

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P DE ENFERMERÍA

Conocimientos para la detección temprana de la enfermedad de Alzheimer y las actitudes frente a la enfermedad que tiene el personal de enfermería del Albergue Central Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Patricia Gissella Pari Vargas

ASESORA

Edna Ramírez Miranda

Lima – Perú

2008

**CONOCIMIENTOS PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE
LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y LAS ACTITUDES
FRENTE A LA ENFERMEDAD QUE TIENE EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL
ALBERGUE CENTRAL IGNACIA
RODULFO VDA. DE
CANEVARO
2008**

*Dedicado a mi padre: EDGAR SANTIAGO
PARI HUAHUASONCCO, gran amigo y
consejero, por estar conmigo siempre y
apoyarme incondicionalmente en mi
formación personal y profesional.*



En memoria de mi madre: NATIVIDAD VARGAS GONZALES, mujer valerosa, quien desde el cielo me impulsa a seguir adelante, y es quien me inspiro de manera personal en la elección del tema de estudio.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, pues con su apoyo constante desde el inicio de mi formación, forjaron en mí el deseo de salir adelante en esta vida.

A la E.A.P de enfermería de la U.N.M.S.M, mi alma máter de hoy y siempre, la enseñanza recibida en el transcurso de estos 5 años me sirve para forjar un futuro comprometido con la salud y la investigación.

A la Magíster Edna Ramírez Miranda, a través de su accesoria, guió mis pasos en la realización de esta investigación.

A la beneficencia publica de Lima, por brindar los permisos para la realización de esta investigación

ÍNDICE

	Pág.
Agradecimientos.....	v
Dedicatoria.....	vi
Índice de Gráficos.....	viii
Índice de Cuadros.....	ix
Resumen.....	x
Summary.....	xii
Presentación.....	xiv
CAPITULO I. EL PROBLEMA	
A. Planteamiento del Problema.....	1
B. Formulación del Problema.....	5
C. Objetivos del Estudio	5
D. Justificación.....	6
E. Propósito.....	7
F. Marco Teórico	
F.1 Antecedentes.....	7
F.2 Base Teórica conceptual	
1. Generalidades sobre conocimiento	
1.1 Definiciones de conocimiento en la historia.....	10
1.2 Definiciones actuales de conocimiento.....	13
2. Generalidades sobre actitudes	
2.1 Formación de las actitudes.....	14
2.2 Estructura de las actitudes.....	14
2.3 Características de las actitudes.....	15
2.4 Dimensión de las actitudes.....	16
2.5 Evaluación de las actitudes.....	17
2.6 Medición de las actitudes.....	17
3. Generalidades sobre la situación del Adulto Mayor	
3.1 Definición de envejecimiento.....	19
3.2 Población Adulta Mayor.....	19
3.3 Situación del Adulto Mayor en el contexto del Cuidado Institucionalizado.....	20
4. Generalidades sobre Demencia	
4.1 Definición de Demencia.....	23
4.2 Clasificación de las Demencias.....	23
5. Generalidades sobre la Enfermedad de Alzheimer	
5.1 Definición de la Enfermedad de Alzheimer.....	24

5.2 Características de la Enfermedad de Alzheimer.....	25
5.3 Estadios de la Enfermedad de Alzheimer.....	26
5.4 Manifestaciones Clínicas de la Enfermedad de Alzheimer.....	28
5.5 Alzheimer en el Perú.....	34
6. Rol de la Enfermera en la Prevención y Atención de pacientes con la Enfermedad de Alzheimer	
6.1 Reconocimiento temprano del Deterioro Cognitivo.....	36
6.2 Enfermería Gerontológica.....	36
G. Definición Operacional de términos.....	37
CAPITULO II. MATERIAL Y METODOS	
A. Tipo, Nivel y Método.....	39
B. Área de estudio.....	39
C. Población y/o Muestra.....	41
D. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	41
E. Validez y confiabilidad del Instrumento.....	42
F. Plan de Recolección, procesamiento y Análisis de Datos.....	43
G. Consideraciones Éticas.....	44
CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSION	
A. Presentación, análisis e interpretación de los datos.....	45
1. Conocimientos del Personal de Enfermería del albergue central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” sobre la Enfermedad de Alzheimer.	46
2. Conocimientos del Personal de Enfermería del albergue central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” sobre Alteraciones cognitivas en la Enfermedad de Alzheimer.	52
3. Conocimientos del Personal de Enfermería del albergue central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” sobre Alteraciones cognitivas psicológicas y comportamentales en la Enfermedad de Alzheimer.	54
4. Actitudes del Personal de Enfermería del albergue central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” hacia la Enfermedad de Alzheimer.	55
CAPITULO IV. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
A.- Conclusiones.....	61
B.- Recomendaciones.....	62
C.- Limitaciones.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	64
BIBLIOGRAFIA.....	67
ANEXOS.....	70

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO	Pág.
1. Conocimientos del personal de enfermería del albergue Central “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro” sobre la enfermedad de Alzheimer - 2008.....	47
2. Conocimientos del personal de enfermería del albergue central “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro” sobre alteraciones cognitivas en pacientes con Alzheimer-2008.....	52
3. Conocimientos del personal de enfermería del albergue central “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro” sobre alteraciones psicológicas y comportamentales en pacientes con la enfermedad de Alzheimer-2008.....	54
4. Actitudes del personal de enfermería del albergue central “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro” hacia la enfermedad de Alzheimer- 2008.....	56

INDICE DE CUADROS

CUADRO	Pág.
1. Relación de edad con los conocimientos sobre la enfermedad de alzheimer de las enfermeras del albergue central “ignacia rodulfo vda. De canevaro” 2008.....	48
2. Relación de edad con los conocimientos sobre la enfermedad de alzheimer del personal técnico de enfermería del albergue central “ignacia rodulfo vda. De canevaro” 2008.....	50
3. Relación entre el tiempo de servicio con las actitudes hacia la enfermedad de alzheimer de las enfermeras del albergue central “ignacia rodulfo vda. De canevaro” 2008	57
4. Relación entre el tiempo de servicio con las actitudes hacia la enfermedad de alzheimer del personal técnico en enfermería del albergue central “ignacia rodulfo vda. De canevaro” 2008.....	59

RESUMEN

La presente investigación titulada: Conocimientos para la detección temprana de la enfermedad de Alzheimer y las actitudes frente a esta enfermedad que tiene el personal de enfermería del Albergue Central Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro, tiene como objetivo general: Determinar cuales son los conocimientos para la detección temprana de la enfermedad de Alzheimer y las actitudes hacia la enfermedad que tienen el personal de enfermería y como objetivos específicos: Identificar los conocimientos acerca de la Enfermedad de Alzheimer que tienen las enfermeras, identificar los conocimientos acerca de la Enfermedad de Alzheimer del personal técnico de enfermería, identificar las actitudes frente a la Enfermedad de Alzheimer que tiene el personal de enfermería, identificar las actitudes hacia a la Enfermedad de Alzheimer que tiene el personal técnico en enfermería del albergue central Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro en el año 2008 y por ultimo proponer una guía de detección temprana de signos y síntomas de la enfermedad de alzheimer.

El diseño metodológico: fue de tipo cuantitativo, descriptivo, aplicativo, transversal, se contó con la participación de 50 técnicos de enfermería y la totalidad de las enfermeras asistenciales del albergue central Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro, para el estudio se creyó conveniente la utilización de dos instrumentos, el primero un cuestionario para medir conocimientos y la segunda, una escala tipo lickert modificada para medir actitudes en cada personal de enfermería.

Las conclusiones a las que se llegaron fueron: Las enfermeras que laboran en el albergue central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” en su mayoría poseen un conocimiento “medio” respecto a la enfermedad de Alzheimer; El personal técnico de enfermería del albergue central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” en su mayoría poseen un conocimiento “medio” respecto a la enfermedad de Alzheimer, sin embargo tampoco responden a la detección temprana que se debe tener respecto a la enfermedad durante el cuidado del adulto mayor lo que afectaría la atención;

Las enfermeras que laboran en el albergue central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” en su mayoría muestran actitudes de indescisión hacia los pacientes con Alzheimer; El personal técnico de enfermería del albergue central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” en su mayoría muestran actitudes de “indescisión” hacia los pacientes con Alzheimer, estas actitudes están relacionadas con un tiempo de labor de 21 a 25 años en el que este personal podría caer en la rutina evidenciando falta de humanización en la atención.

Palabras claves: Personal de Enfermería, conocimiento, actitudes, enfermedad de Alzheimer.

