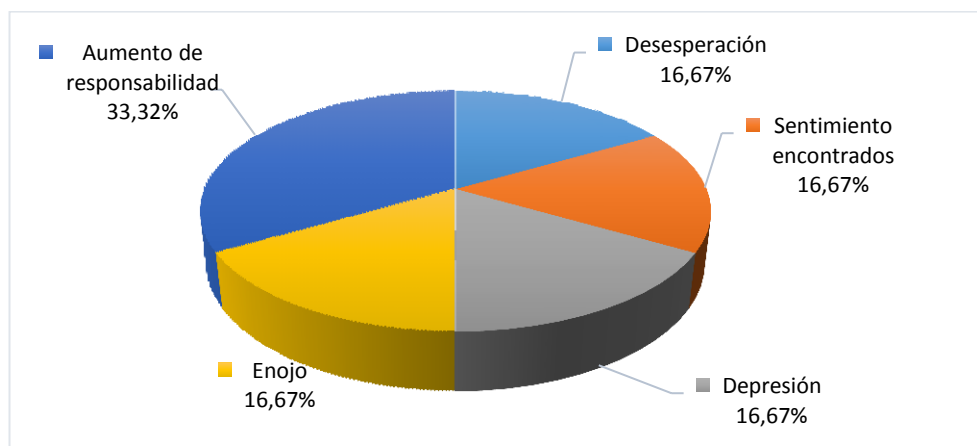
PREGUNTA #30.- ¿Cuál es la reacción del cuidador del adulto mayor ante las crisis que se dan por la enfermedad?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Desesperación	5	16,67%
Sentimiento encontrados	5	16,67%
Depresión	5	16,67%
Enojo	5	16,67%
Aumento de responsabilidad	10	33,32%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 30: ¿Cuál es la reacción del cuidador del adulto mayor ante las crisis que se dan por la enfermedad?



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 16.67% de los encuestados tienen una reacción de sentimientos encontrados al cuidado del adulto mayor ante una crisis que presenta la enfermedad, mientras que el 16,67% desesperación, el 16,67% depresión, 16,67% enojo y el 33,32% aumento de responsabilidad.

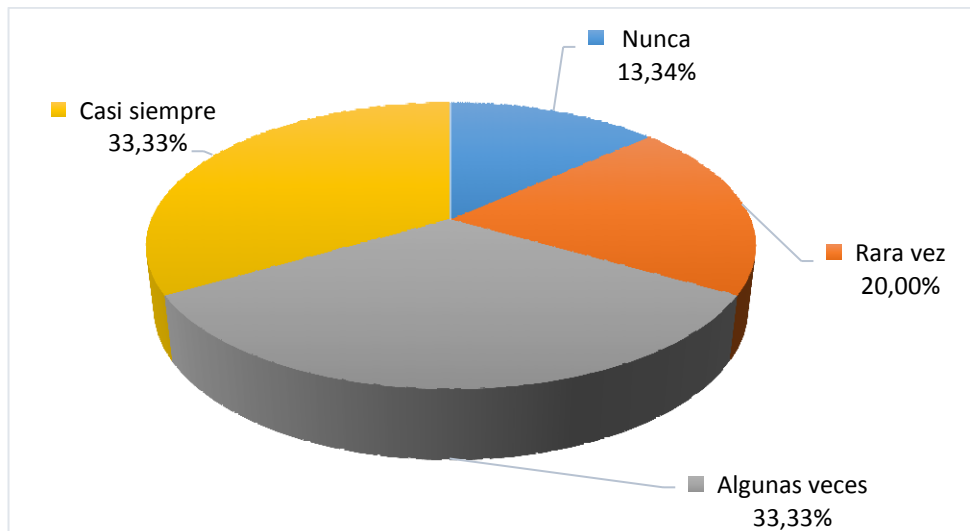
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que el cuidador tiene sentimientos encontrados, enojo desesperación, depresión ante una crisis de la enfermedad la que conlleva a que el cuidador se sienta presionado, estresado y pueda afectar a su estado de ánimo y salud del mismo.

PREGUNTA #31.- ¿Considera usted que debido al cuidado del Adulto Mayor ha afectado las relaciones sociales?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	4	13,34%
Rara vez	6	20,00%
Algunas veces	10	33,33%
Casi siempre	10	33,33%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 31: ¿Considera usted que debido al cuidado del Adulto Mayor ha afectado las relaciones sociales?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 13.34% de los encuestados consideran que nunca las relaciones sociales se han visto afectadas, mientras que el 20% rara vez, el 33.33% algunas veces y el 33.33% casi siempre.

Interpretación: en esta encuesta se observa que se ve afectado las relaciones sociales de los cuidadores ya que conlleva un cuidado de las 24 horas al día de cuidadores, lo que causa que se vean fatigados y cansados. No permitiéndoles tener tiempo y espacio para compartir con su familia y fortalecer sus relaciones debido al horario de trabajo.

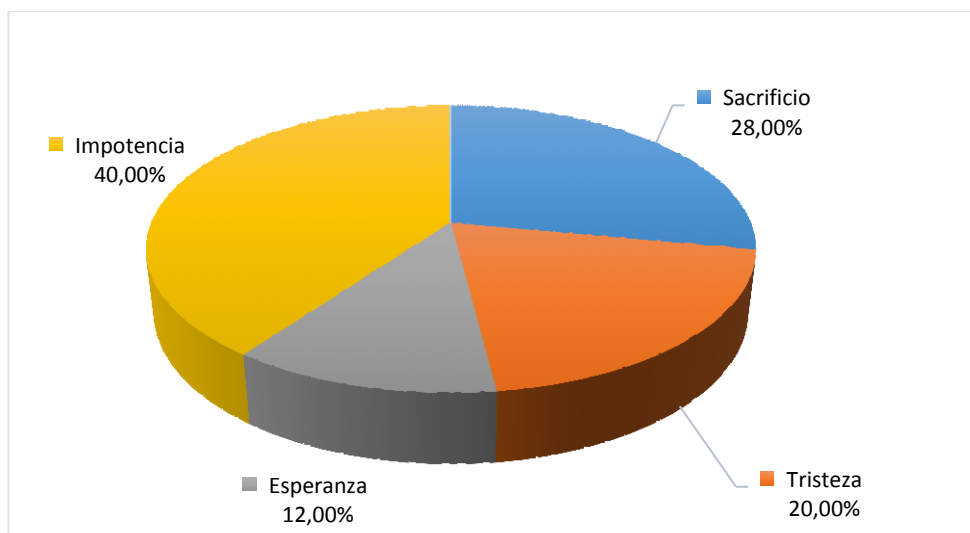
PREGUNTA #32.- ¿Cuál es el sentimiento del cuidador con el adulto mayor ha afectado las relaciones sociales?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Sacrificio	7	23,33%
Tristeza	5	16,67%
Esperanza	3	10,00%
Impotencia	10	33,33%
Frustración	5	16,67%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 32: ¿Qué siente el cuidador hacia el adulto mayor que se ve afectado las relaciones sociales?



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 12% de los encuestados sienten hacia el adulto mayor que ve afectado las relaciones sociales es esperanza, mientras que el 20% tristeza, 28% sacrificio, 40% impotencia.

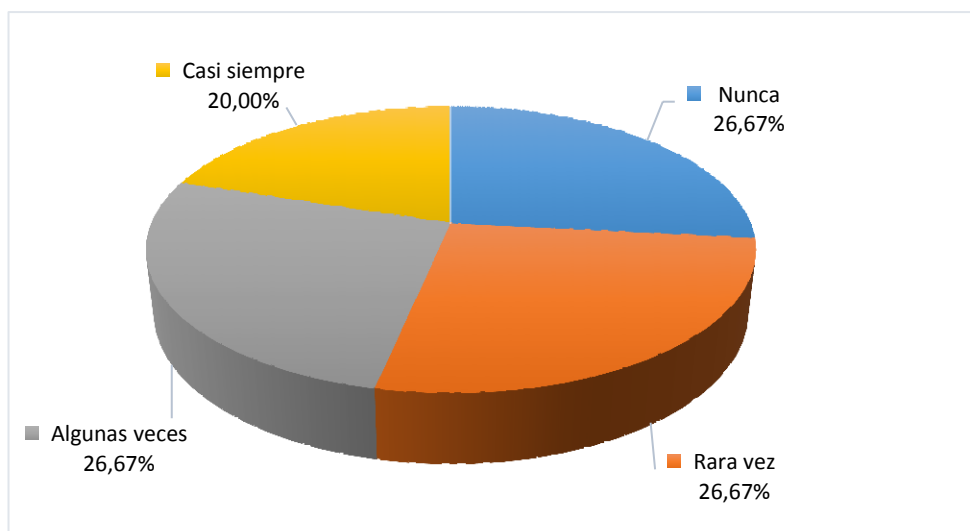
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que los encuestados sienten que existe impotencia, sacrificio, tristeza ya que no pueden tener una relación normal con sus familiares y relaciones sociales.

PREGUNTA #33.- ¿Se siente agotado el cuidador con el adulto mayor con la enfermedad Alzheimer?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	26,67%
Rara vez	3	26,67%
Algunas veces	10	26,67%
Casi siempre	17	20,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 33: ¿Se siente agotado el cuidador con el adulto mayor con la enfermedad Alzheimer?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El % de los adultos mayores casi siempre desmejora su estado anímico y físico, mientras que el 33,33% algunas veces y el 20% rara vez.

Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría de los adultos mayores casi siempre ha desmejorado el estado anímico y físico debido a la enfermedad que presenta. Ya que se les hace difícil desarrollar actividades físicas con vitalidad o incluso realizar actividades ordinarias lo que les va deprimiendo.

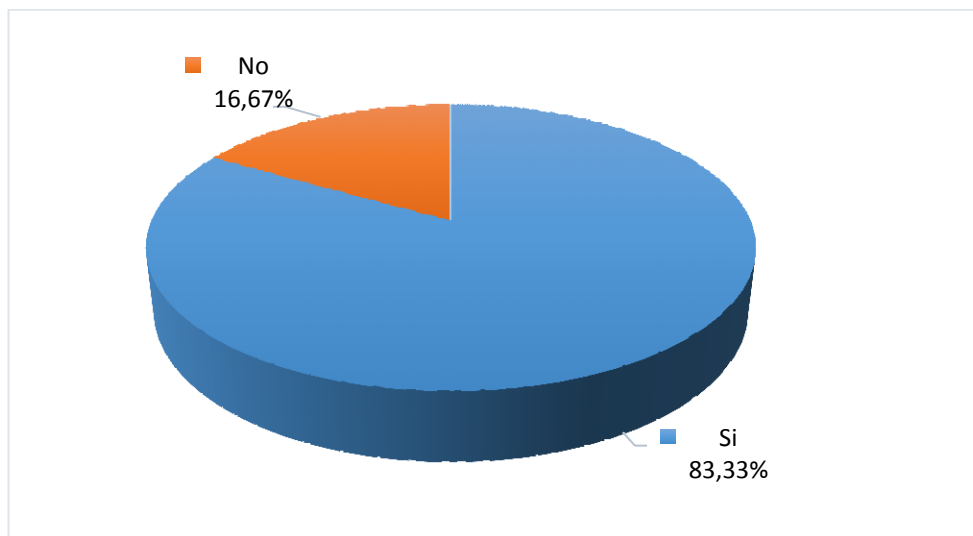
PREGUNTA #34.- ¿Ha tenido alguna caída el Adulto Mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	83,33%
No	5	16,67%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 34: ¿Ha tenido alguna caída el Adulto Mayor?



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 16.67% de los encuestados comentan que los adultos mayores no han tenido caídas, mientras que el 83.33% si han tenido caídas.

Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría de los adultos mayores han tenido caídas, esto nos da entender que necesitan cuidados continuos y permanentes ya que empeora su calidad de vida.

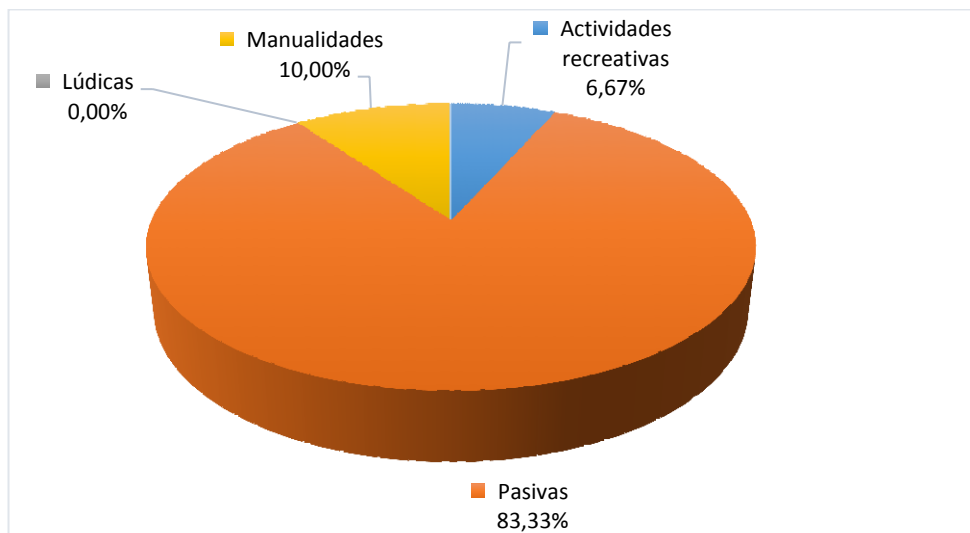
PREGUNTA #35.- ¿Qué actividades realiza el adulto mayor en el día?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Actividades recreativas	2	6,67%
Pasivas	25	83,33%
Lúdicas	0	0,00%
Manualidades	3	10,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 35: ¿Qué actividades realiza el adulto mayor en el día?



