



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

“ESTILOS DE VIDA Y SU ASOCIACIÓN CON DEMENCIA EN LOS ADULTOS
MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR,
OCTUBRE 2014 - MARZO 2015.”

Jenniffer Monserrate García Macías

Limbert Antonio Cevallos García

DIRECTOR: DR. FÉLIX ZAMBRANO CHÁVEZ

Portoviejo – Manabí – Ecuador

2015

TEMA:

“ESTILOS DE VIDA Y SU ASOCIACIÓN CON DEMENCIA EN LOS
ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO
GUILLERMINA LOOR, OCTUBRE 2014 -MARZO 2015.”

DEDICATORIA

A Dios, por cada logro alcanzado en nuestras vidas, quien nos ha dado la fortaleza de continuar cuando hemos estado a punto de caer, por ello dedicamos primeramente este trabajo al Creador de todas las cosas.

De igual forma, a nuestros Padres, quienes con buenos valores, y con su muestra de cariño y apoyo incondicional han sabido guiarnos para culminar esta carrera de manera exitosa.

El esfuerzo, la dedicación, el tiempo invertido y el cariño que hemos puesto en este trabajo se lo dedicamos a quienes son la razón de nuestro constante empeño de vida, las mujeres.

Jennifer Monserrate García Macías
Limbert Antonio Cevallos García

AGRADECIMIENTO

Una de las virtudes más hermosas del ser humano es el de la Gratitude, por lo que en esta hoja quiero expresarlo.

A las autoridades de la Universidad Técnica de Manabí, por habernos permitido formar parte de esta institución educativa.

A las autoridades y Docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina que nos orientaron con sus conocimientos en un auténtico proceso de formación.

Una especial mención de agradecimiento a mi tribunal de Trabajo de Titulación: Dr. Félix Zambrano Chávez, Dr. Walter Mecías Zambrano. Dra. María Sol Ordóñez Zambrano, Dra. Idilia Guerrero Zambrano

A personal del Centro Gerontológico Guillermina Llor de Portoviejo que colaboró con el trabajo de investigación.

Jennifer Monserrate García Macías
Limbert Antonio Cevallos García

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, DR. FÉLIX ZAMBRANO CHÁVEZ, Catedrático de la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, en calidad de Director de trabajo de titulación:

Certifico que el trabajo de titulación denominado “ESTILOS DE VIDA Y SU ASOCIACIÓN CON DEMENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR, OCTUBRE 2014 - MARZO 2015.” efectuada por JENNIFFER MONSERRATE GARCÍA MACÍAS Y LIMBERT ANTONIO CEVALLOS GARCÍA se encuentra concluida en su totalidad.

La presente investigación es original de los autores y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de un trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico Cirujano. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente

DR. FÉLIX ZAMBRANO CHÁVEZ
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

TEMA:

“ESTILOS DE VIDA Y SU ASOCIACIÓN CON DEMENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR, OCTUBRE 2014 - MARZO 2015.”

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación, designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, como requisito previo a la obtención del título de Médico Cirujano, con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados en el reglamento general de graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

APROBADO:

Ing. Karina Rocha Galecio (E)
DECANA FCS

Dra. Ingebord Veliz Zevallos Mgs. (E)
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE
INVESTIGACIÓN FCS

Ab. Abner Bello Molina (E)
ASESOR JURIDICO

Dr. Félix Zambrano Chávez
DIRECTOR DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN

Dr. Walter Mecías Zambrano
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DEL
TRABAJO DE TITULACIÓN

Dra. María Sol Ordóñez Zambrano Mgs.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Idilia Guerrero Zambrano
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

TEMA:

“ESTILOS DE VIDA Y SU ASOCIACIÓN CON DEMENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR, OCTUBRE 2014 -MARZO 2015.”

Sometida a consideración del Tribunal de Seguimiento y Evaluación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de: Médico Cirujano.

Aprobada por:

Dr. Walter Mecías Zambrano
PRESIDENTE

Dra. María Sol Ordóñez Zambrano
MIEMBRO

Dra. Idilia Guerrero Zambrano
MIEMBRO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, JENNIFFER MONSERRATE GARCÍA MACÍAS Y LIMBERT ANTONIO CEVALLOS GARCÍA, estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaro que:

El presente trabajo de investigación titulado “ESTILOS DE VIDA Y SU ASOCIACIÓN CON DEMENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR, OCTUBRE 2014 - MARZO 2015.” es de mi autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad y con la supervisión del Director Dr. Félix Zambrano Chávez.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en este trabajo de titulación, pertenecen exclusivamente a los autores.

JENNIFFER MONSERRATE GARCÍA MACÍAS

131325338-5

LIMBERT ANTONIO CEVALLOS GARCÍA

131173792-6

CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y
EVALUACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación: “ESTILOS DE VIDA Y SU ASOCIACIÓN CON DEMENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR, OCTUBRE 2014 - MARZO 2015”, ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de las autores. JENNIFFER MONSERRATE GARCÍA MACÍAS Y LIMBERT ANTONIO CEVALLOS GARCÍA.

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de ley.

Dr. WALTER MECÍAS ZAMBRANO
PRESIDENTE

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO.....	III
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	IV
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN.....	V
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN.....	VI
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	VII
CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN.....	VIII
RESUMEN.....	IX
SUMMARY	X
CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
PROBLEMATIZACIÓN	4
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	6
SUBPROBLEMAS	7
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
OBJETIVO GENERAL:	8
OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	8
CAPITULO II	9
MARCO REFERENCIAL.....	9
MARCO TEORICO.....	11
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	21
CAPÍTULO III.....	29
DISEÑO METODOLÓGICO.....	29

TIPO DE ESTUDIO.....	29
LÍNEA DE LA INVESTIGACIÓN	29
POBLACIÓN Y MUESTRA.	29
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	29
MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	30
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.	30
TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	30
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	30
INSTRUMENTOS:	31
ÁREA DE ESTUDIO:.....	31
PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:	31
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:	32
RECURSOS:	32
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	33
GRAFITABLA N°1	33
Distribución por edades	33
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	34
GRAFITABLA N°2.....	35
Distribución por Género.....	35
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	36
GRAFITABLA N°3.....	37
Distribución de la importancia de realizar actividad física	37
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	38
GRAFITABLA N°4.....	39
Distribución de realización de actividad física	39
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	40
GRAFITABLA N°5	41
Distribución de la frecuencia	41
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	42
GRAFITABLA N°6.....	43
Distribución del tipo de ejercicio	43
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	44
GRAFITABLA N°7.....	45

Distribución del conocimiento sobre una nutrición adecuada	45
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	46
GRAFITABLA N°8.....	47
Distribución de la importancia de una nutrición adecuada	47
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	48
GRAFITABLA N°9.....	49
Distribución del tipo de alimentos que consumen	49
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	50
GRAFITABLA N°10.....	51
Distribución factores de riesgo	51
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	52
GRAFITABLA N°11.....	53
Distribución de la incapacidad según la escala de Blessed.....	53
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	54
GRAFITABLA N°12.....	55
Distribución de los hábitos según la escala de Blessed.....	55
GRAFITABLA N°13.....	57
Distribución de la personalidad y conducta según la escala de Blessed	57
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	58
CAPÍTULO IV	59
CONCLUSIONES:	59
RECOMENDACIONES:.....	60
PRESUPUESTO	61
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACION	62
CAPITULO V	63
PROPUESTA	63
ANÁLISIS FODA.....	68
ÁRBOL DEL PROBLEMA	69
ÁRBOL DE OBJETIVOS	70
MATRIZ DE INVOLUCRADOS	71
MATRIZ DE MARCO LÓGICO.....	73

BIBLIOGRAFIA.....	74
LINKOGRAFIA	76
ANEXOS.....	77
ANEXO 1	78
ESCLA DE BLESSED	78
ANEXO 2	80
CONSENTIMIENTO INFORMADO	80
ANEXO 3	82
ENCUESTA.....	82
ANEXO 4	87
FOTOS.....	87
ANEXO 5	91
DIAPOSITIVAS PARA LA CHARLA EN EL CENTRO GERONTOLOGICO	
GUILLERMINA LOOR.....	91
ANEXO 6	93
TRIPTICO.....	93

RESUMEN

La calidad de vida y la funcionalidad de la vejez están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante todas las etapas de la vida.

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo. Se encuestaron a los adultos mayores que albergan en el Centro Gerontológico Octubre 2014 - Marzo 2015; con el objetivo de Determinar la asociación de los estilos de vida en la presencia con demencia en los adultos mayores.

Se agruparon usuarios mayores de 65 años, con historial de padecimiento de trastornos demenciales, sometidos con y sin tratamiento farmacológico; con los siguientes resultados: grupo femenino 57% y masculino 43%; con un total de 63% que realizan poca actividad física, el 82% de población estudiada lo consideran muy importante. La frecuencia con que realizan la actividad física es siempre en un 49 %. El tipo de ejercicio que predomina es la caminata 69%. Así mismo, un alto porcentaje 55% se caracteriza por tener poco conocimiento sobre una nutrición adecuada, el 80% de los adultos mayores consideran que es muy importante tener una nutrición adecuada, los alimentos que más consumen son las frutas y legumbres 49%. Dentro de los factores de riesgo prevalece un alto porcentaje de mal nutrición en un 51%.

Dentro de la Escala de Blessed la incapacidad del adulto mayor para realizar tareas domésticas es total con un porcentaje del 57%. Los Hábitos según la Escala de Blessed muestra que de los adultos mayores el 88% comen sólidos, el 51% de los adultos encuestados visten sin ayuda y tienen un control normal de los esfínteres con un porcentaje de 55%. En la personalidad y conducta según la escala prevalece una respuesta emocional disminuida 84% seguida de la pérdida de interés por los sentimientos de otros en un 82%.

Palabras clave

Adulto mayor, demencia, estilos de vida.

SUMMARY

Quality of life and function of aging are directly related to the opportunities and hardships that were taken during all stages of life

A prospective, descriptive study. Were surveyed seniors housing in the Gerontology Center in October 2014 - March 2015; in order to determine the association of lifestyles in the presence of dementia in older adults.

Users over 65 were pooled, with a history of suffering from dementia disorders, submitted with and without drug treatment; with the following results: 57% female group and 43% male; a total of 63% who perform little physical activity, 82% of the study population consider very important. How often perform physical activity is always 49%. The predominant type of exercise is walking 69%. Also, a high percentage 55% is characterized by having little knowledge about proper nutrition, 80% of older adults consider it very important to have adequate nutrition, foods that are consumed more fruits and vegetables 49%. Among the risk factors prevails a high percentage of malnutrition in 51%.

Within the Blessed Scale inability of the elderly to do housework is complete with a percentage of 57%. Habits as Blessed Scale shows that older adults eat 88% solids, 51% of adults surveyed dress without help and have a normal sphincter control with a percentage of 55%. In personality and behavior according to the scale prevails an emotional response decreased 84% followed by the loss of interest in the feelings of others by 82%.

Keywords

Elderly, Dementia, lifestyles

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento del ser humano, sobretodo en la edad adulta es un proceso natural, sin embargo, se ha comprobado que la calidad de vida y la funcionalidad de la vejez están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante todas las etapas de la vida. Se calcula que entre el 10 y 45% de la población mayor a 65 años han presentado síntomas depresivos en algún momento de su vida que se ven reflejados en el estado cognitivo y el estado de salud el cual influye directamente en su calidad de vida y estilos de vida. (ANDRADE, 2011).

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo.

En el mundo entero hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia. En el Ecuador, según estimaciones oficiales, la expectativa de vida bordearía actualmente los 75 años en ambos sexos. Por ello se hace necesario conocer la situación de los adultos mayores en el País, sus condiciones socioeconómicas, y de salud, para que se tomen medidas adecuadas que garanticen su atención integral.

Es por esto que el propósito de este proyecto investigativo fue evaluar mediante un estudio prospectivo como influyen los estilos de vida en la demencia en adultos mayores que asisten al Centro Gerontológico Guillermina Loor.

Por lo cual se llevó a cabo la propuesta que estuvo encaminada a brindar información a funcionarios y adultos mayores, sobre la identificación de los estilos de vida saludables y factores de riesgos asociados a demencia. Debido a que no se han realizado estudios se propuso esta investigación con la finalidad que los resultados constituyan cambios, para que el adulto mayor goce de una vida libre de discapacidad y buscando así contribuir de manera positiva ante esta problemática de salud. (LOSAUTORES).

JUSTIFICACIÓN

Las demencias son un grupo de enfermedades neurológicas crónicas y progresivas, que cursan con deterioro adquirido y permanente en las funciones cognitivas superiores (memoria, pensamiento, orientación, lenguaje, calcula, aprendizaje y juicio), sin alteración del nivel de la conciencia. Acompañado de alteraciones neuro-psiquiátricas y del comportamiento que en conjunto, marcan una disminución en las funciones sociales y de la vida cotidiana. A menudo hay una falta de concienciación y comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para que las personas acudan a los oportunos servicios de diagnóstico y atención.

La vejez en el ser humano, es una etapa postrera, si bien bastante prolongada se puede resumir como la edad de la pérdida; si el envejecimiento es un proceso, la vejez es una situación social. Todos los que han envejecido, a pesar de las diferencias individuales, conforman un todo con unas propiedades comunes que ofrecen suficiente relevancia para constituirse como un sector humano distinto al de otras edades.

La prevalencia internacional de demencia es de 6.2 %, siendo para la mujer de 8.8 % y para el hombre de 3.1 %, afecta alrededor del 5% de los más de 65 años, llegando a 20% de los más de los años 80. En América Latina hay pocos estudios poblacionales sobre la prevalencia de demencia. La *Alzheimer's Disease International* en el año 2005, consideró que América Latina tenía proporcionalmente pocos casos, pero con un rápido incremento en los próximos años. Se obtuvo datos de 8 estudios en 6 países, que incluían a Brasil, Uruguay, Chile, Cuba, Perú y Venezuela, al realizar el análisis comparativo, se evaluaron 31,174 personas mayores de 65 años, de las cuales 2,223 reunían criterios para demencia, obteniendo una prevalencia de 7.1 (6.8 – 7.4, CI 95%).

A medida que aumenta la edad también lo hace el riesgo de pérdida de la funcionalidad física y autonomía mental lo que lo lleva a depender de otra persona, para realizar actividades de la vida diaria y una peor calidad de vida” (MSPE: 2010).

Este estudio Investigativo fue de vital importancia para el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Portoviejo debido a que se pudo obtener conocimientos de las enfermedades crónicas degenerativas, que son prevenibles brindando una atención especializada mejorando la calidad de vida del usuario considerando la edad de riesgo y hábitos en los Adultos mayores. El adulto mayor se benefició recibiendo atención prioritaria y especializada sin mirar credo, raza, religión y condición socioeconómica contribuyendo con las políticas del Ministerio de Salud Pública

De acuerdo a lo expuesto anteriormente y considerando la importancia que tiene la función cognitiva se optó por investigar los estilos de vida y su asociación con demencia y por ser esta enfermedad una de las principales causa de incapacidad y dependencia del adulto mayor se realizó la presente investigación y de esta manera revelar datos fiables que sirvan a futuro al personal, adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor y personas involucradas en el campo de la salud.

Esta investigación fue factible gracias al apoyo del personal que labora en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Portoviejo, a la vez porque se contó con una información veraz y oportuna facilitando el desarrollo de este trabajo, sin dejar de lado el apoyo de los usuarios adultos mayores que colaboraron con los objetivos de la propuesta, con el fin de que los Adultos Mayores se integren, participen y se desarrollen adecuadamente en la sociedad.

El presente conlleva un gran interés para sus autores ya que mediante la realización del mismo han fortalecido su perfil profesional y no solo a nivel académico sino en el ámbito humano puesto que han conocido a profundidad la realidad de los estilos de vida.

PROBLEMATIZACIÓN

La demencia es un síndrome caracterizado por una declinación progresiva de la memoria, de las funciones ejecutivas, lenguaje y de otras áreas de la cognición, asociada a síntomas conductuales, que repercuten en el normal desenvolvimiento del individuo en su medio familiar y social. Las demencias primarias no son curables en la actualidad y producen un daño progresivo e irreversible del cerebro. Las causas más representativas de este grupo incluyen: la enfermedad de Alzheimer (EA), responsable del 50 al 60 % del total de casos, las demencias vasculares, la demencia por enfermedad de cuerpos de Lewy y la degeneración frontotemporal.

En el 2013 se estimaron 44 millones de personas que sufren de demencia al nivel mundial (basados en revisiones sistemáticas de datos de prevalencia), con 7.6 millones de nuevos casos anualmente. El número de personas con demencia se duplicará cada 20 años para alcanzar los 76 millones en el 2030 y los 135 millones en el 2050 en todo el mundo, incremento que será más marcado en las regiones en vías de desarrollo que en las regiones desarrolladas.

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.