SUMMARY

The present study entitled: Knowledge for the early detection of Alzheimer's disease and attitudes to this disease which has the nursing staff of the Central Hostel Ignacia Rodulfo vda. Of Canevaro, its general goal: to determine what knowledge for the early detection of Alzheimer's disease and attitudes toward the disease that have nursing as specific objectives: To identify knowledge about Alzheimer's disease who have nurses, identify knowledge about Alzheimer's disease technical staff nursing identify attitudes to Alzheimer's Disease that has nursing staff, identify attitudes toward the Alzheimer's disease that has the technical staff in nursing Hostel Central Ignacia Rodulfo vda. Canevaro of the year in 2008 and finally propose a guide for early detection of signs and symptoms of Alzheimers disease.

The methodological design: it was a quantitative and descriptive application, cross, it was attended by 50 practical nurses and all the care of the nurses hostel Central Ignacia Rodulfo vda. Of Canevaro, for the study was believed desirable use of two instruments, the first a questionnaire to measure knowledge and the second type lickert amended a scale to measure attitudes in each nursing staff.

The conclusions it reached were: Nurses who work at the hostel central Ignacia Rodulfo vda. Canevaro of "mostly possess a knowledge medium regard to Alzheimer's disease; The technical staff of the nursing hostel central Ignacia Rodulfo vda. Canevaro of "mostly possess a knowledge medium regard to Alzheimer's disease, however not responded to the early detection to be taken regarding the disease during the care of the elderly which could affect care;

Nurses working in the hostel central Ignacia Rodulfo vda. Canevaro of "mostly show indesección attitudes towards patients with Alzheimer's; The technical staff of the nursing hostel central Ignacia Rodulfo vda. Canevaro of "mostly show attitudes" indesección "to patients with Alzheimers, these attitudes are related to a labor time of 21 to 25 years in which these staff could fall into the routine evidencing lack of humanization in the attention.

Keywords: Nursing Staff, knowledge, attitudes, and Alzheimer's.

PRESENTACION

Los pacientes con Alzheimer experimentan un drástico cambio en su personalidad, con tendencia a deprimirse o irritarse. Las personas afectadas ya no pueden seguir instrucciones, sufren confusión y desorientación en el tiempo y el espacio, pudiendo incluso llegar a perderse en lugares conocidos. Además, pueden presentar alteraciones de juicio, confundir a sus seres queridos y, en muchos casos, a desconocerse a si mismos. La Enfermedad de Alzheimer, fue descrita por primera vez en 1907 por el psiquiatra bávaro Alois Alzheimer, es la más común de las demencias. Se trata de una enfermedad progresiva y degenerativa del cerebro caracterizada por una disminución de las funciones intelectuales de la persona, con una consecuente pérdida de la memoria y deterioro del pensamiento y la conducta, lo suficientemente graves como para interferir en la capacidad del individuo para realizar las actividades normales de la vida diaria ⁽¹⁾.

Enfermería es una profesión cuyo principio fundamental es el Cuidado y su finalidad es el bienestar del ser humano, abarca todas las etapas de la vida desde la concepción hasta el fin de la existencia. Florence Nightingale mencionaba al respecto: “La enfermera tiene como objetivo abordar el cuidado del paciente de forma holística resaltando las necesidades físicas, psicológicas y sociales” ⁽²⁾.

El cuidado de enfermería de un Adulto Mayor con deterioro cognoscitivo representa un reto importante. Se necesita todo el conocimiento, habilidad y valor para ocuparse de este tipo de pacientes y de sus familias ⁽³⁾.

El presente estudio titulado “Conocimientos para la detección temprana de la enfermedad de alzheimer y las actitudes frente a esta enfermedad que tiene el personal de enfermería del Albergue Central Ignacia Rodolfo vda. de Canevaro”. Tiene como objetivo Determinar cuales son los conocimientos para la detección temprana de la enfermedad de alzheimer y las actitudes frente a la enfermedad que tienen el personal de enfermería del Albergue Central Ignacia Rodolfo vda. de Canevaro con el propósito de proporcionar información valiosa a las autoridades del albergue central Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro sobre los conocimientos y actitudes que tiene el personal de Enfermería a fin de plantear estrategias orientadas a motivar y fortalecer las competencias de los cuidadores responsables del cuidado de los adultos mayores del albergue tales como capacitación y otros.

En la estructura del trabajo hasta el momento realizado se ha considerado los siguientes capítulos: CAPITULO I: INTRODUCCION, en el cual se detalla el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos del estudio, justificación, propósito, antecedentes del estudio, marco teórico propiamente dicho, definición operacional de términos, hipótesis, operacionalización de la variable . CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS, en el cual se describe el tipo, nivel y método a utilizar, área de estudio, población y/o muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, plan de recojo de datos, así como el procedimiento para el análisis e interpretación de datos. Posteriormente se realizará el CAPITULO III: detallando los resultados y discusión. CAPITULO IV: Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

Capitulo I.

EL PROBLEMA

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Enfermedad de Alzheimer (enfermedad bautizada en su honor por su maestro Krepelin) fue descrita en 1907 por Alois Alzheimer en una paciente de 51 años de edad con una historia de 4 años y medio de duración, que se inicio por un delirio de celos y continuo perdida de memoria y del lenguaje, seguido de deterioro neurológico global. Durante muchos años se considero como una enfermedad rara y propia de la edad avanzada.(4)(5) En 1992 la OMS la definió como “Una dolencia neurodegenerativa cerebral primaria de etiología desconocida, que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos (1).

La enfermedad de alzheimer y otros tipos de demencia ocasionan problemas de memoria, de capacidad de juicio y de procedimientos de pensamiento que hacen difícil que un individuo pueda trabajar y formar parte de la vida familiar y social cotidianas (6).

Los pacientes de Alzheimer experimentan un drástico cambio en su personalidad, con tendencia a deprimirse o irritarse. Las personas afectadas ya no pueden seguir instrucciones, sufren confusión y desorientación en el tiempo y el espacio, pudiendo incluso llegar a

perderse en lugares conocidos. Además, pueden presentar alteraciones de juicio, confundir a sus seres queridos y, en muchos casos, a desconocerse a si mismos ⁽¹⁾.

En Estados Unidos entre 2 a 4 millones de personas padecen de demencia relacionada con el envejecimiento y hasta 2/3 partes de esta cantidad padece de la enfermedad de Alzheimer (6). A diferencia de estas cifras. Datos obtenidos por el INEI informan que en el Perú Las personas adultas mayores representaron en el año 2004 el 7.5% de la población total; es decir, 2 millones 79 mil personas que sobrepasan el umbral de 60 y mas años de edad ⁽⁷⁾.

En un trabajo de investigación titulado “Registro conductual de demencia tipo alzheimer en pacientes del instituto de ciencias neurológicas de 1998 – 1999”. (8) Observó cambios conductuales que indican mal pronóstico por su difícil manejo tales como: intranquilidad, negativismo, sensibilidad al llanto, agresividad y conductas perseverativas en los adultos mayores que fueron parte del estudio.

Este mismo autor, unos años mas tarde, en el año 2005 ocupando el cargo de *Jefe de la Unidad de Memoria y Demencia del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN)*. *Manifiesta que hasta la actualidad, la enfermedad no tiene cura (aunque ha habido avances en el conocimiento de la parte neuropatología y bioquímica y se prueban nuevos fármacos y una posible vacuna, aún nada es definitivo). En lo que sí no se ha avanzado --solo hay teorías-- es en el conocimiento de la etiología u origen de la enfermedad. También: Según estimaciones del INCN, un promedio de 270 mil personas padece en el Perú la enfermedad de Alzheimer y solo 10% (es decir 27000) recibe atención en los establecimientos de salud. La mayoría de los casos, permanecen*

escondidos por los familiares que lo asumen como un asunto de la vejez⁽⁹⁾.

El rol de la enfermera debe ser el de un profesional autónomo en el cuidado de la salud que coordine la atención compleja a los adultos mayores y sus familias, y que asuma el rol de líder en el equipo multidisciplinario de atención sanitaria. La enfermera gerontológica se sitúa entre las áreas más especializadas de la práctica de la enfermería. Muchos de los problemas del adulto mayor están asociados con el funcionamiento diario y, por tanto, son más sensibles a los modelos de cuidado de enfermería que al tratamiento médico⁽¹⁰⁾.

La ley del trabajo de la enfermera N° 27669 plantea que la enfermera(o) como profesional de las ciencias de la salud, participa en la prestación de los servicios de salud de manera integral, científica, tecnológica y sistemática en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud mediante el cuidado de la persona, familia y comunidad, respetando su cultura, su economía y su ambiente social y político en que se desenvuelve el ser humano con el propósito de mejorar su calidad de vida⁽¹¹⁾.