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 6.6% de los encuestados comentan que realizan el adulto mayor Actividades recreativas, mientras que realizan manualidades el 10% y el 83.33% actividades pasivas.

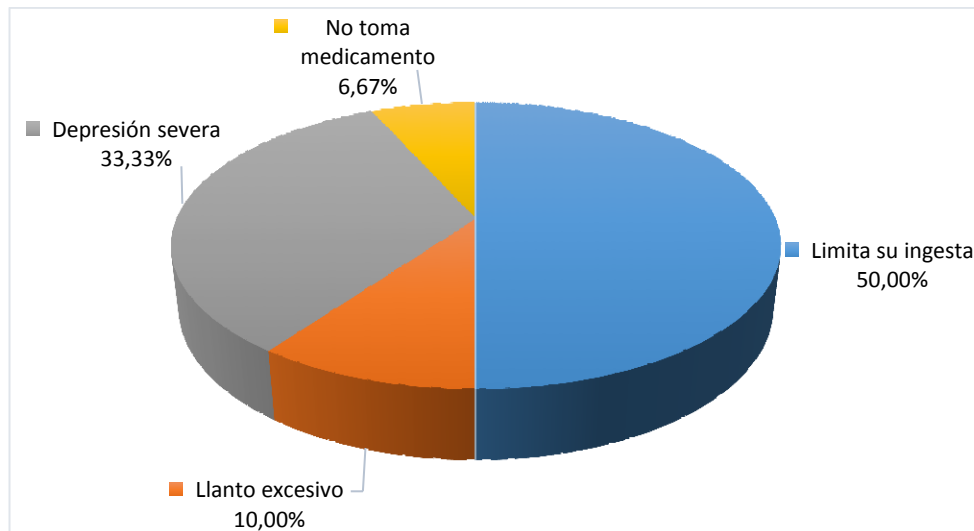
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría de los adultos mayores realizan actividades pasivas, lo que ocasiona que pasen sin actividades que puedan ayudarlos a ejercitar su memoria y realizar actividades que le ayuden a utilizar sus destrezas.

PREGUNTA #36.- ¿Ha existido alguna manera inconsciente que el adulto mayor con enfermedad Alzheimer ha querido atentar contra su vida?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Limita su ingesta	15	50,00%
Llanto excesivo	3	10,00%
Depresión severa	10	33,33%
No toma medicamento	2	6,67%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 36: ¿Ha existido alguna manera inconsciente que el adulto mayor con enfermedad Alzheimer ha querido atentar contra su vida?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 6.67% de los adultos mayores no toma medicamento, mientras el 10% tiene llanto excesivo, el 33.33% tiene depresión severa, el 50% limita su ingesta.

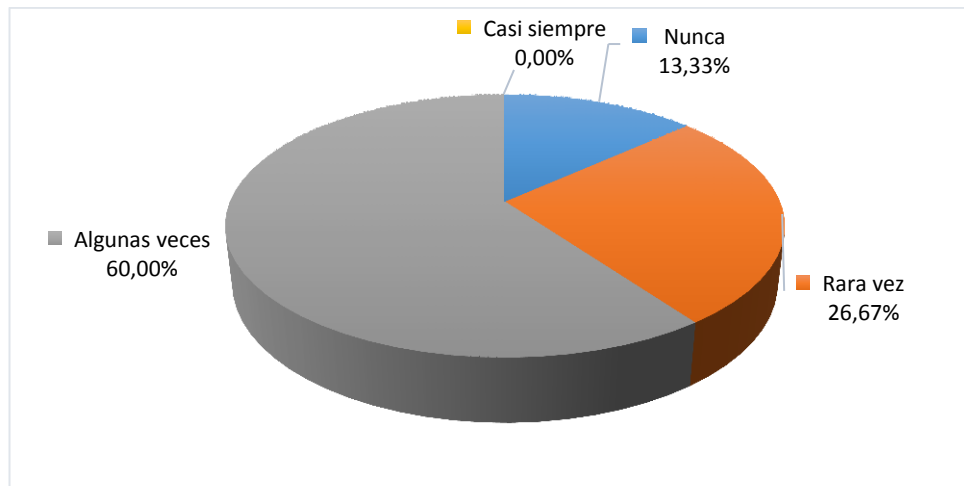
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría de los adultos mayores tiende a limitar su ingesta y a tener depresión severa, lo que nos lleva a analizar cuáles son las causas de su estado. Imposibilitando realizar un diagnóstico que identifique si requiere atención inmediata.

PREGUNTA #37.- ¿Piensa que el hospital básico IESS Latacunga contribuye con el adulto mayor con su tratamiento?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	4	13,33%
Rara vez	8	26,67%
Algunas veces	18	60,00%
Casi siempre	0	0,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 38: ¿Piensa que el hospital básico IESS Latacunga contribuye con el adulto mayor con su tratamiento?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 13.33 % de los encuestados piensa que el hospital Básico IESS Latacunga nunca contribuye con el tratamiento del Adulto Mayor, mientras que el 26.67% rara vez, el 60% algunas veces.

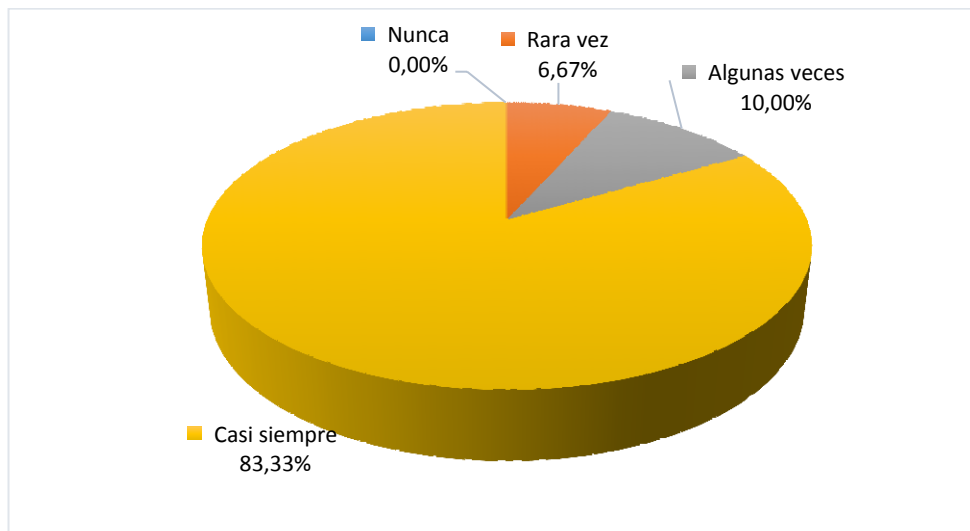
Interpretación: En las encuestas aplicadas nos dice que la contribución del Hospital hacia el Adulto Mayor en la enfermedad no contribuye con el tratamiento ya que se debería realizar una campaña de socialización para saber que es la enfermedad y cuáles son los parámetros que se debe seguir para ayudar y el acompañamiento de los profesionales

PREGUNTA #38.- ¿Piensa que su familiar Adulto Mayor pide con frecuencia ayuda sin necesitarlo?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0,00%
Rara vez	2	6,67%
Algunas veces	3	10,00%
Casi siempre	25	83,33%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 38 ¿Piensa que su familiar Adulto Mayor pide con frecuencia ayuda sin necesitarlo



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 6.6% de los adultos mayores rara vez pide ayuda sin necesitarlo, mientras el 10% algunas veces, el 83.33% casi siempre.

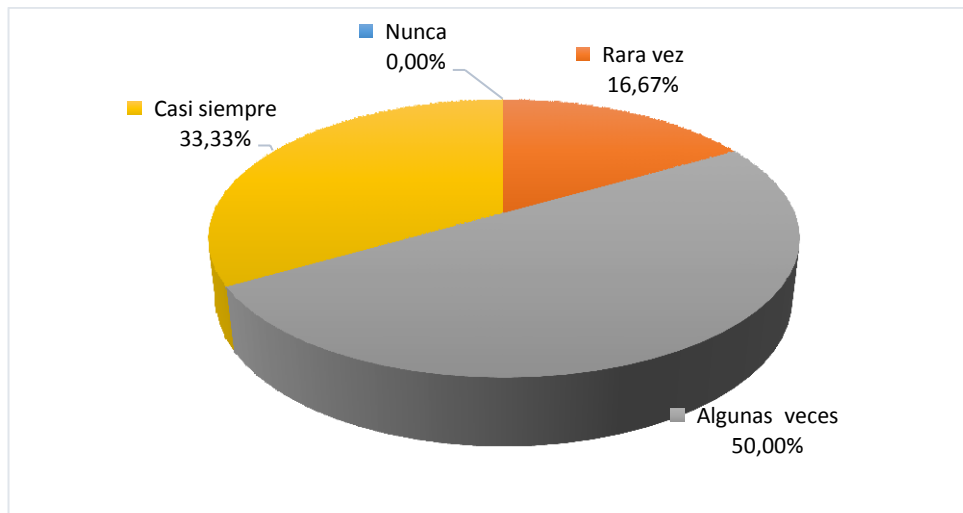
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que la mayoría de los adultos mayores casi siempre pide ayuda con frecuencia sin necesitarlo ya que se necesita más atención con los adultos mayores porque no tienen la capacidad de realizar las actividades por si solos.

PREGUNTA #39.- ¿Usted ha sentido impotencia con su familiar por no poder ayudarlo en los episodios de crisis?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0,00%
Rara vez	5	16,67%
Algunas veces	15	50,00%
Casi siempre	10	33,33%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 39: ¿Usted ha sentido impotencia con su familiar por no poder ayudarlo en los episodios de crisis?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 16.67% de los encuestados rara vez ha sentido impotencia en los episodios de crisis por no poder ayudarlos, mientras que 33.33% casi siempre, el 50% algunas veces.

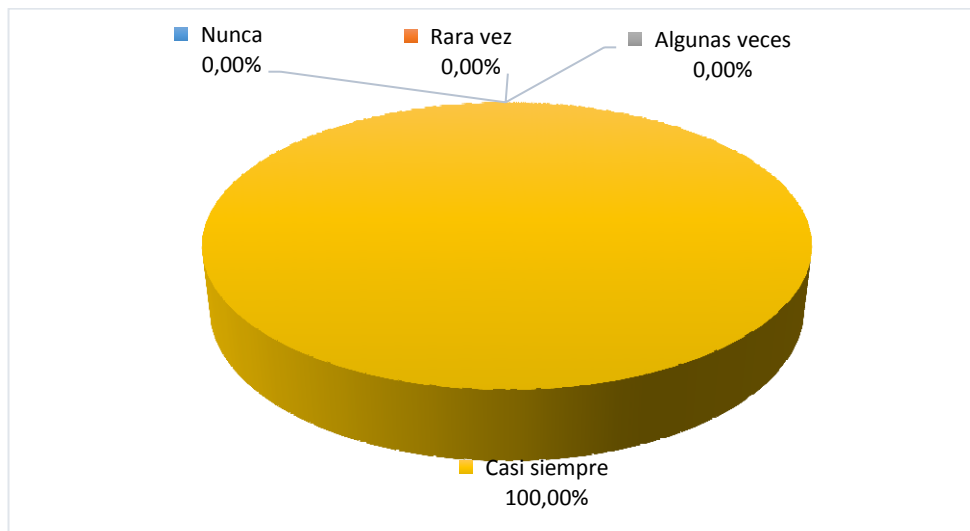
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa los cuidadores sienten impotencia por no poder ayudarlos en episodio de crisis del Adulto mayor y esto causa frustración, estrés y desesperación por la enfermedad. Ya que muchos de ellos presentan un diagnostico muy severo.

PREGUNTA #40.- ¿Se siente cansada al tener que cuidar a su familiar las 24 horas del día?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0,00%
Rara vez	0	0,00%
Algunas veces	0	0,00%
Casi siempre	30	100,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

¿Se siente cansada al tener que cuidar a su familiar las 24 horas del día?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 100% de los encuestados sienten cansancio por cuidar a su familiar las 24 horas diarias.