De 3,4 millones de personas con demencia en América Latina y el Caribe en la actualidad, la cifra se incrementará a 4,1 millones para el 2020 y a 9,1 millones en el 2040, es decir, será similar al de Norteamérica.

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 %).

En el Ecuador, del 10 al 25% de la población que tiene factores de riesgo (diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad en la edad media de la vida, depresión, tabaquismo, inactividad física y mental) han desarrollado ya en su vejez enfermedades demenciales. En estos, paralelamente con el incremento en la esperanza de vida, las dietas ricas en grasas, el hábito de fumar y los estilos de vida sedentarios se hacen más comunes, por tanto, las enfermedades cardiovasculares, se convierten en el problema más sobresaliente de la salud pública.

El país enfrenta a una nueva epidemia de proporciones sin precedentes, con una elevada repercusión social, económica y fundamentalmente humana. La prevención primaria con un enfoque multifactorial y durante el curso de la vida incluyendo amplio acceso a la educación y mejores condiciones socioeconómicas, estilos de vida saludables y control de los factores de riesgo cardiovasculares, pueden conducir a una disminución del número de personas con demencias en la región.

Con todo lo expuesto anteriormente la pregunta central del proceso investigativo quedo planteada de la siguiente manera ¿Cuáles son los estilos de vida que están asociados a la demencia en los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor, Octubre2014- Marzo 2015?

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

CAMPO: Educativo

ÁREA: Medicina

ASPECTO: Estilo de vida y su asociación con demencia en los adultos mayores

LINEA DE INVESTIGACIÓN: Salud mental y trastorno del comportamiento

DELIMITACIÓN ESPACIAL: La presente investigación se realizó en el Centro Gerontológico Guillermina Loor ubicado en la Calle 12 de marzo

DELIMITACIÓN TEMPORAL: Esta delimitación tendrá un periodo de estudio que va desde el mes Octubre del 2014 a Marzo 2015 el cual se realizó en un tiempo de 6 meses.

SUBPROBLEMAS

¿Cuáles son las características socio epidemiológicas de los usuarios en estudio?

¿Cuáles son los factores de riesgo de la demencia?

¿Cuál es la demencia asociada al estilo de vida según la escala de Blessed?

¿Cuál es la estrategia educativa para mejorar los estilos de vida que se asocian a demencia en los adultos mayores asilados en el Centro Gerontológico Guillermina Llor?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los estilos de vida y su asociación con demencia en los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor, Octubre 2014 - Marzo 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar las características socioepidemiológicas de los usuarios en estudio.

Indagar factores de riesgo de la demencia.

Valorar el grado de demencia asociada al estilo de vida según la escala de Blessed.

Diseñar una estrategia educativa para mejorar los estilos de vida que se asocian a demencia en los adultos mayores asilados en el Centro Gerontológico Guillermina Loor.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

El Centro Gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” nace un 12 de marzo de 1972. Desde su inicio el Centro Gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” fue administrada por las Damas Protectoras de la Ancianidad de Manabí, el 11 de abril del 1985 se firma un contrato de comodato y Convenio de Administración entre el Ministerio de Bienestar Social Hoy Ministerio de Inclusión Económica y Social, la Junta Provincial de la Cruz Roja Ecuatoriana y las Damas Protectoras de la Ancianidad de Manabí, es decir que el Inmueble donde viene funcionando el Centro Gerontológico es de propiedad de la Junta Provincial de la Cruz Roja.

El Centro Gerontológico con fecha 27 de diciembre de 2000, mediante Acuerdo Ministerial N0.1799, firmado por el MAE. Pablo Romero Quezada Subsecretario General del Bienestar Social Transfiere la Administración y funcionamiento del Asilo de Ancianos “Guillermina Loor de Moreno”, y mediante fecha 7 de abril del 2005 se firmó un Contrato de Comodato Celebrado Entre el Ministerio de Bienestar Social legalmente representado por el Doctor Bolívar González Arguello y por la Cruz Roja Provincial de Manabí el Abogado Alexander Zambrano Loor en calidad de Presidente de la Cruz Roja Provincial de Manabí.

Desde que inicio el centro Gerontológico “Guillermina Loor de Moreno” solo se le han reconocido dos partidas presupuestarias bajo la modalidad de contrato, que corresponden al administrador y ecónomo del Centro, pero desde el año 2008 la partida del administrador paso a la Dirección Provincial, misma que fue ocupada para el Departamento Jurídico.

El personal técnico operativo desde su creación no tenían ningún contrato o figura legal que legitime su estadía en dicho Centro; desde aquel tiempo venían surgiendo un sin número de inconvenientes con el personal que trabaja en calidad de “VOLUNTARIOS”, violándoles sus derechos consagrados en la Constitución de la

República y ante el Instituto de Seguridad Social, teniendo siempre el riesgo de los que realizan las funciones de administrador o Director un problema legal, como ya ha sucedido en los años 2004 y 2005 que por disposición de los Juzgados de trabajo ordenaron que de las cuentas de la Dirección Provincial de esta Cartera de Estado en Manabí se debiten por sentencias que han dictado por despido de personas que han prestado sus servicios en el Centro.

Para el ordenamiento y control de su administración, el Director o Administrador que ha estado al frente del Centro, han tenido que reglamentar, y disponer al Personal sus pago se lo realizaba en la modalidad de prestación de servicio.

El personal técnico operativo desde el año 2012, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, les ha extendido contrato de trabajo para las siguientes áreas: terapeuta ocupacional, terapeuta físico, enfermero, psicólogo clínico, trabajadora social, nutricionista, cuidadores gerontológicos, auxiliares de cocina y auxiliares de lavandería; y, existe también personal de nombramiento cumpliendo funciones en el centro los mismos que son los siguientes: ingeniero Agrónomo, dos Cuidadoras Gerontológico, Asistente Administrativo, Técnico Atención Especializada, Psicólogo Clínico y Administrador del Centro.

LA MISION.

El Centro Gerontológico “Guillermina Loor de Moreno”, brinda atención integral al Adulto mayor, con un equipo multidisciplinario que cumple con las funciones encomendadas con eficiencia, y eficacia, con infraestructura adecuadas, equipos e insumos necesarios , en coordinación INTERINSTITUCIONAL e integración familiar y comunitaria.

VISIÓN.

Que el Centro Gerontológico “Guillermina Loor de Moreno”, cuenta con el equipo multidisciplinario e insumos acorde a las necesidades de los Adultos Mayores

para brindar atención integral con calidez y eficiencia, con integración familiar, comunitaria, con compromiso vitalicio Interinstitucional que aseguren la atención.

MARCO TEORICO

Actualmente tener una vida saludable implica una sucesión de cambios a nivel cultural, socioeconómico y en general.

Según (Shulkman, M. 2009) se puede definir al estilo o forma de vida en una agrupación de maniobras que la persona adopta para efectuar un propósito.

En esta investigación, se hace reflexión acerca de la forma de vida adecuada, al comportamiento frecuente que hace una persona para mantener su forma de vida saludable tanto física como mental. Entre estas están el ejercicio, el estudio, el bienestar con la familia y una nutrición adecuada.

Para tener un estilo de vida saludable tenemos que tomar en cuenta las siguientes medidas: realizar actividades físicas, que los adultos mayores puedan realizarlas solo o en compañía. En varias ocasiones el adulto mayor prefiere otras actividades: como ir a sala de juegos, billar, cine.

A nivel mental se han propuesto diversas agrupaciones de varios criterios: didáctico, educativo, y recreamiento.

A continuación vamos a describir las variables que la investigación ha demostrado como más influyentes en un estilo de vida saludable: nutrición adecuada, actividad física, no consumo de alcohol, drogas y tabaco, y los comportamientos sexuales.

Señala (Hu, 2010) que los hábitos alimentarios constituyen un factor determinante del estado de salud, tanto a nivel individual como poblacional.

En base a lo expresado (Trave & Castro Viejo Gandarias, 2011) con la vida moderna se han realizado muchos cambio a nivel general (social y cultural) que afectan de forma irrevocable a los hábitos y formas de alimentarse. Por ej., en estos tiempos las personas no se preocupan por adquirir sus víveres ni cocinarlos y en contraposición, se prefieren los alimentos procesados que, generalmente, conllevan a una alimentación rica en carnes, dulces, además de un aumento de consumo de grasas en la dieta y por el contrario se consume menos vegetales.

Todo ello se traduce a una disminución en el aporte porcentual de energía a partir de los hidratos de carbono complejos y (Nuñez & Navarro, 2011) clasifican al ejercicio con la función de instruir/adquirir. Un estilo de vida saludable está integrado por un conjunto de factores que deben funcionar de forma armoniosa y completa.

Una dieta saludable, la actividad física y los ejercicios para el cerebro pueden ayudar a ralentizar el deterioro mental en las personas mayores en riesgo de demencia.

La (OMS, 2012) determina al adulto mayor como un individuo de más de 65 años e incluye el significado de funcionalidad en esta categoría de edad. Colocando a este grupo etario dentro de los individuos con mantenimiento de capacidad funcional y consideran a este grupo como activos, por lo que puedes ser autónomos.

El envejecer de un individuo consta de cambios que suceden durante todo el curso de la vida. Pero no todos los seres humanos envejecen de igual manera. La calidad científica asegura que el estándar de vida en los adultos mayores va a estar determinada por el estilo de vida que tuvo durante la niñez, adolescencia y vejez. La formación académica, los cambios geográficos, los factores de riesgos, la posibilidad de acceder a un centro hospitalario, son aspectos relevantes al instante de examinar el estilo de vida y la calidad de vida del adulto mayor.

El propósito primordial del área de salud es incrementar los años que vive una persona así también tener una mejor calidad durante esos años, es decir sin discapacidad, para que los adultos mayores puedan ser autónomos, e independientes.

Los especialistas exponen el por qué los adultos mayores pierden la función normal de sus huesos, músculos y sistema nervioso, incrementando su cuidado por terceras personas.

Por ello (Sanchez, L. 2011) indica que el envejecer es una fase que empieza desde la procreación y produce variaciones peculiares durante el lapso de la vida.

Las edades son:

Cronológica: se calcula desde que nace

Mental: es la madurez de la persona, la que siente poseer

Física: la que el individuo presenta a los otros

Fisiológica: la que presenta nuestra células

En el aspecto fisiológico el adulto mayor se lo reconoce por una sucesión de cambios como son: un declive de la asimilación de alimentos, reducción de la potencia muscular, disminución de la visión, descenso de la aireación, cambios cardiovasculares. Aunque estas alteraciones no sean graves nos lleva a una incapacidad funcional y limita la capacidad de adaptarnos.

Resulta que con el pasar del tiempo el adulto mayor vive en soledad, abandonado y con depresión sintiéndose mal con pocos deseos de vivir. Es entonces cuando comienzan las ideas de homicidio, por el sentir aquel triste y marchito abandono.

Las causas de peligro y desarrollo a la postración son:

El historial familiar con postración, la ansiedad, la adquisición de etanol y sustancias psicotrópicas, patologías del corazón, ingreso de escasos recursos económicos y las patologías pancreáticas.

La postración severa: genera síndromes que imposibilitan las funciones para ejercer para leer, reposar comer.

La postración crónica: ocasiona signos y síntomas con periodo evolutivo de meses y años afectando de esta forma la calidad de vida del adulto mayor.

El desorden bipolar: es cuando en el usuario se pueden observar modificaciones en la actitud y personalidad con una conducta muy agresiva o a estar calmados estos cambios en ocasiones conllevan a hospitalizar al usuario según la gravedad del asunto, lo característico de este desorden es que empieza en la edad adulta poco en la adolescencia y muy raro en la infancia.

El factor hereditario es importante ya que si uno de los padres padecen de desorden bipolar los hijos tienen más posibilidad de que padezcan este trastorno.

Depresión Atípica.- Las personas con depresión atípica, se caracterizan por el exceso de sueño, hambre, cansancio y sentimientos de rechazo.

Trastorno Afectivo Estacional (SAD) presenta eventos anuales de depresión lo cual es característico, en otoño o invierno, desaparecen en la demás estaciones del año. En estas épocas pueden ser sustituidos por fases maníacas. Otros síntomas incluyen cansancio, comen excesivamente al igual que el dormir. Se han descrito factores neurohumorales, genético psicológicos y ambientales algunos de los que fueron referidos previamente.

Explica el (Dr.Cevallos, G. 2013) cuando exista la reducción de sinapsis de la enteramina y norepinefrina y elevación en la función de la MAO, además de la reducción en los grados de (5HHIAA) todo esto conlleva a una reducción en las funciones del hipotálamo y a esto se le agregan primordialmente: El dejar a una persona, la falta de compañía, el desgaste del perfil físico, la frustración por lo no alcanzado o el haber renunciado a parte de su proyecto de vida, la jubilación sin otra actividad que sustituya a la que tenían hasta ese momento, la carencia de potestad, el renombre considerándose inactivo, el anciano que va y viene generándose un traslado obligatorio de su casa a otra beneficiándose el familiar sin razonar en las necesidades del adulto mayor.

Las personas con problemas de autoestima, poca capacidad para solucionar adversidades y escasa relación social están predispuestos a padecer de depresión. El altibajo posee una lista de secuelas denegación referente a la mortandad, la minusvalía y el desgaste cognitivo poseen una irremediable impresión en los sujetos melancólicos. Los resultados elevados en valores de mortandad son más ante la presencia de minusvalía física y social, son de mal predicción para la recuperación y más ocupación en beneficios de la casa de salud.

El desaliento en la época de la tercera edad va de la mano con disminución de masa corporal, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca, osteoporosis y mala auto percepción del estado de salud del individuo. Los efectos de caracteres psicológicos y sociales en la baja autoestima inclusive son varios, el desesperanzado

podría demorar el tratamiento de mejoramiento al obstruir la conducta del individuo de manera que esta no investigue el cuidado de los médicos.

La valoración del desvanecimiento senil hasta la actualidad es de especialidad principalmente clínica aunque se estén desarrollando test bilógicos que aunque den resultados muy prometedores requieren todavía más experimentación. El dictamen facultativo se realiza con una historia clínica y la inspección del usuario para establecer el síndrome de postración.

En la historia clínica e deberán buscar antecedentes patológicos de depresión entre los parientes de primer grado del paciente, ya que en ellos es más alta la frecuencia que en la población en general.

Se recolectaran datos exclusivos de eventos de afectividad, la altitud de ocupación antes del inicio de la patología y el semblante más característico de la personalidad. Todos estos datos constituyen referencias muy útiles para el diagnóstico de la depresión si se tiene en cuenta el frecuente carácter recurrente, el descenso en el rendimiento global del sujeto y la constatación habitual de una personalidad previa centrada en torno a la necesidad del orden y de perfeccionismo, el galeno psiquiatra de esta manera tiene la posibilidad de examinar el desvanecimiento con facilidad. Esto demuestra que la asociación de respaldos podrá colaborar con diferentes experiencias y así mismo confrontar variaciones esenciales en el ciclo de la vida.

El medico podrá sugerir encuentros familiares con amigos, paseos a centro comerciales, ayuda espontanea o guía alimentaria, según diversos modelos de terapias con conferencias son eficaces. Gracias a estos procedimientos el adulto mayor lograra poseer un importante panorama real en la conservación de la vida. El reflexionar la mayoría de las veces de la existencia lamentable o de lo extraviado son indicios que encaminan a la postración.

Los fármacos para la tristeza asimismo logran colaborar. Estos fármacos consiguen disipar el sueño, el gusto y el pensamiento. Es fundamental además: Recomendar ayuda psicosocial al usuario, al familiar y al cuidador, orientado a la resolución de los problemas sociales y familiares frecuentes, involucramiento en grupos de apoyo social, formal e informal. Seguimiento para controlar la evolucionen

cuatro semanas, actitud positiva de la vida, valoración geriátrica integral, evaluación neuropsicológica, test de depresión (Yasavage. De Beck).

Prevención.- Se debe intentar subir la autoestima y aumentar la autoimagen de los pacientes, esto se puede lograr inculcando que cuiden al máximo su imagen personal, facilitar la expresión de sus problemas, evitar la tendencia al aislamiento patológico, ya que para el paciente es difícil tener relaciones interpersonales, crear actividades que cautiven la atención de esta persona y así motivarlos.

En la actualidad no existe una definición aceptada para el concepto de demencia por ello se puede encontrar una serie de criterios diagnósticos que intentan describirla. Lo que caracteriza a esta enfermedad es un declive en las funciones mentales que incluyen alteraciones en la memoria asociada a una alteración de la facultad intelectual (memoria, lenguaje) además de afectaciones en las actitudes y aptitudes sociales de la persona.

Según la (Dra. Garcia, M. 2014) Advierte que existen más de 80 tipologías de demencia, las más relevantes en cuatro grupos:

Demencias Degenerativas: la más típica es la demencia de Alzheimer, compone el 50-70% de las demencias, entre otras se encuentra la demencia fronto-temporal, de cuerpos de Lewy, enfermedad de Pick, entre otras menos comunes.

