



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

## TÍTULO

DEMENCIA EN LAS PERSONAS ADULTAS  
MAYORES DEL ASILO “DANIEL ÁLVAREZ  
SÁNCHEZ”

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA

### AUTORA:

*Maholy Andreína Simbaña Vivanco*

### DIRECTORA:

*Lic. Rosa María Araujo Álvarez*

LOJA – ECUADOR

2015



## CERTIFICACIÓN

**Lic. Rosa María Araujo Álvarez**


**DIRECTORA DE TESIS**

**CERTIFICA:**

Haber dirigido y revisado la presente Tesis de Grado Titulada: **DEMENCIA EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL ASILO “DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ”**, realizada por la Srta. Maholy Andreina Simbaña Vivanco, la misma que se ajustó a las normas reglamentadas por la Universidad Nacional de Loja, por lo cual autorizo su presentación.

Loja, 13 de Noviembre del 2015

Atentamente,



Lic. Rosa María Araujo Álvarez


**DIRECTORA DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

**Autora:** Maholy Andreina Simbaña Vivanco

**Firma:** .....

**Cedula:** 1900460807

**Fecha:** 13 de Noviembre del 2015

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Maholy Andreina Simbaña Vivanco, declaro ser la autora de la tesis titulada: **DEMENCIA EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL ASILO “DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ”**, como requisito para optar el grado de Licenciada en Enfermería; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestren al mundo la reproducción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI (Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual), en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tengan un convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copias de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 13 días del mes de noviembre del dos mil quince Firma la autora.

**Firma:**.....

**Autora:** Maholy Andreina Simbaña Vivanco

**Cédula:** 1900460807

**Dirección:** Sauces Norte.

**Correo Electrónico:** mahoandre@hotmail.com

**Celular:** 0969298561

### **DATOS ADICIONALES:**

**DIRECTORA DE TESIS:** Lic. Rosa María Araujo Álvarez

### **TRIBUNAL DE GRADO:**

**Presidenta:** Lic. María Obdulia Sánchez Castillo Mg. Sc

**Vocal:** Lic. Denny Ayora Apolo Mg. Sc

**Vocal:** Lic. Efraín Muñoz Silva Mg. Sc

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado a Dios a mi madre, hijos, hermanos, compañero de vida y demás familiares.

A mi Dios porque siempre está a mi lado dándome impulso para llevar a cabo mi preparación.

A mi madre por ser mi pilar fundamental de lo que soy, en mi educación, tanto académica, como de la vida y por su incondicional apoyo.

También dedico a mis hijos Myke y Dylan por ser mi inspiración y fortaleza, dándome fuerzas necesarias para luchar y seguir adelante.

A mi compañero de vida Luis que con su amor, permanente cariño, comprensión el que me apoyo y alentó para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

A mis amigas y compañeros que estuvieron junto a mí en este trayecto de vida.

**Maholy Simbaña**

## **AGRADECIMIENTO**

A las autoridades de la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, a docentes de la Carrera de Enfermería, por impartir sus conocimientos, ayudándome en mi proceso de formación profesional.

A la Lic. Rosa María Araujo Álvarez, Directora de la presente investigación, por su esfuerzo y dedicación, quien con su conocimiento, experiencia y paciencia me ha impulsado a culminar mi trabajo.

A Dios por bendecirme, a mi madre a mis hijos, hermanos y compañero de vida que me apoyaron a pesar de todas las adversidades.

Finalmente agradezco a mis amistades por sus consejos, apoyo y quiero darles las gracias por formar parte de mí, y por todo lo que me han brindado, durante el transcurso de mi carrera.

**GRACIAS...**

**a) TÍTULO**

**DEMENCIA EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL  
ASILO “DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ”.**

## **b) RESUMEN**

El envejecer, implica una serie de cambios psicológicos, fisiológicos y socioculturales que las personas no están preparadas a enfrentar. Estos cambios no sólo suceden dentro de cada individuo sino también en las personas que están a su alrededor. “La demencia aparece a partir de los 60 años, se considera que aumenta exponencialmente con la edad”. (Rodríguez A. 2003). La prevalencia mundial de la demencia se calcula en 24,3 millones, con proyecciones futuras que superan los 100 millones en el año 2050. “En América Latina el grupo de personas adultas mayores para el 2025 representara una prevalencia de demencia del 6.6%”. (Tegucigalpa M. 2011), dando así un porcentaje elevado de incidencia que se presentará en el futuro a las personas adultas mayores, afectando a su nivel cognitivo e intelectual. Propuesta que se desarrolló como una investigación de tipo descriptivo con el propósito de identificar la prevalencia de demencia en las personas adultas mayores del asilo “Daniel Álvarez Sánchez” e identificar las enfermedades orgánicas que padecen; el universo lo constituyeron 50 personas adultas mayores; se utilizó para la recolección de datos la historia clínica y la escala de valoración de Reisberg. Los resultados obtenidos indican que la demencia leve predomina; el sexo femenino es el más afectado; entre las edades de 65 a 94 años, viudos y entre las enfermedades orgánicas predomina la respiratorias.

### **PALABRAS CLAVES:**

Demencia, prevalencia, persona adulta mayor



## **SUMMARY**

Aging involves a series of psychological, physiological and sociocultural changes, that people are not prepared to face. These changes do not only happen within each individual but it also happens in people who are around them. "Dementia occurs since 60 years old, it is considered to increase progressively with age." (Rodriguez A. 2003). The global prevalence of dementia is estimated at 24.3 million, with future projections that exceed 100 million in 2050. In Latin America, the group of elderly people by 2025 will represent a prevalence of dementia of 6.6%. "(Tegucigalpa M. 2011) Giving a high incidence rate that it will appear in the future to the elderly people, affecting their cognitive and intellectual level. This proposal is developed as a descriptive research in order to identify the prevalence of dementia in the elderly people at "Daniel Alvarez Sanchez" nursing home and to identify organic diseases they suffer; the universe was formed of 50 elderly people; to collect data the medical history and Reisberg's assessment scale were used. The obtained results indicate that mild dementia predominates; female sex is the most affected; between the age of 65 to 94 years old, widowers and between organic diseases the respiratory ones predominate.

## **KEYWORDS:**

Dementia, prevalence, elderly person.

### **c) INTRODUCCIÓN**

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un deterioro adquirido que afecta a más de un dominio cognitivo, y representa un declinar respecto a un nivel previo siendo lo bastante grave para afectar al funcionamiento personal y social. Uno de los retos más complejos que han de resolver las sociedades contemporáneas es la adecuada gestión del inevitable envejecimiento de la población.

“Actualmente cerca de 35,6 millones de personas en el mundo sufren demencia, un síndrome generalmente crónico causado por diversas enfermedades del cerebro que afectan la memoria, el raciocinio, el comportamiento y la capacidad para realizar las actividades cotidianas”. (Tegucigalpa M. 2011).

“La demencia es un problema mayor de salud pública, ya que no sólo afecta a las personas, sino también a la familia, que debe hacerse cargo del enfermo, y a la sociedad. Esta enfermedad afecta principalmente a las personas mayores; en el grupo etario de 60 a 65 años, la prevalencia de demencia es de alrededor de 2% y se va duplicando cada 5 años, después de los 60 años; llega a un punto máximo después de los 85 (alrededor de 35%) y de ahí en adelante se estabiliza” (Valenzuela A.E. y otros. 2006.). Aproximadamente el 50% de los pacientes que se encuentran en instituciones destinadas al cuidado de los enfermos sufren demencia, siendo factores de riesgo la edad, herencia y mutaciones genéticas.

Actualmente 35,6 millones de personas viven con demencia en el mundo y en dos décadas la cifra se duplicará con 65,7 millones de casos, afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS)

En nuestro medio la demencia es una enfermedad llena de mitos, causante de discriminación hacia las personas de la tercera edad. La persona por lo general es

tachada de loco, por sus propios familiares y en el mejor de los casos termina sus días en los asilos de ancianos.

La demencia es de suma importancia en el campo de la Geriátrica, es necesario mejorar la calidad de vida de este grupo etario tan vulnerable.