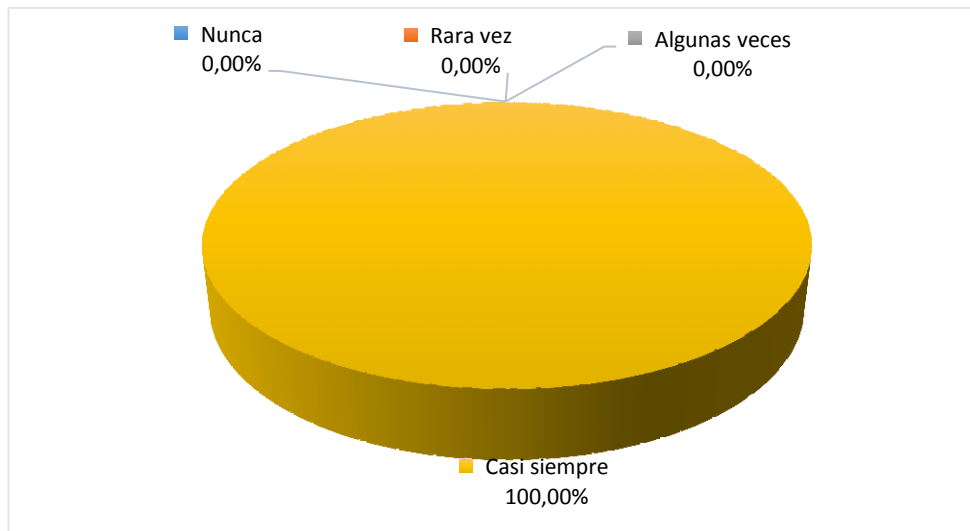
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que los cuidadores necesitan que les ayude para que puedan descansar, sería beneficioso que se cree en la unidad médica un centro de cuidado del día para los enfermos con demencia.

PREGUNTA #41.- ¿Cree usted que su salud se ha deteriorado debido a que cuida a su familiar?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0,00%
Rara vez	0	0,00%
Algunas veces	0	0,00%
Casi siempre	30	100,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 41: ¿Cree usted que su salud se ha deteriorado debido a que cuida a su familiar?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 100% de los encuestados sienten que su salud casi siempre se ha deteriorado por el cuidado al adulto mayor.

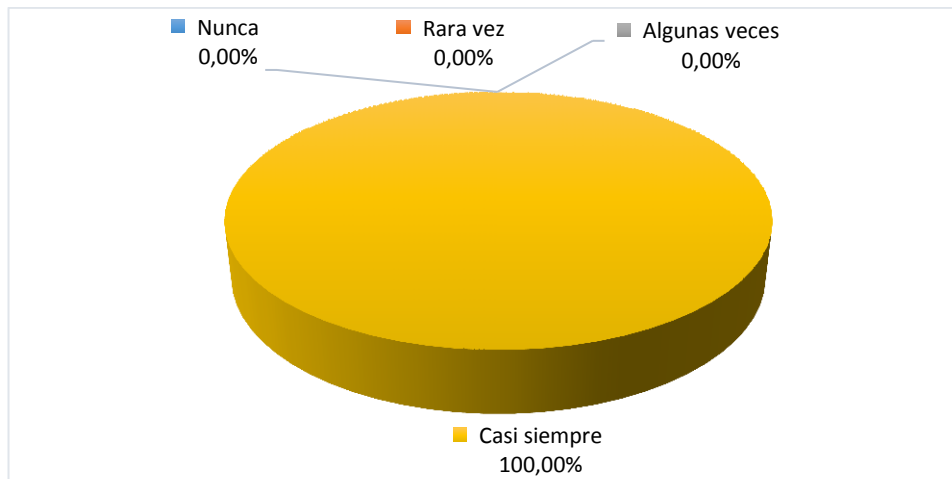
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que los cuidadores tienen afecciones en su salud por el cuidado que representa una responsabilidad el Adulto Mayor ya que se presenta mayor cuidado y una responsabilidad muy grande y deben siempre estar atentos y dispuestos ayudarles en caso de una emergencia.

PREGUNTA #42.- ¿Considera su familiar que usted es la única persona que la pueda cuidar?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0,00%
Rara vez	0	0,00%
Algunas veces	0	0,00%
Casi siempre	30	100,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 42: ¿Considera su familiar que usted es la única persona que la pueda cuidar?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 100% de los encuestados consideran casi siempre son las únicas personas que lo cuidan.

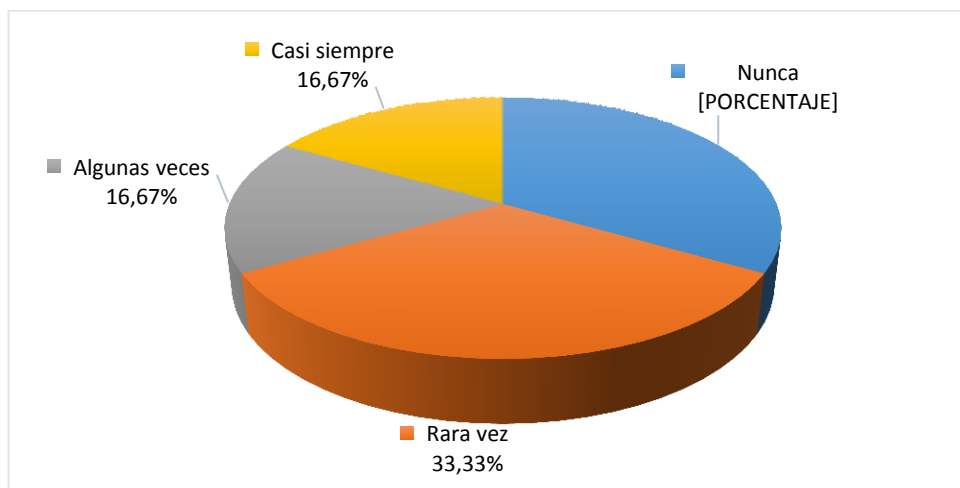
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que los cuidadores se vuelven necesarios para el cuidado del adulto mayor ya que son los que se encargan de la alimentación, la toma de pastillas y los horarios además el aseo diario del familiar, lo que conlleva a ser la persona principal para su ayuda, así también se ve necesario que exista más familiares que tengan presentes los cuidados que realiza el cuidador.

PREGUNTA #43.- ¿Piensa que podría dejar el cuidado de su familiar a otra persona?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	10	33,33%
Rara vez	10	33,33%
Algunas veces	5	16,67%
Casi siempre	5	16,67%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 43: ¿Piensa que podría dejar el cuidado de su familiar a otra persona?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 16.67% de los encuestados respondieron casi siempre podrían dejar el cuidado de su familiar con otra persona, mientras que algunas veces el 16.67%, el 33.33% rara vez y el 33.33% nunca.

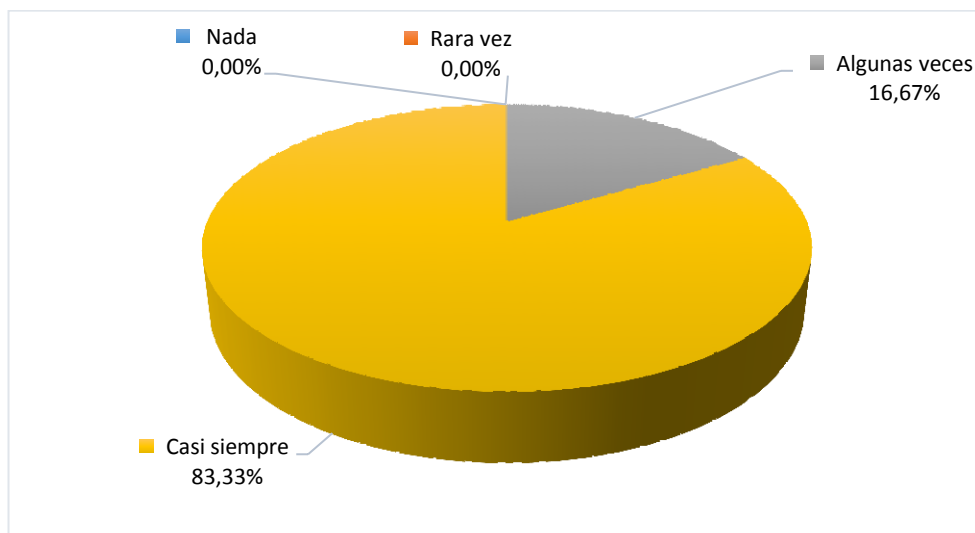
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que los cuidadores necesitan días de esparcimiento para que puedan descargar los sentimientos, el estrés y la fatiga que conlleva el cuidado y deberían turnarse como familia o se da la necesidad de buscar ayuda de un profesional.

PREGUNTA #44.- ¿Considera que su estado de ánimo ha cambiado por cuidar al Adulto Mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nada	0	0,00%
Rara vez	0	0,00%
Algunas veces	5	16,67%
Casi siempre	25	83,33%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 44: ¿Considera que su estado de ánimo ha cambiado por cuidar al Adulto Mayor?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 16.67% de los encuestados algunas veces han cambiado el estado de ánimo por cuidar al adulto mayor, mientras 83.33% casi siempre.

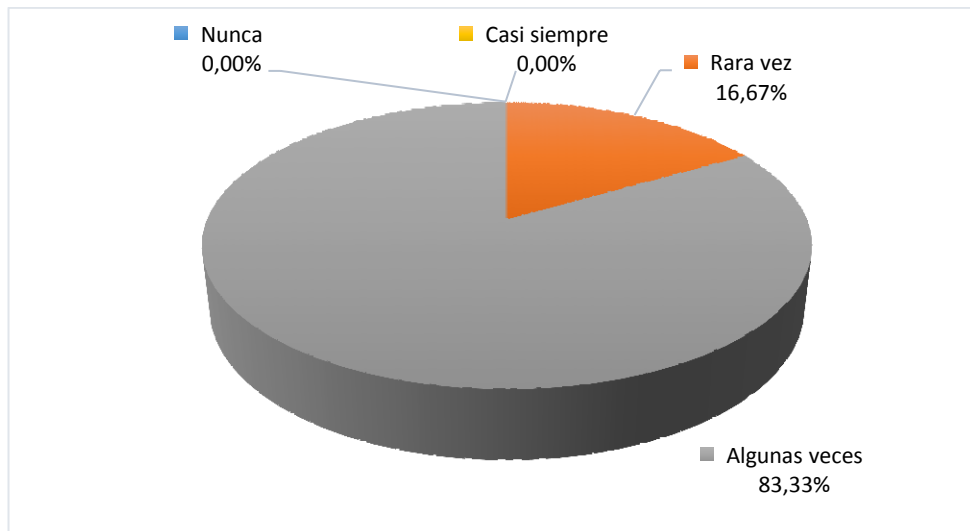
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que el estado de ánimo de los cuidadores es cambiante ya que las emociones afloran por la fatiga y frustración de no poder sobrellevar el deterioro familiar.

PREGUNTA #45.- ¿Piensa que el grado de carga de cuidar al Adulto Mayor es mayor del que usted puede cuidar?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0,00%
Rara vez	5	16,67%
Algunas veces	25	83,33%
Casi siempre	0	0,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 45: ¿Piensa que el grado de carga de cuidar al Adulto Mayor es mayor del que usted puede cuidar?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 16.67% de los encuestados rara vez es mayor el grado de carga que el cuidador puede cuidar, mientras que el 83.33% algunas veces.

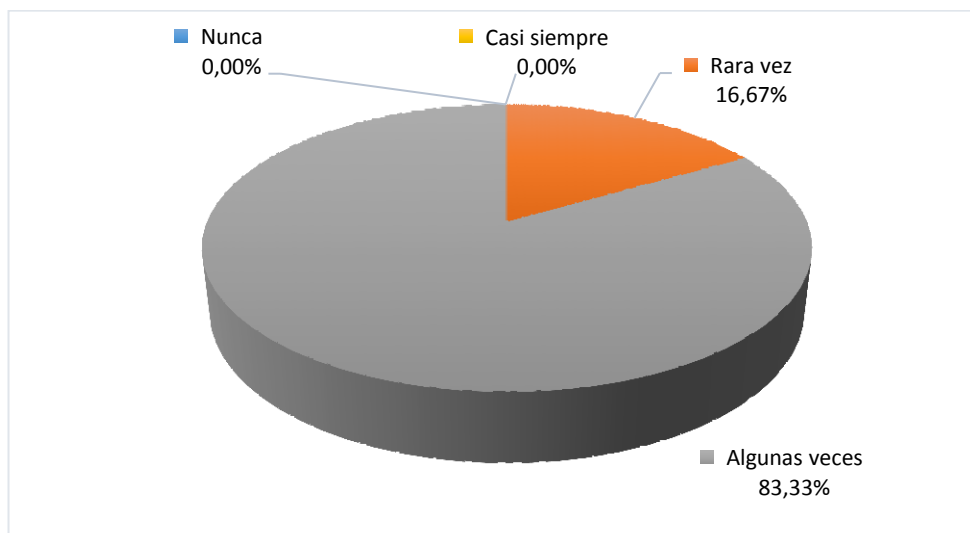
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que los cuidadores tienen exceso de carga al cuidar a su familiar ya que con lleva ha estar pendiente todo el tiempo según el grado en el que se encuentre el adulto mayor y esto conlleva a que no puedan realizar otras tareas en casa.