Durante mis prácticas y las visitas realizadas a este albergue y en las interacciones diversas con el personal de enfermería respecto a sus conocimientos y actitudes sobre la enfermedad de Alzheimer refieren: *“No se mucho sobre esa enfermedad”*, otros manifiestan: *“A nuestro cuidado tenemos a muchos adultos mayores, eso limita mi tiempo para observar”*, *“hay viejitos que requieren más tiempo que otros, pues se quieren cambiar como ellos quieren”*, *“tengo que apurarme o no acabare mi trabajo”*. Observándolas siempre apuradas, lo que más me llamo la atención es observar a muchos ancianos que cambiaban su

comportamiento muy rápidamente; se les veía tristes o cabizbajos y de repente reían, saltaban sin motivo aparente, o viceversa, ello durante las horas de comida o a veces en horas de recreo.

En este contexto, el personal de enfermería, tanto profesional como técnico) que labora en el albergue central Ignacia Rodolfo vda. de Canevaro, ubicado en el distrito del Rímac, juega un rol muy importante pues ellas, quienes están mas tiempo con el paciente, pueden identificar signos que puedan indicar la enfermedad y hacer uso de su **conocimiento** para detectar precozmente anomalías de orden neurológico como la enfermedad de Alzheimer en el adulto mayor dentro de sus competencias. Esto dependerá de cuanto conocen sobre esta enfermedad influyendo en la **actitud** que muestran frente a ella.

Durante mi vida he podido evidenciar y estar en contacto con personas de edad avanzada, tengan o no este tipo de enfermedad. Un caso personal y especial fue el de mi madre, sin estudios superiores quien tenía a su cargo el cuidado de mis otros 5 hermanos y un negocio en conjunto con mi padre. Una mujer que en un periodo de su vida fue olvidándose las llaves de la casa en la misma puerta, salía apresurada con una bolsa diciendo que tenía mucho que hacer y que sin embargo regresaba a casa con la bolsa vacía, estos cambios generaron en la familia el temor que pudiera perderse y no volver mas ; mi madre se ponía muy violenta y agresiva sin motivo alguno y de pronto cambiaba y era la misma de siempre, a veces no reconocía a los miembros de su propia casa y daba de gritos muy alterada manifestando “ *me quieren hacer daño...*”, Era una persona a quien nadie en casa se le hubiera imaginado que pudiera estar enferma y que solo era el trajín del día lo que la perturbaba. A ella, mi madre, se le diagnosticó el mal de Alzheimer...

Este caso es similar al de otras personas adultas que presentan los mismos síntomas y que, sin embargo, los familiares lo toman como “fallas propias de la edad” impidiendo ser detectadas a tiempo, no con el fin de curarlas sino que mediante la *detección temprana de estas primeras manifestaciones del Alzheimer se puedan controlar la degeneración progresiva y comprender al paciente como tal*, puesto que esta enfermedad no solo afecta al que la padece sino a toda la familia, tanto como al personal que cuida de el en una institución.

B. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo descrito anteriormente, surge la inquietud de responder, a través de una investigación, el siguiente problema:

¿Cuáles son los Conocimientos para la detección temprana de la enfermedad de Alzheimer y las actitudes hacia esta enfermedad que tiene el personal de enfermería del Albergue Central Ignacia Rodolfo vda. de Canevaro en el año 2008?

C. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General:

- Determinar cuales son los conocimientos para la detección temprana de la enfermedad de Alzheimer y las actitudes hacia la enfermedad que tienen el personal de enfermería del Albergue Central Ignacia Rodolfo vda. de Canevaro en el año 2008

Objetivos Específicos:

- Identificar los conocimientos acerca de la Enfermedad de Alzheimer que tienen las enfermeras del Albergue Central Ignacia Rodolfo vda. de Canevaro en el año 2008.

- Identificar los conocimientos acerca de la Enfermedad de Alzheimer del personal técnico de enfermería del Albergue Central Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro en el año 2008.

- Identificar las actitudes hacia a la Enfermedad de Alzheimer que tiene el personal de enfermería del Albergue Central Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro en el año 2008.

- Identificar las actitudes hacia a la Enfermedad de Alzheimer que tiene el personal técnico en enfermería del albergue central Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro en el año 2008.

D. JUSTIFICACIÓN

Todo personal de la ciencia de la salud que participa en la atención del adulto mayor debe estar capacitado y entrenado para la identificación, reconocimiento y tratamiento de los trastornos neurológicos como respuesta a un tipo de demencia, en este caso de la Enfermedad de Alzheimer, siendo los trastornos de mayor incidencia la memoria y la conducta las cuales llevan al paciente a estadios de pérdida o deterioro global de cada uno de los procesos cognitivos, repercusiones a nivel clínico, social, familiar y terapéutico. Esta situación amerita que el personal de enfermería tenga conocimientos específicos respecto a la detección temprana de las primeras manifestaciones de la Enfermedad de Alzheimer para la prevención, cuidado y asistencia del paciente Adulto Mayor en riesgo de padecer este tipo de demencia.

E. PROPÓSITO

El presente trabajo tiene como propósito proporcionar información valiosa a las autoridades del albergue central Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro sobre los conocimientos y actitudes que tiene el personal de Enfermería a fin de plantear estrategias orientadas a motivar y fortalecer las competencias de los cuidadores responsables del cuidado de los adultos mayores del albergue tales como capacitación y otros.

F. MARCO TEORICO

F.1- Antecedentes del Estudio

Se realizo la revisión de la literatura, extrayendo y recopilando información de interés para la elaboración del presente marco teórico con el objetivo de tener una fuente generadora de conocimientos, que de manera directa o indirecta me ayude a la formulación del problema.

Se encontró estudios de investigación relacionados los cuales fueron realizados tanto en el Perú como el extranjero.

Sánchez, EN Perú el año 2001, realizo un estudio de investigación titulado: **“Registro conductual tipo Alzheimer en pacientes del Instituto de Ciencias Neurológicas de 1998 a 1999”** Teniendo como objetivos Determinar los cambios conductuales que se observan en los estadios iniciales de la demencia tipo alzheimer. De igual manera precisar los cambios conductuales en los estadios leve y moderado de la demencia tipo alzheimer y determinar las conductas de difícil manejo en la misma. Esta investigación fue un estudio de casos, descriptivo,

prospectivo realizado en una población de 41 casos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión fueron: que sean mayores de 40 años con demencia lentamente progresiva de por lo menos 6 meses de evolución y perfil neuropsicológico con compromiso de memoria a corto plazo, compromiso de otra función cognitiva que afectan sus actividades de la vida diaria. Los criterios de exclusión fueron: quienes presentaban signos clínicos y de exámenes auxiliares que demostraban compromiso vascular u otra etiología. De las 41 personas de las cuales se realizó el estudio, 13 eran del sexo masculino y 28 del sexo femenino. El autor de este trabajo de investigación llegó a las siguientes conclusiones:

“El diagnóstico clínico de demencia tipo Alzheimer fue hecho sobre la base a los criterios de clasificación del DSM IV. El diagnóstico fue complementado con los resultados de las evaluaciones según el protocolo, mini mental Test., ADV de Blessed, Prueba de memoria de Wechsler, Prueba de dibujos (casa, reloj, cubo), Neuroimágenes (TAC o RMN). La conducta de intranquilidad e inquietud tanto a nivel verbal como motora carente de finalidad, fue el comportamiento más frecuente en el estado leve. En el estado moderado los cambios conductuales se hicieron más notorios y más frecuentes, predominando la intranquilidad, negativismo, alteraciones del sueño, indiferencia y cambios en el carácter. El negativismo de los pacientes consistía en no obedecer órdenes, manteniendo una conducta perseverativa. El problema de sueño se trataba de interrupciones de dos a tres despertares, seguidos de levantarse en la cama y realizar actividades. Los cambios conductuales sirven como indicadores del grado de compromiso de la enfermedad. Las conductas que nos indicaron mal pronóstico por su difícil manejo: intranquilidad, negativismo, sensibilidad al llanto, agresividad y conductas perseverativas.”⁽⁸⁾.