Demencias Vasculares: se presenta por alteración del riego sanguíneo del cerebro, entre las patologías que la causan están la hipertensión, hipotensión, cardiopatías y accidentes cerebro vasculares.

Demencias Mixtas: combinación de la demencia degenerativa y las vasculares, se presentan con mayor frecuencia en edad avanzada.

Demencias Infecciosas: causada por el SIDA, patologías crónicas, encefalopatía espongiiforme bovina.

La demencia senil según (Dr. Bermudez & Shulkman 2010) es un síndrome clínico plurietiológico, un trastorno de la retentiva determinado por el desperfecto general de las actividades cognitivas, de carácter orgánica, sin alteración del nivel de

conciencia ya que pueden afectar las capacidades funcionales e interfiere en el rendimiento de las ocupaciones rutinarias. Pero los síndromes más considerables como la falta de retentiva, cambio de comportamiento, aminoración en la estimación, amaneramiento del razonar preciso, etapas de caos, desorden e intranquilidad, originándose en niveles de más a menos. Este desorden mental de índole natural invariable con mayor frecuencia predomina más en el género femenino que en el masculino llevando un orden continuo y avanzado y con llevaría a ser una parte pausada del padecimiento a una demencia senil tipo Alzheimer. Sin embargo no se ha determinado la forma precisa del desgaste mental producido por la vejez en la actualidad se estudian varias hipótesis acerca de la inmunidad, contaminación y disminución de acetilcolina con el fin de preservar la calidad de vida del adulto mayor.

La demencia senil se encuentra entre la cuarta causa de mortalidad en personas ancianas. La incidencia por año en aquellos usuarios de 80 años de edad, se estima que es del 4%, la enajenación leve, en un 10% en mayores de 65 años y la enajenación grave en un 5%.

Epidemiológicamente el aumento de los ancianos en escala global cada vez es más acentuado en la población urbana y más aún en la población rural y cada día las familias se ven incapacitadas para el manejo de los adultos mayores con problemas de demencia, viéndose en algunos casos obligados a instalar a sus adultos mayores en centros de atención al anciano. Los traumatismos pueden causar demencia no progresiva, el uso de drogas, medicamentos, alcohol, la degeneración hepatolenticular, la parálisis con temblor, los micro-infartos cerebrales son causa de demencia de carácter continuo. Suele suceder casos de demencia sin saber la causa, con el pasar de los años la forma del sistema nervioso se distorsiona se genera un acortamiento y la disminución de las pliegues las cisuras delanteras, cigomáticas y laterales se aumentan, las micro fibrillas adoptan una posición de ejes paralelos se alinean en el interior del protoplasma de la neurona con apariencia de una circunferencia que cuando de desarrollan pulen la unidad funcional de la vida. La afección se genera primordialmente en la cubierta de la arquicorteza, en la tonsila cerebelosa y en centro del rafe, de esta manera se origina un déficit en la memoria,

en la observación de la delicadeza para comprender y solucionar asuntos y dificultades sería factores que conllevan al desarrollo de padecer Alzheimer, algunos pueden ser modificables otros no.

Entre los posibles factores están el deterioro cognitivo, hipertensión, diabetes, dislipidemias, falta de estrógenos, infarto de miocardio, ligero incremento de la homocisteína.

Causas de riesgo total: Los años, la herencia, la depleción genética, venenos, depresión alcoholismo, fumar, padres mayores, microcefalia, Parkinson.

Entre los factores que protegen: Tratamientos a base de estrógenos, antiinflamatorios, hipolipemiantes, antioxidantes, antihistamínicos, apolipoproteína.

Las manifestaciones clínicas se presentan como: Cognoscitivas o neurológicas entre ellas están: La amnesia, trastornos en el lenguaje, movimientos inadecuados, déficit de atención, epilepsias, rigidez muscular, reflejos alterados.

Funcionales: problema para la caminata, alimentarse, bañarse, cambiarse de ropa, y hacer tareas de la vida cotidiana.

Conductuales: reacciona de manera desastrosa, furioso, eventos de depresión y perturbación, agresión, indiferencia, alteración en el sueño, ideas de delirio, hurto, alteraciones en el sexo ,emite palabras indecentes, merodeo, tiene ilusiones mentales, no socializa, alteración de la persona, comportamiento contradictorio.

Síntomas asociados: alucinaciones, trastornos del sensorio y otras enfermedades (reumáticas, óseas, metabólicas, cardíacas).la evolución de esta patología puede avanzar, invariable o puede revertirse.

El comienzo puede ser súbito y de evolución invariable (patología neurológica), comienzo y evolución paulatina (cáncer, patologías metabólicas hematomas cerebral) y de evolución lenta y continuo y comienzo insidioso (Alzhéimer, mal de Parkinson).

El estado general de la persona se deteriora variablemente:

Superficial: mantiene la autosuficiencia, con un razonamiento casi inalterado, y un apropiado aseo de la persona.

Medio: la persona requiere de alguna forma ser vigilada

Profundo: requieres ser vigilada siempre, en fase vegetal

Mientras avanza la enfermedad se encuentran ciertas complicaciones: se presenta violento hacia sí mismo y a otras personas, esta desorientada en tiempo y espacio, variadas infecciones, lesiones o TC.

El diagnóstico de demencia: Hasta la presente no se ha encontrado un registro biológico que nos permita diagnosticar la patología. El diagnóstico se hace por medio de:

La Historia Clínica: que se debe realizar inicialmente, que incluya antecedentes familiares y personales, la fecha y el tipo de inicio y la evolución cronológica, los síntomas.

Anamnesis: del deterioro debe dirigirse a todos los ámbitos cognitivos relacionado con las actividades diarias.

Exploración Física: puede aportar datos que pueden contribuir a la configuración del cuadro cognitivo y funcional. Se debe realizar una exploración neurológica detallada, además se debe hacer un examen de la función motora que es de gran interés.

En el paciente con deterioro mental, las pruebas complementarias tienen como objetivos descartar causas secundarias de demencia. Las pruebas de neuroimagen se debe realizar a todos los pacientes con trastorno cognitivo con el objeto de excluir patologías secundarias y evaluar la posible existencia de lesiones vasculares.

Otro medio de diagnóstico son los test de demencia los cuales nos permite evaluar el grado de demencia en base a preguntas claves, como la Escala de Blessed (ver anexo 1) que valora la interferencia de la demencia con la actividad diaria, escala de MMSE, Escala Global de Deterioro (GDS).

De esta manera el (Dr. Servantes, F. 2013) afirma que los exámenes complementarios (como la BHC, bioquímica plasmática, VSG, hormonas tiroideas, pruebas de serología, EEG, TAC, RMG, LCR) son las tácticas de primera línea para el diagnóstico.

Para el manejo del paciente con demencia existe una serie de principios generales para su tratamiento. Directo al usuario y después a la familia previo consentimiento informado.

El tratamiento farmacológico no ha dado buenos resultados en la actualidad. El tratamiento de la demencia vascular se basa en el manejo de los factores de riesgos vascular. El tratamiento farmacológico se utiliza para mejorar los síntomas de la EA y de la enfermedad de cuerpos de Lewy para lo cual se utilizan:

Inhibidores de la Acetilcolina: el aricept 5mg/día en las noches durante un mes y después se incrementa a 10mg/día.

Inhibidores de la Colinesterasa y estimulantes de los receptores nicotínicos: galantamina a 8mg/día aumentando al cabo de un mes a 16mg/día.

Otros fármacos como: las sustancias neurotrópicas cuyas acciones aún están en estudio reducen el riesgo. El estradiol que funciona con afinidad a células nerviosas reduciendo o amenorando la enfermedad. Las estatinas que disminuyen la APOE en el sistema nervioso central se la puede utilizar como terapia preventiva. La vitamina E que en altas cantidades pueden retardar la progresión de la patología. (Dra.Rocha, G. 2010).

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
ESTILOS DE VIDA	Estilos de vida, hábitos de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la Salud.	Características Generales	Edad	65-74 años 75-84 años >85años
			Genero	Masculino Femenino
		Actividad Física	Importancia de realizar actividad física	Muy importante Poco importante Nada importante
			Realiza actividad	Nada Poco Mucho

ESTILOS DE VIDA		Actividad Física	<p>Frecuencia</p> <p>Tipo de ejercicio</p>	<p>Siempre</p> <p>Casi siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Rara vez</p> <p>Nunca</p> <p>Caminata</p> <p>Aeróbicos</p> <p>Calistenia</p> <p>No realiza</p>
		Hábitos de Vida	Factores de riesgo	<p>Alcoholismo</p> <p>Tabaquismo</p> <p>Mala nutrición</p> <p>Demencia hereditaria</p> <p>Diabetes Mellitus</p> <p>Hipertensión Arterial</p>

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
DEMENCIA	La demencia Es una enfermedad que afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotilidad de las personas.	Incapacidad Según la Escala de Blessed	<p>Incapacidad para realizar tareas domésticas</p> <p>Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero</p> <p>Incapacidad para recordar listas cortas de elementos (ejm: compras)</p> <p>Incapacidad para orientarse en casa</p> <p>Incapacidad para orientarse en calles familiares</p>	<p>total parcial ninguna</p> <p>total parcial ninguna</p> <p>total parcial ninguna</p> <p>total parcial ninguna</p> <p>total parcial ninguna</p>

			Incapacidad para valorar el entorno (ejm: reconocer si está en casa)	total parcial ninguna
			Incapacidad para recordar hechos recientes	total parcial ninguna
			Tendencia a recordar el pasado	total parcial ninguna

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
DEMENCIA		Hábitos Según la Escala de Blessed	Come Limpiamente, con los cubiertos adecuados	Si No
			Come Desaliñadamente, sólo con la cuchara	Si No
			Come Sólidos simples (galletas)	Si No
			es alimentado	Si No
			viste sin ayuda	Si No
Fallos ocasionales (en el abotonamiento)	Si No			

			Errores y olvidos frecuentes en la secuencia de vestirse	Si No
			Incapaz de vestirse	Si No
			control de esfínteres Normal	Si No
			Incontinencia urinaria ocasional	Si No
			Incontinencia urinaria frecuente	Si No
			Doble incontinencia	Si No

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
DEMENCIA		Personalidad y Conducta Según la Escala de Blessed	Retraimiento creciente	Si No
			Egocentrismo aumentado	Si No
			Pérdida de interés por los sentimientos de otros	Si No
			Afectividad embotada	Si No
			Perturbación del control emocional (aumento de la susceptibilidad e irritabilidad).	Si No
Hilaridad inapropiada	Si No			

			<p>Respuesta emocional disminuida</p> <p>Indiscreciones sexuales (de aparición reciente)</p> <p>Falta de interés en las aficiones habituales</p> <p>Disminución de la iniciativa o apatía progresiva</p> <p>Hiperactividad no justificada</p>	<p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>
--	--	--	---	--

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es de tipo Descriptivo, prospectivo y longitudinal. Es descriptiva porque permitio describir, analizar cualitativa y cuantitativamente, las demencias y el estilo de vida en usuarios del Centro Gerontológico Guillermina Loor.

LÍNEA DE LA INVESTIGACIÓN

Salud mental y trastornos del comportamiento.

POBLACIÓN Y MUESTRA.

POBLACIÓN.

La población lo constituyeron 70 adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor durante el período de estudio de Octubre 2014 – Marzo 2015.

MUESTRA.

La población lo constituyeron 51 adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor durante el período de estudio de Octubre 2014 – Marzo 2015.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{PQN}{\frac{(N-1) E^2 + PQ}{K^2}}$$

n = Tamaño de la muestra

PQ = Constante de Probabilidad de ocurrencia y no ocurrencia $(0.5) (0.5) = 0.25$

E = Error de muestreo

K = Coeficiente de corrección de error (2)

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el desarrollo de la presente investigación se realizó encuestas y entrevistas directas e indirectas a los adultos mayores y al personal del Centro Gerontológico Guillermina Loor.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Durante este proceso se utilizaron las siguientes técnicas:

Información primaria.- se logró obtener información para uso propio del presente trabajo, mediante entrevistas directas e indirectas dirigidas a los adultos mayores y a los funcionarios de la Institución.

Información secundaria.- se consideró información de las historias clínicas relacionados a las condiciones de los adultos mayores.

TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se utilizaron las siguientes técnicas:

Observación, se efectuó visitas de observación al Centro Gerontológico Guillermina Loor

Encuestas directas, se aplicó a los adultos mayores las mismas que fueron establecidas de manera vinculada con las variables, para cumplir con los objetivos trazados y de manera indirecta a los funcionarios de este centro

Investigación documental

Registros

Consultas bibliográficas

Consentimiento informado

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

DE INCLUSIÓN

Usuarios diagnosticados con trastornos demenciales

Pacientes que asistieron al centro gerontológico y reportaron dolencias

Pacientes con edad >65 años.

Pacientes que accedieron a los cambios en su estilo de vida

Pacientes sin tratamiento farmacológico previo.

DE EXCLUSIÓN

Pacientes con trastornos demenciales.

Pacientes menores de 65 años.

Pacientes que asistieron al Centro Gerontológico y no reportaron dolencias.

Pacientes que no accedieron al cambio en su estilo de vida.

Pacientes con tratamiento quirúrgico previo.

INSTRUMENTOS:

Guía en entrevista

Registros

Encuesta

Se utilizó el programa anti-plagio URKUND para corroborar la autenticidad de la Investigación.

ÁREA DE ESTUDIO:

Centro Gerontológico Guillermina Loor

PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

La presente investigación se realizó mediante encuestas dirigidas a los pacientes con demencias con el objetivo de relacionar su estilo de vida con una patología.

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Los resultados fueron tabulados manualmente y posteriormente representados a través de cuadros y gráficos estadísticos, utilizando como medidas de resumen la frecuencia y porcentaje.

RECURSOS:

RECURSOS HUMANOS:

Los investigadores

Director de tesis

RECURSOS INSTITUCIONALES:

Centro Gerontológico Guillermina Loor

Universidad Técnica de Manabí

RECURSOS MATERIALES:

Computadora

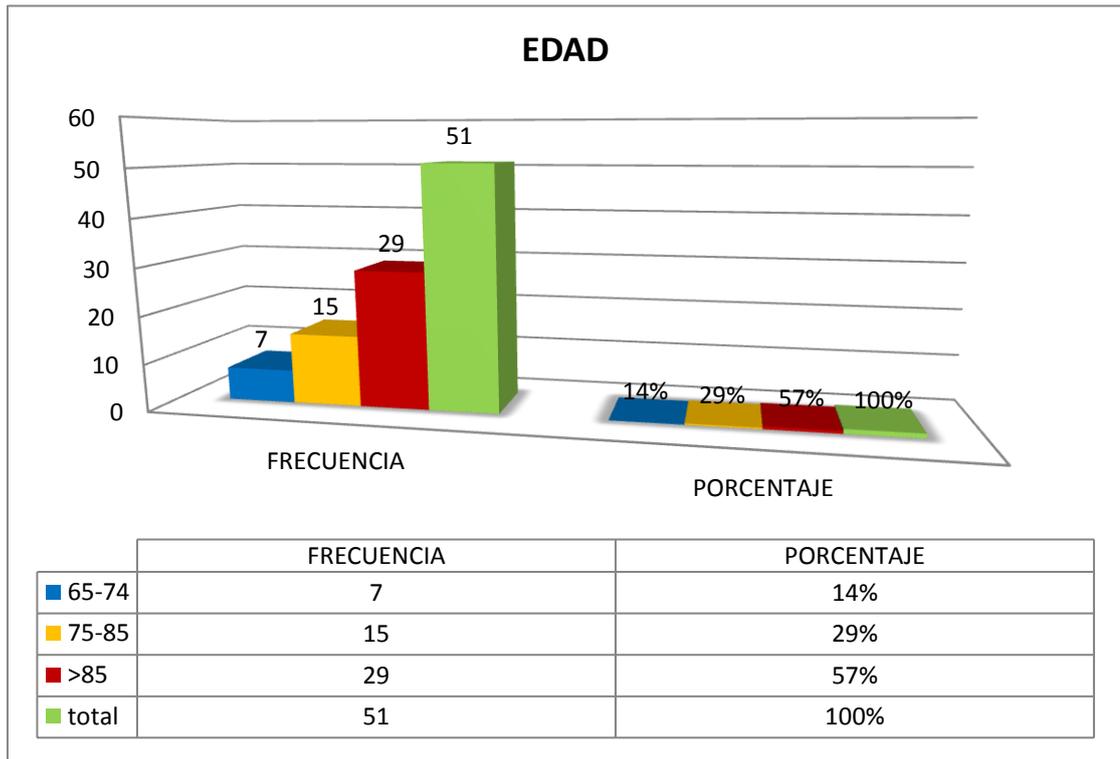
Materiales de escritorio

Internet

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

GRAFITABLA N°1

Distribución por edades de los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor, Octubre 2014 – Marzo 2015.