PREGUNTA #46.- ¿Considera que ha descuidado a su familia por cuidar al Adulto Mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0,00%
Rara vez	5	16,67%
Algunas veces	25	83,33%
Casi siempre	0	0,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 46: ¿Considera que ha descuidado a su familia por cuidar al Adulto Mayor?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 16.67% de los encuestados rara vez han descuidado a su familia por el cuidado al adulto mayor, mientras que el 83.33% algunas veces.

Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que los cuidadores han descuidado a su familia por el cuidado que dan al Adulto mayor esto conlleva a tener problemas en las relaciones intrafamiliares.

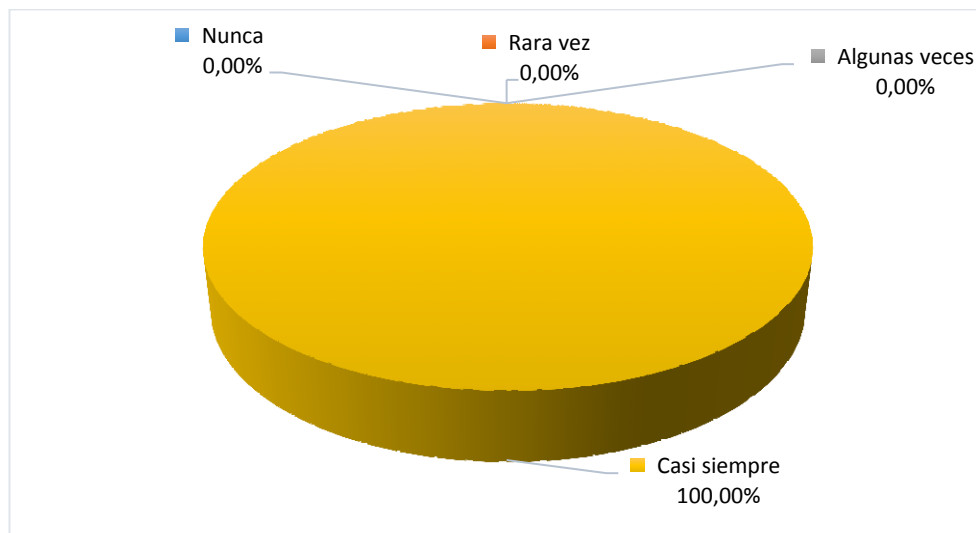
PREGUNTA #47.- ¿Piensa que el cuidado de Adulto Mayor ha causado estrés?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0,00%
Rara vez	0	0,00%
Algunas veces	0	0,00%
Casi siempre	30	100,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 47: ¿Piensa que el cuidado de Adulto Mayor ha causado estrés?



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 100% de los encuestados piensa que el cuidado al adulto mayor a causado estrés en los cuidadores

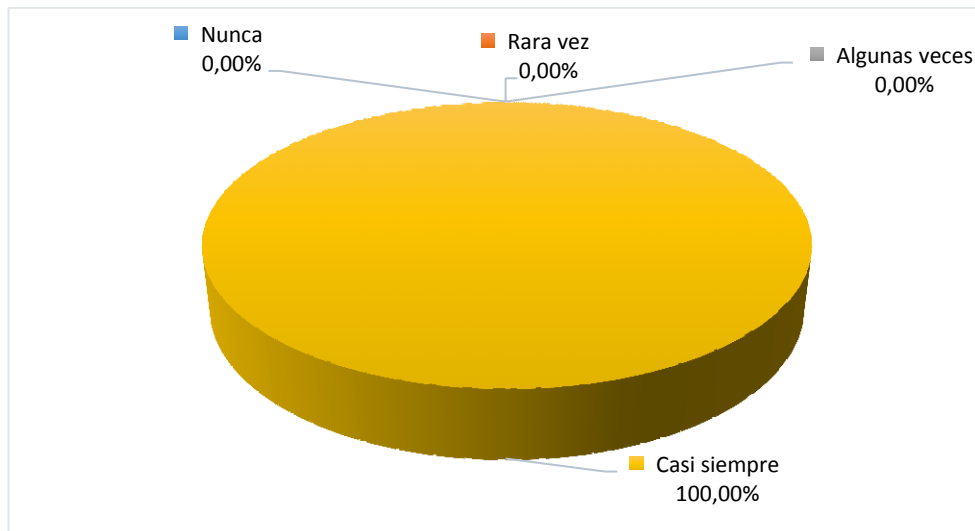
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que los cuidadores necesitan apoyo familiar para que puedan sobre llevar el estrés que causa el cuidado del Adulto Mayor. Sobre todo entenderlos y tener paciencia en cuanto a su ausencia en el hogar y en ocasiones especiales.

PREGUNTA #48.- ¿Considera que su familia le ha dejado solo en el cuidado de Adulto Mayor?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0,00%
Rara vez	0	0,00%
Algunas veces	0	0,00%
Casi siempre	30	100,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 48: ¿Considera que su familia le ha dejado solo en el cuidado de Adulto Mayor?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 100% de los encuestados sienten que la familia ha dejado solo en el cuidado del adulto Mayor.

Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que los cuidadores necesitan que la familia este pendiente del adulto mayor y sus cuidados ya que el cuidar todo el tiempo causa problemas en la persona como también deterioro del mismo. Necesitan además que coordinen el cuidado y responsabilidades entre los familiares para que el cuidador pueda tener su espacio con su familia.

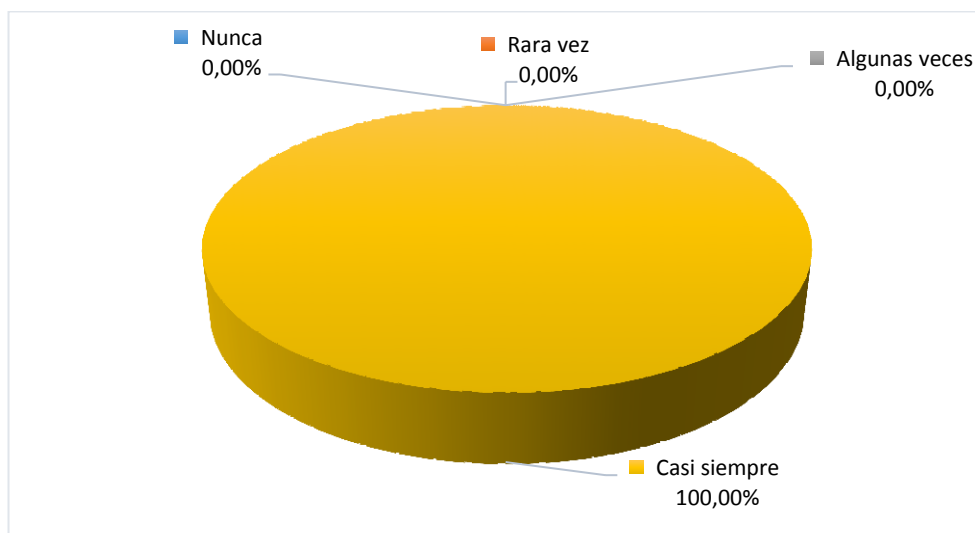
PREGUNTA #49.- ¿Siente que el Adulto Mayor le está dando vergüenza?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0,00%
Rara vez	0	0,00%
Algunas veces	0	0,00%
Casi siempre	30	100,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 49: ¿Siente que el Adulto Mayor le está dando vergüenza?



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 100% de los encuestados sienten que casi siempre el adulto mayor les está dando vergüenza.

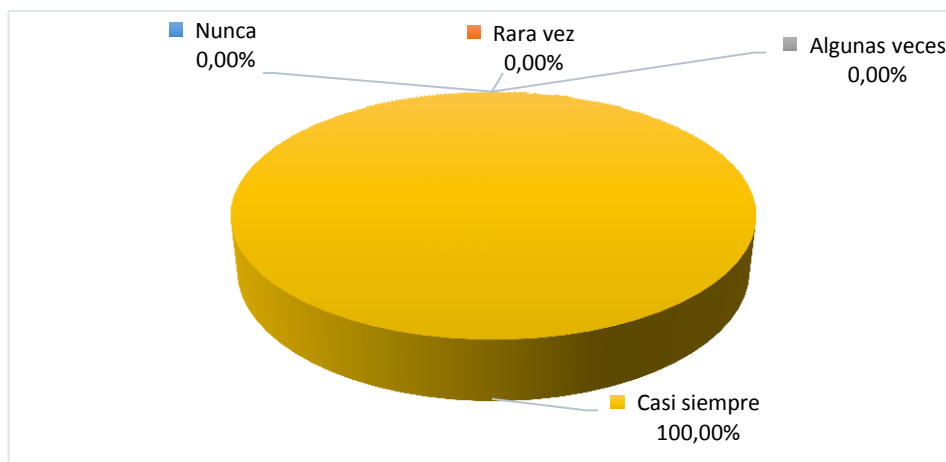
Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que los cuidadores sienten avergonzados por las actitudes que tiene el Adulto Mayor por su deterioro mental. Aunque es difícil para ellos porque no están acorde a sus cinco sentidos, ellos tratan de entenderlos ya que es una enfermedad muy difícil de llevar, solo los que la padecen y están a su cuidado saben lo que difícil que es.

PREGUNTA #50.- ¿Considera usted que debe tomar las decisiones cuando el Adulto Mayor tiene una crisis sin contar con su familia?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0,00%
Rara vez	0	0,00%
Algunas veces	0	0,00%
Casi siempre	30	100,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Gráfico 50: ¿Considera usted que debe tomar las decisiones cuando el Adulto Mayor tiene una crisis sin contar con su familia?



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Erika Mullo

Análisis: El 100% de los encuestados casi siempre tienen que tomar decisiones cuando el adulto mayor tiene una crisis sin contar con su familia.

Interpretación: En las encuestas aplicadas se observa que los cuidadores son los que toman decisiones sin necesidad de la familia, esto puede ser por falta de comunicación entre la familia o por que le han dejado el trabajo solo a un familiar lo que podemos decir que es necesario hacer crear un centro del día que pueda ayudar a su cuidado.

VERIFICACION DE HIPOTESIS

Para la solución del problema planteado y de conformidad con la hipótesis, es necesaria la utilización del estadígrafo t student el cual sirve para correlacionar la variable independiente y dependiente en estudio.

Planteamiento de Hipótesis

H0: Hipótesis Nula

H1: Hipótesis Alternativa

a. Hipótesis Nula (Ho): El Alzheimer del Adulto mayor **No** incide en el cuidado Intra Familiar del Adulto Mayor del hospital del instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Latacunga.

b. Hipótesis Alterna (Ha): El Alzheimer Adulto mayor **Si** incide en el cuidado Intra Familiar del Adulto Mayor del hospital del instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Latacunga.

Aplicación de la formula t student

	CASI SIEMPRE	RARA VEZ	XI-XI	(XI-XI) ²	X2-X2	(X2-X2) ²
PREGUNTA 21	14	0	0,016	0,44	-2,17	4,69
PREGUNTA 22	14	10	4,67	21,78	-3,17	10,03
PREGUNTA 26	10	5	-13,33	7,11	-7,17	0,03
PREGUNTA 29	5	10	2,67	13,44	-0,17	1,36
PREGUNTA 31	10	6	3,67	21,78	-1,17	250,69
PREGUNTA 37	0	4	6,67	7,2	18,56	84,03
PREGUNTA 40	30	0	4,56	0,11	4,83	0,36
PREGUNTA 41	30	0	2,67	21,78	-0,17	8,03
PREGUNTA 44	25	0	-0,33	11,11	2,83	1,36
TOTAL	138	35		504,67		435,67

Media Aritmética

X1: 15,5

X2: 3,8

Calculo de la Desviación Estándar

$$\sigma_1^2 = \frac{\sqrt{\sum_{i=1}^n (X1 - \hat{X}1)^2}}{n-1} = \frac{\sqrt{504,67}}{12-1} = \frac{22,46}{11} = 2,04$$

$$\sigma_2^2 = \frac{\sqrt{\sum_{i=1}^n (X2 - \hat{X}2)^2}}{n-1} = \frac{\sqrt{435,67}}{12-1} = \frac{20,87}{11} = 1,89$$

Calculo de T student

$$t = \frac{\hat{X}_1 - \hat{X}_2}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2}{n1} + \frac{\sigma_2^2}{n2}}} = \frac{13,33 - 9,17}{\sqrt{\frac{2,04}{12} + \frac{1,89}{12}}} = \frac{4,16}{\sqrt{0,17 + 0,16}} = \frac{4,16}{\sqrt{0,33}} = \frac{4,16}{0,57} = 7,29$$