Vázquez, en España, en el año 2003 realizó un estudio de investigación titulado: **“La enfermedad de Alzheimer a través del psicodiagnóstico de Rorschach”**. Teniendo como objetivo: Conocer las características de personalidad –en un sentido holístico- de las personas afectadas por la Enfermedad de Alzheimer; y valorar la existencia de un perfil de personalidad característico de la Enfermedad de Alzheimer a través del psicodiagnóstico de Rorschach. En el estudio

han participado 182 personas jubiladas o pensionistas, con edades comprendidas entre los 59 y 84 años. El grupo de estudio está formado por 91 personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer, 64 mujeres y 27 hombres derivados por servicios de Neurología y la Unidad de Demencias de dos Hospitales. El grupo de control está formado también por 91 personas, 64 mujeres y 27 hombres, con buen estado de salud que participan de las actividades de dos “casas” o residencias de jubilados. A todos los sujetos se les realizó una breve entrevista semiestructurada y posteriormente se administró el Test de Rorschach según el Sistema Comprensivo de Exner. Tras los análisis estadísticos y la interpretación de los resultados, las **CONCLUSIONES** se pueden resumir en:

*- “Mayor proporción de mujeres afectadas por el Alzheimer
- Los datos Rorschach permiten diferenciar los cambios y reajustes que pueden producirse en la personalidad de los sujetos que envejecen, de aquellos que tienen lugar en las personas que están afectados por un proceso de deterioro cognitivo. Consideramos que los rasgos detectados en los enfermos de Alzheimer configuran un perfil característico resumido en un patrón de personalidad inmadura con limitados recursos yoicos, con un marcado funcionamiento defensivo, coartación de la actividad ideacional, e inhibición de los aspectos emocionales, así como desinterés por los aspectos relacionales” ⁽¹²⁾.*

Doménech, en España, en el año 2004 realizó un estudio de investigación titulado: “**Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve**”. Teniendo como objetivos: Evaluar la eficacia de un programa de entrenamiento de memoria, denominado Taller de Memoria (TM), aplicado a enfermos con demencia de Alzheimer (DSM-IV, 1997 y NINCDS-ADRDR, 1984) en fase leve (GDS=4. Global Deterioration Scale. Reisberg, 1982). La metodología fue la siguiente: Pacientes con demencia de Alzheimer (DSTA) (24) tratados con inhibidores de la acetilcolinesterasa (IChE), sometidos al programa de memoria (12) (grupo experimental) o sin tratamiento psicosocial (12) (grupo control). La intervención cognitiva

(TM), consiste en la aplicación de un programa intervención psicosocial focalizado en memoria durante un año y con 96 sesiones estructuradas de ejercicios cognitivos. Como medidas de eficacia se utilizaron el Mini Mental Status Examination (Folstein et al, 1975), la Alzheimer's Disease Assessment Scale (Rosen, Mohs & Davis, 1984), el test conductual de memoria Rivermead (Wilson, Cockburn, Baddeley, 1991), el Syndrom kurz Test (Erzigkeit, 1992), la escala de Blessed (Blessed, Tomlinson & Roth, 1968), el Rapid Disability Rating Scale-2 (Linn & Linn, 1982) y el Neuropsychiatric Inventory (Cummings et al, 1994). Se utilizó un diseño cuasi-experimental pretest-postest con grupo control, con cuatro evaluaciones postest trimestrales. Teniendo como conclusiones:

“La eficacia del programa de memoria se mantiene a lo largo del año de estudio, manteniendo los sujetos experimentales un beneficio cognitivo (especialmente de memoria), conductual y funcional”⁽¹³⁾.

F.2- Base Teórica conceptual

1. Generalidades sobre conocimiento

1.1 Definiciones de conocimiento en la historia

El conocimiento ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología.

Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, distingue 2 formas de definir el conocimiento: Primero, considerando el conocimiento como un acto, y segundo el conocimiento como un producto. En la Primera definición asume que el conocimiento es un acto o proceso psíquico que realizamos en cuanto somos conscientes, y consiste en percibir, intuir y observar un hecho, propiedad o cosa del mundo, directamente por medio de los sentidos. En el conocer, el sujeto toma contacto con el

objeto pero de una manera no física, pues la aprehensión o capacitación cognoscitiva propiamente dicha es de naturaleza psíquica. Y en la segunda definición afirma que, el conocimiento es una formulación de los hechos, los caracteres o las propiedades de los objetos. Dicho en otras palabras el conocimiento desde este enfoque viene a ser el producto del acto de conocer. Los conocimientos entendidos como resultado, producto o contenido significativo, se puede adquirir, acumular, transmitir, examinar, medir y derivar unos de otros ⁽¹⁴⁾.

Del mismo modo diferencia tres formas o niveles de conocimiento: el vulgar, el científico y el filosófico.

a) Conocimiento Vulgar: los conocimientos se adquieren en forma espontánea o natural, están estrechamente vinculados con los impulsos mas elementales del hombre, sus intereses y sentimientos y por lo general se refieren a problemas inmediatos que la vida le plantea. El sujeto trabaja con intuiciones vagas y razonamientos no sistemáticos, ganados un poco al azar. La organización metódica y sistemática del conocimiento permite pasar del saber vulgar al científico.

b) Conocimiento Científico: se caracteriza por ser selectivo, metódico y sistemático, se basa constantemente en la experiencia y busca explicar racionalmente los fenómenos. Lo cual le da un carácter riguroso y objetivo, y hace que el, sin perder su esencia teórica, sea eficaz instrumento de dominio de la realidad. La ciencia es un saber que se apoya en observaciones metódicas en procesos racionales claramente definidos, precisos y ordenados. En este aspecto el conocimiento filosófico es exactamente igual al científico, con la diferencia que aborda problemas mas difíciles de resolver, objetos mas

huidizos a la captación y además aplica permanentemente la crítica a sus propios métodos y principios.

c) Conocimiento Filosófico: esclarece el trabajo de las ciencias y describe su fundamento de verdad; pone además a prueba todas las certezas y nos instruye sobre los alcances de nuestro saber. Se caracteriza por ser eminentemente problemático y crítico, incondicionado y de alcance universal, cuyos temas de investigación van mas allá de la experiencia; ganando así un nivel superior de racionalidad gracias a la cual el hombre intenta dar una explicación integral del mundo y de la vida ⁽¹⁴⁾.

Para Rossentall el conocimiento es: *“Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce con el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se haya indisolublemente a la actividad practica.”* ⁽¹⁵⁾.

Afanastev define conocimiento como: *“La asimilación espiritual de la realidad, indispensable para la actividad practica, en el proceso del cual se crean los conceptos y teorías. Esta asimilación refleja de manera creadora, racional y activa los fenómenos, las propiedades y las leyes del mundo objetivo y tiene una existencia real en forma de sistema lingüístico”* ⁽¹⁶⁾.; Otras definiciones señalan: El conocimiento es: *“Acción o efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia, razón natural. Cada una de las facultades sensoriales del hombre en la medida en que están activas. Noción, ciencia, sabiduría.”* ⁽¹⁷⁾.

Para Mario Bunge: “el conocimiento esta constituido por un cuerpo un conjunto de ideas comunicables, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, fundados y coherentes o vagas y difusas” ⁽¹⁸⁾.

1.2 Definiciones actuales de conocimiento

Conocimiento: Es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de quien aprende. Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo, actitudes frente a la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a medida que aumentan los conocimientos sumado a la importancia que se le da a lo aprendido y se lleva a cabo básicamente a través de dos formas:

a) La informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso Salud – Enfermedad y suele completarse con otros medios de información.

b) La formal, viene a ser aquella que se imparte en las escuelas donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.
(19).

Tanto filósofos como científicos coinciden en que gracias al conocimiento el hombre orienta su existencia en el mundo y aprende a dominar su realidad.

2. Generalidades sobre Actitudes

Las actitudes han sido ampliamente abordadas por psicólogos y sociólogos y tiene que ver con la conducta de las personas en relación al medio social en que se desenvuelven.

Al respecto Allport define las actitudes como: “Un estado mental y neurológico de las disposiciones a responder organizadamente a través de la experiencia y que ejerce una influencia directriz y/o dinámica de la conducta” ⁽²⁰⁾. Por otro lado Whithaker define la actitud como: “Una predisposición para responder de manera predeterminada a un objeto específico” ⁽²¹⁾. Kerlinger refiere: “La actitud es una predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente (categoría que denota: fenómeno, objeto, acontecimiento, construcciones hipotéticas, etc.). En cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante el referente o el objeto cognoscitivo” ⁽²²⁾.

2.1 Formación de las Actitudes:

Según Armendáriz “*El periodo critico en la formación de las actitudes tiene lugar entre los 12 y 30 años de edad, y las influencias importantes son la familia, los compañeros, la educación, los incidentes críticos y decisiones, hacia el final de este periodo las actitudes llegan a ser bastante estables y persistentes*” ⁽²³⁾. Se puede decir que ningún hombre madura en forma independiente a sus semejantes pues vivimos en una sociedad y estamos en constante relación unos con otros; una gran parte de nuestra vida social es resultado de nuestras relaciones con quienes contribuyen a ella, como son nuestra familia, amigos, vecinos y nuestros maestros.