Fuente: Encuesta dirigida los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor
Elaborado por: Jenniffer Monserrate García Macías y Limbert Antonio Cevallos García

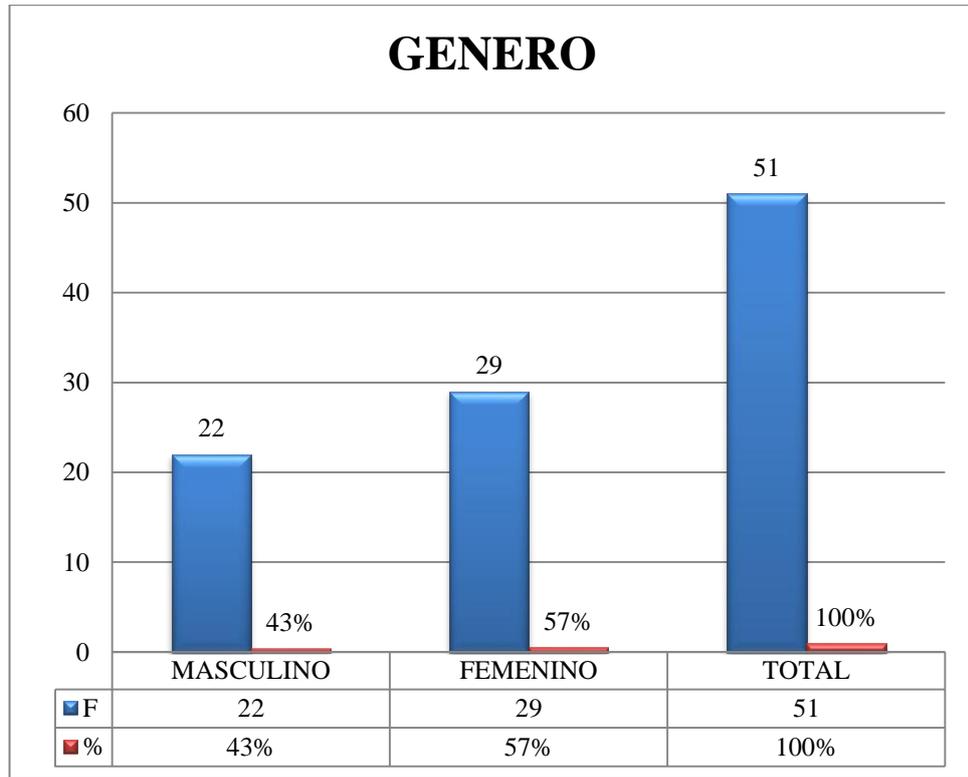
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de los 51 adultos mayores que albergan en el Centro Gerontológico, el 57% son mayores de 85 años, le sigue el 29% entre 75-84 años y por último 14% entre 65-74 años.

La edad en los individuos permite establecer distintas etapas de la vida humana, que comienza con la gestación y finaliza con la muerte. La persona, a lo largo de su vida, recorre el siguiente camino de etapas: niñez, pubertad, adolescencia, juventud temprana, juventud adulta, adultez, y ancianidad o vejez. (DANIELLA CARVALHO, 2009)

GRAFITABLA N°2

Distribución por Género de los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor, Octubre 2014 – Marzo 2015.



Fuente: Encuesta dirigida los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor
Elaborado por: Jenniffer Monserrate García Macías y Limbert Antonio Cevallos García

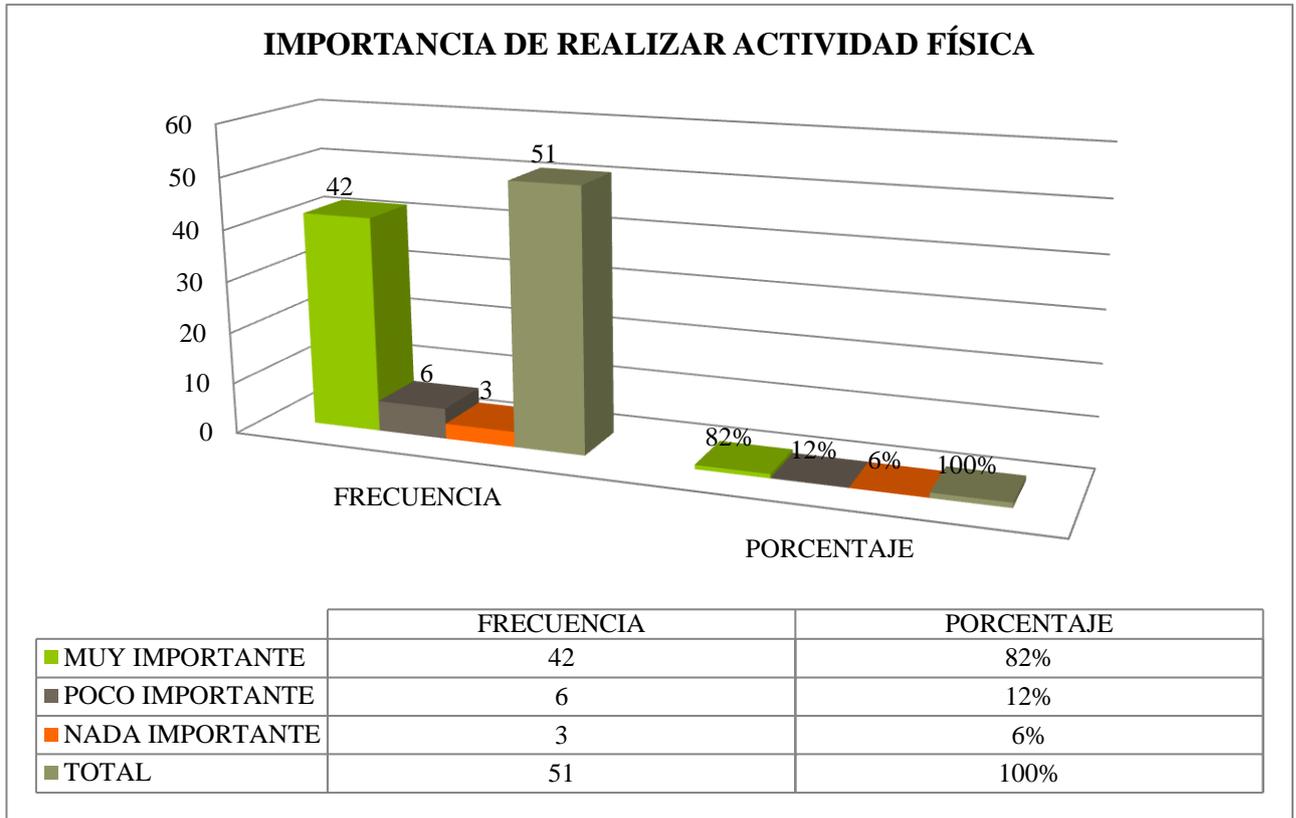
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de la población de los adultos mayores estudiada, el género femenino son los que más asistieron a este Centro Gerontológico, esto coincide con Llibre Rodríguez et al. 2008 con un estudio de base poblacional realizado en la Ciudad de México en un albergue de adultos mayor en donde el sexo femenino es del 31% y el sexo masculino el 8%.

El concepto de vida puede ser definido desde diversos enfoques. Como la capacidad de nacer, crecer, reproducirse y morir todo esto relacionado con el estilo de vida que tengamos, según estudios el género masculino vive menos que el género femenino a pesar que los hombres tienen un estilo de vida más saludable. (SERVANTES, 2013)

GRAFITABLA N°3

Distribución de la importancia de realizar actividad física de los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor, Octubre 2014 – Marzo 2015.



Fuente: Encuesta dirigida los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor
 Elaborado por: Jenniffer Monserrate García Macías y Limbert Antonio Cevallos García

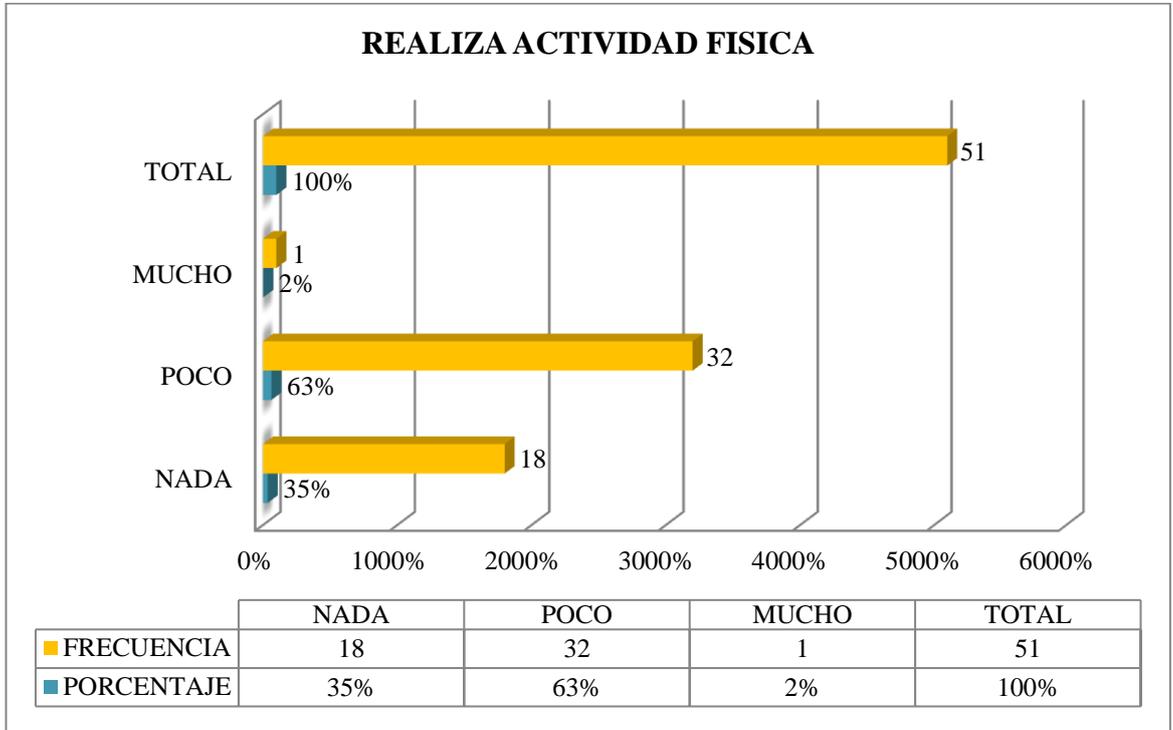
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se estima que el 82% de los 51 adultos mayores consideraron muy importante el realizar actividad física lo que es favorable para tener una iniciativa de realizar actividad física y no desarrollar a futuro demencia

"Los beneficios de la actividad física están bien documentadas. Existe evidencia de que una vida sedentaria es uno de los riesgos de salud modificables más alto para muchas condiciones crónicas que afectan a las personas mayores, tales como la hipertensión, las enfermedades del corazón, el accidente cerebro vascular, la diabetes, el cáncer y la artritis". (RODRIGUEZ, 2010)

GRAFITABLA N°4

Distribución de realización de actividad física de los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor, Octubre 2014 – Marzo 2015.



Fuente: Encuesta dirigida los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor
 Elaborado por: Jenniffer Monserrate García Macías y Limbert Antonio Cevallos García

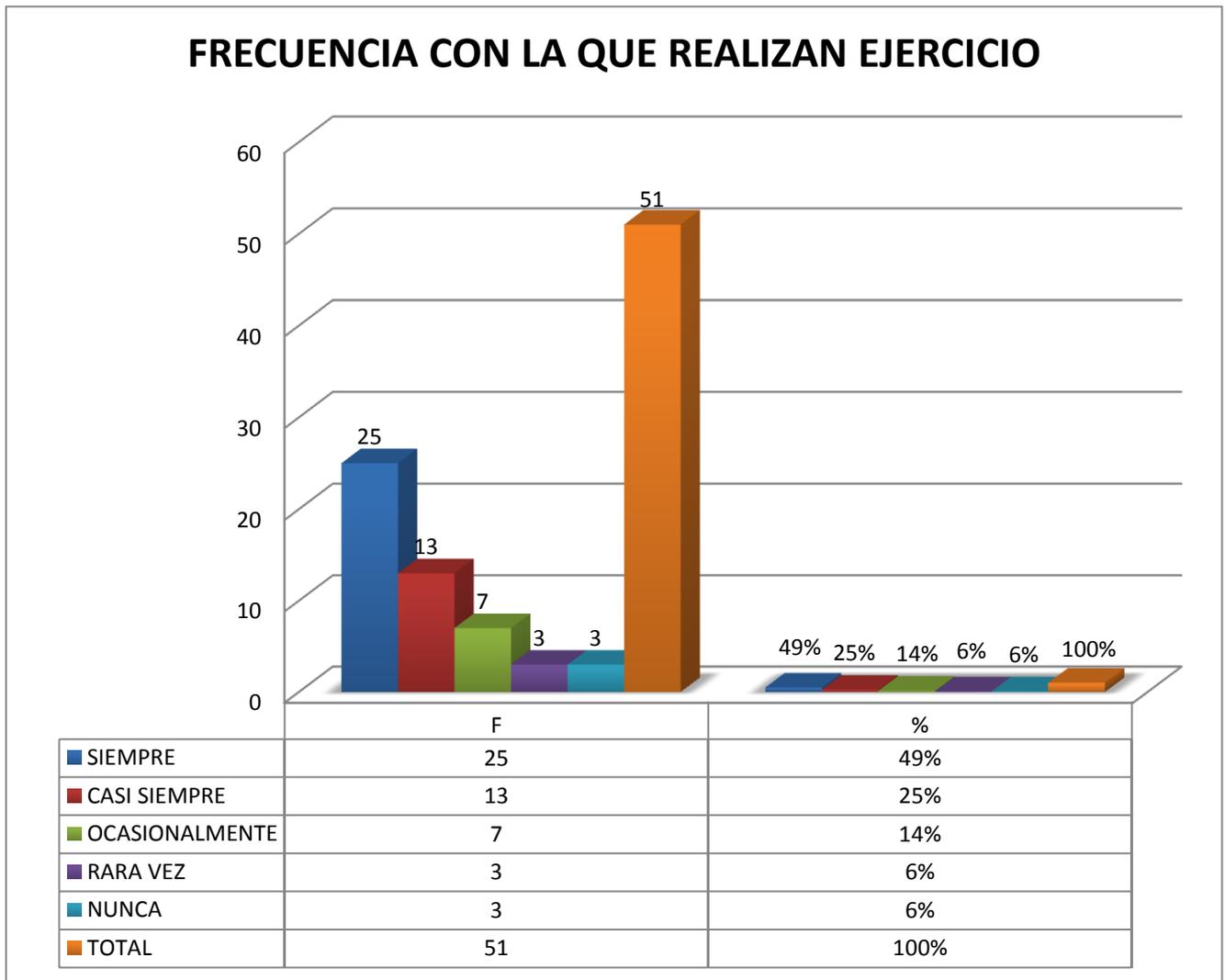
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 63% de la población estudiada refirió realizar poca actividad física, seguido del 35% que no realiza nada de actividad, lo que se concluye que a pesar de la escasez de estudios aleatorizados, la evidencia acumulada hasta la fecha procedente de estudios observacionales ya permite definir con cierta claridad la existencia de hábitos relacionados con el estilo de vida que actúan como factores de riesgo y hábitos protectores para el desarrollo de demencia.