Cálculos de Grado de Libertad

$$gl = \frac{\left(\frac{\sigma_1^2}{n1} + \frac{\sigma_2^2}{n2}\right)^2}{\frac{\left(\frac{\sigma_1^2}{n1-1}\right)^2}{n1} + \frac{\left(\frac{\sigma_2^2}{n2-1}\right)^2}{n2}} - 2 = \frac{\left(\frac{2,04}{12} + \frac{1,89}{12}\right)^2}{\frac{\left(\frac{2,04}{12-1}\right)^2}{12} + \frac{\left(\frac{1,89}{12-1}\right)^2}{12}} - 2 = \frac{(0,17 + 0,16)^2}{\frac{0,03}{12} + \frac{0,02}{12}} - 2$$

$$gl = \frac{0,11}{0,0042} - 2 = 26,19 - 2 = 24,19$$

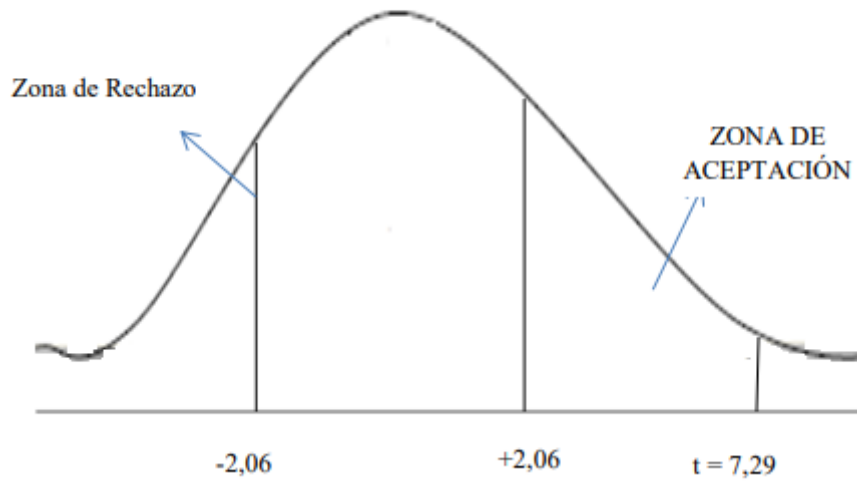
Con 24 grados de libertad y un nivel de significancia del 0,05 es de 2,06

DECISIÓN FINAL

Por lo tanto, el valor t calculado es 7,29 con 24 grados de libertad, se compara con la tabla y se observa que el valor crítico corresponde a una probabilidad de 0,05 el valor se encuentra dentro del intervalo de confianza lo establecido en la regla de decisión,

se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, es decir, que se confirma que el Alzheimer del Adulto Mayor **Si** incide en el cuidado Intra Familiar del hospital del instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Latacunga.

Gráfico 24: Representación Gráfica del t student



CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Luego de haber realizado el proceso de investigación, se pueden resaltar las siguientes conclusiones y recomendaciones.

- La enfermedad de Alzheimer tiene una gran incidencia en los pacientes adultos mayores que acuden al hospital del IEES, algunos previniendo la enfermedad, otros adultos mayores con la presencia de los primeros síntomas y otros con sus tratamientos para saber vivir con la enfermedad.
- En Latacunga, en el hospital del IEES, el Alzheimer afecta en un 3% a las personas entre 65 y 74 años, al 19% entre 75 y 84, y al 47% de más de 85 años separadamente la función cognitiva y la función afectiva, es una enfermedad difícil de conllevar ya que se requiere de tratamientos y cuidados especiales para poder cuidar al adulto mayor. Estos índices prevalecen durante los dos últimos años de atenciones que se han brindado a adultos mayores que acuden al hospital del IEES.
- El cuidado intrafamiliar que reciben los adultos mayores es considerado como no especializado, debido a que los cuidadores no están totalmente informados sobre las necesidades y cuidados que presentan y desarrollan a lo largo de la enfermedad de Alzheimer en adultos mayores, debido a que requieren una atención diaria durante todo el día, lo que para muchos cuidadores se hace difícil y necesitan rotar con otros familiares o quienes estén a cargo del cuidado del adulto mayor, debido a que en ellos también se originan factores estresantes que desencadenan otras problemáticas personales y familiares que si no son resueltas por el cuidador puede verse reflejados en el cuidado que presta al adulto mayor con Alzheimer.

RECOMENDACIONES

- Tomar como referencia los resultados obtenidos gracias a la aplicación del T-student la comprobación de la hipótesis de la presente investigación validando la investigación y demostrando que si existe incidencia del Alzheimer del adulto mayor en el cuidado intrafamiliar.
- Lograr concientizar a la sociedad en general que la etapa del adulto mayor que padece esta enfermedad requiere del apoyo, cuidado y respeto de todos ya que las personas que los cuidan se sienten avergonzados en ocupaciones por las actitudes que realizan sus familiares, el Alzheimer es una enfermedad que se debe conocer y entender.
- Dotar de la información necesaria a los cuidadores y familiares, para que puedan sobrellevar la responsabilidad que acarrea cuidar de un adulto mayor con Alzheimer, para que pueda ser responsable en sus cuidados y pueda lograr un equilibrio entre sus responsabilidades personales y las del cuidado que realiza al adulto mayor.

CAPITULO VI PROPUESTA

Datos Informativos

Título: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA TUTORIAL DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD ALZAHIMER Y SUS CUIDADOS, DIRIGIDA AL LOS FAMILIARES Y CUIDADORES DEL HOSPITAL BÁSICO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCCIAL IESS LATACUNGA.

Ente Ejecutor: Erika Mullo.

Beneficiarios: Familiares y pacientes de Adultos Mayores con la Enfermedad de Alzheimer del Hospital Básico del Instituto de Seguridad Social IESS Latacunga.

Ubicación: Latacunga – Hospital IESS Predios

Tiempo estimado para la ejecución: Un mes.

Equipo técnico responsable: Investigador.

Costo: \$ 2708,50

ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Después de haber realizado una recolección de información utilizando diferentes medios como la encuesta y la observación de forma directa e indirecta con la población investigada, en este caso con la familiares y cuidadores de los Adultos Mayores con Enfermedad de Alzheimer es necesario conocer si existe o no los conocimientos de los cuidados del adulto Mayor así también el proceso que el cuidador tiene en el desarrollo de la enfermedad del Adulto Mayor y sus consecuencias físicas y mentales para el cuidador y familiares.

Los resultados obtenidos van direccionados a que la mayor parte de personas, familiares y cuidadores si informen y conozcan lo que pueden hacer en casa y en la familia, así como también el soporte o ayuda que da el Trabajador Social a la familia y al Paciente tomando en cuenta las fortalezas y debilidades de la familia del adulto mayor con Enfermedad de Alzheimer.

JUSTIFICACIÓN

La presente propuesta pretende implementar una guía tutorial sobre los cuidados a adultos mayores con Alzheimer, que existe una incidencia en los cuidadores ya que realizan diferentes tipos de actividades con los adultos mayores y en la mayoría de los casos no son los indicados, por esta razón se debe implementar una guía que los oriente sobre formas de cuidado y además de actividades que están dirigidas para los cuidadores y evitar que se estresen al no saber cómo cuidar correctamente en casa a los adultos mayores con Alzheimer.

Esta guía constituye un instrumento para implementar las políticas y estrategias encaminadas a mejorar los servicios de cuidado, con un enfoque integral, pertinente, idóneo y coherente para establecer buenos hábitos de cuidado que permita ayudar a los adultos mayores, haciendo énfasis en concientizar la importancia de mejorarlos y poner en práctica.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Diseñar una guía tutorial sobre el adulto mayor con enfermedad Alzhéimer y sus cuidados, dirigida a los familiares y cuidadores del Hospital Básico del Instituto de Seguridad Social IESS Latacunga.

Objetivos Específicos

- Gestionar el contenido de la guía con profesionales en el tema.

- Brindar información clara y verídica sobre que es la Enfermedad Alzheimer, y sus cuidados.
- Difundir a través del departamento de trabajo social la existencia de la Guía Tutorial adulto mayor con enfermedad Alzhéimer y sus cuidados a los afiliados del IESS.

Análisis de Factibilidad

El estudio de la presente propuesta es factible debido a que se encuentra sujeta al apoyo fundamental de los cuidadores y familias de los adultos mayores con Alzheimer durante la investigación realizada ya que demostraron su disposición en colaborar en la guía de cuidados al encontrarse de acuerdo que es en beneficio del adulto mayor, por ello la perspectiva radica en la necesidad de informar, asesorar y orientar a las familias y a sus cuidadores con la ejecución de la propuesta; se lograra el cambio en el desconocimiento existente donde con paciencia, cuidados y amor los adultos mayores tendrán una mejor calidad de vida.

La presente propuesta además es factible realizarla porque existe la predisposición de los todos los elementos humanos, cuenta con una **factibilidad política y legal** ya que se encuentra sustentado en el Plan Nacional del buen vivir, Constitución de la República del Ecuador y la ley del Anciano en el que se garantiza el derecho a una vida digna y en especial de cuidado en enfermedades del adulto mayor. **Factibilidad Tecnológica:** Tecnológicamente, la propuesta se hace factible ya que se cuenta con la herramienta internet que colaborará en la elaboración de la guía tutorial; además de acceder al mismo para poder observar noticias actuales sobre el avance de la Enfermedad y nuevas técnicas para su cuidado. **Factibilidad Ambiental:** El término ambiente no hace referencia solamente a la naturaleza sino también al clima que se genera dentro del contexto en el que se desempeña un individuo, por ende, la propuesta es factible ambientalmente, ya que generará el conocimiento de la enfermedad y sus cuidados, demostrando a sus familiares y cuidadores que se puede desarrollar en un ambiente de tranquilidad tanto para el cuidador y el Adulto Mayor. Y en especial una factibilidad económica ya que los recursos económicos a necesitar

no serán costosos, y se podrán gestionar a través del hospital del IESS de la Latacunga.

Fundamentación científico-teórico

Enfoque teórico Conductista

El conductismo es una corriente de la psicología que provoca una revolución dentro de la misma al proponer un objeto de estudio diferente al que hasta aquel entonces era el predominante, el conductismo fija el objeto de su interés en comprender e interpretar el comportamiento observable de las personas y no tanto en analizar e interpretar la conciencia. Es decir, analiza la conducta humana, es por eso que se considera una nueva corriente psicológica en Trabajo Social ya que a menudo las intervenciones necesitan provocar o fomentar cambios en la conducta, el comportamiento de las personas que acuden en busca de ayuda. Caracterizado por intentar utilizar de forma sistemática ciertos principios propios de la psicología experimental con el objetivo de explicar y modificar diversos problemas de conducta.

La teoría del aprendizaje social

Según Albert Bandura, este enfoque, la persona, el entorno y la conducta son elementos que se encuentran en permanente interacción y que de alguna forma se retroalimentan de forma recíproca. Esta idea tiene una clara repercusión en el entendimiento de la conducta, ya que la conducta de las personas no puede explicarse únicamente analizando los condicionamientos externos o los condicionamientos internos, sino que se explica en términos de interacción recíproca entre condicionantes ambientales y condicionantes personales. Concluyendo que existe mayor complejidad en el comportamiento humano (Bandura, 1987).

Debido a que los motivos internos no pueden explicar el hecho de que la frecuencia y la fuerza de una determinada conducta varíen notablemente según las situaciones, las personas y los momentos, ya que esta complejidad del comportamiento humano conlleva que el aprendizaje no solo sea fruto de un estímulo o de un reflejo o también de un determinado refuerzo, sino que entre la observación y la imitación de una

determinada conducta intervienen factores de carácter cognitivo que son los que sirven al individuo para decidir si se comporta de una determinada forma o no.

El modelo centrado en la tarea

Este modelo se encuentra diseñado para ayudar en la resolución de dificultades que experimentan las personas en interacción con sus situaciones sociales, donde los sentimientos internos y las preocupaciones provienen de acontecimientos del mundo externo, además este modelo pretende proporcionar a las personas una experiencia gratificante en la solución de conflictos, de tal forma que las personas mejoren en su capacidad de afrontar las dificultades.

El modelo de la gestión de casos

Según Rubín (1992), es un modelo de intervención social que intenta asegurarse de que aquellos clientes con problemas o incapacidades reciben una asistencia integral, facilitándoles todos los servicios necesarios en el tiempo y calidad adecuadas, denominado enfoque boundary – spanning, termino de dificultosa traducción al castellano, que significa que además de proveer un determinado servicio directo al cliente, los trabajadores sociales son los encargados de enlazar al cliente con la red de servicios existentes y que pueden cubrir algunas de sus necesidades coordinando la intervención.

Metodología

La metodología que se utilizará en la presente propuesta será participativa, construyéndose en base al modelo de modificación de conducta, el modelo centrado en la tarea y el modelo de gestión de casos utilizado en Trabajo Social.

- **Objetivo 1:** Gestionar el contenido de la guía con profesionales en el tema.
- Primero, es necesario identificar a los profesionales que brindan sus servicios en el Hospital del IESS de la Latacunga que colaboraran con sus conocimientos en el diseño de la guía sobre el adulto mayor con enfermedad Alzheimer y sus cuidados.

- Los profesionales que conformarán el equipo para la elaboración y diseño de la guía serán: Médicos, especialistas de geriatría, Enfermeras, Psicólogo y Trabajador Social.