2.2 Estructura de las Actitudes:

Las actitudes están compuestas por tres elementos o componentes básicos:

a) *El elemento cognoscitivo.* Conformado por el conocimiento (parcialmente verdadero) que el sujeto tienen sobre el objeto de la

actitud; toda actitud incorpora algún conocimiento de modo directo a través de una creencia, valores, conocimientos, estereotipos sobre el objeto de la actitud. Las creencias son las formas en que la realidad es percibida por la persona, de simple colaboración, fácilmente modificada y sustituida, puede ser evaluada como verdadera, parcialmente verdadera. Los valores son las formas de juzgar o de enjuiciar la realidad percibida, de colaboración compleja y de difícil modificación y sustitución pueden ser evaluados por el juicio positivo o negativo.

b) *El elemento afectivo*, constituido por los aspectos emocionales que acompañan a la motivación y/o formas como el objeto de la actitud afecta a las personas. La actitud se acompaña de un sentimiento que puede ser de alegría, tristeza, temor, etc. Los investigadores lo consideran como el componente de mayor importancia, pues a través de él se manifiestan sentimientos positivos o negativos, este componente imprime ciertos grados de intensidad o la actitud.

c) *El elemento motivacional*, constituido por la predisposición del sujeto a actuar respecto al objeto. Este elemento comprende tanto el aspecto de la energía como el desencadenante acto conductual. Rodríguez afirma: "El componente motivacional es un investigador de conductas coherentes con las condiciones y los efectos relativos a los efectos actitudinales". Es decir al estar presente la actitud, este crea una predisposición a la acción, que al combinarse con una situación activadora específica, resulta una conducta ⁽²³⁾.

2.3 Característica de las actitudes:

Entre las principales características de las actitudes tenemos:

a) *Aprendidas*: ya que se forman a través de la experiencia y el aprendizaje; y representan cambios potenciales en nuestro

comportamiento, por lo tanto no son innatas, pueden ser voluntarios o involuntarios, consistentes o inconsistentes.

b) Dinámicas: porque cumplen un papel importante vinculando al sujeto con los objetos de la realidad y son susceptibles de modificación o sustitución, y de extensión variable.

c) Estables: No son transitorias las actitudes, sino que una vez formadas se vigorizan y perduran en el sujeto o simplemente se modifican.

d) Interrelación: Las actitudes presentan una vinculación entre sí, constituyendo conjuntos consistentes o sin contradicción.

e) Significancia para el individuo y la sociedad: Toda actitud implica una relación entre una persona y otra o entre las personas y los objetos; las actitudes no se auto generan, se forman y se aprenden en relación a algo.

f) Dirección: Las actitudes presentan una dirección u orientación frente a los objetivos, esta puede ser: favorable (aceptación), desfavorable (rechazo o neutral (indiferente)

2.4 Dimensión de la medición de las actitudes:

Según Calenzani: “La Dirección y la intensidad entrañan al componente afectivo”. La tendencia de las actitudes esta dado porque puede ser descrita de manera completa por medio de dos propiedades. La dirección de la actitud (positiva o negativa. Y el Grado del Sentimiento (por la intensidad) esperado considerándola como una sola dimensión.

(24)

a) Dirección: Señala el modo de sentir de las personas hacia el objeto es decir puede ser positiva si la tendencia al acercamiento hacia el objeto al cual tienen determinada actitud, mientras que el negativo se refiere a la predisposición a evitar el objeto.

b) Intensidad: Indica la fuerza de los sentimientos que entraña la actitud determinando grado de intensidad con que reacciona frente al objeto de las actitudes es decir el grado de sentimiento representado (favorable, medianamente favorable o desfavorable)

2.5 Evaluación de las Actitudes:

Evaluar consiste en dar un valor a algo.

“Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser de intensidad de las expresiones verbales o de la conducta observada” ⁽²⁴⁾. Esta Medición Indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de funciones, proporcionen a juicios sobre lo que los individuos manifiestan se deducen o infieren las actitudes.

La Escala de Lickert toma un numero de proposiciones consideradas pertinentes a la actitud que se ha de medir, los sujetos deben indicar para cada una de ellas si aprueban, están indecisos o desaprueban, el resultado es la suma final de las categorías que se registran, el proceso siguiente es ver en que medida los juicios por cada proposición están en correlación con el resultado final y eliminar aquellas que no manifiesten un acuerdo sustancial.

2.6 Medición de las Actitudes:

Las actitudes pueden medirse por medio directo o indirecto según sea o no advertidas por el sujeto. “las técnicas mas elaboradas para medir las

actitudes están diseñadas de tal forma que obtengan información sobre dos dimensiones: direccionalidad e intensidad, la forma general de las escalas de actitudes distinguen entre la aceptación, la indiferencia o el rechazo del objetivo de referencia, junto con una indicación de la intensidad de sus sentimientos al respecto. Refiriéndose a las actitudes de aceptación y rechazo. Antonio Pinilla en su obra "Psicología Social"⁽²⁴⁾. Explica:

a) Actitud de Aceptación: La actitud es positiva cuando se organiza, la propia conducta en pro del establecimiento de una relación en la que predomina la aceptación, estimación, apoyo, ayuda y cooperación. Las manifestaciones principales de esta actitud se traducen en comportamientos que se describen como: ir hacia; busca el contacto, respuestas que se presentan como actos de aproximación, como resultado de un estilo cognoscitivo abierto que obedece a un conjunto de rasgos mas o menos estructurales de la personalidad y se cristaliza en un sistema total que sirve al hombre no solo para conocer sino también para valorar y actuar sobre la realidad física social y sobre si mismo.

b) Actitud de rechazo: cuando una actitud es negativa se presenta el recelo que aleja a las personas y las predispone en contra suya. El recelo es opuesto a la cooperación por el distanciamiento que sucinta y genera aislamiento, desconfianza y agresión, siendo mecanismo de defensa con que responde a la persona que se encuentra en tensión. Los mecanismos de defensa se utilizan generalmente para anticipar y detener la intensidad provocada por un estímulo frustrante.

c) Actitud de indecisión o indiferencia: Es la predisposición aun no definida que traduce ambivalencia entre la aceptación y el rechazo.

3. Generalidades sobre la situación del Adulto Mayor

3.1 Definición de envejecimiento

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

Arango Aspilla refiere “Existe una observación de gran importancia con respecto a los cambios cognoscitivos asociados al envejecimiento: Al aumentar los rasgos de edad, los puntajes en diferentes pruebas neurológicas tienden a mostrar una dispersión mayor. Es decir, al avanzar en la edad, la ejecución se hace más heterogénea. En tanto que algunos sujetos continúan presentando una ejecución relativamente alta, otros muestran una caída acelerada. El primer grupo corresponde a lo que se conoce como “Envejecimiento exitoso” (sujetos que aun en edad muy avanzada continúan presentando una ejecución apropiada en pruebas cognoscitivas y llevando una vida relativamente normal). Por el contrario, aquellos que presentan una caída acelerada en sus habilidades cognoscitivas terminan con frecuencia presentando una demencia de tipo Alzheimer (DTA). De hecho las diferencias entre el envejecimiento normal y la DTA son más cuantitativas que cualitativas. En el DTA los cambios cognoscitivos asociados con el envejecimiento se encuentran patológicamente aumentados.”⁽²⁵⁾.

3.2 Población Adulta Mayor

Mary M. Burke en su libro: *Enfermería Gerontológica: Define al adulto mayor como persona de 65 años a mas*⁽³⁾. Según el Estado de la población Peruana en el año 2004 descrito por el Instituto Nacional de

Estadística e informática INEI: “Las personas adultas mayores representaron en el año 2004 el 7.5% de la población total; es decir, 2 millones 79 mil personas que sobrepasan el umbral de 60 y mas años de edad ⁽⁷⁾. La edad promedio de este grupo poblacional esta alrededor de 69 años y no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cambio en relación a la composición por sexo se observan diferencias, constatándose una mayoría femenina de 52.8% frente a 47.2% de población masculina ⁽⁷⁾.

Los resultados censales señalan un relativo incremento de este grupo poblacional. En el año 1981 represento el 6.1% de la población total y en 1993 se incremento a 7.0%. en el lapso de 11 años, del año 1993 al 2004, la población adulta mayor ha incrementado su importancia relativa en 0.5 puntos porcentuales. Según las nuevas tendencias, las persona adultas mayores en el país alcanzaran en el año 2010 una cifra de 2 millones 532 mil persona, que en términos relativos significa el 8.5% de la población total del país. Las nuevas evidencias del volumen de personas adultas mayores demuestran que la población peruana esta iniciando un proceso de envejecimiento, como resultado del continuo descenso de la fecundidad y las mejoras en los programas de salud preventiva, que inciden positivamente en el incremento de la esperanza de vida de las personas” ⁽⁷⁾.