En este contexto surge la importancia de investigar **¿Cuáles es la prevalencia de demencia en las personas adultas mayores del Asilo “Daniel Álvarez Sánchez”?** para lo cual se desarrolló un trabajo investigativo de tipo descriptivo, con el propósito de identificar la prevalencia de la demencia.

En la presente investigación se estudiaron 50 personas adultas mayores de los cuales 35 presentó demencia. Tomando como criterios de inclusión las historias clínicas y las personas de 65 años y más. Los datos fueron recolectados de la historia clínica y la escala de valoración Folstein; con estos resultados obtenidos se cumplieron los objetivos propuestos.

Luego de haber procesado la información, se procedió a organizarla en tablas, los resultados de la investigación se exponen en base a dos categorías de análisis contenidas en la variable dependiente (prevalencia) e independiente (demencia), lo que permitió establecer una discusión, relacionando los resultados obtenidos del abordaje investigativo y la fundamentación de los referentes teóricos.

En este sentido la demencia debe ser abordada como una verdadera enfermedad de la familia y de la sociedad, las mismas que deben ser valoradas por profesionales del campo de Psicología Clínica para que se realicen actividades de intervención que permitan afrontar esta patología.

## **d) REVISIÓN DE LITERATURA**

### **1. DEMENCIA**

“La demencia es un síndrome generalmente de naturaleza crónica o progresiva caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal” (Organización Mundial de la Salud OMS. 2013). “La demencia es una enfermedad progresiva y crónica del sistema nervioso central que afecta las funciones cognitivas superiores (pensamiento, lenguaje, memoria)”. (American P.A. DSM-5 2014)

Es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede resultar abrumadora no sólo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares.

La mayoría de las demencias son irreversibles las mismas que una vez que se presentan no pueden detenerse, afectando sobre todo a las personas de edad avanzada convirtiéndose en un problema de gran magnitud.

### **1.2. SIGNOS Y SÍNTOMAS**

Los síntomas de demencia abarcan dificultad con muchas áreas de la función mental, entre ellos: El lenguaje, la memoria, la percepción, el comportamiento emocional o la personalidad, las habilidades cognitivas (como el cálculo, pensamiento abstracto o la capacidad de discernimiento).

Se clasifican en:

**Cognoscitivos o neurológicos:**

Amnesia (95-100%), afasia expresiva y receptiva (60-80%), apraxia (75%), agnosia (35-70%), trastornos del aprendizaje, desorientación (75-90%), convulsiones, contracturas musculares, alteraciones de los reflejos, temblor, incoordinación motora.

**Funcionales:**

Dificultad para caminar, comer, asearse, vestirse, realizar las tareas del hogar y en general las de la vida diaria.

**Conductuales:**

Reacciones catastróficas, cuadros de furor, episodios maníaco-depresivos, violencia, apatía, vagabundeo, trastornos del sueño, lenguaje obsceno, alucinaciones, ideación delirante, robos, paranoia, trastornos del juicio, conductas paradójicas, trastornos sexuales, inadaptación social, trastornos de personalidad, acatisia (intranquilidad).

**Síntomas asociados:**

“Delirium, alteraciones sensoriales (auditivas, visuales, gustativas, olfativas), con otras patologías (cardiopatías, artritis, artrosis, diabetes, osteoporosis)” (Retamal M. 2013).

Es decir hay un sinnúmero de signos y síntomas que caracterizan a la demencia los mismos que se debe tener en cuenta y acudir de inmediato al médico para descartar dicha patología o seguir el tratamiento de acuerdo al tipo de demencia que presenta.

**1.3. TIPOS DE DEMENCIA**

Los tipos de demencia están mencionados desde lo más común hasta lo menos común. Todos son formas de la demencia progresiva (empeoran al pasar el tiempo) y

usualmente se presentan en gente más adulta. Es posible tener más de un tipo de demencia al mismo tiempo. Los tipos más comunes de demencia son:

**1.3.1 “La enfermedad de Alzheimer.-** Es el tipo de demencia más común. Afecta a la memoria primero y después la enfermedad progresa a afectar a otras habilidades cognitivas (del cerebro), tales como las habilidades de razonar, hablar y moverse” (León MJ y Reisberg B.2013).

“La enfermedad de Alzheimer (EA), también denominada demencia senil de tipo Alzheimer (DSTA) o simplemente alzhéimer, es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza en su forma típica por una pérdida de la memoria inmediata y de otras capacidades mentales, a medida que mueren las células nerviosas (neuronas) y se atrofian diferentes zonas del cerebro. La enfermedad suele tener una duración media aproximada después del diagnóstico de 10 años, aunque esto puede variar en proporción directa con la severidad de la enfermedad al momento del diagnóstico”. (American P.A. DSM-5 2014)

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, es incurable y terminal, y aparece con mayor frecuencia en personas mayores de 65 años de edad. Los síntomas de la enfermedad como una entidad nosológica definida fueron identificados por Emil Kraepelin, mientras que la neuropatología característica fue observada por primera vez por Alois Alzheimer en 1906. Así pues, el descubrimiento de la enfermedad fue obra de ambos psiquiatras, que trabajaban en el mismo laboratorio. Sin embargo, dada la gran importancia que Kraepelin daba a encontrar la base neuropatológica de los desórdenes psiquiátricos, decidió nombrar a la enfermedad alzhéimer en honor a su compañero.

Por lo general, el síntoma inicial es la inhabilidad de adquirir nuevos recuerdos, pero suele confundirse con actitudes relacionadas con la vejez o el estrés. Ante la sospecha de alzhéimer, el diagnóstico se realiza con evaluaciones de conducta y cognitivas, así como neuroimágenes, de estar disponibles. A medida que progresa la enfermedad, aparecen confusión mental, irritabilidad y agresión, cambios del humor, trastornos del lenguaje, pérdida de la memoria de corto plazo y una predisposición a aislarse a medida que declinan los sentidos del paciente. Gradualmente se pierden las funciones biológicas, que finalmente conllevan a la muerte. “El pronóstico para cada individuo es difícil de determinar. El promedio general es de 7 años, menos del 3% de los pacientes viven más de 14 años después del diagnóstico”. (American P.A. DSM-5 2014)

La causa del alzhéimer permanece desconocida. Los tratamientos actuales ofrecen moderados beneficios sintomáticos, pero no hay tratamiento que retrase o detenga el progreso de la enfermedad. Para la prevención del alzhéimer, se han sugerido un número variado de hábitos conductuales, pero no hay evidencias publicadas que destaquen los beneficios de esas recomendaciones, incluyendo la estimulación mental y la dieta equilibrada. El papel que juega el cuidador del sujeto con alzhéimer es fundamental, aun cuando las presiones y la demanda física de esos cuidados pueden llegar a ser una gran carga personal.

El Día Internacional del Alzheimer se celebra el 21 de septiembre, fecha elegida por la OMS y la Federación Internacional de Alzheimer, en la cual se celebran actividades en diversos países para concienciar y ayudar a prevenir la enfermedad.

**1.3.2. “Demencia vascular 8-15% (de infartos múltiples).-** La demencia vascular, también llamada demencia multiinfarto, es la segunda causa de demencia en adultos, después de la enfermedad de Alzheimer. El término hace referencia a un grupo de

enfermedades que provocan lesiones en el cerebro por daño en los vasos sanguíneos del mismo. La causa más frecuente es la arterioesclerosis. El diagnóstico temprano es importante para corregir los factores de riesgo implicados y evitar en lo posible la progresión de la enfermedad”. (American P.A. DSM-5 2014).

**1.3.3. Demencia con cuerpos de Lewy.-** Enfermedad o síndrome degenerativo y progresivo del cerebro, comparte algunos síntomas con otras enfermedades y a veces se superpone sobre todo con dos enfermedades comunes entre los ancianos: el Alzheimer y el Parkinson, presentan síntomas conductuales y de la memoria propios de la demencia, semejantes a los de la enfermedad de Alzheimer y, en mayor o menor grado, los síntomas del sistema motor que se observan en el mal de Parkinson, causa las alucinaciones, el delirio, problemas con el movimiento, y una disminución de la habilidad cognitiva.