Etapa 1: A través del modelo centrado en la Tarea

Objetivo: Los profesionales realizarán un análisis de los problemas que se generan en el cuidado del adulto mayor con Alzheimer, mediante una exploración inicial de todas las atenciones que necesitan los adultos mayores con Alzheimer.

- **Fase de exploración y discusión:** En esta fase el equipo que se encargara de diseñar la guía, realizara la identificación de los principales problemas que afectan tanto al cuidador como al adulto mayor que padece Alzheimer, para tener identificado claramente las falencias y desconocimientos del cuidador y de los familiares del adulto mayor.
- **Identificación de objetivos:** Es importante establecer junto al equipo de trabajo objetivos que les permita guiar las tareas o actividades que se plasmarán en el diseño de la guía, ya que en la fase de exploración los cuidadores y familiares pueden expresar alguna inquietudes y deseos que permitirán ser el punto de partida para plasmar objetivos en beneficio del cuidador, familiares y sobre todo del adulto mayor con Alzheimer.

Cada objetivo que se plantee en la guía deberán ser:

- Realizables por el cuidador y los familiares
- Observables y evaluables en el adulto mayor con Alzheimer
- **Limitación temporal:** Surge del resultado de la exploración de dificultades que presentan los cuidadores y familiares en cuanto al cuidado del adulto mayor, Trabajo Social manifiesta que una vez identificados estos problemas y los objetivos es necesario ponerlos lo más rápido en práctica.

- Se plantearán tareas con objetivos claros a los cuidadores y familiares que deberán cumplirlas en un tiempo limitado con el adulto mayor, cuidados que serán evaluados constantemente por los diferentes profesionales que conformaran el equipo de trabajo, para saber si los cuidadores o familiares los están poniendo en práctica.

El equipo de trabajo deberá realizar las siguientes actividades:

- Planificación de tareas que deberá realizar el cuidador o familiar
- Generación de tareas alternativas
- Selección de tareas adecuadas para el cuidado del adulto mayor que disminuya el estrés en el cuidador o familiares.
- Establecer incentivos al cuidador, mediante actividades que les ayude a relajarse y lograr mayor interés en el cuidado del adulto mayor con Alzheimer.
- Planificación detallada de actividades de cuidado
- Información médica sobre la enfermedad
- Información sobre los problemas de un inadecuado cuidado.
- Actividades psicológicas que ayudaran a disminuir el estrés físico y emocional.
- Intervención de Trabajo Social para mejorar la calidad de vida del adulto mayor y de los cuidadores o familiares.

Para la elaboración de la guía se utilizarán técnicas empleadas por el Trabajador Social a los cuidadores y familiares de los Adultos Mayores con Alzheimer en base al modelo centrado en la tarea.

- **Clarificación:** Permite al Trabajador Social ayudar al cuidador y a los familiares comprender la situación en la que se encuentran (el cuidado de un adulto mayor con Alzheimer). Esta técnica facilita la percepción de la realidad, valoración de opciones y la anticipación de consecuencias.

- Facilitándose a través de la observación, la reflexión y la utilización de materiales para lograrlo.
- **Aireación:** Facilita la expresión de sentimientos y emociones que despiertan en las personas diferentes situaciones en su vida (cuidado de un adulto mayor con Alzheimer), el Trabajador Social facilitara a los cuidadores y familiares una liberación y aireación de sus sentimientos que le permite observar la vida más clara, y que asuman con responsabilidad el cuidado del adulto mayor con Alzheimer.
- **Información:** Consiste en aportar a los cuidadores y familiares toda la información y conocimientos que necesitan para lograr una estabilidad en su vida y sobre todo en base al cuidado y responsabilidad del adulto mayor con Alzheimer.
- **Consejo:** Se recomendará y se plasmaran sugerencias para los cuidadores y familiares para que puedan lograr los objetivos planteados en cada tarea a realizar en el cuidado del adulto mayor con Alzheimer.
- **Acompañamiento:** El trabajador Social realizara el acompañamiento durante el proceso de utilización de la guía elaborada para el cuidado del adulto mayor con Alzheimer.
- **Aprendizaje de conducta:** Se utilizará esta técnica con el fin de ayudar a los cuidadores y familiares a ejecutar actividades nuevas en base a la modificación de conducta en el cuidado al adulto mayor con Alzheimer.
- **Estimulación:** Esta técnica permitirá estimular a los cuidadores y familiares a través del apoyo, seguridad y confianza en las actividades que realizan en beneficio del cuidado del adulto mayor con Alzheimer.
- **Objetivo 2:** Brindar información clara y verídica sobre que es la Enfermedad Alzheimer, cuidados.

Etapa 2: A través del modelo de modificación de conducta

Objetivo: Mediante la información a los cuidadores y familiares puedan modificar su conducta en relación al cuidado del adulto mayor con Alzheimer y en el desarrollo de sus actividades personales.

- Mediante la teoría del aprendizaje social se pretende establecer en el diseño de la guía que existe la forma de modificar una conducta para lograr mejores beneficios a nivel personal como grupal.
- **Aprendizaje por las consecuencias de la respuesta:** Esta basado en la experiencia directa que tienen los cuidadores y los familiares que cuidan de un adulto mayor con Alzheimer, aquí se pretende identificar los efectos negativos y positivos que obtuvieron como respuesta durante el tiempo que cuidan del Adulto Mayor.
- Lo que les permitirá seleccionar las conductas que tuvieron anteriormente con el adulto mayor y su familia, descartando lo negativo lo que no dio un buen resultado.
- Brindando información a los cuidadores sobre los cuidados que deben realizar, para obtener resultados positivos con el adulto mayor.
- Además, se les informara sobre la realidad de sufrir de Alzheimer, ya que no es una enfermedad fácil de padecer, ni tampoco es una enfermedad fácil de cuidar.
- **Aprendizaje por medio de modelos:** Esta técnica será transmitida en la guía ya que permite a los cuidadores y familiares conocer la conducta y experiencias de otras personas que cuidan de adultos mayores con Alzheimer, lo que será útil como modelo a seguir.
- Todos estos parámetros serán plasmados en la guía en base a la intervención del Trabajador Social conductista realizando lo siguiente:
 - ❖ Identificación y especificación de la conducta problema: En los cuidadores y familiares.
 - ❖ Identificación de las condiciones que controlan los problemas: Que se pueden presentar entre los cuidadores/familiares y adultos mayores con Alzheimer.
 - ❖ Evaluación de los recursos terapéuticos: Evaluar las potencialidades y limitaciones que aun poseen los adultos mayores y a la vez los cuidadores y familiares.

Objetivo 3: Difundir a través del departamento de trabajo social la existencia de la Guía Tutorial adulto mayor con enfermedad Alzhéimer y sus cuidados a los afiliados del IESS.

Etapa 3: A través del modelo de la gestión de casos

Objetivo: A través de este modelo de intervención social se intentará asegurar que todos los usuarios que acuden al Hospital del IESS de Latacunga en especial los adultos mayores con Alzheimer, cuidadores familiares, reciban una asistencia integral, facilitándoles todos los servicios necesarios para que conozcan sobre la existencia de la Guía Tutorial.

- Asegurar la atención continua e integral a los pacientes con Alzheimer para que tenga conocimiento sus cuidadores y familiares de la existencia de la Guía Tutorial.
- Asegurar que a través de Trabajo Social la Guía Tutorial logre satisfacer las necesidades y desconocimientos de los cuidadores, familiares y adultos mayores.
- Ayudar a los usuarios del Hospital a tener un fácil acceso a la guía tutorial, y a la vez ser capacitados sobre todo el contenido.
- Asegurar que las capacitaciones de la guía tutorial sean entendidas con facilidad y claridad por los cuidadores y familiares.

La gestión de casos se convierte en un método que asegura a los usuarios que van a recibir los servicios que necesitan de una manera coordinada, efectiva y eficiente, este método ayuda asegurar que la Guía Tutorial será factible, y sobre todo beneficiosa a los cuidadores, familiares y adultos mayores con Alzheimer.

MODELO OPERATIVO

Fases	Metas	Actividades	Recursos	Responsables
<p>Gestionar el contenido de la guía con profesionales en el tema.</p>	<p>Logar gestionar en un 90% los profesionales que aportaran con sus conocimientos para el diseño de la guía tutorial.</p>	<p>Etapa 1: A través del modelo centrado en la Tarea</p> <p>Objetivo: Los profesionales realizaran un análisis de los problemas que se generan en el cuidado del adulto mayor con Alzheimer, mediante una exploración inicial de todas las atenciones que necesitan los adultos mayores con Alzheimer.</p> <p>Fase de exploración y discusión:</p> <p>Etapa 1: A través del modelo centrado en la Tarea</p> <p>Fase de exploración y discusión: Identificación de objetivos:</p> <p>Cada objetivo que se plantee</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Materiales • Financieros 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajador Social. • Psicólogo. • Médico

		<p>en la guía deberán ser:</p> <p>Para la elaboración de la guía se utilizarán técnicas empleadas por el Trabajador Social a los cuidadores y familiares de los Adultos Mayores con Alzheimer en base al modelo centrado en la tarea.</p> <p>Clarificación: Facilitándose a través de la observación, la reflexión y la utilización de materiales para lograrlo.</p> <p>Aireación: Facilita la expresión de sentimientos y emociones Información: Consiste en aportar a los cuidadores y familiares toda la información y conocimientos que necesitan para lograr una estabilidad en su vida.</p>		
Brindar información clara y verídica	Lograr brindar en un 100% toda la	Etapas 2: A través del modelo de modificación de		•

<p>sobre que es la Enfermedad Alzheimer, cuidados.</p>	<p>información sobre el Alzheimer.</p>	<p>conducta</p> <p>Objetivo: Mediante la información a los cuidadores y familiares puedan modificar su conducta en relación al cuidado del adulto mayor con Alzheimer y en el desarrollo de sus actividades personales.</p> <p>Mediante la teoría del aprendizaje social se pretende establecer en el diseño de la guía que existe la forma de modificar una conducta para lograr mejores beneficios a nivel personal como grupal.</p> <p>Aprendizaje por las consecuencias de la respuesta: Esta basado en la experiencia directa que tienen los cuidadores y los familiares que cuidan de un adulto mayor con Alzheimer, aquí se pretende identificar los efectos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Materiales • Financieros 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajador Social. • Psicólogo. • Médico
--	--	--	--	--

		negativos y positivos que obtuvieron como respuesta durante el tiempo que cuidan del Adulto Mayor.		
Difundir a través del departamento de trabajo social la existencia de la Guía Tutorial adulto mayor con enfermedad Alzhéimer y sus cuidados a los afiliados del IESS.	Alcanzar que el 100% de los cuidadores y familiares de adultos mayores con Alzheimer conozca de la existencia de la guía tutorial.	<p>Etapa 3: A través del modelo de la gestión de casos</p> <p>Objetivo: A través de este modelo de intervención social se intentará asegurar que todos los usuarios que acuden al Hospital del IESS de Latacunga en especial los adultos mayores con Alzheimer, cuidadores familiares, reciban una asistencia integral, facilitándoles todos los servicios necesarios para que conozcan sobre la existencia de la Guía Tutorial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la atención continua e integral a los pacientes con Alzheimer para que 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Materiales • Financieros 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajador Social.

		<p>tenga conocimiento sus cuidadores y familiares de la existencia de la Guía Tutorial.</p> <p>La gestión de casos se convierte en un método que asegura a los usuarios que van a recibir los servicios que necesitan de una manera coordinada, efectiva y eficiente, este método ayuda asegurar que la Guía Tutorial será factible, y sobre todo beneficiosa a los cuidadores, familiares y adultos mayores con Alzheimer.</p>		
--	--	---	--	--

Fuente: Bibliográfica

Elaboración: Mullo, Erika (2018)

PRESUPUESTO

ITEM	DETALLE	META		Costo Unit.	Subtotal	Costo total
		U. de Medida	Cant.			
A. TALENTO HUMANO						
A1	Trabajadora Social	No.	1	0	0	0
A2	Psicólogo	No.	1	0	0	0
A4	Médicos	No.	1	0	0	0
					Subtotal A	0
B.1. GASTOS INVERSIÓN						
B1	Equipos electrónicos	No.	3	300	1200	1200
B4	Varios	No.	2	150	300	300
					Subtotal B	2300
C. GASTOS OPERATIVOS						
C2	Esferos	Caja	2	5	10	10
C3	Hojas	Resma papel bond	5	7	35	35
C5	Lápices	Caja	2	4	8	8
C6	Marcadores de pizarra	Caja	2	9	18	18
C7	Pizarra liquida	No.	1	80	80	80
C8	Engrampadora	No.	1	4	4	4
C9	Perforadora	No.	1	3,5	3,5	3,5
					Subtotal C	158,5
SUBTOTAL A + B+ C						2458.5
IMPREVISTOS						250
COSTO TOTAL						2708.5
Son: dos mil setenta y ocho con cincuenta centavos						

Fuente: Bibliográfica

Elaboración: Mullo, Erika (2018).