3.3 Situación del Adulto Mayor en el contexto del Cuidado Institucionalizado

La institucionalización debe constituir el último recurso del sistema de protección integral de la salud de los adultos mayores. Es importante saber que los hogares geriátricos son parte del sistema de atención prolongada o de continuidad de cuidados de ancianos que han perdido alguna de sus capacidades para el auto cuidado y carecen de una red

de apoyo familiar y social que le provea los cuidados necesarios. Las demandas de internación emitidas por diferentes entes suelen desconocer otros servicios y recursos del sistema de continuidad de cuidados, tales como: Centro de Día, Atención Domiciliaria, (donde se incluyen los Cuidados Domiciliarios), las Unidades Geriátricas dentro de Hospitales, los Clubes, los Centros de jubilados, los Grupos de Tercera Edad, las Viviendas Asistidas. Dichos recursos y servicios están pensados desde un enfoque preventivo y promocional, mientras que los hogares, por lo general son básicamente asistenciales. Hay que remarcar que Hogares son albergues para ancianos auto validos que ofrecen servicios sociales fundamentalmente: vivienda, alimentación, vestimenta, recreación laborterapia, gestión de pensiones, entre otros; mientras que las residencias geriátricas atienden por lo general a una población más añosa, que requiere asistencia y controles médicos en forma intensiva.

Es importante saber cuándo y cómo se interna un anciano. Los ancianos que son asistidos por las instituciones de internación, por lo general, corresponden al grupo de los viejos-viejos, franja que se extiende de los 75 años en adelante. Estas personas tienden a aumentar su nivel de dependencia y requieren progresivamente mayor apoyo de múltiples organizaciones, y en muchos casos de la institucionalización.

En síntesis se pueden reconocer dos grupos de factores que vulneran las condiciones de vida los ancianos:

a) Los factores económicos, el debilitamiento de lazos social familiares: entre ellos el más destacado es el déficit de vivienda , asociado muchas veces a otro factor que es la ausencia de apoyos familiares; también

encontramos hijos que tienen dificultad económica para sostener familias trigeneracionales, el hacinamiento, la falta de ingresos y de cobertura social.

b) Las enfermedades y/o discapacidades: refieren a aquellas limitaciones psíquicas y físicas que colocan a las personas mayores en situación de dependencia para concretar algunas actividades básicas.

La internación a veces se da en forma anticipada por no haber existido acciones preventivas de apoyo en materia habitacional, o cuando el anciano padece una enfermedad y cae internado en un hospital por fallas de la atención médica previa o falta de cuidados en la familia. También puede suceder que la decisión de internación no sea tomada a tiempo, generando de esta manera conflictos y desgaste familiar excesivo. El sentimiento que opera dentro del adulto mayor en el ingreso a un establecimiento de internación es de carga e inutilidad.

La rutina institucional se encarga de profundizar en los residentes la internalización de este prejuicio. Mediante prácticas sobreprotectoras, los ancianos dejan de realizar tareas, aún las más livianas; convirtiéndose, así, objetos pasivos de asistencia.

La Cultura Organizacional de las instituciones de internación constituye un rasgo de la identidad de las mismas, pocas veces observado por los miembros sin entrenamiento. Su efecto es más efectivo que el enunciado de la misión institucional, ya que es más determinante de las prácticas cotidianas. Si bien las instituciones públicas y a veces las privadas poseen normas escritas que reflejan los objetivos, la cultura institucional y el funcionamiento dependen en mayor medida de las ideas y las creencias de los miembros acerca del anciano ⁽²⁶⁾.

4. Generalidades sobre Demencia

4.1. Definición de Demencia


Demencia: significa pérdida de las capacidades mentales y por tanto, limitación para funcionar como una persona independiente y como ser social. Es sinónimo de deterioro, no de locura. Es difícil precisar cuando comienza la demencia, porque es un proceso continuo, que va disminuyendo progresivamente la capacidad de desenvolverse autónomamente. Una persona demente parece que fuera retrocediendo en el nivel de desarrollo que alcanzo, perdiendo cada vez más sus capacidades, desdibujando toda su personalidad. La demencia es un síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida adquirida de habilidades cognoscitivas y emocionales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional, o ambos ⁽²⁵⁾.

4.2 Clasificación de las Demencias

La clasificación de las demencias depende del criterio que se utilice, por ejemplo, la edad de inicio, la etiología, la patología subyacente (degenerativa, vascular o metabólica), los signos neurológicos que la acompañan o la respuesta a la terapia.

Con base en las características clínicas Joynt y Shoulson las clasifican según: localización y demencia mixta

a) LOCALIZACION

 Cortical: Las **DEMENCIAS CORTICALES** se caracterizan por alteraciones cognoscitivas. Los pacientes presentan modificaciones que afectan áreas de asociación que median el lenguaje, movimientos especializados y percepción, además presentan afasia, apraxia y agnosia. En las etapas tempranas de la enfermedad las alteraciones son sutiles. Debido a que en muchas demencias corticales la pérdida de tejido cerebral es gradual, no son evidentes los síndromes de afasia,

agnosia y apraxia que se observan en las alteraciones vasculares, en los cuales existe una pérdida cerebral repentina, completa y localizada, la enfermedad de Alzheimer (EA) es un ejemplo de este tipo de demencia.

✚ Fronto Subcortical: En las **DEMENCIAS SUB CORTICALES** se presenta una pérdida gradual de capacidad cognoscitiva. Sin embargo las áreas corticales de asociación posterior por lo general no se afectan, por tanto la afasia, agnosia y apraxia están ausentes. La ausencia de alteraciones cognoscitivas corticales posteriores junto a la presencia de una profunda apatía señalan un síndrome de demencia subcortical, la área de Huntington es un ejemplo de este tipo de demencia.

✚ Axial: Las **DEMENCIAS AXIALES** involucran las estructuras axiales del cerebro, como la porción medial de los lóbulos temporales, hipocampo, formix, cuerpos modulares y el hipotálamo, la característica más prominente de esta es una alteración de la memoria reciente, lo que ocasiona que el aprendizaje de tareas nuevas sea prácticamente imposible. No se observan alteraciones cognoscitivas específicas. El Síndrome de Wernicke. Korsakoff ejemplifica este tipo de demencia

Entre estos tipos de demencias la Enfermedad de Alzheimer es la más frecuente de todas las demencias.

5. Generalidades sobre la Enfermedad de Alzheimer

5.1 Definición de la Enfermedad de Alzheimer

La Enfermedad de Alzheimer, fue descrita por primera vez en 1907 por el psiquiatra bávaro Alois Alzheimer, es la más común de las demencias. Se trata de una enfermedad progresiva y degenerativa del

cerebro caracterizada por una disminución de las funciones intelectuales de la persona, con una consecuente pérdida de la memoria y deterioro del pensamiento y la conducta, lo suficientemente graves como para interferir en la capacidad del individuo para realizar las actividades normales de la vida diaria. En 1992 la OMS la definió como “Una dolencia neurodegenerativa cerebral primaria de etiología desconocida, que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos ⁽¹⁾.”

En Estados Unidos entre 2 a 4 millones de personas padecen de demencia relacionada con el envejecimiento y hasta 2/3 partes de esta cantidad padece de la enfermedad de Alzheimer ⁽⁶⁾.

Los datos estadísticos que ofrecen los estudios epidemiológicos sobre envejecimiento y demencia presentan un panorama inquietante. El bajo índice de natalidad, la mejora en las condiciones sanitarias como sociales y como consecuencia, el aumento en la esperanza de vida han hecho que el número de personas con edades superiores a los 65 años sea cada vez mayor, y son precisamente estas las más vulnerables a padecer demencia.

En la actualidad se sabe que la Enfermedad de Alzheimer en los países occidentales está presente entre el 50 y 60% de todos los casos de demencia. Suele afectar a 10% de las personas mayores de 65 años y alrededor de la mitad de los que superan los 85 años.

5.2 Características de la Enfermedad de Alzheimer

a) Características Neuropatológicas de la Enfermedad de Alzheimer. Desde el punto de vista neuropatológico, los sujetos con Enfermedad de Alzheimer suelen presentar una serie de cambios característicos a nivel macroscópico como microscópico.

b) Alteraciones Genéticas de la Enfermedad de Alzheimer-

Interviniendo los siguientes cromosomas: Cromosoma 21 (Gen APP Z1M); Cromosoma 19 (Gen APOE); Cromosoma 14 (Gen 182S/PS1); Cromosoma 01 (Gen STM2/PS2); Cromosoma 12; Cromosoma 10.

c) Alteraciones Clínicas de la Enfermedad de Alzheimer-

Alteraciones Cognitivas: Orientación, atención, memoria, lenguaje, praxias, percepción, funciones ejecutivas.