**1.3.4. “Demencia frontal-temporal.-** Síndrome clínico causado por la degeneración del lóbulo frontal del cerebro implica grandes dificultades para los cuidadores y alta dependencia de los pacientes. Existe una variante frontal o conductual (cuando afecta más los lóbulos frontales que los temporales) y una variante temporal o del lenguaje (cuando afecta más los lóbulos temporales que los frontales). Afecta a la personalidad y al habla pero no afecta a la memoria” (León MJ y Reisberg B.2013).

#### **1.4. TIPOS MENOS COMUNES DE DEMENCIA.**

Los siguientes tipos de demencia son menos comunes y varían en la edad de aparición:

**1.4.1. “Demencia de la enfermedad de Parkinson.-** También denominada Parkinsonismo idiopático, parálisis agitante o simplemente párkinson, es un trastorno neurodegenerativo crónico que conduce con el tiempo a una incapacidad progresiva, producido a consecuencia de la destrucción, por causas que todavía se desconocen, de



las neuronas pigmentadas de la sustancia negra. Frecuentemente clasificada como un trastorno del movimiento, la enfermedad de Parkinson también desencadena alteraciones en la función cognitiva, en la expresión de las emociones y en la función autónoma”. (American P.A. DSM-5 2014).

Esta enfermedad representa el segundo trastorno neurodegenerativo por su frecuencia, situándose por detrás de la enfermedad de Alzheimer. Está extendida por todo el mundo y afecta tanto al sexo masculino como al femenino, siendo frecuente que aparezca a partir del sexto decenio de vida. Además de esta variedad tardía, existe otra versión precoz que se manifiesta en edades inferiores a los cuarenta años.

**1.4.2. Demencia de la enfermedad de Huntington.-** “Llamada también corea de Huntington y conocida antiguamente como baile de San Vito o mal de San Vito, es un trastorno genético hereditario cuya consideración clínica se puede resumir en que es un trastorno neuropsiquiátrico. Sus síntomas suelen aparecer hacia la mitad de la vida de la persona que lo padece (unos 30 o 50 años de media) aunque pueden aparecer antes y los pacientes muestran degeneración neuronal constante, progresiva e ininterrumpida hasta el final de la enfermedad que suele coincidir con el final de su vida por demencia y muerte. Esta enfermedad genética presenta una herencia autosómica dominante, lo cual significa que cualquier niño en una familia en la cual uno de los progenitores esté afectado, tiene, al menos, un 50% de probabilidades de heredar la mutación que causa la enfermedad”. (American P.A. DSM-5 2014).

El padecimiento de la enfermedad puede seguir caminos muy diferentes, incluso entre hermanos y parientes próximos. La enfermedad produce alteración psiquiátrica y motora, de progresión muy lenta, durante un periodo de 15 a 20 años. El rasgo externo más asociado a la enfermedad es el movimiento exagerado de las extremidades

(movimientos coreicos) y la aparición de muecas repentinas. Además, se hace progresivamente difícil el hablar y recordar.

**1.4.3. “Demencia en VIH/SIDA.-** Varía con la etapa de la enfermedad, con la edad de la persona, y con el tipo del tratamiento que la persona está recibiendo. Algunos síntomas que pueden presentarse en una infección temprana pueden ser invertidos con el tratamiento, pero cualquier destrucción del tejido cerebral (encefalopatía) es irreversible”. (León MJ y Reisberg B.2013).

**1.4.4. Lesiones cerebrales traumáticas.-** Dependen de la gravedad del trauma y de que parte del cerebro está afectada. Algunos síntomas posibles de una lesión cerebral incluyen el vértigo, el dolor de la cabeza, la inquietud, la irritabilidad, la apatía, la depresión, la ansiedad, los problemas cognitivos, los problemas de la memoria.

**1.4.5. “El síndrome de Wernicke-Korsakoff (incluye demencia provocada por el abuso del alcohol).-** Causada por una deficiencia de la vitamina B1, que también se llama la tiamina. Una deficiencia de esta vitamina a veces se ve con el alcoholismo y también se ve con varias otras condiciones que reducen la cantidad de esta vitamina. Los síntomas del síndrome de Wernicke-Korsakoff incluyen la pérdida de la memoria y el declive cognitivo, además de la confabulación (inventar historias), los cambios de la vista, y la pérdida de la coordinación muscular” (León MJ y Reisberg B.2013).

## **1.5. SEÑALES DE ALARMA**

Hay varios signos que se debe tener en cuenta para sospechar del inicio de este padecimiento. El hecho de que alguien presente alguno de ellos no significa que tenga demencia, pero sí es conveniente consultar al médico.

Según Sánchez Bernabé Galán (2015):

### **1. Disminución de la memoria reciente que afecta el desempeño en el trabajo.**

Es normal olvidar temporalmente un número de teléfono, pagar una cuenta o el nombre de un compañero; si estos olvidos son frecuentes y definitivos y si no se logra recuperar la información perdida como para interferir con el trabajo diario (dentro o fuera de casa) y, además, la persona es muy reiterativa en solicitar la misma información, es recomendable acudir al médico para una valoración más detallada.

### **2. Dificultades en el desempeño de tareas familiares.**

La distracción y la falta de concentración con frecuencia hacen que las personas olviden cosas, como dejar un pastel en el horno, preparar la comida o alguna otra tarea familiar; si esta tarea es olvidada, ya sea porque no la ha realizado o ha olvidado que la ha realizado, la persona debe acudir al médico para una valoración más detallada.

### **3. Problemas del lenguaje.**

Tener dificultades en encontrar una palabra ("la palabra exacta"), pero conservando la estructura de la oración, es algo que ocasionalmente le pasa a todas las personas; si esto es más frecuente de lo habitual, o si la palabra es sustituida inadecuadamente, junto a la pérdida de la estructura de la oración haciéndola incomprensible, la persona debe acudir al médico para una valoración más detallada.

### **4. Desorientación en tiempo y lugar.**

Perdersse en un lugar conocido o no saber el día de la semana es algo que puede suceder ocasionalmente, especialmente cuando se está muy distraído (en estos casos la persona suele buscar puntos de referencia o preguntar rápidamente a alguien sobre su situación); no obstante, si ocurre que la persona se pierde en su propia calle, no sabe dónde está, cómo llegó allí o cómo puede regresar a su casa (quedándose

perplejo si saber que hacer), deberá acudir al médico para una valoración más detallada.

#### **5. Pobre o disminuida capacidad de juicio.**

Ocasionalmente puede suceder que una persona esté realizando una actividad tan intensamente y tan concentrada que olvide temporalmente, por ejemplo, que sus hijos pequeños o nietos (que están a su cuidado) se están bañando. Si la persona además de olvidar esta actividad que están realizando los niños, olvida que están a su cuidado y se marcha del lugar, la persona debe acudir al médico para una valoración más detallada.

#### **6. Problemas con el pensamiento abstracto.**

Cualquier tipo de actividad de la vida diaria que involucre directa o indirectamente operaciones matemáticas, por ejemplo, manejar la chequera o realizar un balance de las cuentas domiciliarias, puede ocasionalmente generar errores de cálculo o manejo, si bien estos suelen ser descubiertos más tarde o más temprano. Si esto sucede asociado a la pérdida del significado de los números, de las operaciones o del sentido de realizar el manejo, la persona debe acudir al médico para una valoración más detallada.

#### **7. Extraviar las cosas.**

Que se extravíen "cosas" es algo tan normal como encontrarlas; la persona generalmente reconstruye los hechos hasta lograr encontrar las cosas, o bien, puede dejarlo para más tarde. Si las "cosas" extraviadas son encontradas en lugares inapropiados (p.ej., las llaves del coche en el congelador, los zapatos en el tarro de las galletas) o la persona no logra recordar los hechos, el lugar donde las guardó o el haberlas guardado, deberá acudir al médico para una valoración más detallada.