Plan de monitoreo y evaluación del proyecto

Cuadro N° 35: Plan de monitoreo y evaluación del proyecto

Preguntas Básicas	Explicación
Quiénes van evaluar	Investigadora
Porqué evaluar	Para verificar si la propuesta es viable o no.
Para qué evaluar	Para ver si se ha cumplido o no se ha cumplido con los objetivos de la propuesta.
Qué evaluar	El diseño e implementación de la guía tutorial para el cuidado del adulto mayor con Alzheimer
Quién va a evaluar	La investigadora para conocer los resultados obtenidos
Cuándo evaluar	Una vez que esta aceptado La propuesta: Inicial, proceso, final
Cómo evaluar	Aplicando Técnicas de Investigación científica
Con qué evaluar	Instrumentos de Investigación Científica

Fuente: Bibliográfica

Elaboración: Mullo, Erika (2018).

MATERIALES DE REFERENCIA

BIBLIOGRAFIA

1. Asamblea Nacional. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Quito, Ecuador: Lexus.
2. Bogantes, Jossette. (2008). *El ciclo de la violencia según Leonore Walker*. Edición Cielo.
3. Camacho, G., & Mendoza, C. (2014). Cuidados al adulto mayor que sufre demencia (págs. 36-57). Quito, Pichincha, Ecuador: El Telégrafo.
4. Hernández, B. (2001). Población y Muestra. En Técnicas de estadística de investigación social (pág. 127). Madrid, España: Díaz de Santos S.A.
5. Herrera, E., Medina, F., & Naranjo, L. (2008). Enfoques y lógicas de investigación. En E. Herrera, F. Medina, & L. Naranjo, Tutoría de la Investigación Científica (págs. 14-32). Quito, Ecuador: Maxtudio.
6. Monje, C. (2011). Aproximación a la realidad y objeto de estudio. En C. Monje, Guía didáctica sobre la metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa (pág. 14). Colombia: Universidad Sur colombiana.
7. Naranjo, G., Herrera, L., & Medina, A. (2010). Tutoría de la investigación. Quito: Dimerino Ediciones.
8. Ochoa, G. (2007). Las interacciones sociales. En Sociología (pág. 105). México: Umbral.
9. Pallol, R. (2004). La Jaula Dorada. Evolución de la juventud y de las familias españolas y la transición, un estudio de la historia sociodemográfica (pág. 5). Barcelona: Castilla.
10. Rivas, E. (1994). Metodología de la investigación bibliográfica. En La investigación bibliográfica y los textos académicos (págs. 11-14). Trujillo.
11. Sábado, J. (2009). Población y muestra. En Fundamentos de bioestadística y análisis de datos (pág. 21). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
12. Sabino, C. (1992). El proceso de investigación. Caracas: Panapo.
13. Sánchez, & Reyes. (2006). Metodología de la investigación. México.
14. Valdivia, C. (2008). La familia: Concepto, cambios y nuevos modelos. Brasil: La Revue du REDIF

15. Villalba, J. (1996). Innovación y Competitividad. Recuperado el 24 de Agosto de 2014, de Innovación y Competitividad.

LINKOGRAFÍA

1. Aguilar, A. (27 de marzo de 2018). Ontología y epistemología en la investigación cualitativa. Recuperado el 23 de mayo de 2017, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v15_n1/pdf/a13v15n1.pdf.
2. Canales, C. (abril de 2011). El Alzheimer y todo lo que se debe saber. Recuperado el 03 de marzo de 2018, de Universidad de Morelos:[http://dspace.biblioteca.um.edu.mx/jspui/bitstream/123456789/197/1/Tesis% 20Maestr%C3%ADa%20%20Carmen%20Canales.pdf](http://dspace.biblioteca.um.edu.mx/jspui/bitstream/123456789/197/1/Tesis%20Maestr%C3%ADa%20%20Carmen%20Canales.pdf)
3. Driessnack, M., Sousa, V., & Costa, I. (septiembre-octubre de 2007). Revisión de los diseños de investigación relevantes para la enfermería y cuidado del adulto mayor con Alzheimer. (R. L. Enfermagmen, Ed.) Recuperado el 3 de enero de 2018, de Métodos mixtos y múltiples: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/>
4. El Comercio. (22 de enero de 2016). La demencia en los adultos mayores. (F. Medina, Ed.) Recuperado el 18 de diciembre de 2017, de http://www.elcomercio.com/app_public_pro.php/actualidad/a-ecuador.html

ANEXOS



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL
CUESTIONARIO

Objetivo: Conocer cuáles son los efectos para el Adulto Mayor y para el cuidador la enfermedad de Alzheimer del Hospital de Básico del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Latacunga

Instrucciones:

- Lea detenidamente
- Coloque una x en la respuesta que considere necesaria
- Conteste con la verdad

1. ¿Cuál es el sexo del adulto mayor?

Hombre Mujer Otro

2. ¿Qué instrucción tiene el adulto mayor?

Analfabeto Primaria Incompleta Primaria Completa
Secundaria Incompleta Secundaria Completa Nivel técnico
Superior

3. ¿Qué edad tiene el adulto mayor?

60 – 65 66 – 71 71 – 76 77
– 81

82 – 86 87 – 91 92 en adelante

4. ¿Cuál es el estado civil de los Adulto Mayor con enfermedad Alzheimer?

Soltero Casado Divorciado Viudo

5. ¿Con quién vive el Adulto Mayor con enfermedad Alzheimer?

Esposa Esposa e hijos Hijos Solos Otros

6. ¿Indique la procedencia del adulto mayor?

Latacunga Salcedo Saquisilí Pujilí
.....

7. ¿Cuál es el tipo de vivienda que habita el adulto mayor?

Propia Arrendada Prestada Familiar
.....

8. ¿Cuáles son los servicios básicos que cuenta la vivienda?

Energía Eléctrica Agua potable
Agua entubada Agua de regadío

9. ¿Cuál es el tipo de servicio Sanitario?

Baño Letrina Pozo Séptico

10. ¿Hace que tiempo fue diagnosticado el adulto mayor con Alzheimer?
0 a 12 meses () 1 a 3 años () 4 a 6 años () 7 a 10 años ()

11. ¿Qué tipo de seguro tiene el adulto mayor?

Seguro Campesino Afiliación al IEES

12. ¿Quién le cuida con frecuencia al Adulto Mayor?

Esposa /o Hijos Nietos Nueras Otros

13. ¿Qué actividades realiza con facilidad el Adulto Mayor?

Alimenta Solo Utiliza el baño con facilidad Aseo diario ... Vestirse

14. ¿Qué actividades realiza con dificultad el adulto Mayor?

Lectura Escritura Camina Ninguna

15. ¿Considera que existe comunicación entre el cuidador y el Adulto Mayor?

Nunca rara vez algunas veces ... casi siempre

16. ¿Cuál es el alimento que le agrada al Adulto Mayor?

Frutas Vegetales Lácteos Golosinas

17. ¿Con que frecuencia es el aseo del Adulto Mayor?

Diario Con frecuencia Casi nunca Nunca

18. ¿Que complicaciones ha tenido el adulto mayor desde que fue diagnosticado Alzheimer?

Desnutrición Presión arterial Obesidad Dolores Musculares

19. ¿Cómo usted mira el deterioro conductual y psicológico del adulto mayor con síntoma de Alzheimer?

No hay deterioro Poco deterioro Mucho deterioro
Deterioro total

20. ¿Con que facilidad olvida las cosas el adulto mayor?

No olvida Poca facilidad Mucha facilidad No tiene
recuerdos

21. ¿En su percepción ha desmejorado el estado anímico y físico del Adulto Mayor?

Nunca rara vez algunas veces casi siempre

22. ¿Con que frecuencia reconoce a sus familiares cuando lo visitan y al cuidador?

Nunca rara vez algunas veces casi siempre

23. ¿El adulto mayor con Alzheimer ha sido diagnosticado con depresión y ansiedad?

Si No

24. ¿Con que frecuencia es la apnea del Adulto mayor?

Toda La noche Se despierta cada cierto tiempo No duerme en la noche
Duerme todo el día

25. ¿Cuál es la percepción de la familia con el cuidador del Adulto mayor?

Excelente Satisfactoria Buena Regular

26. ¿Considera que afectado la dinámica familiar la enfermedad de padecer el Adulto Mayor?

Nunca rara vez algunas veces
casi siempre

27. ¿Cuál es el clima familiar del adulto mayor que es diagnosticado con la Enfermedad de Alzheimer?

Satisfactoria Buena Regular Mala

28. ¿Cuál es la relación Afectiva que tiene el adulto mayor con la familia?

Nunca rara vez algunas veces casi siempre

29. ¿Piensa que la comunicación en la familia del adulto Mayor disminuido?

Nunca rara vez algunas veces casi siempre

30. ¿Cuál es la reacción del cuidador del adulto mayor ante crisis que se dan por la enfermedad?

Desesperación Sentimientos encontrados Depresión
Enojo Aumento de responsabilidad

31. ¿Considera usted que debido al cuidado del Adulto Mayor a afectado las relaciones sociales?

Nunca rara vez ... algunas veces casi siempre

32. ¿Cuál es el sentimiento con el adulto mayor con enfermedad Alzheimer?

Sacrificio Tristeza Esperanza Impotencia
Frustración

33. ¿El adulto mayor se ha perdido o ha salido solo a la calle?

Nunca rara vez algunas veces casi siempre

34. ¿Ha tenido alguna caída el Adulto Mayor?

Sí No

35. ¿Que actividades realiza el adulto mayor en el día?

Actividades recreativas Pasivas Lúdicas Manualidades
.....

36. ¿Ha existido alguna manera inconsciente que el adulto mayor con enfermedad Alzheimer ha querido atentar contra su vida?

Limita su ingesta Llanto excesivo Depresión severa
..... No toma medicamento

37. ¿Piensa que el hospital básico IEES Latacunga contribuye con el adulto mayor con su tratamiento?

Nunca rara vez algunas veces casi
siempre

38. ¿Piensa que su familiar Adulto Mayor pide con frecuencia ayuda sin necesitarlo?

Nunca rara vez algunas veces casi siempre
.....

39. ¿Usted ha sentido impotencia con su familiar por no poder ayudarlo en los episodios de crisis?

Nunca rara vez algunas veces casi
siempre

40. ¿Se siente cansada al tener que cuidar a su familiar las 24 horas del día?

Nunca rara vez algunas veces casi
siempre

41. ¿Cree usted que su salud se ha deteriorado debido a que cuida a su familiar?

Nunca rara vez algunas veces casi
siempre

42. ¿Considera su familiar única persona que la pueda cuidar?

Nunca rara vez algunas veces casi
siempre

43. ¿Piensa que podría dejar el cuidado de su familiar a otra persona?

Nunca rara vez algunas veces casi
siempre

44. ¿Considera su estado de ánimo a cambiado por cuidar Al Adulto Mayor?

Nunca rara vez algunas veces casi siempre

45. ¿Piensa que el grado de carga de cuidar a Adulto Mayor es mayor del que usted puede cuidar?

Nunca rara vez algunas veces casi siempre

46. ¿Considera que ha descuidado a su familia por cuidar al adulto mayor?

Nunca rara vez algunas veces casi siempre

47. ¿Piensa que el cuidado del Adulto Mayor a causado estrés?

Nunca rara vez algunas veces casi siempre

48. ¿Considera que su familia le ha dejado solo en el cuidado del Adulto Mayor?

Nunca rara vez algunas veces casi siempre

49. ¿Siente que el Adulto Mayor le está dando vergüenza?

Nunca rara vez algunas veces casi siempre

50. ¿Considera usted que debe tomar las decisiones cuando el ADULTO Mayor tiene una crisis sin contar con su familia?

Nunca rara vez algunas veces casi siempre

Gracias por su colaboración.

**EL ALZHEIMER EN EL ADULTO MAYOR Y EL CUIDADO INTRA
FAMILIAR EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEL CANTÓN LATACUNGA**

ERIKA PAOLA MULLO COQUE

RESUMEN

En el marco del envejecimiento de la población, se verifica un aumento de la prevalencia de las demencias, especialmente la enfermedad de Alzheimer (EA), una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por la presencia de enmarañados y placas cerebrales, conexiones perdidas, inflamación y eventual muerte de las células cerebrales. Estos cambios conducen a la pérdida de memoria, cambios en el pensamiento y en otras funciones del cerebro. La enfermedad progresa lentamente y poco a poco, con muerte celular, lo que resulta en daño cerebral.

En cuanto al manejo de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia, las intervenciones de Trabajo Social son necesarias en relación con la orientación a los cuidadores sobre cómo hacer frente a estos síntomas que presentan los pacientes de edad avanzada con Alzheimer, elaborando con las mismas estrategias específicas para cada cambio de comportamiento

Las personas mayores con demencia a menudo tienen dependencia y discapacidad, y por lo tanto necesitan ayuda en el día a día. Las personas que por lo general realizan el cuidado de los ancianos que viven en el hogar, son miembros de la familia, reconocidos como cuidadores familiares.