Más allá de los diferentes estudios e investigaciones sobre el horario más óptimo para realizar actividades físicas, los profesionales indican que lo importante, para aquellas personas que no son deportistas de elite, es tener en cuenta que si la actividad física es moderada no es sumamente relevante el horario. Lo recomendable es tener chequeos periódicos y hacer ejercicios de manera controlada. (GAITHERSBURG, 2011)

GRAFITABLA N°5

Distribución de la frecuencia con la que realiza actividad física de los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor, Octubre 2014 – Marzo 2015



Fuente: Encuesta dirigida los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor
 Elaborado por: Jenniffer Monserrate García Macías y Limbert Antonio Cevallos García

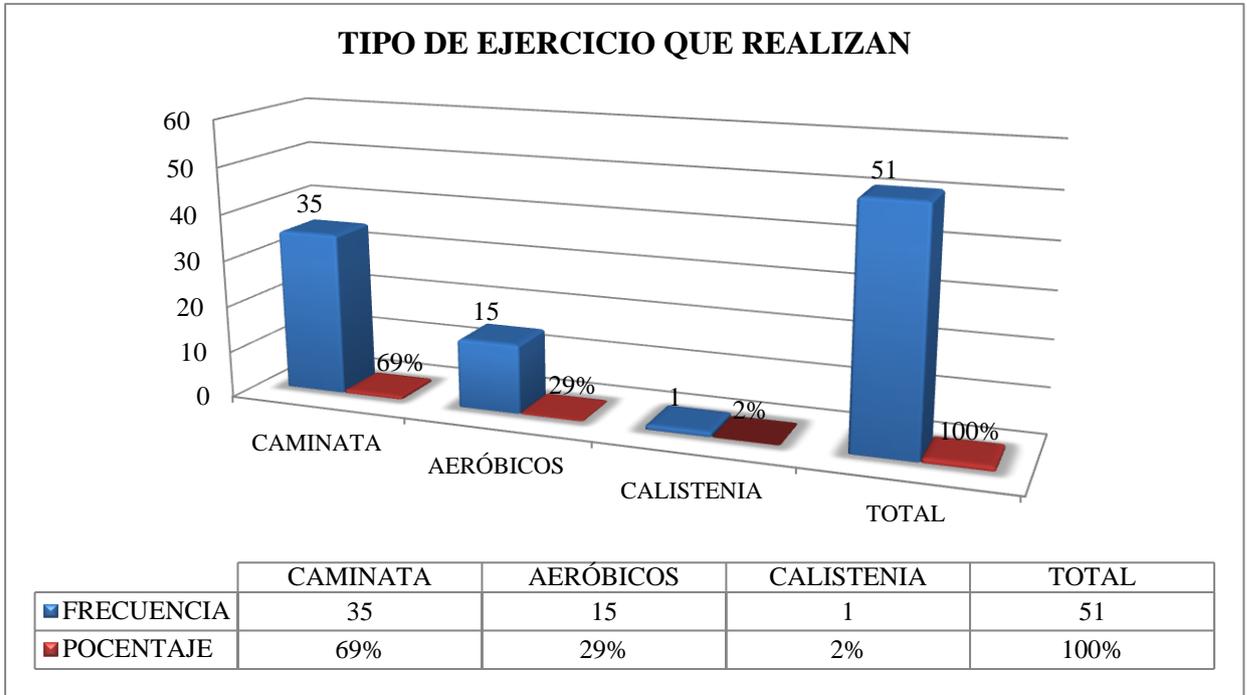
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De la población estudiada se reflejó que el 49% siempre realiza ejercicio, un 25% casi siempre por lesiones secundarias, según los colaboradores del Centro Gerontológico lo realizan a diario.

Los adultos mayores son prueba viviente de que el ejercicio y la actividad física son beneficiosos para la salud, independientemente de la edad que tenga. No es necesario comprar ropa especial ni pertenecer a un gimnasio para estar más activo. La actividad física puede y debe formar parte de su vida cotidiana. Descubra las cosas que le gusta hacer: salga a caminar con paso rápido, realice aeróbicos, calistenia, dedíquese a la jardinería, suba escaleras, nade, etc. (ROCKVILLE, 2014)

GRAFITABLA N°6

Distribución del tipo de ejercicio que realizan los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor, Octubre 2014 – Marzo 2015



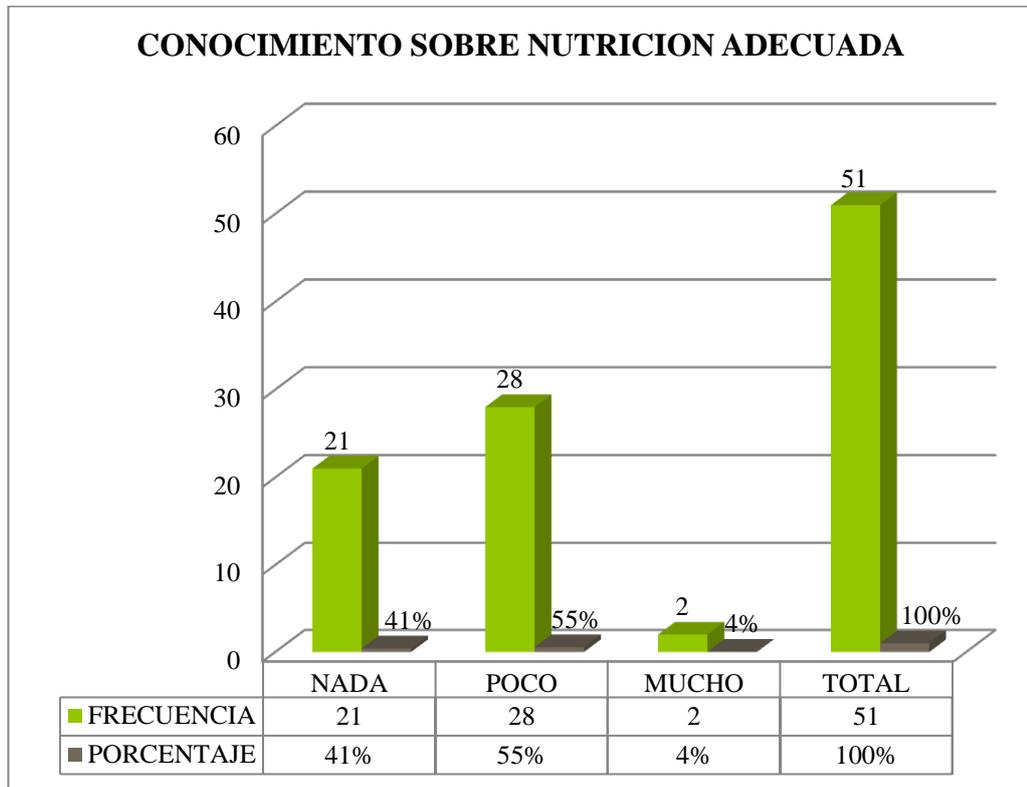
Fuente: Encuesta dirigida los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor
 Elaborado por: Jenniffer Monserrate García Macías y Limbert Antonio Cevallos García

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Notablemente el 69% de la población estudiada realiza caminatas frecuentes por imposibilidades secundaria a otros factores, seguido de los aeróbicos en un 29%, Se han realizado varios ensayos aleatorizado para confirmar los resultados observacionales del efecto que la actividad física tiene sobre la función cognitiva, observan una disminución modesta del declive cognitivo y mejoría en los tiempos de respuesta en el grupo de pacientes que participaron en el programa de actividad física (PUBMED JOURNALS).

GRAFITABLA N°7

Distribución del conocimiento sobre una nutrición adecuada de los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor, Octubre – Marzo 2015



Fuente: Encuesta dirigida los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor
Elaborado por: Jenniffer Monserrate García Macías y Limbert Antonio Cevallos García

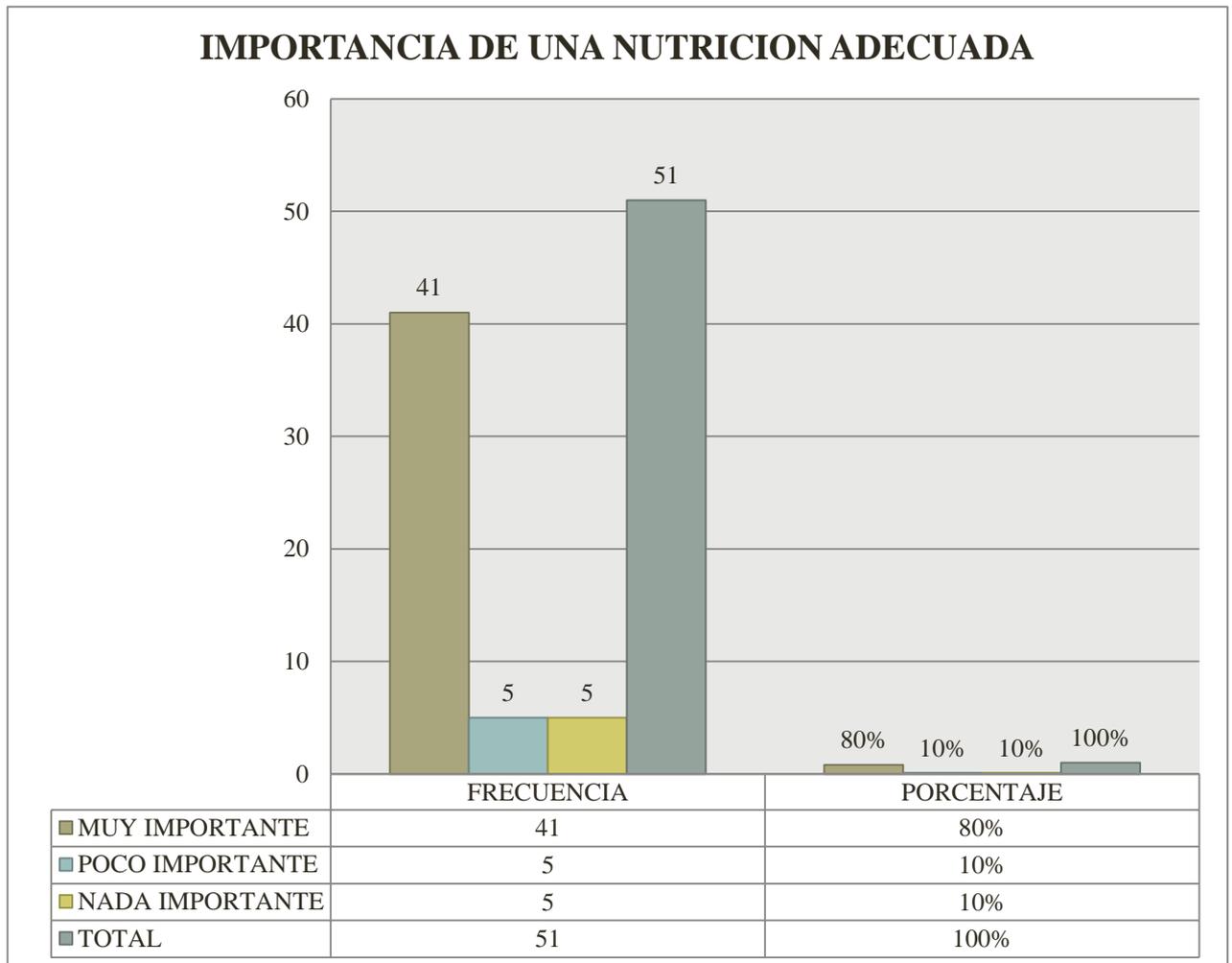
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este gráfico demuestra valores muy pobres sobre el conocimiento de una nutrición adecuada, el 55% refiere saber poco, el 41% nada y solo un 4% mucho.

La nutrición al proceso biológico a partir del cual el organismo asimila los alimentos y los líquidos necesarios para el crecimiento, funcionamiento y mantenimiento de las funciones vitales, pero nutrición también es la parte de la medicina que se ocupa del estudio de la mejor relación entre los alimentos y la salud.
(DEFINICION,ABC 2009)

GRAFITABLA N°8

Distribución de la importancia de una nutrición adecuada de los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor, Octubre 2014 – Marzo 2015



Fuente: Encuesta dirigida los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor
Elaborado por: Jenniffer Monserrate García Macías y Limbert Antonio Cevallos García

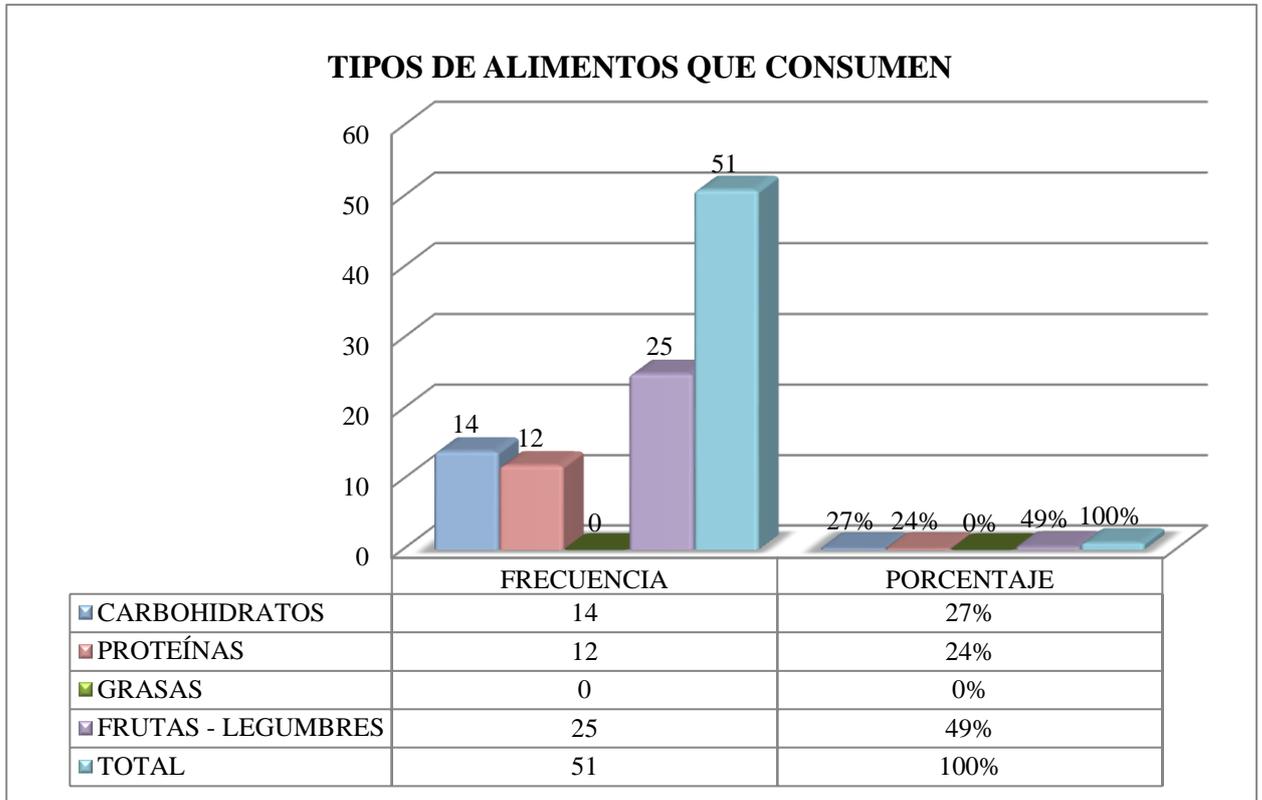
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 80% de los adultos mayores considero que es muy importante la nutrición en sus estilos de vida, el 20% restante lo considero poco y nada importante.

La mejor nutrición será aquella que cubra los requerimientos de energía a través de la metabolización de nutrientes (carbohidratos, proteínas y grasas), de micronutrientes no energéticos como las vitaminas y minerales, la hidratación gracias al consumo de agua y de fibra dietética. (DEFINICION,ABC 2009)

GRAFITABLA N°9

Distribución del tipo de alimentos que consumen los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor, Octubre – Marzo 2015



Fuente: Encuesta dirigida los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor
 Elaborado por: Jenniffer Monserrate García Macías y Limbert Antonio Cevallos García

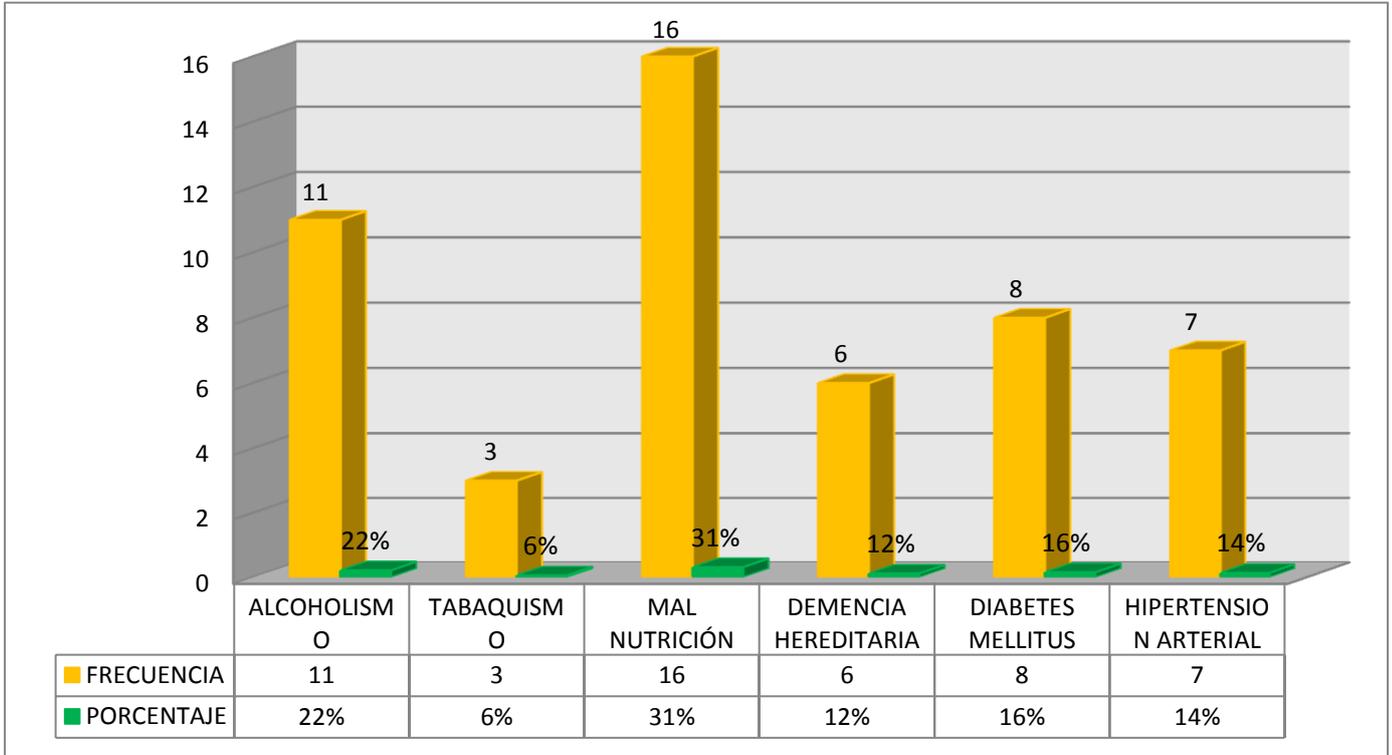
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de los adultos mayores del Centro Gerontológico el 49% consumen frutas y legumbres, el 24% proteínas y el 27% carbohidratos. El consumo moderado de grasas poliinsaturadas, en concreto de ácidos grasos omega3, en las etapas medias de la vida también se ha asociado a un riesgo menor de sufrir demencia entre los portadores de ApoE4, mientras que el consumo de grasas saturadas aumentó el riesgo. (PUBMED JOURNAL)