## **8. Cambios del ánimo o del comportamiento.**

Los cambios de humor (entre tristeza y alegría) suelen ser normales mientras estos no sean muy intensos ni duraderos ni afecten el funcionamiento diario de las personas ("todos tenemos días buenos y días malos"). Si estos cambios son bruscos, sin razón aparente y afectan el funcionamiento diario, la persona debe acudir al médico para una valoración más detallada.

## **9. Cambios en la personalidad.**

La personalidad es algo que permanece más o menos constante a lo largo de los años, cambiando solo en las edades transicionales y afianzando los rasgos de la misma. Si los cambios en la persona son drásticos y persistentes (se torna suspicaz, agresivo, temeroso, desconfiado), es decir, como si se estuviera convirtiendo en "otra persona", deberá acudir al médico para una valoración más detallada.

## **10. Disminución de la iniciativa.**

Es normal aburrirse o cansarse de las actividades de la vida diaria (trabajo, negocios, obligaciones sociales, etc.), no obstante, esto suele ser pasajero y la persona recupera su iniciativa. Si la persona se vuelve progresivamente más pasiva, incluso abandonando sus actividades lúdicas, y necesitan de la guía y el empuje de otros constantemente, la persona debe acudir al médico para una valoración más detallada.

## **1.6. FACTORES DE RIESGO**

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir demencia o deterioro de la función cognitiva; los mismos que pueden ser modificables aquellos susceptibles al cambio por medio de prevención primaria o no modificables que son los relacionados con la individualidad de las personas.

**El estado civil.-** No se considera un factor de riesgo determinante, pero al estar relacionado el estado civil con depresión se lo puede considerar como factor. En un estudio realizado en Cataluña, España se encontró mayor prevalencia en casados superando a los solteros y viudos. Tal como señala en la misma publicación la doctora Catherine Helmer, de la Universidad Victor Seglen en Bordeaux, una posibilidad es que la edad y las condiciones de la viudez sean factores cruciales, sugiere que seguir siendo socialmente activo durante los años avanzados puede reducir el riesgo de demencia de una persona y vivir con alguien es ciertamente una buena forma de hacerlo.

**Comorbilidad.-** Problema frecuente en ancianos que contribuye a la complejidad de este grupo poblacional y supone un factor de riesgo de eventos adversos de salud (deterioro funcional, discapacidad, dependencia, institucionalización, hospitalización, mala calidad de vida y muerte), aunque no el principal. La comorbilidad entendida como una compilación de enfermedades no es la principal característica que define la población que debe ser atendida por un geriatra. La edad y el riesgo de declinar funcional deben primar sobre otras características.

Los índices de comorbilidad en ancianos no deben ser interpretados de manera aislada, sino en un contexto de valoración integral que incluya disfunciones preclínicas asociadas al envejecimiento, a las medidas de fragilidad, a los aspectos funcionales, mentales y psicosociales.

**Entre las enfermedades orgánicas tenemos:** Respiratorias, neurológicas, endocrinológicas, metabólicas, infecciosas, psiquiátricas, también son incluidas en este estudio como factores de riesgo; la hipertensión arterial parece predecir la progresión a la demencia en adultos mayores con una forma específica de la deficiencia cognitiva en las funciones ejecutivas, pero no en aquellos con disfunción de la memoria. “La

diabetes es un factor de riesgo tanto para la Enfermedad de Alzheimer como para la demencia vascular”. (Sánchez T. 2015).

“Los factores de riesgo de las demencias se pueden dividir en no modificables los mismos que se encuentra la edad, sexo femenino, antecedentes familiares con demencia, factores genéticos relacionados con enfermedad de Alzheimer y los potencialmente modificables siendo los factores de riesgo vasculares, HTA (hipertensión arterial), hipercolesterolemia, diabetes mellitus, hiperhomocisteinemia, tabaquismo, obesidad y anemia. También existen factores protectores. Sin embargo, hay que tener en cuenta que no existen prospectivos conseguido prolongado que demuestren que la modificación de ciertos factores de riesgo pueda reducir la incidencia de demencia” (Asociación Peruana de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias - APEAD. Perú 2012).

La pérdida de la memoria es un síntoma común de demencia. Sin embargo, la pérdida de la memoria no es igual a que haya esta patología. Las personas con demencia tienen problemas serios con dos o más funciones cerebrales, tales como la memoria y el lenguaje.

## **1.7. DIAGNÓSTICO**

Criterios de acuerdo al CIE-10 (Clasificación Internacional de enfermedades) y DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) para el diagnóstico de demencia.

<b>CIE-10</b>	<b>DSM-IV-TR</b>
Deterioro de la memoria: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de la capacidad de registrar, almacenar y evocar información</li> <li>• Pérdida de contenidos mnemónicos relativos a la familia o al pasado</li> </ul>	Deterioro de la memoria (deterioro en la capacidad de aprender nueva información o recordar información previamente aprendida)
Deterioro del pensamiento y del razonamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción del flujo de ideas</li> <li>• Deterioro en el proceso de almacenar información:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez</li> <li>○ Dificultad para cambiar el foco de atención</li> </ul> </li> </ul>	Una o más de las alteraciones siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afasia.- Trastorno del lenguaje.</li> <li>• Apraxia.- Incapacidad de ejecutar movimientos coordinados sin que exista una causa de origen físico.</li> <li>• Agnosia.- Incapacidad cerebral para reconocer o comprender estímulos visuales.</li> <li>• Alteración de la función ejecutiva (capacidad de abstracción, planificación, secuenciación, monitorización y control de comportamientos complejos)</li> </ul>
Interferencia en la actividad cotidiana	Las alteraciones previas tienen una gravedad suficiente como para provocar un deterioro significativo de la actividad social o laboral. Estas alteraciones representan un déficit respecto a un nivel previo
Conciencia clara. Posibilidad de superposición de delirio	Las alteraciones no aparecen exclusivamente durante un síndrome confusional agudo
Síntomas presentes durante 6 meses como mínimo	Evidencia clínica o mediante pruebas complementarias de que las alteraciones son debidas a causa orgánica o al efecto de una sustancia tóxica

### **Curso y estadios clínicos de la enfermedad**

Debido a que esta entidad es invariablemente progresiva, los pacientes viven 10-12 años a partir del diagnóstico oportuno, pero puede haber grandes variaciones. La causa de mortalidad más frecuente son las infecciones debidas a neumopatías aspirativas o de ITU. Se puede dividir en 3 etapas clínicas:



**Etapa 1.** En su duración de 1- 3 años aparece pérdida de la memoria; se observa falla en la adquisición de nuevos conocimientos. El electroencefalograma, el scanner cerebral y la Resonancia Nuclear Magnética de cerebro no muestran alteraciones. PET (tomografía computarizada por emisión de positrones) y SPECT (tomografía computarizada de emisión monofotónica) muestran hipometabolismo hipoperfusión bilateral posterior.

**Etapa 2.** En su duración de 2- 10 años tanto la memoria reciente como la remota están severamente alteradas. En el sistema motor aparece inestabilidad. En el EEG hay un enlentecimiento basal. Scanner cerebral, RNM son normales o aparece atrofia cerebral. PET (tomografía computarizada por emisión de positrones) y SPECT (tomografía computarizada de emisión monofotónica): hay hipoperfusión hipometabolismo bilateral posterior. En esta etapa el enfermo requiere supervisión.

**Etapa 3.** Siendo el desenlace final las funciones intelectuales están severamente deterioradas y existe marcada pérdida de peso. El EEG muestra enlentecimiento difuso. Scanner, RNM: atrofia cerebral PET (tomografía computarizada por emisión de positrones) y SPECT (tomografía computarizada de emisión monofotónica) hipometabolismo-hipoperfusión bilateral posterior y anterior. (American P.A. DSM-5 2014).

Existen varias escalas para valorar la demencia entre estas tenemos:

### **Escala de Folstein**

Se trata de un test de cribaje (pruebas sencillas) de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. “Puntúa como máximo un total de 30 puntos y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata,

atención y cálculo, recuerdo diferido, lenguaje y construcción” (Folstein. 2010, PP.: 23-40).

Es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y poder detectar demencia o delirio en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en personas adultas mayores (PAM).