Palabras clave: Deterioro de capacidades, memoria, incapacidad, invalidez, funciones cognitivas.

INTRODUCCION

A nivel mundial, las cifras de incidencia y prevalencia de la demencia muestran resultados muy variables debido a la ausencia de un marcador biológico diagnóstico en la gran mayoría de las enfermedades causantes de demencia y a diferencias metodológicas de los estudios. La incidencia global mundial de la demencia se estima alrededor de 7,5/1.000 personas año. La aparición de nuevos casos se mantiene más o menos estable hasta los 65-70 años (5/1.000 personas-año) y a partir de entonces el crecimiento es exponencial (en torno a 15, 30, 50 y 70-75/1.000 personas-año hacia los 75, 80, 85 y 90 años, respectivamente (López, 2011).

La población europea se estima una prevalencia de demencia entre el 5,9 y el 9,4% en mayores de 65 años, según datos del consorcio Eurodem y de estudios posteriores. La prevalencia se duplica aproximadamente cada 5 años, por ejemplo, en Eurodem fue del 1% entre las personas de 60 a 65 años, 13% en las de 80 a 85 años, y del 32% en las de 90 a 95 años (Cáceres, 2012).

Además, una revisión sistemática del grupo EuroCoDe publicada en 2009 mostró que la prevalencia de demencia en Europa no ha cambiado significativamente respecto a los datos del Eurodem, excepto por una mayor prevalencia en las mujeres de edad muy avanzada. Los estudios de prevalencia en España han mostrado cifras que oscilan entre el 5 y el 14,9% para mayores de 65 años, 6,7 y entre el 6,6 y el 17,2% para mayores de 70 años según una revisión reciente del Centro Nacional de Epidemiología de los estudios poblacionales realizados en España (Maldonado, 2009).

Encontrando en una población menor de 65 años hay pocos estudios; se estimó la prevalencia de demencia en un área de Londres entre 30 y 64 años sobre 54/100.000. En general la prevalencia es más alta en mujeres y aumenta con la edad. La incidencia de Enfermedad Alzheimer (EA), aumenta con la edad, desde 1-3/1.000 entre los 65 y los 70 años personas-año hasta 14-30/1.000 entre los 80-85 años, 25 y parece ser mayor en mujeres. En edades muy avanzadas es aún mayor, hasta

38,6/1.000 entre 85 y 89 años y más de 65/1.000 personas-año en mayores de 95 años según datos del estudio Framingham (Oufranga, 2010).

El hombre al paso del tiempo evoluciona y pasa de la niñez a la adultez y de la adultez al envejecimiento y en esta etapa del envejecimiento es donde hacemos una parada ver cuáles son los síntomas de la enfermedad del Alzheimer para analizar cuantos son los Adultos mayores con EA y cuáles son las medidas que el estado está tomando para esta realidad que afecta a familias, ya que tenemos en claro que es deterioro intelectual a través de los años (Acosta, 2013).

En el Ecuador, existe 74.000/ 2010, personas padecen de Alzheimer se estima que en el 2030 / 166.000, con un incremento del 3815% al 2050, enfermedad afecta principalmente a los adultos mayores.

Según (INEC. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE - 2009.) El deterioro cognitivo en personas mayores a 60 años que fueron diagnosticadas; Nacional hombres 16,3%, mujeres 25,7%; Quito hombres 8,1%, mujeres 23,7%; Guayaquil, hombres 13,7%, mujeres 20,3%. En esta investigación se da a conocer que existe poca información de la Alzheimer en el Ecuador ya que se confunde con demencias ya que esta enfermedad se da en todos los extractos y por el medio en que se desarrolla la preocupación y el miedo de los familiares prefieren tener en secreto o solo en familia esta enfermedad.

Como en América latina en Ecuador los principales cuidadores son las familias, pueden ser los esposos, hijos, nietos y nueras, para esta investigación no hemos encontrado lugares específicos de cuiden a adultos mayores con Alzheimer, existen casas de acogida, centros de día, asilos de ancianos, centros de internamiento para personas con demencia (Pacheco, 2015).

En Latacunga, en el hospital del IEES, el Alzheimer afecta en un 3% a las personas entre 65 y 74 años, al 19% entre 75 y 84, y al 47% de más de 85 años separadamente la función cognitiva y la función afectiva. La función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales, por ejemplo: recordar, orientarse o calcular en la cual

se trabaja con un equipo Interdisciplinario, los cuales cumplen diferentes roles con el paciente. Los trastornos cognitivos pueden deberse a muy diferentes causas, desde trastornos ligeros como el olvido benigno, hasta cuadros clínicos graves como la demencia (Torres, 2017).

La depresión y la ansiedad centran la atención de la valoración del estado afectivo. La depresión es el trastorno psíquico más frecuente en los adultos mayores. Las personas afectadas suelen presentar: ánimo abatido, tristeza, tendencia al llanto, pérdida de interés por el mundo que lo rodea, trastornos del sueño y del apetito, pérdida de autoestima e incluso ideas de suicidio. A pesar de que los adultos mayores están en un riesgo más alto que el resto de la población, el deterioro cognitivo y la depresión no son considerados normales o inevitables en el envejecimiento (Teneda, 2015).

Los cambios en el funcionamiento cognitivo y afectivo de los adultos mayores a menudo requieren acción puntual y agresiva. Es especialmente probable que el funcionamiento cognitivo y afectivo en los pacientes mayores decline durante una enfermedad o a causa de alguna lesión.

Los cuidados Intra familiares del adulto mayor en Latacunga son los más frecuentes ya que se encuentran a cargo de un hijo, esposa , nieto o nuera ya que debido al desconocimiento de la enfermedad prefieren ser los hijos en su gran mayoría que los cuida y los lleva a los tratamiento así como en el hospital Básico IESS Latacunga se encuentra asignada un programa de promoción de envejecimiento activo en los adultos mayores conjuntamente con Trabajo Social y Médico especialista en Geriátría dan seguimiento y realizan visitas domiciliarias a los adultos mayores que por su imposibilidad de ir la institución son los encargados de tratar a los pacientes en sus casa con distintos diagnósticos , los cuales se puede palpar que es evidente el cuidado intrafamiliar de un pariente cercano al adulto mayor (Pila, 2017).

METODOLOGIA

Para el actual estudio se emplea el método mixto del enfoque investigativo, el cual constituye del “cuantitativo porque usa la recolección de datos reales, permite hacer una medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer patrones de comportamiento y probar teorías, y el enfoque cualitativo, debido a que utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, pág. 57)

El presente trabajo investigativo es mixto porque es una combinación de los métodos tanto cuantitativo como cualitativo pues se procederá a la recolección, análisis y vinculación de los datos mediante la información obtenida para proporcionar una solución al planteamiento del problema, convirtiéndose en un conocimiento sustantivo y profundo.

En cuanto a la investigación cualitativa representa la concreción metodológica de la perspectiva ética que enfatiza conocer la realidad, de captar el significado particular que a cada hecho atribuye su propio protagonista, y de contemplar estos elementos como piezas de un conjunto sistemático en este caso las preguntas e hipótesis surge como parte del proceso de investigación; el énfasis no es medir las variables sino entenderlas (Ruiz, 2012).

La metodología cuantitativa parte de cuerpos teóricos y formula hipótesis sobre relaciones esperadas entre las variables que hacen parte del problema que se estudia, así lo confirma Monje, Carlos, (2011), en su guía didáctica sobre la metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa, además menciona que:

Su constatación se realiza mediante la recolección de información cuantitativa orientada por conceptos empíricos medibles, derivados de los conceptos teóricos con los que se construyen las hipótesis conceptuales. El análisis de la información recolectada tiene por fin determinar el grado de significación de la relación prevista entre las variables. (pág. 17)

RESULTADOS OBTENIDOS

El Alzheimer en el adulto Mayor, es una enfermedad que está en los últimos años en crecimiento, con implicaciones al Adulto Mayor por los cambios en su forma de vida, así con a la familia, que conlleva a problemas en la sociedad.

A pesar que la enfermedad Alzheimer, está en el grupo de demencias en el Ecuador poco se conoce de la misma ya que está dentro de las demencias, y no se especifica el número de habitantes que existe en Ecuador y en qué etapa están de la Enfermedad, se cree conveniente que se cree políticas Públicas para este crecimiento en la enfermedad ya que mediante la investigación realizada se tiene la necesidad de dar atención.

Después de realizar la investigación y analizado los datos que arrojaron la investigación, se concluye señalando que los Adultos Mayores, se debe crear un centro del día ya que los cuidados de los mismo son realizados por familiares los cuales tienen una ardua tarea de velar por el bienestar del Adulto Mayor y estos no están al alcance de realizarlos por lo complicado que implica el cuidado de un Adulto Mayor con enfermedad Alzheimer ya que por las etapas que los mismos pasan en su enfermedad, se necesita talleres de gimnasia cognitiva, recreaciones lúdicas, cuidados del equipo técnico, Psiquiatra, geriatra, fisiatra, Trabajo Social.

REFLEXION CRITICA

La sociedad actual es insensible e indiferente ante esta esta enfermedad ya que no se conoce que es, cuales son las causas que ocasionan la enfermedad, no saben si existe o no cura y cuál es el grado de deterioro según transcurre el tiempo de enfermedad, lo que corresponde al gobierno e instancias , como el ministerio de salud ha sociabilizar esta enfermedad y cual el la misión que deben tener los organismos, ya que el Estado tiene un programa de salud y envejecimiento del adulto Mayor este no logra cumplir todavía cumplir a cabalidad la misión de este con la ejecución de planes, programas y acciones políticas, económicas y sociales.

BIBLIOGRAFIA

1. Asamblea Nacional. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Quito, Ecuador: Lexus.
2. Bogantes, Jossette. (2008). *El ciclo de la violencia según Leonore Walker*. Edición Cielo.
3. Camacho, G., & Mendoza, C. (2014). Cuidados al adulto mayor que sufre demencia (págs. 36-57). Quito, Pichincha, Ecuador: El Telégrafo.
4. Hernández, B. (2001). Población y Muestra. En Técnicas de estadística de investigación social (pág. 127). Madrid, España: Díaz de Santos S.A.
5. Herrera, E., Medina, F., & Naranjo, L. (2008). Enfoques y lógicas de investigación. En E. Herrera, F. Medina, & L. Naranjo, Tutoría de la Investigación Científica (págs. 14-32). Quito, Ecuador: Maxtudio.
6. Monje, C. (2011). Aproximación a la realidad y objeto de estudio. En C. Monje, Guía didáctica sobre la metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa (pág. 14). Colombia: Universidad Sur colombiana.
7. Naranjo, G., Herrera, L., & Medina, A. (2010). Tutoría de la investigación. Quito: Dimerino Ediciones.
8. Ochoa, G. (2007). Las interacciones sociales. En Sociología (pág. 105). México: Umbral.
9. Pallol, R. (2004). La Jaula Dorada. Evolución de la juventud y de las familias españolas y la transición, un estudio de la historia sociodemográfica (pág. 5). Barcelona: Castilla.
10. Rivas, E. (1994). Metodología de la investigación bibliográfica. En La investigación bibliográfica y los textos académicos (págs. 11-14). Trujillo.
11. Sábado, J. (2009). Población y muestra. En Fundamentos de bioestadística y análisis de datos (pág. 21). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
12. Sabino, C. (1992). El proceso de investigación. Caracas: Panapo.
13. Sánchez, & Reyes. (2006). Metodología de la investigación. México.
14. Valdivia, C. (2008). La familia: Concepto, cambios y nuevos modelos. Brasil: La Revue du REDIF
15. Villalba, J. (1996). Innovación y Competitividad. Recuperado el 24 de Agosto de 2014, de Innovación y Competitividad.

LINKOGRAFÍA

1. Aguilar, A. (27 de marzo de 2018). Ontología y epistemología en la investigación cualitativa. Recuperado el 23 de mayo de 2017, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v15_n1/pdf/a13v15n1.pdf.
 2. Canales, C. (abril de 2011). El Alzheimer y todo lo que se debe saber. Recuperado el 03 de marzo de 2018, de Universidad de Montemorelos:[http://dspace.biblioteca.um.edu.mx/jspui/bitstream/123456789/197/1/Tesis% 20Maestr%C3%ADa%20%20Carmen%20Canales.pdf](http://dspace.biblioteca.um.edu.mx/jspui/bitstream/123456789/197/1/Tesis%20Maestr%C3%ADa%20%20Carmen%20Canales.pdf)
 3. Driessnack, M., Sousa, V., & Costa, I. (septiembre-octubre de 2007). Revisión de los diseños de investigación relevantes para la enfermería y cuidado del adulto mayor con Alzheimer. (R. L. Enfermagmen, Ed.) Recuperado el 3 de enero de 2018, de Métodos mixtos y múltiples: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/>
- El Comercio. (22 de enero de 2016). La demencia en los adultos mayores. (F. Medina, Ed.) Recuperado el 18 de diciembre de 2017, de http://www.elcomercio.com/app_public_pro.php/actualidad/a-ecuador.html