Alteraciones Psicológicas y Comportamentales

5.3 Estadios de la Enfermedad de Alzheimer

a) Estadio I (inicial)

Puede durar de 1 a 3 años. En este estadio resaltan los trastornos de memoria. El paciente frecuentemente presenta olvidos. Se olvida hechos recientes y no puede retener nueva información. A veces confabula, inventa respuestas adecuadas aunque no ciertas, para brindar la información que se le pregunta. Es el caso de un paciente quien al no recordar que tomo de desayuno contesta "Tome leche, pan con mermelada y queso". En esta etapa empiezan a surgir algunos cambios de personalidad y las habilidades laborales decaen. Hay pacientes que se tornan desinhibidos en la esfera sexual y presentan conductas vulgares o groseras, llamando la atención de quienes los reconocían como respetuosos y formales. También hay aquellos que su trabajo ya no lo realizan con el cuidado y minuciosidad de antes, siendo muchas veces sorprendidos, enfadados. El lenguaje también se afecta, tienen dificultad para encontrar adecuadas al momento de comunicarse; pueden usar muchas palabras para expresar o repiten una y otra vez lo mismo. Con frecuencia este estadio pasa desapercibido ya que la actividad rutinaria y el autovalimiento del paciente se mantienen. Si

alguien se percata de los cambios del paciente con facilidad son adjudicados a la vejez.

b) Estadio II (intermedio)

Su duración fluctúa entre los 2 y 10 años. Las alteraciones se acentúan y aumentan progresivamente. Puede presentarse la depresión. En ese caso el paciente tiene dificultades para su autovalimiento; por ejemplo: se abotona mal la camisa y no sabe como ponerse en pantalón. No recuerda para que son los objetos, no sabe como utilizarlos y puede adoptar la conducta de guardar todo en lugares inapropiados. Es el caso de un paciente quien en el momento de la consulta guardó en su bolsillo papeles inservibles que encontró en el basurero, llaves del armario de libros, plumones de pizarra y una regla. El lenguaje cada vez es más pobre y difícil de entender. Son frecuentes la labilidad emocional; la falta de control de esfínteres, los problemas para su higiene personal, para ir al baño, lavarse y vestirse; la inquietud; la dificultad para mantenerse en un lugar dado. La interacción con los familiares es pobre, y a un descuido de estos, al desorientarse, puede perderse en el barrio, en la casa, en el hospital. La vida social desaparece. Pueden presentarse alteraciones en el sueño, ideas paranoides y alucinaciones. En esta etapa ya hay un impacto en las personas que conviven con el paciente, y es el transtocamiento familiar, ambiental, el que precipita la consulta médica.

c) Estadio III (final)

Caracterizado por el gran deterioro del paciente: ya no puede orientarse, confunde a las personas conocidas, a quienes, o las desconoce o les cambia de nombre. En este estadio la persona es incapaz de cuidarse de si misma. Su lenguaje es muy reducido, repitiendo con frecuencia las palabras que uno les dice como un eco. Progresivamente dejan de

hablar, pueden emitir chillidos cuando se les estimula. existen seria dificultades para alimentarse. sus movimientos son muy rígidos, tienden a permanecer en sillas de ruedas o a estar postrados en cama, aparecen reflejos primitivos como la succión. Finalmente pueden adquirir una postura fetal, presentar convulsiones y posteriormente la muerte ⁽²⁷⁾.

5.4 Manifestaciones Clínicas de la Enfermedad de Alzheimer

Para efectos del estudio nos centraremos en detallar las Alteraciones Clínicas de esta enfermedad.

a) Alteraciones Cognitivas de la Enfermedad de Alzheimer

La Enfermedad de Alzheimer es un síndrome neurodegenerativo que se caracteriza por un declive en el funcionamiento intelectual que abarca funciones como la memoria, el lenguaje, las praxias, las gnosias así como las funciones ejecutivas y que con el paso del tiempo genera una pérdida o deterioro global de cada uno de los siguientes procesos cognitivos.

Orientación: La evaluación de los diferentes tipos de orientación (temporal, espacial y personal) es uno de los primeros aspectos que debe observarse en sujetos con demencia, ya que, como ocurre en el caso de la Enfermedad de Alzheimer, los déficit en orientación suelen seguir un patrón de deterioro común en la mayoría de los sujetos, presentándose en lo estadios iniciales de la enfermedad dificultades en la orientación temporal (los pacientes no saben el día, mes, año de estación en que se encuentran); posteriormente los pacientes comienzan a presentar problemas para orientarse en el espacio (inicialmente sus dificultades se producen en lugares poco conocidos y después se pierden en lugares familiares) y finalmente pierden su orientación personal.

Atención: En los estadios iniciales los sujetos con Enfermedad de Alzheimer presentan déficit en la atención selectiva (capacidad para dirigir la atención sobre un estímulo relevante e inhibir otros irrelevantes), principalmente en aquellas tareas que requieren inhibición de respuestas, elección y cambio atencional rápido. Después en estadios moderados y severos de la enfermedad, se observan alteraciones en la atención dividida (capacidad para prestar atención a dos o más estímulos relevantes al mismo tiempo) y en la atención sostenida (capacidad para mantener el foco atencional durante un periodo largo sobre un estímulo relevante)

Memoria: La memoria es una de las funciones cognitivas más sensibles al daño cerebral y en especial una de las funciones más investigadas de la Enfermedad de Alzheimer, puesto que suele ser uno de los primeros síntomas. En la mayoría de los pacientes, la memoria episódica suele ser la que de inicio se encuentra afectada, manifestaciones como una dificultad para codificar y almacenar información reciente. En las primeras fases también se observa una afectación de la memoria semántica, presentándose como una dificultad en la evocación del conocimiento de los objetos, los hechos, los conceptos, al igual que las palabras y sus significados. Dichos déficit suelen manifestarse en pruebas como: Denominación de objetos, generación de significados de palabras, y en los *tests* de fluidez de categorías semánticas. A medida en que progresa la enfermedad, el deterioro de la memoria suele afectar la evocación de recuerdos pasados (amnesia retrograda) y en estadios finales de la enfermedad pueden verse afectados los diferentes tipos de memoria, aunque estudios recientes señalan la preservación de la memoria implícita y el aprendizaje procedimental en las últimas etapas.

Lenguaje: las alteraciones de los procesos lingüísticos son comunes en los sujetos con Enfermedad de Alzheimer, siendo estas cada vez más evidentes a medida que progresa la enfermedad. En los estadios iniciales, los pacientes suelen conservar los componentes fonológicos, léxicos y gramaticales de su lenguaje. Sin embargo presentan leves dificultades para encontrar palabras (anomia) que, con el transcurrir de los meses, se agudiza. Aparecen, también, problemas con la comprensión auditiva y parafasias, mientras que la habilidad para repetir palabras suele estar preservada. Esta evolución de deterioro es muy similar al patrón de los pacientes con afasia transcortical sensorial, aunque a diferencia de esta con la menor presencia de parafasias y ecolalia, así como en la mayor alteración del habla automática. En *Estadios moderados*, el lenguaje espontáneo del paciente disminuye de manera considerable y aparecen respuestas perseverativas y discursos vacíos de contenido, aumentan tanto las parafasias semánticas como las fonológicas, se desarrollan dificultades en la comprensión de las órdenes complejas y comienzan a evidenciarse problemas de lectura, comprensión de párrafos y oraciones, así como déficit en la escritura normativa y al dictado relacionados con errores de omisión y sustitución de letras. En el último estadio de la enfermedad el paciente es incapaz de responder ante órdenes sencillas, su lenguaje espontáneo se caracteriza por la presencia de estereotipos verbales, ecolalia, palilalia y finalmente mutismo. En cuanto a la escritura y la lectura se observa agrafia y alexia severa.