### **Interpretación de los Resultados:**

La puntuación determina la normalidad o el grado de deterioro que puede sufrir una persona. “Al calificarse se puntúa cada respuesta de acuerdo al protocolo y se suma el puntaje obtenido por todas las respuestas. Si el paciente no puede responder una pregunta por una causa no atribuible a enfermedad relacionada con el estado mental (el paciente no sabe leer y se le pide que lo haga) debe eliminarse y se obtendrá la relación proporcional al resultado máximo posible” (Lowenstein, D. y otros. 2008. Pp. 361).

### **Los resultados dependerán de la puntuación alcanzada una vez terminada la prueba:**

- **Entre 30 y 27 puntos:** Normal. Sin deterioro. La persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva.
- **26 y 25 puntos:** Sospecha patológica, dudoso o posible deterioro.
- **Entre 24 a 10 puntos:** Demencia leve a moderada. Deterioro.
- **Entre 9 y 6:** Demencia moderada a severa.
- **Menos de 5:** demencia severa. Fase terminal. Totalmente desorientado. No se reconoce el mismo. Incoherente. Postración.

## 1.8. MEDIDAS PREVENTIVAS

### Se recomienda:

- **Terapia musical:** escuchar música orquestal, clásica, nacional o internacional.
- **Terapia de Recuerdos:** hacerle recordar al paciente en forma continua, sobre su niñez, adolescencia, juventud y adultez, mirando álbumes de fotografías y hablando de dichas épocas.
- **Terapia laboral:** mantenerse activos, ya sea con trabajos rentados o de voluntariado. Al jubilarse no quedarse en la casa pensando que hemos cumplido nuestra misión en la vida, al contrario comienza la mejor etapa de que es de la eterna primavera.
- **Fomentar la formación de clubes** o grupos de actividades recreativas, bailes, deportes, juegos de cartas, ajedrez, viajes al interior y exterior del país.

## RECOMENDACIONES GENERALES

- Si algún familiar o amigo puede estar desarrollando este tipo de enfermedad acompañaile a su médico de familia. Él podrá hacer un diagnóstico fiable y referirlo a un especialista si se confirma que padece algún tipo de demencia.
- El que cuida una persona enferma debe hacerse a la idea de que será un proceso con momentos muy duros y otros gratificantes, pues te convertirás en el mayor apoyo de tu ser querido.
- Al mismo tiempo, es importante intentar preservar la dignidad y privacidad de la persona, por lo que debes cuidar a quién informas de su enfermedad y qué información das.

- En las primeras fases de la enfermedad, la persona puede vivir de manera autónoma si establecemos algunas rutinas y le visitamos de manera asidua para asegurarnos de que todo va bien.
- Comunicarse es la parte más difícil en este tipo de enfermedades. La repetición de las cosas será constante y muchas veces te producirá un gran desgaste porque a medida que pase el tiempo carecerá de sentido. Trata de no perder la paciencia ni ser brusco, pues una reacción de este tipo podría herir y asustar al ser querido.
- Los hábitos de comida pueden cambiar a medida que la enfermedad avanza, incluso puede que se olvide de comer e hidratarse en muchos casos. Comer juntos puede ayudarle a recordar cómo se hace y a qué horas. Trata de implicarle en esta actividad en la medida en que puedas para que también se sienta útil, por ejemplo decidiendo el menú junto o poniendo la mesa.
- La higiene y el baño son fuente común de ansiedad para las personas con demencia, por lo que es importante ofrecer una ayuda discreta y preservar su independencia el mayor tiempo posible.
- Estar preparado para afrontar comportamientos difíciles. La agresión puede formar parte del progreso de la demencia. En estos momentos, trata de mantener la calma y dale un amplio margen. No caigas en el error de castigar a la persona como si de un niño se tratase, pues las personas con demencia no aprenden de la experiencia.
- No debe olvidar que no está solo en esta situación. No se debe tener miedo de pedir ayuda a algún familiar o a instituciones públicas o privadas. El cuidado de una persona con demencia es una labor complicada, estresante y que requiere mucho esfuerzo.

## 1.9 TRATAMIENTO

Si bien no existen tratamientos para revertir o detener el progreso de la enfermedad, en la mayoría de los casos de demencia los pacientes pueden beneficiarse hasta cierto punto de tratamientos con medicamentos disponibles y de otras medidas tales como la capacitación cognitiva. Lo ideal es que los pacientes sean tratados por un equipo multidisciplinario que englobe las técnicas no farmacológicas enlazando muestras de afecto familiar-social con el tratamiento farmacológico dirigido en 2 grandes áreas:

“Manejo del déficit cognitivo, puesto que el déficit de **Acetilcolina** es el principal responsable de los síntomas, por lo tanto se focalizará en estrategias para aumentar la neurotransmisión colinérgica. Pero también se debe manejar las alteraciones conductuales como depresión, sabiéndose que dentro de este grupo de seres humanos padecen un síndrome depresivo mayor entre el 5-8% y hasta el 25% de ellos ya tienen síntomas depresivos al comienzo del deterioro cognitivo” (Pontificia Universidad de Chile. 2010).

## **e) MATERIALES Y MÉTODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Es un estudio de tipo descriptivo ya que explica el fenómeno, su prevalencia y examina tendencias de las personas según las variables de estudio.

### **AREA DE ESTUDIO**

La presente investigación se realizó en el Asilo de ancianos "**DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ**" ubicado en la Av. Salvador Bustamante Celi y Agustín Carrión Palacios, Barrio Jipiro, Parroquia el Valle, de la ciudad de Loja.

### **UNIVERSO**

El universo lo constituyeron todas las personas que se encuentran albergados en el Asilo "**DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ**".

### **MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El método que se utilizó es científico porque se refiere a la serie de etapas que se recorrió para obtener un conocimiento válido desde el punto de vista científico.

#### **Instrumentos para obtener información**

La información se obtuvo a través de:

Anexo 1.- La Historia Clínica

Anexo 2.- Escala de valoración Folstein

Se solicitó la autorización pertinente para la recolección de la información de las historias clínicas localizadas en la secretaría del Asilo "Daniel Álvarez Sánchez" y la

aplicación de la Escala de valoración Folstein mediante un oficio dirigido a la directora de esta institución, el cual fue aprobado.

### **Métodos de procesamiento de la información**

La información se realizó en forma de distribuciones de acuerdo a frecuencia y porcentaje de las variables, los resultados son presentados en tablas simples.

### **Técnica**

Se registró la información en los formularios de recolección de datos.

### **Instrumentos**

Formulario 1 Historia Clínica

Formulario 2 Escala de valoración Folstein.

## f) RESULTADOS

**TABLA N° 1**  
**PERSONAS ADULTAS MAYORES, INTERNADOS EN EL ASILO “DANIEL**  
**ÁLVAREZ SÁNCHEZ”**

**DEMENCIA SEGÚN SEVERIDAD**

<b>TIPO DE DEMENCIA</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Normal</b>	15	30%
<b>Delirio</b>	3	6%
<b>Demencia leve</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>
<b>Demencia moderada</b>	7	14%
<b>Demencia severa</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Escala de Valoración Folstein.  
**ELABORACIÓN:** Maholy A. Simbaña V.

Para determinar los tipos de demencia como ya se explicó en la metodología se aplicó la escala de valoración Folstein, cuyos resultados demuestran que predomina la demencia leve con 50%, seguido de personas adultas mayores normales con el 30%, demencia moderada con el 14% y delirio con el 6%. La demencia abarca dificultad en muchas áreas de la función mental, entre ellos: el lenguaje, la memoria, la percepción, el comportamiento emocional o la personalidad, las habilidades cognitivas (como el cálculo, pensamiento abstracto o la capacidad de discernimiento). Todos son formas de la demencia progresiva, empeoran al pasar el tiempo.