Comer unas cinco porciones de frutas e igual cantidad de verduras cada día ayuda a mejorar la salud física, mental y sentirse más feliz con uno mismo, las políticas gubernamentales deberían promover un mayor consumo de estos alimentos, para proteger la salud y mejorar la calidad de vida de la población. (JANI LANDERAS,2010)

GRAFITABLA N°10

Distribución factores de riesgo asociados a los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor, Octubre 2014 – Marzo 2015



Fuente: Encuesta dirigida los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor
 Elaborado por: Jenniffer Monserrate García Macías y Limbert Antonio Cevallos García

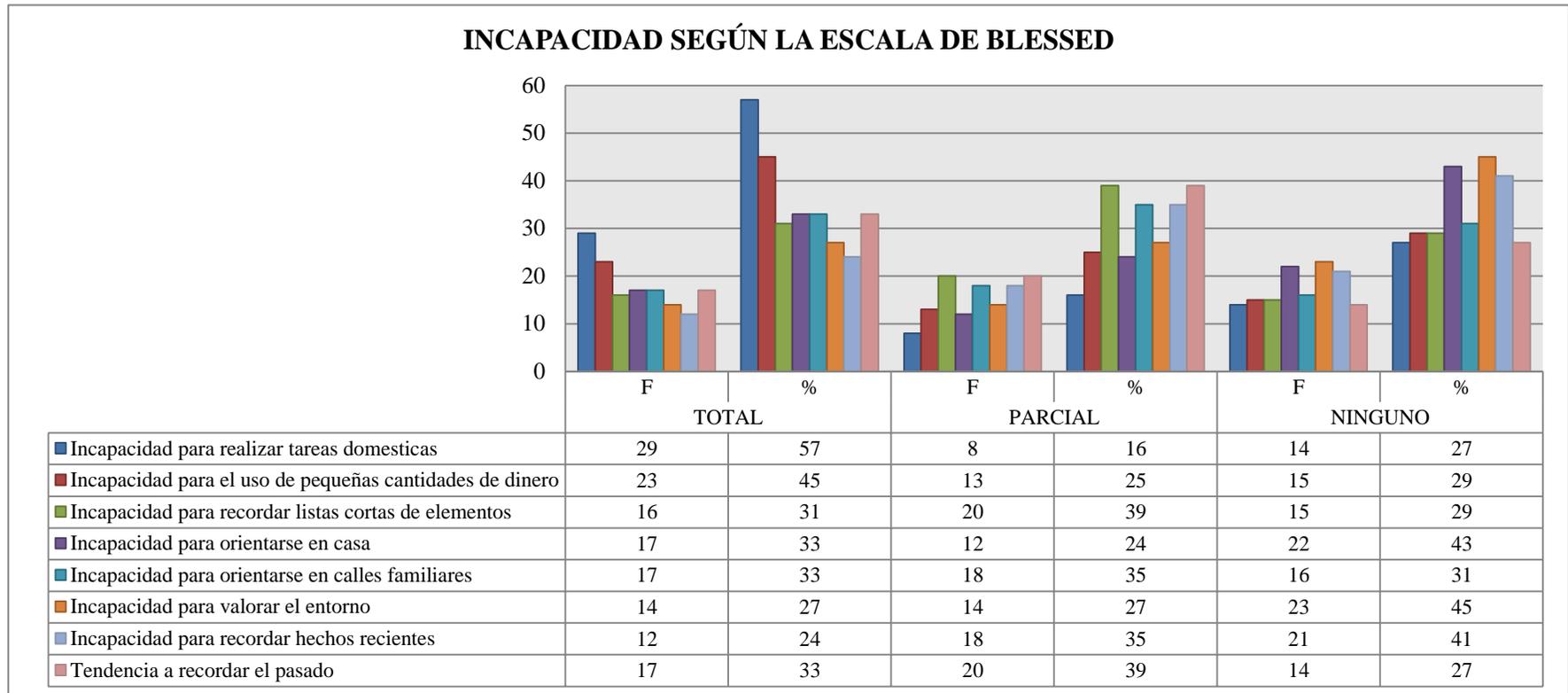
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como se puede observar el gráfico, la mal nutrición es uno de los principales factores de riesgo de los adultos mayores con un 31%, seguido del alcoholismo en un 22%, Diabetes Mellitus en un 16%, Hipertensión Arterial en un 14%, demencia hereditaria en un 12% y un 3% tabaquismo. La mayor parte de los estudios no muestran una asociación clara entre alcoholismo y demencia degenerativa pura aunque al tratarse de un importante factor de riesgo vascular incrementa el riesgo de demencia con componente vascular, pero la mal nutrición es un factor de riesgo muy importante que influye en el riesgo de padecer varias enfermedades y en el proceso de envejecimiento en general.

Estimados mundiales conservadores plantean que los años de vida perdidos por discapacidades asociadas a las drogas llegan a 59 millones en el tabaco, 58 millones en el alcohol. Reconocido como uno de los flagelos de la humanidad en el actual milenio se expresa por la disminución en 15 años de la esperanza de vida en los adictos en general y en el caso del tabaco la reducción de 9 minutos de vida por cada cigarrillo consumido. El adulto mayor con antecedentes de demencia y mal nutrición aumentan el riesgo de morbi-mortalidad y de costos en atención a su salud. (SALAMANGA, 2012)

GRAFITABLA N°11

Distribución de la incapacidad según la escala de Blessed de los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor, Octubre 2014 – Marzo 2015



Fuente: Encuesta dirigida los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor
 Elaborado por: Jenniffer Monserrate García Macías y Limbert Antonio Cevallos García

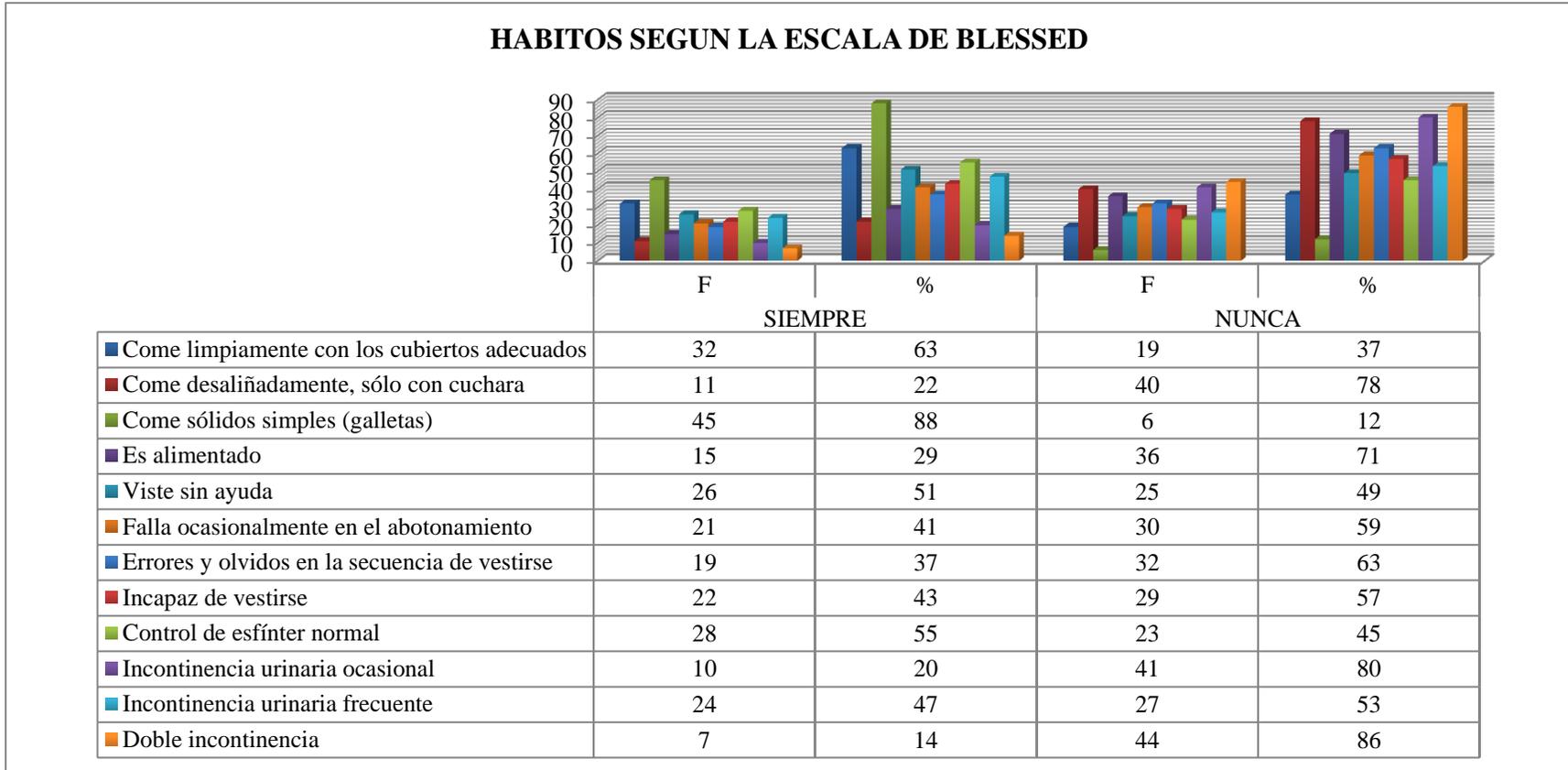
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el análisis de este cuadro representativo de la incapacidad según la escala de blessed mostro que los adultos mayores que habitan en el centro gerontológico tienen una incapacidad total para orientarse en calles, realizar tareas, tendencia a recordar el pasado.

Al valorar al anciano implícitamente se realizó una desigual valoración de la capacidad en las distintas edades de la vida. A lo largo del ciclo vital la pérdida de funciones no se realiza bruscamente, sino que es un proceso en marcha una vez alcanzada la máxima potencialidad y que se inicia alrededor de los 30 años con una gran variabilidad individual e interindividual, hay una serie de cambios relacionados con la edad que son universales y forman parte del envejecimiento normal, teniendo las enfermedades y patologías. (Rosalie Kane, 2010)

GRAFITABLA N°12

Distribución de los hábitos según la escala de Blessed de los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina- Loor, Octubre 2014- Marzo 2015



Fuente: Encuesta dirigida los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor
 Elaborado por: Jenniffer Monserrate García Macías y Limbert Antonio Cevallos García

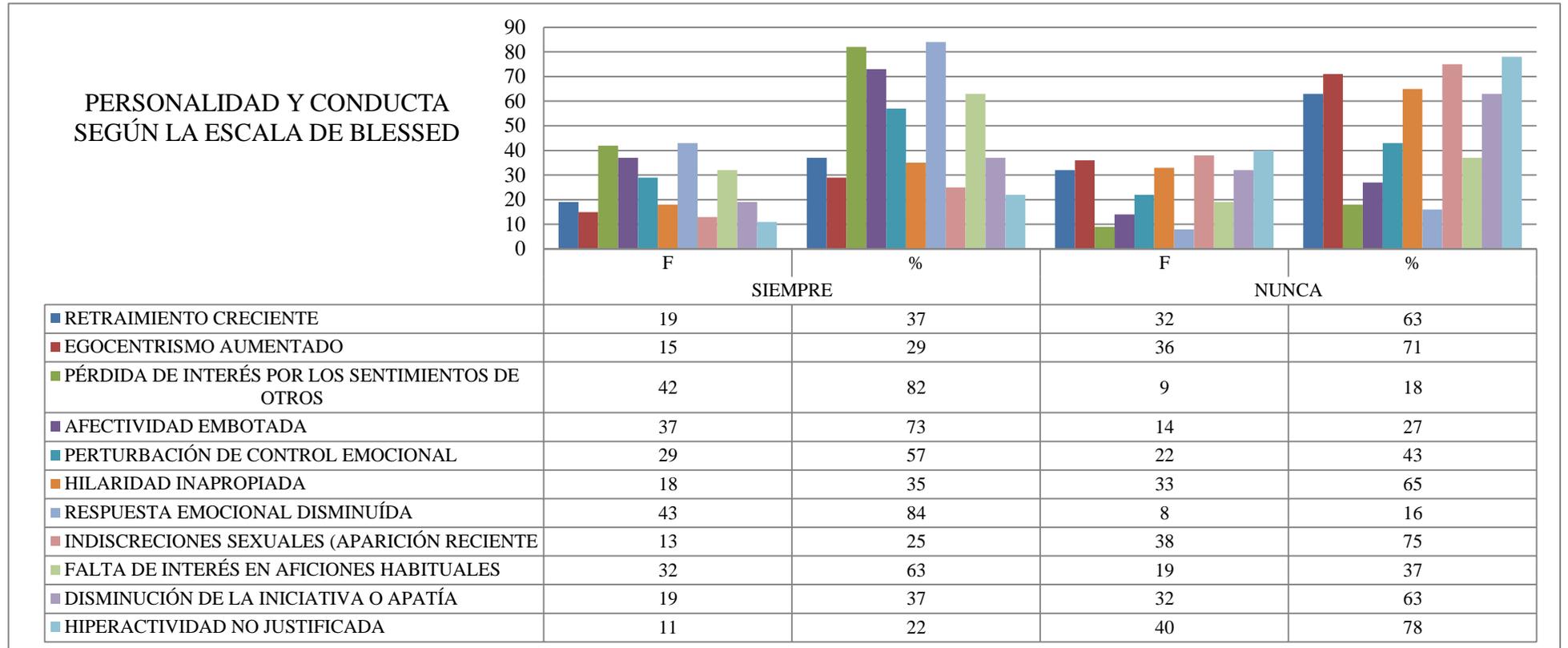
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados representados, existió una igualdad de resultados al comparar los hábitos de los adultos mayores, notablemente, los que ya padecen de demencia siempre tienen que ser asistidos, a diferencia de los que aún no lo padecen mantienen sus hábitos normales.

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. (OMS, 2013)

GRAFITABLA N°13

Distribución de la personalidad y conducta según la escala de Blessed de los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor, Octubre 2014 – Marzo 2015



Fuente: Encuesta dirigida los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor
Elaborado por: Jenniffer Monserrate García Macías y Limbert Antonio Cevallos García

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la grafitable se muestra que los adultos mayores aun presentaron buen grado de personalidad y conducta en su entorno.

A través de la vida el desarrollo de personalidad de todo individuo, surgen una serie de cambios que proporcionan unas características especiales, el cambio de conducta del adulto mayor perfilan la transición hacia el establecimiento de un nuevo equilibrio; situación que consideramos un proceso dinámico y de adaptación como en otras etapas clave de su vida. (WALTER HJ, 2012)

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

CONCLUSIONES:

De acuerdo al análisis de los resultados se obtuvieron las siguientes conclusiones:

En una población de 51 usuarios predominaron adultos mayores de más de 85 años del género femenino, esto confirmo que este grupo de adultos mayores tienen un aumento en la esperanza de vida.

El 82% considero muy importante la realización de actividad física, teniendo en cuenta que el personal del Centro Gerontológico les imparte conocimientos sobre la importancia de los estilos de vida.

Un alto porcentaje de adultos mayores que acudieron al Centro Gerontológico se caracterizaron por realizar poca actividad física, de los cuales los poco que realizan lo hacen a diario de tipo caminata y aeróbicos.

En cuanto a la alimentación, pese a tener poco conocimiento sobre una nutrición adecuada, consumen bastantes frutas y legumbres seguidas de carbohidratos.

Estadísticamente se encontró un porcentaje significativo de mal nutrición seguido del alcoholismo, tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión y por último el 12% tiende a padecer de demencia hereditaria.

De acuerdo a la escala de Blessed se concluyó que los adultos mayores que acudieron al Centro Gerontológico tienen una incapacidad total para orientarse, realizar tareas, recordar calles y tendencia a recordar el pasado; no así, gozan de buenos hábitos y buen grado de personalidad en su entorno.

RECOMENDACIONES:

A la Universidad Técnica de Manabí, Incorporar la estrategia al plan de capacitación de pregrado de los Equipos Multidisciplinarios de Atención Gerontológica (EMAG) en la atención primaria de salud.

A la facultad de Ciencias de la Salud, especialmente la carrera de Medicina, se les recomienda, seguir con estos estudios que beneficiarán a los adultos mayores.

Realizar investigaciones de evaluación de la eficacia de la estrategia propuesta, en otras instituciones y áreas de salud de la ciudad y del país, concienciando a los adultos mayores de los beneficios del ejercicio físico por parte de las entidades de salud pública y; fortalecer las estrategias realizadas por la institución de salud en favor de la nutrición del adulto mayor a fin de prevenir la demencia.

Difundir los resultados del presente trabajo de investigación en el Centro Gerontológico para que de ésta manera se impulsen programas de prevención que permitan a los adultos mayores adoptar hábitos alimenticios saludables y llevar un registro mensual con la variabilidad en la escala de Blessed de cada paciente que padece demencia

Fomentar en los adultos mayores y los cuidadores la prevención educativa adoptando un estilo de vida acorde a las condiciones y posibilidades individuales participando en diferentes actividades físicas y sociales con una percepción optimista de la vida y una autoestima firme.

PRESUPUESTO

El desarrollo de la presente investigación tuvo un costo aproximado de USD 702.⁵⁰ dólares, valores que fueron financiados por los autores, los cuales se describen de la siguiente manera:

Internet	120. ⁰⁰
Copias	100. ⁰⁰
Impresiones B/N	50. ⁰⁰
Impresiones Color	70. ⁰⁰
Servicio de computadora	10. ⁰⁰
Movilización	150. ⁰⁰
CD	2. ⁵⁰
Alimentación	100. ⁰⁰
Imprevistos	100. ⁰⁰
Costo total	<u>USD 702.⁵⁰</u>

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACION

ACTIVIDADES	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aprobación del tema				X																								
1era reunión de tesis								X																				
Revisión del protocolo								X																				
Estructuración de la justificación								X																				
Planteamiento del problema								X																				
Estructuración y modificación de objetivos								X																				
2da reunión de tesis									X																			
Revisión marco teórico y referencial									X																			
Diseño metodológico									X																			
3ra reunión de tesis															X													
Operacionalización de variables															X													
Elaboración de fichas															X													
Recolección de datos																X												
4ta reunión de tesis																	X											
Tabulación y análisis																	X											
5ta reunión de tesis																				X								
Elaboración de conclusiones y recomendaciones																				X								
Revisión de la propuesta																				X								
Ejecución de la propuesta																					X							
6ta reunión de tesis																								X				
Elaboración de la introducción																								X				
Revisión integral del tema de titulación																								X				
Entrega de tesis																											X	

CAPITULO V

PROPUESTA

TÍTULO

Programa Educativo

PROGRAMA EDUCATIVO EN BENEFICIO DE UN MEJOR ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ALBERGAN EN EL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR.

RESPONSABLE

Desarrollador del proyecto de titulación: Jenniffer Monserrate García Macías y Limbert Antonio Cevallos García

UBICACIÓN SECTORIAL O FÍSICA

La propuesta se llevó a cabo en las instalaciones del Centro Gerontológico Guillermina Loor, ubicada en la calle 12 de Marzo, al lado de la Iglesia San Pedro, Portoviejo, Manabí, Ecuador.



JUSTIFICACIÓN

Después de haber realizado el estudio de los resultados obtenidos, se logró identificar la relación de los estilos de vida con padecimiento de demencia, ante esta situación y queriendo contribuir de alguna manera con este grupo humano se generó una propuesta dirigida a ellos.

FUNDAMENTACIÓN

Según publicaciones médicas, se han realizado varios ensayos aleatorizado para confirmar los resultados observacionales del efecto que tienen los estilos de vida sobre la función cognitiva, así mismo con el consumo de grasas polinsaturadas, observan una disminución modesta del declive cognitivo y mejoría en los tiempos de respuesta en el grupo de pacientes que participaron en el programa de actividad física.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Lograr que se concientice sobre la influencia de los estilos de vida con la demencia en los adultos mayores

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Conocer los principales estilos de vida que influyen en la demencia

Realizar una jornada de actividades físicas (calistenia, caminata aeróbicos)

Fomentar normas de alimentación y consejos dieteticoterapeuticos hacia un mejor estilo de vida

BENEFICIARIOS

Adultos mayores que albergan en el Centro Gerontológico Guillermina Loor de Portoviejo

Cuidadores del Centro Gerontológico Guillermina Loor de Portoviejo

FACTIBILIDAD

Esta propuesta fue factible ya que se le realizaron encuestas y entrevistas a los usuarios, con el propósito de dar a conocer la relación de los estilos de vida con la demencia

CONTENIDO TEMÁTICO.

¿Qué es la Demencia?

Tipos de Demencia

Causas de la demencia

Estilos de Vida

DESCRIPCION DE LA PROPUESTA

ACTIVIDADES

Exposición de la demencia

Exposición de las causas, tipos de demencia

Elaboración y entrega de guías con información confiable acerca de las causas, estilos de vida que conllevan a la demencia

RECURSOS

Recursos humanos:

Investigadores, adultos mayores, el personal del Centro Gerontológico Guillermina Loor, y demás personas interesadas en el tema.

Recursos materiales:

Guías informativas

Cámara fotográfica, proyector

INFRAESTRUCTURA

Centro Gerontológico Guillermina Loor

CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA

ACTIVIDADES	Marzo			
	10	18	26	27
Elaboración de la propuesta				
Presentación de la propuesta				
Exposición y entrega de trípticos				
Realización de actividades físicas				

PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

ITEMS	VALOR
Copias	10,00
Transporte	10,00
Impresión	10,00
Guías informativas	25,00
Proyector	20,00
Total	75,00

IMPACTO

Con esta propuesta se pretendió que los adultos mayores, familiares y personal laboral conozcan de la relación de los estilos de vida en como factor de riesgo de padecimiento de demencia, para contribuir de manera positiva a la población futura.

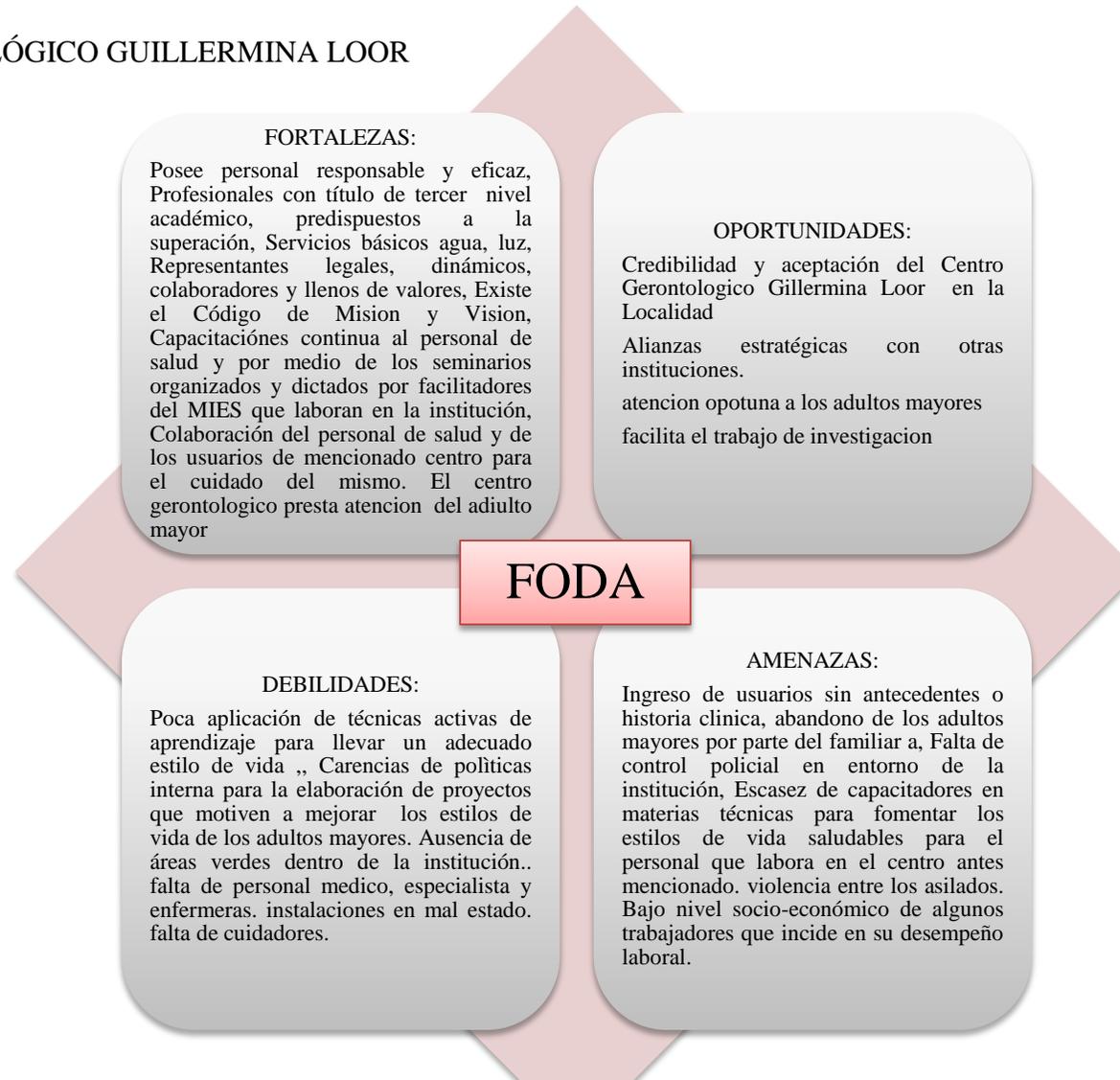
EVALUACIÓN

La charla educativa se llevó a cabo el día 26 de Marzo del 2015, en las instalaciones del Centro Gerontológico 10H00, donde después contando con la

participación de los adultos mayores se realizaron actividades físicas, lúdicas, con la colaboración de familiares y personal, además de la entrega de guías informativas y trípticos. Por lo tanto, consideramos haber ayudado al mejoramiento del conocimiento sobre las Demencias en el adulto mayor, causas, tipos y su relación con los estilos de vida.

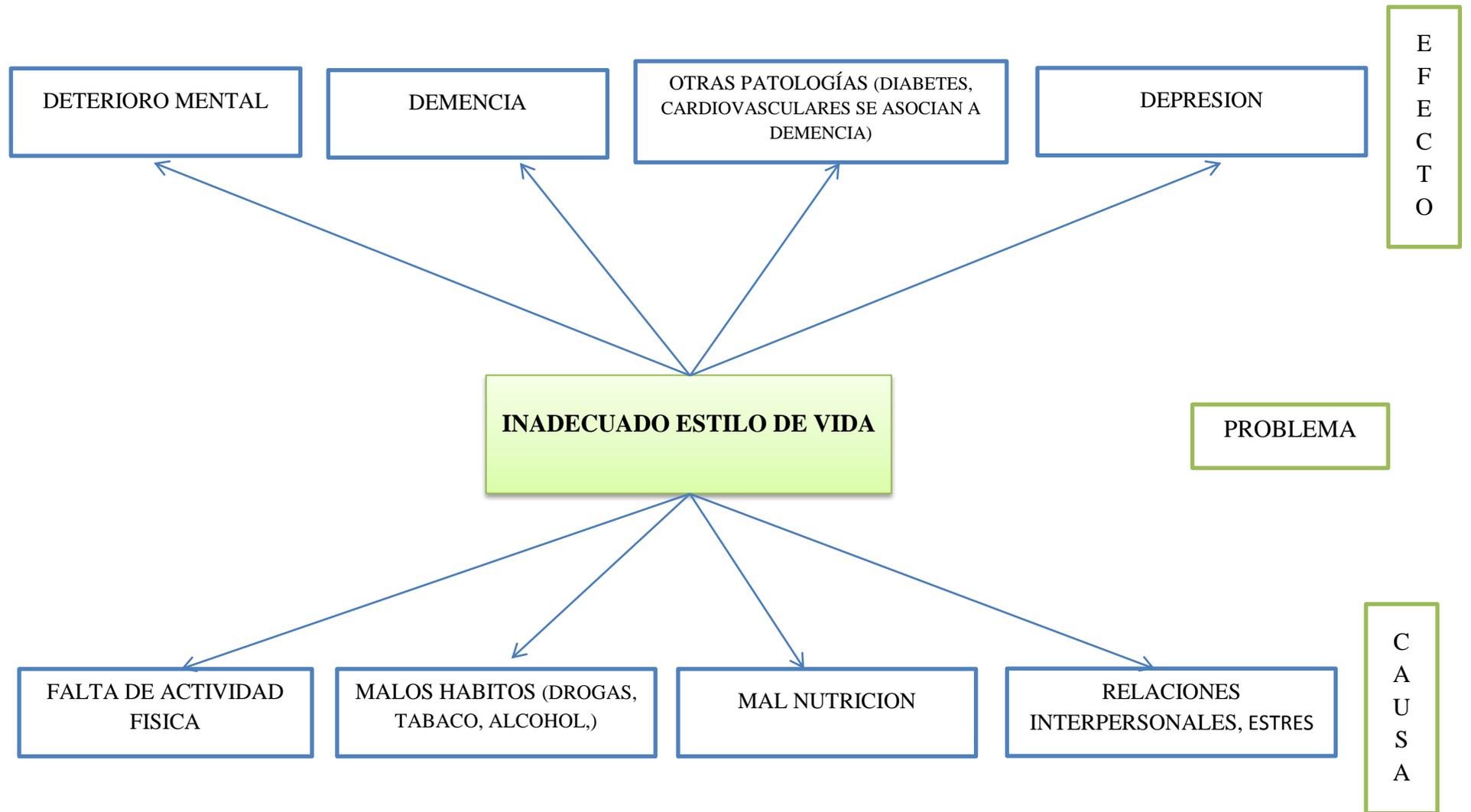
ANÁLISIS FODA

CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR



FUENTE: Archivos del Dpto. de Talento Humano del Centro Gerontológico Guillermina Loor

ÁRBOL DEL PROBLEMA



ÁRBOL DE OBJETIVOS

E
F
E
C
T
O

Disminución de morbilidad

Evitar secuelas

Mejorar la calidad de vida

Conformidad de los familiares

PROGRAMA EDUCATIVO EN BENEFICIO DE UN MEJOR ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ALBERGAN EN EL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR.

C
A
U
S
A

Normas de cuidado del adulto mayor

El personal que labora en este Centro Gerontológico conoce acerca de los cuidados que debe tener el adulto mayor

Los familiares conocen sobre la importancia de los cuidados que deben tener los adultos mayores

MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPO O INSTITUCIÓN	INTERÉSES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS Y MANDATOS
Facultad de Ciencias de la Salud	Profundizar la temática sobre los adecuados estilos de vida para evitar complicaciones de salud.	Falta de interacción con el sector urbano. Falta de vinculación de la Universidad con el Centro Gerontológico.	RECURSOS Humanos, materiales MANDATOS Implementar programas de salud preventiva a el personal del Centro Gerontológico Guillermina Loor
Centro Gerontológico Guillermina Loor	Generar un ambiente de conocimiento de las personas involucradas.	Falta de personal médico, especialista, enfermeras y de cuidadores. Ausencia de áreas verdes. Falta de control policial en entorno de la institución.	RECURSOS Humanos, materiales MANDATOS Fomentar información al personal del Centro Gerontológico Guillermina Loor
Adulto Mayor del Centro Gerontológico Guillermina Loor	Adecuado sistema alimentario y de ejercicios para mejorar la salud del adulto mayor.	Ingreso de usuarios sin antecedentes o historia clínica. Abandono de los adultos mayores por parte del familiar. Patologías de base (diabetes, hipertensión arterial).	RECURSOS Humanos, materiales MANDATOS Realizar Test de indicadores de salud a los Adultos Mayores del

			Centro Gerontológico Guillermina Loor
Egresado de la Carrera de ciencias de la Salud	Fomentar conocimientos que mejoren la calidad de vida del adulto mayor del Centro Gerontológico Guillermina Loor.	Poca importancia y hábitos alimentarios inadecuados para mantener un nivel de vida saludable.	RECURSOS Humanos, materiales MANDATOS Desarrollar y fortalecer conocimientos, destrezas y ejecución de proyectos de acción.