## TASA DE PREVALENCIA DE DEMENCIA, EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL ASILO “DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ”

$$\frac{\text{Personas adultas mayores con demencia } 35}{\text{Total de personas adultas mayores } 50} \times 100 = 70$$

**PREVALENCIA:** 70% personas adultas mayores con demencia por cada 100 adultos mayores.

La demencia es un síndrome generalmente de naturaleza crónica o progresiva caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, el mismo que suele ir acompañado y en ocasiones es precedido por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación, los mismos que son irreversibles. De los 50 adultos mayores asilados en dicha institución 35 adultos mayores fueron diagnosticados con demencia. Encontrándose una tasa de prevalencia de demencia en un **70%** de todas las personas adultas mayores por cada 100 adultos mayores. Los datos encontrados sobre prevalencia de demencia en las personas adultas mayores nos indica que la tasa encontrada en nuestro medio es muy considerable; representando una patología muy infra diagnosticada, ya que nunca es una causa de consulta, sino un antecedente o diagnóstico secundario, luego de una enfermedad orgánica. La misma que tiene que considerarse importante por la gran mayoría de personas adultas mayores que padecen dicha patología.

**TABLA N° 2**

**PERSONAS ADULTAS MAYORES, CON DEMENCIA, INTERNADOS EN EL ASILO “DANIEL ALVAREZ SANCHEZ” SEGÚN SEXO**

<b>SEXO</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Femenino</b>	<b>18</b>	<b>51.4%</b>
<b>Masculino</b>	<b>17</b>	<b>48.6%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Historia Clínica

**ELABORACIÓN:** Maholy A. Simbaña V.

Entre las personas adultas mayores con diagnóstico de demencia del asilo “DANIEL ALVAREZ SANCHEZ”, el sexo femenino presenta un predominio sobre el sexo masculino. En estudios realizados han demostrado que afecta en un 31.9%, al sexo femenino. Representando un problema de salud pública en todo el mundo y afecta a todas las poblaciones y grupos étnicos, demostrando que la demencia no respeta ni condición social, económica, sexo, lengua, raza o de cualquier otra condición.

**TABLA N° 3**

**PERSONAS ADULTAS MAYORES, CON DEMENCIA, INTERNADOS EN EL ASILO “DANIEL ALVAREZ SANCHEZ”. SEGÚN EDAD**

<b>EDAD</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>65-79</b>	<b>15</b>	<b>42.8%</b>
<b>80-94</b>	<b>15</b>	<b>42.8%</b>
<b>95 a mas</b>	<b>5</b>	<b>14.3%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Historia Clínica

**ELABORACIÓN:** Maholy A. Simbaña V.

De acuerdo a los intervalos de edad existe una igualdad de prevalencia de demencia entre los 65-79 y 80 a 94 años edad con 42.8% en relación a los 95 a más con el 14.3%.

La demencia aparece a partir de los 60 años, se considera que aumenta exponencialmente con la edad y a partir de los 65 años se multiplica por tres cada 10 años y la mayoría de las demencias no pueden detenerse.

**TABLA N° 4**

**PERSONAS ADULTAS MAYORES, CON DEMENCIA, INTERNADOS EN EL ASILO “DANIEL ALVAREZ SANCHEZ” SEGÚN ESTADO CIVIL.**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Viudo</b>	<b>25</b>	<b>71.4%</b>
<b>Casado</b>	5	14.3%
<b>Soltero</b>	5	14.3%
<b>Divorciado</b>	0	0
<b>Unión libre</b>	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Historia Clínica

**ELABORACIÓN:** Maholy A. Simbaña V.

La mayoría de las personas adultas mayores con demencia son viudos(as), representando el 71.4% del total. El estado civil no se considera un factor de riesgo determinante, pero al estar relacionado el estado de viudez con depresión se lo puede considerar como factor de riesgo.

**TABLA N° 5****COMORBILIDAD EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, CON DEMENCIA, INTERNADOS EN EL ASILO “DANIEL ALVAREZ SANCHEZ”**

<b>TIPO DE ENFERMEDAD</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Neumonía</b>	<b>24</b>	<b>48%</b>
<b>EPOC</b>	9	18%
<b>Artritis</b>	4	8%
<b>Diabetes Mellitus</b>	5	10%
<b>Hipertensión arterial</b>	6	12%
<b>CA Tiroides</b>	2	4%
<b>ACV</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**FUENTE: Historia Clínica****ELABORACIÓN: Maholy A. Simbaña V.**

Las enfermedades orgánicas más frecuentes que presentan las personas adultas mayores con demencia son de índole: respiratoria con el 48% neumonía, seguido de EPOC con 18%, hipertensión arterial con 12%, Diabetes Mellitus el 10%, con el 18% Artritis y con el 4% CA de tiroides. En las personas con demencia o deterioro de la función cognitiva; la incidencia de padecer otras enfermedades orgánicas es común, las mismas que pueden ser modificables o susceptibles al cambio por medio de prevención primaria o no modificables que son los relacionados con la individualidad de las personas.

## **g) DISCUSIÓN**

La demencia es una enfermedad generalmente crónica e incurable, que conlleva al deterioro intelectual, particularmente de la memoria, cambios neuropsiquiátricos y un deterioro en la independencia funcional. “La demencia aparece a partir de los 60 años, se considera que aumenta exponencialmente con la edad” (Rodríguez A. 2003).

Las personas adultas mayores (PAM) a medida que va en aumento y con ella las enfermedades que inevitablemente la acompañan, se estima que para el 2050 habrá una proyección del crecimiento del 24.3% en el grupo de mayores de 60 años según INEC 2015; la cual representara una prevalencia de demencia del 6.6%. Motivo por el cual este estudio se centró en determinar la prevalencia de Demencia en las personas adultas mayores del asilo “Daniel Álvarez Sánchez”.

Cabe resaltar que la información acerca de demencia en nuestra localidad es escasa en especial de su prevalencia debido a que no hay estudios sobre dicha patología en “Ecuador según Luna, Bazurto y Pino. Salud. 2011, Las provincias con más prevalencia esta Guayas con 32.68%, Pichincha 16.03%, Manabí con el 7.5%, El Oro 6.15% y Azuay 5.14%”.

En el presente estudio la mayoría de las personas albergadas en dicha institución padecen demencia, corroborando tanto en historia clínica como escala de valoración Folstein.

En un estudio realizado por Retamal Gonzalo 2013 en Argentina se ha considerado que “la demencia en las personas adultas mayores (PAM) cada vez es más frecuente cuyo riesgo de padecerla a lo largo de la vida es muy elevado, calculándole que para los hombres es del 25.5% y para las mujeres, del 31.9%”.

En las personas adultas mayores del asilo “Daniel Álvarez Sánchez” predominó el sexo femenino que representa el 51.4% con demencia.

Siendo todos, personas adultas mayores (PAM) en un rango de edad de 65 a 95 años se puede determinar que a medida que aumenta la edad aumenta el riesgo de enfermarse, sin embargo destacando que son personas adultas mayores con múltiples comorbilidades en las edades más extremas.

En un estudio realizado en España 2010 se encontró mayor prevalencia en casados superando a los solteros y viudos. En las personas adultas mayores del asilo “Daniel Álvarez Sánchez” en su mayoría son viudos representando el 71.4% seguidos de los solteros y casados con el 14.3%.

En la investigación realizada la severidad de demencia en mayor prevalencia es la demencia leve con un 50%, seguido de la demencia moderada con el 14% y deterioro cognitivo en un 6%, resaltando que dentro de los principales factores que predomina es “la edad avanzada en un 3%, sexo femenino en un 1.6%, antecedentes familiares en 3.5%, enfermedades vasculares 2.15%, tener familiar con síndrome de Down con 2.7%” en un estudio realizado por Martínez Francisco Javier. 2011, entre otras como son los factores de riesgo modificables como no modificables.

En lo referente a las enfermedades orgánicas identificadas en el estudio fueron varias las mismas que los resultados obtenidos presentaron más de una comorbilidad lo cual es importante recalcar debido a que como son personas adultas mayores (PAM), y que de por sí ya cuentan con una enfermedad crónica base es común encontrar otras.

Entre las enfermedades orgánicas más frecuentes que presentaron las personas adultas mayores (PAM) con demencia son Neumonía en un 48%, EPOC con 18% HTA con el 12%, Diabetes Mellitus con 10%, artritis con un 8%, y HTA con el 5.4% y el 4% de CA

de tiroides, es muy importante resaltar que la mayor parte de los adultos mayores cuentan con más de una enfermedad que es común por su edad afectando en casi el 90% de todos los adultos mayores la agudeza visual, auditiva he incluso el habla, observando sus actividades diarias pude identificar que son el 50% dependientes ya que cuentan con discapacidad física que les dificulta valerse por sí solos volviéndose indispensables de alguien más.



## **h) CONCLUSIONES**

En la presente investigación se ha podido concluir que:

- La prevalencia de demencia fue considerable ya que la mayoría de las personas adultas mayores presentaron dicha patología; considero significativa siendo un estilo de vida aceptado por la sociedad; con relación al tipo de demencia identificada dentro de las personas adultas mayores predominas la Demencia leve, seguido de demencia moderada y delirio.
- Las personas adultas mayores con demencia son tanto mujeres como hombres predominando el sexo femenino entre las edades de 65 a 94, resaltando que el estado civil está representado por el viudo.
- Entre las enfermedades orgánicas más frecuentes que presentaron fueron: Neumonía, EPOC, Artritis, Diabetes Mellitus, HTA, Ca. de tiroides, la demencia es un paradigma de enfermedad biopsicosocial que necesita un acercamiento desde distintas disciplinas a nuestros mayores, siendo conscientes que la ayuda familiar manifiesta solidez ayudando a sobrellevar de gran manera esta enfermedad.

## **i) RECOMENDACIONES**

Luego de haber concluido, mi trabajo de investigación me permito recomendar lo siguiente:

- Se recomienda que la Universidad Nacional de Loja a la carrera de Enfermería continúe con la práctica investigativa e incentive a la población universitaria el interés de ser un ente investigador de situaciones que contribuyan a buscar soluciones a la problemática de toda una población.

Al Asilo se recomienda:

- Realizar una evaluación clínica cognoscitiva a todas las personas adultas mayores que están albergados en esta institución por lo menos una vez al año en busca de deterioro cognoscitivo, debe ser práctica, dirigida, eficiente y se debe interpretar en el contexto de las enfermedades concomitantes y otros factores contribuyentes.
- Buscar formas de intervención con instituciones en el campo de Psicología Clínica, para brindar apoyo a este grupo de personas con este tipo de patologías para una mejor condición de vida.

## **j) BIBLIOGRAFÍA**

- American Psychiatric Association (2014). DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Quinta Edición. Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Peruana de Enfermedades de Alzheimer y otras dolencias. APEAD. (2013). Factores de riesgo para demencia y para Alzheimer. Perú. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/alzheimer/completa/apartado05/fisiopatologia.html>.
- Calvó, L. (2012). Características clínicas y demográficas de los casos de demencia diagnosticados en la Región Sanitaria de Girona durante el período 2007-2010: datos del Registro de Demencias de Girona. REV NEUROL 54(7):399-406. España.
- Centro Investigación Biomédica en Red Enfermedades Neurodegenerativas. (28 de septiembre del 2012. 09:07). Madrid. La calidad de vida de las personas con demencia es fundamental. Disponible en: <http://ciberned.es/es/noticias/blog/392la-calidad-de-vida-de-las-personas-con-demencia-es-fundamental.html>.
- Cuesta, J.P. (17 enero 2013). Centro Investigación Biomédica en Red Enfermedades Neurodegenerativas. Prevalencia de la Demencia en España. Disponible en: <http://ciberned.es/es/noticias/blog/418prevalencia-de-la-demencia-en-espana.html>
- Folstein. (2015). Portal de salud mental. Test para detectar deterioro. Disponible en: [http://edu.uamericas.cl/EDU/files/2010/04/mini\\_mental\\_status\\_examination.pdf](http://edu.uamericas.cl/EDU/files/2010/04/mini_mental_status_examination.pdf).
- García, F. (2010). Prevalencia de demencia y de sus subtipos principales en sujetos mayores de 65 años: efecto de la educación y ocupación. Estudio Toledo. ELSEVIER. 116 (11). España.

- Gonzalo R.M. (2013). Demencia senil. Documental. Disponible en: [http://es.slideshare.net/vale1106/demenciasenil14960008?next\\_slideshow=1//2013](http://es.slideshare.net/vale1106/demenciasenil14960008?next_slideshow=1//2013).
- Kaplan y Sadock (2011). Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. Virginia A. Sadock, Benjamin J. Sadock. . Quinta edición. New York University School of Medicine.
- León M. y Reisberg B. (2013). Atlas de Alzheimer. Enciclopedia Médica. Carnforth. Disponible en: <http://www.dementiacarecentral.com/node//>.
- Lopera R. y Tréllez J. (2004.) "Demencia y enfermedad de Alzheimer". Fundamentos de Medicina. Cuarta Edición. Colombia. Fondo Editorial CIB 2004. Pág. 70-71. ISBN: 958-9400-76-0.
- Lowenstein, D., Martin, J., Hauser, S. (2008). Estudio del paciente con enfermedades neurológicas. En: Fauci, Braunwald, Longo. Harrison, Principios de Medicina Interna. Tomo 2. Pp: 361.
- Luna., Bazurto y Pino. Salud. (2011) Documental Quito. Disponible en: <http://www.ecuadorinmediato.com//>.
- Martínez F. (2011). Artículos psiquiatría. Italia. Disponible en: <http://www.elnuevodiario.com.ni/variedades/98728//>.
- Menéndez M., Martínez M., Fernández B. y otros. (2011). Estilo de vida y riesgo para padecer demencia. MedpubJournals. Vol.7. Pp: 130.
- Moncayo, J. (2007). Las enfermedades neurológicas en el Ecuador. Un llamado a la acción. Rev. Ecuatoriana de Neurología. Editorial; volumen 16, número 1.

- Muñoz D. y otros (2013). Demencia y Género: una perspectiva desde la atención primaria. Alzheimer Real Invest. Demenc. Disponible en: <http://www.revistaalzheimer.com>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2013). Demencia. Documental. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/index.htm/>
- Pontificia Universidad de Chile. (2010). Demencia. Disponible en: [escuela.med.puc.cl/publ/manual\\_geriatria/PDF/Demencia.pdf](http://escuela.med.puc.cl/publ/manual_geriatria/PDF/Demencia.pdf)
- Gómez J. (2014). Tratado multidisciplinar sobre la actividad cerebral, los procesos mentales superiores y nuestro comportamiento. Proyecto. Disponible en: [http://www.biopsicologia.net/el-proyecto/n5-discapacidad/697-pruebas-neuropsicologicasmayo //](http://www.biopsicologia.net/el-proyecto/n5-discapacidad/697-pruebas-neuropsicologicasmayo//)
- Retamal G. (2013) Demencia senil. Documental. Disponible en: <http://www.leonismoargentino.com.ar/SalDemenciaSenil.html//>
- Rodríguez C., Alejandro y otros. (2003). Factores de riesgo asociado a la demencia degenerativa en pacientes geriátricos. Documental. Cuba. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19\\_2\\_03/mgi03203.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_2_03/mgi03203.htm)
- Sánchez B.G. (2015). Los principios de Alzheimer 10 signos de alarma documental. Disponible en: <http://bernabegalan.blogspot.com/2003/03/los-principios-del-alzheimer-10-signos.html>
- Sánchez T. (2015). Depresión y enfermedad orgánica. Documental disponible en: [http://www.depresion.psicomag.com/depre\\_y\\_enf\\_organica.php](http://www.depresion.psicomag.com/depre_y_enf_organica.php)
- Tegucigalpa M.D.C. (2011). Programa del adulto mayor. Honduras C.A. Disponible en:

[http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/AdultoMayor/CCMedinaSierra\\_DemenciaAdultoMayor\\_2011.pdf](http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/AdultoMayor/CCMedinaSierra_DemenciaAdultoMayor_2011.pdf)

- Valenzuela A.E. y otros (2006). Demencias. Documento. Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/1143?ver=sindisen> junio 21:10

- Víctor M. García G. (2010). Neuropsicología y ser humano. Documental. Disponible en: <http://neuropsicologica.blogspot.com/2010/06/la-demencia-vascular-i.html>

## k) ANEXOS

### Anexo 1

#### FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS HCL

Nombre: -----

Edad:

Antecedentes personales:

-----  
-----

Antecedentes familiares:

-----  
-----

<b>PATRONES</b>	<b>INDICADORES</b>
Patrón nutricional	
Patrón eliminación	
Patrón actividades y ejercicio	
Patrón reposo y sueño	
Patrón autopercepción autoconcepto	
Patrón cognoscitiva	
Patrón sexualidad	
Patrón tolerancia al estrés	
Patrón valores creencias	
Patrón pasatiempos	

## Anexo 2



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

## ÁREA DE LA SALUD HUMANA

### CARRERA DE ENFERMERÍA

#### ENTREVISTA

#### DEMENCIA EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL ASILO “DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ”

El siguiente instrumento tiene la finalidad de determinar el tipo de demencia de las personas adultas mayores del asilo “DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ”, sus respuestas serán confidenciales, por lo que le solicito su apoyo.