MATRIZ DE MARCO LÓGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	LINEA BASE	METAS	FUENTES DE VERIFICACIÓN
<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Lograr que se concientice sobre la influencia de los estilos de vida y la asociación con demencia en los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor.</p>	<p>Proporcionar conocimiento acerca de los estilos de vida y su asociación con la demencia.</p> <p>Establecer controles periódicos en la que se evaluara el estado mental del usuario.</p> <p>Acceder a los hábitos alimenticios y rutina de ejercicios para que mejore la calidad de vida del adulto mayor.</p>	<p>Dada que esta investigación corresponde a los adultos mayores del Centro Gerontológico Guillermina Loor, se evidencia la falta de conocimiento sobre el estilo de vida y la demencia que afecta la calidad de vida de los usuarios inmerso en el estudio.</p>	<p>Promover medidas educativas para mejorar el nivel de vida.</p> <p>Optimización de la calidad de vida de los adultos mayores.</p>	<p>Fotos.</p> <p>Documentos de sustento.</p>

BIBLIOGRAFIA

- Núñez, R. D. (2015). Estilo de vida ayuda a una vejez sana. (pág.13). Madrid: Ediciones S.L.
- Chande, R. H. (2011). Diagnostico socio demografico del envejecimiento. España: Editorial Francis.
- Folstein MF, F. S. (2009). "Mini-mental state" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. En F. MF, a practical Guide of the cognitive state (págs. 49-52). Mexico: Hall.
- Hernandez, N. (2009). Situacion epidemiologica y demografica del adulto mayor en la ultima decada. Revista de salud publica y nutricion, (pags 24-27). Costa Rica: Editoroal Baula.
- Marquez, M. (2010). Diagnostico and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th, Edition. (págs. 57-60).Washington D.C: Hall.
- Medina, R. (2013). Prevalencia de enfermedades neurológicas. En M. Mt, Neurologia clínica (págs. 8-17). Tegucigalpa: Med Hond.
- Munurea, F. (2012).Depresión y riesgo de demencia.Asociación Española de Neurociencia, tomo 1 (págs. 39-50).Madrid-Epaña,
- Hernández, E. (2009). El estilo de vida saludable: Variables y evaluación. En salud y red. (pag.57). Barcelona: Editorial OUC.
- Márquez Rosa, s. (2012). Estilo de vida en el marco de la actividad física y salud (pág. 38). Madrid: Ediciones Díaz.
- Suarez, R. (2009). Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y EL Caribe. Rev Panam Salud Publica, págs. (419-427). Argentina.
- Xu, A. (2011). Midlife overweight and obesity increase late-life demencia disk. Journal of Nueroscience, (pag.76). EE.UU.

Yesavage, T. (2013). Development and validation of a geriatric depression. En Yesavage, Geriatric disease, (pags.37-49).EE.UU.

Navarro, R, (2010). Demencia Senil.España: Editorial Tompson.Universidad particular sam Jose.

Lorenzo, J. (2010). Demencias seniles y enfermedades de Alzheimer. Madrid universidad autónoma de Madrid.

LINKOGRAFIA

Gilka Rocha. (2013). Demencia senil concept. Recuperado de :<http://enfermedadesgeriatric.blogspot.com>

Trave. (2011). La depresion como tratarla. Recuperrado de:

<http://www.mailxmail.com/curso-depresion-como-tratarla/tipos-depresion-1>

Andrea Sala, (2012). Consideraciones de la depresión en pacientes geriátricos y demencia con depresión. Recuperado de:
<http://www.medicos.com/newsite/pags/accient/psiquia203.html>

OMS (2013) Clasificación del adulto mayor. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Recuperado de: [Manual de normas de atención-Ministerio d Salud mspas.gob.gt/.../Manual](http://www.mspas.gob.gt/.../Manual)

MIES, (2014). Centro Gerontológico Guillermina Loo de Moreno, funciones en el cuidado del adulto mayor recuperado de:
famedpages.com/.../Centro+Gerontologico+Guiller...

ANEXOS

ANEXO 1

ESCLA DE BLESSED

(Escala de medición del estado de demencia enfocado en el estilo de vida)

A-CAMBIOS EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS	INCAPACIDAD		
	Total	Parcial	Ninguna
1. Incapacidad para realizar tareas domésticas	1	1/2	0
2. Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	1/2	0
3. Incapacidad para recordar listas cortas de elementos (p. ej. compras, etc.)	1	1/2	0
4. Incapacidad para orientarse en casa	1	1/2	0
5. Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	1/2	0
6. Incapacidad para valorar el entorno (p.ej. reconocer si está en casa o en el hospital, discriminar entre parientes, médicos y enfermeras, etc.)	1	1/2	0
7. Incapacidad para recordar hechos recientes (p. ej. visitas de parientes o amigos, etc.)	1	1/2	0
8. Tendencia a rememorar el pasado	1	1/2	0

B.-CAMBIOS EN LOS HABITOS

9. Comer: 1. Limpiamente, con los cubiertos adecuados 2. Desaliñadamente, sólo con la cuchara 3. Sólidos simples (galletas) 4. Ha de ser alimentado	0 2 1 3
10. Vestir: 1. Se viste sin ayuda 2. Fallos ocasionales (en el abotonamiento) 3. Errores y olvidos frecuentes en la secuencia de vestirse 4. Incapaz de vestirse	0 1 2 3
11. Control de esfínteres: 1. Normal 2. Incontinencia urinaria ocasional 3. Incontinencia urinaria frecuente 4. Doble incontinencia	0 1 2 3

C.-CAMBIOS DE PERSONALIDAD Y CONDUCTA	SI	NO
12. Retraimiento creciente	1	0
13. Egocentrismo aumentado	1	0
14. Pérdida de interés por los sentimientos de otros	1	0
15. Afectividad embotada	1	0
16. Perturbación del control emocional (aumento de la susceptibilidad e irritabilidad).	1	0
17. Hilaridad inapropiada	1	0
18. Respuesta emocional disminuida	1	0
19. Indiscreciones sexuales (de aparición reciente)	1	0
20. Falta de interés en las aficiones habituales	1	0
21. Disminución de la iniciativa o apatía progresiva	1	0
22. Hiperactividad no justificada	1	0

(Las puntuaciones superiores a 4 puntos son indicativas de deterioro mental)

PUNTUACION A: _____

PUNTUACION B: _____

PUNTUACION C: _____

PUNTUACIÓN TOTAL: _____

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Jenniffer Monserrate García Macías y Limbert Antonio Cevallos García, de la Universidad Técnica de Manabí. La meta de este estudio es para la obtención del título de Médico Cirujano con el objetivo de determinar la asociación de los estilos de vida en la presencia con demencia en los adultos mayores que albergan en el Centro Gerontológico Guillermina Loor, Octubre-Marzo 2015.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tienen el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es para la obtención de título de médico cirujano con el objetivo de determinar la asociación de los estilos de vida en la presencia con demencia en los adultos mayores que albergan en el Centro Gerontológico Guillermina Loor.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 5 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Ing. Magna Zambrano Zambrano

Directora del Centro Gerontológico Guillermina Loor

ANEXO 3

ENCUESTA DIRIGIDA A RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON EL FIN DE DETERMINAR LA ASOCIACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PRESENCIA CON DEMENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ALBERGAN EN EL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR, OCTUBRE- MARZO 2015



UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



Estimado/a sr/a lector, le solicito de la manera más sincera responda el presente cuestionario, sus respuestas contribuirán al mejoramiento de los estilos de vida a futuro de los adultos mayores.

Seleccione una sola respuesta, marque con un visto.

H.C o C.I

Edad >65 >75 >85

Género

Masculino Femenino

Importancia de la actividad física

muy importante poco importante Nada importante

Realiza actividad física

Poco Nada Mucho

Frecuencia con la que realiza actividad física

Siempre	<input type="checkbox"/>	Casi Siempre	<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>
Rara Vez	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>		

Tipo de ejercicio que realiza

Caminata	<input type="checkbox"/>	Aeróbicos	<input type="checkbox"/>
Calistenia	<input type="checkbox"/>	No Realiza	<input type="checkbox"/>

Sabe usted acerca de una nutrición adecuada

Poco	<input type="checkbox"/>	Nada	<input type="checkbox"/>	Mucho	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	------	--------------------------	-------	--------------------------

Importancia de una nutrición adecuada

Muy importante	<input type="checkbox"/>	Poco importante	<input type="checkbox"/>	Nada importante	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

Tipo de alimento que consume

Carbohidratos	<input type="checkbox"/>
Proteínas	<input type="checkbox"/>
Grasas	<input type="checkbox"/>
Frutas, legumbres	<input type="checkbox"/>

Factores de riesgo

Alcoholismo	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>
Mala nutrición	<input type="checkbox"/>
Demencia	<input type="checkbox"/>

INCAPACIDAD SEGÚN LA ESCALA DE BLESSED

Incapacidad para realizar tareas domésticas

Total parcial ninguna

Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero

Total parcial ninguno

Incapacidad para recordar listas cortas de elementos (ej: compras)

Total parcial ninguno

Incapacidad para orientarse en casa

Total parcial ninguno

Incapacidad para orientarse en calles familiares

Total parcial ninguno

Incapacidad para valorar el entorno (ej: reconocer si está en casa o en el hospital)

Total parcial ninguno

Incapacidad para recordar hechos recientes

Total parcial ninguno

Tendencia a rememorar el pasado

Total parcial ninguno

HÁBITOS SEGÚN LA ESCALA DE BLESSED

Come limpiamente con los cubiertos adecuados

Siempre Nunca

Come desaliñadamente, sólo con cuchara

Siempre Nunca

Come sólidos simples (galletas)

Siempre Nunca

Es alimentado

Siempre Nunca

Viste sin ayuda

Siempre Nunca

Falla ocasionalmente en el abotonamiento

Siempre Nunca

Errores y olvidos en la secuencia de vestirse

Siempre Nunca

Incapaz de vestirse

Siempre Nunca

Control de esfínter normal

Siempre Nunca

Incontinencia urinaria ocasional

Siempre Nunca

Incontinencia urinaria frecuente

Siempre Nunca

Doble incontinencia

Siempre Nunca

PERSONALIDAD Y CONDUCTA SEGÚN LA ESCALA DE BLESSED

Retraimiento creciente

Siempre Nunca

Egocentrismo aumentado

Siempre Nunca

Pérdida de interés por los sentimientos de otros

Siempre Nunca

Afectividad embotada

Siempre Nunca

Perturbación del control emocional

Siempre Nunca

Hilaridad inapropiada

Siempre Nunca

Respuesta emocional disminuída

Siempre Nunca

Indiscreciones sexuales (aparición reciente)

Siempre Nunca

Falta de interés en aficiones habituales

Siempre Nunca

Disminución de la iniciativa o apatía

Siempre Nunca

Hiperactividad no justificada

Siempre Nunca

ANEXO 4

FOTOS

REALIZACIÓN DE ENCUESTA A LOS ADULTOS MAYORES ASILADOS EN EL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR

Fecha: 02/02/2015

Lugar: Centro Gerontológico



Fecha: 02/02/2015

Lugar: Centro Gerontológico



Fecha: 02/02/2015

Lugar: Centro Gerontológico



Fecha: 02/02/2015

Lugar: Centro Gerontológico



REALIZACION DE LA PROPUESTA MEDIANTE CHARLAS EDUCATIVAS

FECHA: 26/03/2015

LUGAR: Centro Gerontológico
Guillermina Loor



FECHA: 26/03/2015

LUGAR: Centro Gerontológico
Guillermina Loor



FECHA: 26/03/2015

LUGAR: Centro Gerontológico
Guillermina Loor



ENTREGA DE TRIPTICO

FECHA: 26/03/2015

LUGAR: Centro Gerontológico
Guillermina Loor



REALIZACION DE JORNADA DE ACTIVIDADES FÍSICAS

FECHA: 27/03/2015

LUGAR: Centro Gerontológico
Guillermina Loor



FECHA: 27/03/2015

LUGAR: Centro Gerontológico
Guillermina Loor



FECHA: 27/03/2015

LUGAR: Centro Gerontológico
Guillermina Loor



FECHA: 27/03/2015

LUGAR: Centro Gerontológico
Guillermina Loor



ENTREGA DE CERTIFICADO POR LA DIRECTORA DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR

FECHA: 27/03/2015

LUGAR: Centro Gerontológico Guillermina Loor



FECHA: 27/03/2015

LUGAR: Centro Gerontológico Guillermina Loor



ANEXO 5

DIPOSITIVAS PARA LA CHARLA EN EL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR

ESTILOS DE VIDA Y SU ASOCIACION CON DEMENCIA

ESTILO DE VIDA

CONJUNTO DE COMPORTAMIENTOS O ACTITUDES QUE DESARROLLAN LAS PERSONAS, QUE A VECES SON SALUDABLES Y OTRAS VECES SON NOCIVAS PARA LA SALUD.



VARIABLES DE ESTILOS DE VIDA

- ✓ HÁBITOS ALIMENTARIOS
- ✓ ACTIVIDAD FÍSICA
- ✓ CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS
- ✓ COMPORTAMIENTOS SEXUALES.
- ✓ HIGIENE
- ✓ RELACIONES INTERPERSONALES.
- ✓ ESTRES



DEMENCIA

LA DEMENCIA ES UN SÍNDROME CARACTERIZADO POR EL DETERIORO DE LA FUNCIÓN COGNITIVA.



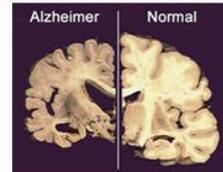
DEMENCIA

AFECTA A LA MEMORIA, EL PENSAMIENTO, LA ORIENTACIÓN, LA COMPRENSIÓN, EL CÁLCULO, LA CAPACIDAD DE APRENDIZAJE, EL LENGUAJE Y EL JUICIO.



TIPOS DE DEMENCIA

- > DEMENCIA DEGENERATIVA (ENFERMEDAD DE ALZHEIMER)
- > DEMENCIA FRONTO-TEMPORAL (O ENFERMEDAD DE PICK)
- > DEMENCIA VASCULAR
- > DEMENCIA MULTIINFARTO
- > ENFERMEDAD DE BINSWANGER
- > DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY



CAUSAS DE DEMENCIA

- LA DEMENCIA ES CAUSADA POR DIVERSAS ENFERMEDADES Y LESIONES QUE AFECTAN AL CEREBRO DE FORMA PRIMARIA O SECUNDARIA
- LA INFLUENCIA DE DROGAS Y DEL ALCOHOL.
- HEREDITARIA
- MALOS HABITOS

LA DEMENCIA SE PUEDE RETRASAR, DETENER Y A VEGES REVERTIR CON CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA.



ANEXO 6

TRIPTICO

Estilo de Vida

CONJUNTO DE COMPORTAMIENTOS O ACTITUDES QUE DESARROLLAN LAS PERSONAS, QUE A VECES SON SALUDABLES Y OTRAS VECES SON NOCIVAS PARA LA SALUD.



VARIABLES DE ESTILOS DE VIDA

- HÁBITOS ALIMENTARIOS
- ACTIVIDAD FÍSICA
- CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS
- COMPORTAMIENTOS SEXUALES.
- HIGIENE
- RELACIONES INTERPERSONALES.
- ESTRES

LA DEMENCIA SE PUEDE RETRASAR, DETENER Y A VECES REVERTIR CON CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA.

ELABORADO POR EGRESADOS DE MEDICINA:

SRTA. JENNIFFER MONSERRATE GARCIA MACIAS

SR. LIMBERT ANTONIO CEVALLOS GARCIA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABI
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

➤➤➤ **TEMA:**
**ESTILOS DE VIDA Y
DEMENCIA**



Charla dirigida al personal y a los adultos mayores asilados en el Centro Gerontológico Guillermina Loor

DEMENCIA

LA DEMENCIA ES UN SÍNDROME CARACTERIZADO POR EL DETERIORO DE LA FUNCIÓN COGNITIVA



AFECTA A LA MEMORIA, EL PENSAMIENTO, LA ORIENTACIÓN, LA COMPRENSIÓN, EL CÁLCULO, LA CAPACIDAD DE APRENDIZAJE, EL LENGUAJE Y EL JUICIO.



Tipos de Demencia

Demencia cognitiva (Alzheimer)

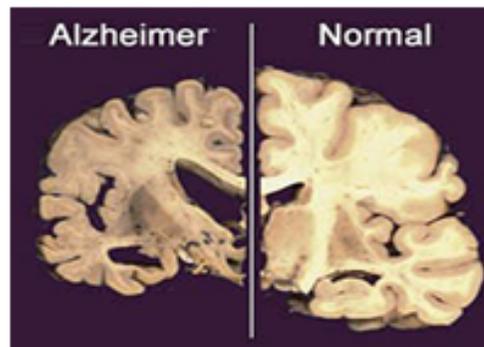
Demencia fronto-temporal

Demencia Vascular

Demencia Multiinfarto

Enfermedad de Binswanger

Demencias por Cuerpo de Lewy



Causas de Demencia

- ♦ La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria
 - ♦ Degenerativa
 - ♦ Vasculares
 - ♦ Infecciosas
- ♦ Influencia de drogas y alcohol
- ♦ Hereditaria
- ♦ Malos hábitos