**Nombre y apellido de la persona adulta mayor:**

-----

Fecha:

Estado civil:

Edad:

• Soltero ( )

Sexo: ( )


• Casado ( )

• Viudo ( )

Comorbilidad	
Respiratorias	
Neurológicas	
Endocrinológicas	
Metabólicas	
Infecciosas	
Psiquiátricas	



## ESCALA DE FOLSTEIN

Ítems	Apreciación	Puntaje
¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1 ¿En qué estación del año estamos? 0-1	Orientación Tiempo (Máx.5)	
¿Dónde estamos (lugar)? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	Orientación espacio (Máx.5)	
Nombre tres palabras Bandera –pelota –árbol 0-1	Fijación- Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Contar hacia atrás 25 – 20 - 15 - 10 - 5	Atención cálculo Max 5	
Recordar los objetos del punto tres Bandera –pelota –árbol 0-1	Memoria referida Max 3	
Mostrar un objeto y preguntar ¿Qué es esto? Lápiz 0-1 reloj 0-1	Nominación Max 2	
Repetir la frase “Ni sí, ni no, ni pero”	Repetición Max 1	
Pedir que siga las ordenes Coja el papel con la mano derecha 0-1 Dóblelo en la mitad 0-1 Póngalo en el suelo 0-1	Comprensión verbal Max 3	
Escriba Cierre los ojos 0-1 Mueva la mano derecha 0-1	Lectura comprensión Max 2	
Copie el dibujo 	Dibujo/ copia Max 1	
Puntuación referencial	Puntos: 30 y 27: Normal 26 y 25: deterioro 24 a 10 demencia leve 9 a 6 demencia moderada < de 5 demencia severa	

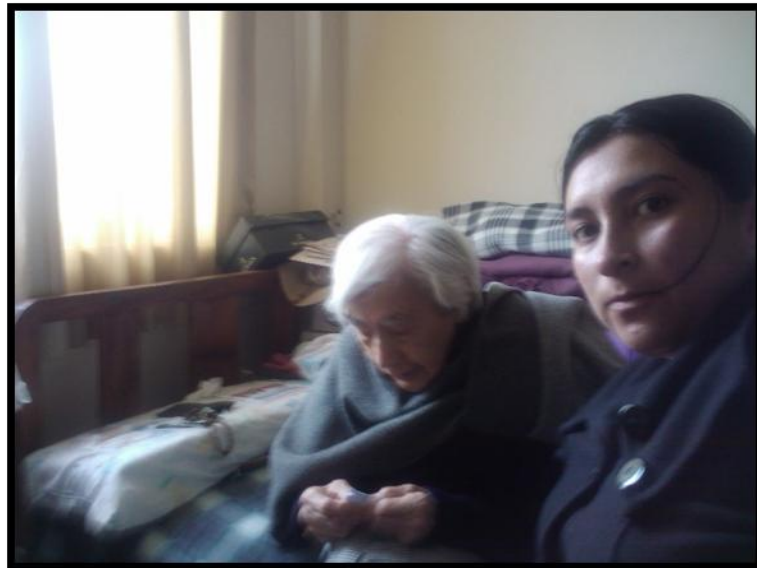
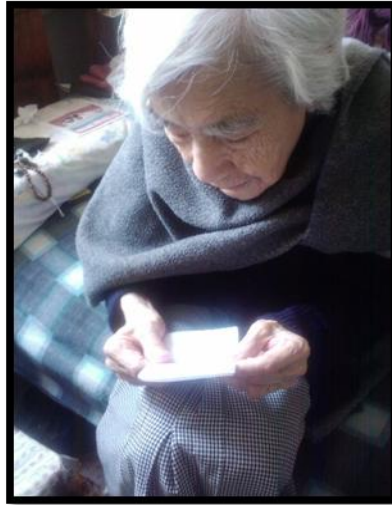
**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

Anexo 3

Asilo "DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ"



**Realizando la actividad de habilidad y destreza**



## Anexo 4



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**COORDINACIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**

---

Of. N°. 111 - CCE-ASH-UNL.  
Loja, 04 de junio de 2015.

Hna. Rosa Agilar  
**DIRECTORA DEL ASILO "DANIEL ALVAREZ"**  
Presente

De mi consideración

Con un cordial saludo me dirijo a Usted, con la finalidad de solicitarle muy comedidamente se conceda la autorización respectiva a fin de que la Srta. Maholy Simbaña Vivanco estudiante de la Carrera de Enfermería del ASH-UNL, pueda aplicar encuestas a las personas adultas mayores del Centro que usted representa, y la estudiante pueda continuar con el desarrollo de su investigación titulada **"DEMENCIA EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL ASILO "DANIEL ALVAREZ SANCHEZ"**, previo a obtener el título de Licenciada en Enfermería.

Por la atención a la presente le expreso mi agradecimiento

Atentamente,

Lic. Grace Cambizaca Mora Mg. Sc.  
**DELEGADA DE LA DIRECCIÓN CON FUNCIONES**  
**ADMINISTRATIVAS EN LA CARRERA DE ENFERMERÍA**



GCM/ Elaborado por: Dra. Elsa Pineda.  
C.c. Archivo

*Recibido y aceptado*  
*5-06-2015.*  
*Rosa Francisca Agilar D.*

Loja 20 de junio del 2015

**HNA. ROSA AGILA**

**DIRECTORA DEL ASILO DE ANCIANOS "DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ"**

Certifico que la Sra. Maholy Andreina Simbaña Vivanco ha realizado la actividad solicitada de recolección de datos e información, sobre el tema de **DEMENCIA EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL ASILO "DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ"**, y doy fe que se realizó la actividad es cuanto puedo decir en honor a la verdad.


## **I) ÍNDICE**

Portada.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización de tesis .....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimientos.....	vi
a. Título.....	1
b. Resumen.....	2
Summary.....	3
c. Introducción.....	4
d. Revisión de literatura.....	6
1. Demencia.....	6
1.2. Signos y síntomas.....	6
1.3. Tipos de demencia.....	7
1.3.1. Enfermedad de Alzheimer.....	8
1.3.2. Demencia vascular.....	9
1.3.3. Demencia con cuerpos de Lewy.....	10
1.3.4. Demencia frontal-temporal.....	10
1.4. Tipos menos comunes de demencia.....	10
1.4.1. Demencia de la enfermedad de Parkinson.....	10
1.4.2. Demencia de la enfermedad de Huntington.....	11
1.4.3. Demencia en VIH/SIDA.....	12
1.4.4. Lesiones cerebrales traumáticas.....	12
1.4.5. El síndrome de Wernicke-Korsakoff.....	12
1.5. Señales de alarma .....	12

1.6. Factores de riesgo.....	15
1.7. Diagnóstico.....	17
1.8. Medidas Preventivas.....	21
1.9. Tratamiento.....	23
e. Materiales y métodos.....	24
f. Resultados.....	26
g. Discusión.....	32
h. Conclusiones.....	35
i. Recomendaciones.....	36
j. Bibliografía.....	37
k. Anexos.....	41
l. Índice.....	48