Praxias: la apraxia visuoconstructiva es una de las primeras alteraciones que aparece en los estadios iniciales de la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo no suele ser muy evidente en la vida cotidiana del paciente, por tanto es detectado comúnmente en la realización de aquellas pruebas neuropsicológicas que requieren una adecuada

planificación y coordinación visuomotora, como el dibujo espontáneo y o por copia, la figura de Rey, los *Subtests* de rompecabezas y cubos en la escala de inteligencia WAIS – III, y el *test* de la figura del reloj. En la medida que progresa la enfermedad suele hacerse evidente la apraxia ideomotora, caracterizado por la incapacidad para realizar **gestos expresivos** como evitar un beso, decir adiós con la mano, hacer el saludo militar. Igualmente se alteran los **movimientos reflexivos** dirigidos hacia el propio cuerpo, como pueden ser beber un vaso de agua, cepillarse los dientes o coger el teléfono para hacer una llamada, o los **no reflexivos**, como atornillar, clavar un clavo o pintar con una brocha. Dicha incapacidad suele evidenciarse principalmente ante la orden verbal, aunque en algunos casos también suele verse alterada la imitación. En estadios moderados y finales de la enfermedad se agudizan los déficit constructivos, apareciendo el fenómeno conocido como *closing in*, caracterizado por la superposición del dibujo que hace el enfermo sobre el ejemplo que se le facilita. Asimismo, el paciente empieza a presentar dificultades para colocarse sus prendas de vestir (aproxia del vestir), así como problemas a la hora de realizar movimientos de manera secuencial con el fin de manipular objetos (aproxia ideacional)

Percepción: las alteraciones de los procesos perceptivos se conocen con el nombre de agnosias y se caracterizan por la incapacidad en el reconocimiento de estímulos sensoriales provenientes del mundo exterior (estímulos visuales, auditivos, espaciales, gustativos y olfatorios), o el propio cuerpo (somatosensoriales) y se presentan en ausencia de dificultad sensoriales primaria, afasia o trastornos intelectuales. En la Enfermedad de Alzheimer no es muy común encontrar déficit perceptivos en las primeras fases de la enfermedad; sin embargo, se han encontrado que estos pacientes pueden llegar a

presentar dificultades en el reconocimiento de los olores, entorrinal – hipo campal – subicular, del cual forma parte el sistema olfatorio, cuyas estructuras son en particular vulnerables al proceso degenerativo de la Enfermedad de Alzheimer. En estadios leves y moderados de la enfermedad es común encontrar que los pacientes muestren alteraciones visuo espaciales (el paciente se pierde en lugares poco conocidos y a medida que avanza la enfermedad suelen tener dificultades para reconocer su barrio, por ultimo se pierde en su propia casa), agnosias visuales (incapacidad para reconocer estímulos complejos, presentan problemas en tareas de reconocimiento, de diferenciar entre objetos y en la pruebas de figura – fondo), en los estadios moderados y avanzados de la enfermedad aparece la incapacidad para reconocer rostros de personas conocidas (prosopagnosia) y déficit para reconocer el propio esquema corporal (somatoagnosia).

Funciones Ejecutivas: Las funciones ejecutivas se han definido como la capacidad de transformar los pensamientos en acción y se manifiestan como:

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

En la Enfermedad de Alzheimer estas funciones se ven mas alteradas conforme el proceso demencial afecta a los lóbulos frontales. En estos momentos, las personas muestran dificultades para formular metas, para elaborar planes de actuación y decidir las etapas y las estrategias a

seguir, para iniciar las actividades, para controlar o regular el tiempo y auto corregirse a la vez que se están llevando a cabo las tareas y para buscar diferentes soluciones cuando la elegida no es eficaz. Asimismo la alteración de funciones ejecutivas se pueden presentar en estos pacientes de múltiples formas, desde la acinesia (reducción del movimiento) y el mutismo, hasta cambios importantes de personalidad sin aparentes alteraciones de movimiento, percepción o capacidades intelectivas.

b) Alteraciones Psicológicas y Comportamentales de la Enfermedad de Alzheimer

Las alteraciones psicológicas y del comportamiento como posibles subtipos del cuadro clínico dentro de los criterios diagnósticos de la Enfermedad de Alzheimer, fueron introducidas a partir del decenio de 1980 – 1989 en el DSM – III – R, pese a que el mismo Alois Alzheimer describió ya en 1907 la presencia de delirios y alucinaciones como parte del cuadro clínico de esta enfermedad. Sin embargo, durante todo este tiempo el esfuerzo de las clínicas se ha dirigido principalmente a la evaluación del funcionamiento cognitivo como parte importante en el diagnóstico de la enfermedad. Pese a esto, durante estos últimos años, ha cobrado importancia la valoración de los síntomas psicológicos y comportamentales en pacientes con demencia, en especial con Enfermedad de Alzheimer, ya que cada vez van adquiriendo mayor importancia debido a sus repercusiones a nivel clínico, social, familiar y terapéutico.

Entre los síntomas psicológicos y comportamentales que puede llegar a hacer su aparición en el transcurso de una Enfermedad de Alzheimer están: depresión, ansiedad, delirios, alucinaciones, agitación, agresividad y cambios de personalidad, los cuales pueden llegar a

convertir el entorno del paciente en altamente estresante y destructivo, tanto para el cuidador como para la familia y es una de las principales causas de institucionalización del paciente a un centro geriátrico.

En conclusión y después de haber observado las diferentes características clínicas que suelen aparecer en la Enfermedad de Alzheimer, es importante señalar que de acuerdo con el momento de aparición de la sintomatología, podemos clasificar la Enfermedad de Alzheimer de dos formas:

✚ **Enfermedad de Alzheimer de inicio temprano**, cuyas características clínicas suelen hacer su aparición antes de los 65 años; además, en la mayoría de los casos suele estar asociado a formas familiares ligadas a alteraciones de los cromosomas 21, 14 o 1 y cuyo deterioro suele ser más rápido y se caracteriza principalmente por dificultades de atención, lenguaje y apraxia.

✚ **Enfermedad de Alzheimer de inicio tardío o esporádico** (sin historia familiar), cuya sintomatología aparece después de los 65 años y cuya etiología actualmente no se conoce. Este segundo tipo suele caracterizarse por un deterioro más lento y con alteración más marcada de la memoria y mayor confusión mental ⁽²⁵⁾.

5.4 Alzheimer en el Perú

Hasta el momento se pudo encontrar una columna periodística publicada el miércoles 21 de Septiembre del año 2005 realizada por la reportera **Andrea Castillo Calderón** del Diario El Comercio : *“Aproximadamente 270 mil personas sufren el mal de Alzheimer en el Perú. **LA LUCHA CONTRA EL OLVIDO.** Atender a una persona con Alzheimer exige amor y paciencia de la familia. Señalan que en solo 10% de los casos se busca ayuda hospitalaria. **MAL SIN CURA,** La*

*incidencia de la enfermedad preocupa en la medida que aumenta la esperanza de vida y la población envejece. A pesar de los esfuerzos desplegados en la última década, la enfermedad no tiene cura (aunque ha habido avances en el conocimiento de la parte neuropatológica y bioquímica y se prueban nuevos fármacos y una posible vacuna, aún nada es definitivo). En lo que sí no se ha avanzado --solo hay teorías-- es en el conocimiento de la etiología u origen de la enfermedad, comenta el doctor **Danilo Sánchez**, jefe del departamento de Enfermedades Degenerativas del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN). En el 95% de casos no hay una causa que la explique, dijo. Según estimaciones del INCN, un promedio de 270 mil personas padece en el Perú la enfermedad de Alzheimer y solo 10% recibe atención en los establecimientos de salud. La mayoría de los casos, dice el doctor Danilo Sánchez, permanecen escondidos por los familiares que lo asumen como un asunto de la vejez. El desconocimiento de la enfermedad también es motivo del maltrato de los adultos mayores afectados por esta enfermedad degenerativa. Y lo más grave: muchos son víctimas de estafas y contratos irregulares.”⁽⁹⁾.*

6. Rol de la Enfermera en la Prevención y Atención de pacientes con la Enfermedad de Alzheimer

La enfermera tiene sus propios elementos de conocimientos. Estos conocimientos son teóricos y prácticos. El conocimiento teórico influye y se refleja sobre los valores básicos, y los principios, elementos y fases orientativas de una concepción de la enfermería. Los objetivos del conocimiento teórico estimulan el pensamiento y crean una amplia concepción de la ciencia y la práctica de la disciplina enfermera.

El conocimiento práctico no está organizado de la misma forma que el conocimiento teórico, el conocimiento práctico se basa en la experiencia de la enfermera. El reconocimiento práctico es el “arte” enfermero. Se alcanza mediante los conocimientos personales conseguidos a través de la práctica, la reflexión sobre la propia experiencia, la síntesis y la integración de arte, ciencia y práctica enfermera.

En tanto que un arte, la enfermera se basa en el conocimiento obtenido de la práctica de la reflexión sobre experiencias anteriores. En tanto que una ciencia, la enfermera se basa en un conocimiento comprobado científicamente que se ha aplicado a un escenario práctico. Pero al final será la enfermera experta la que trasladará el arte y la ciencia enfermeras hasta el reino científico de los cuidados creativos ⁽²⁸⁾.

6.1 Reconocimiento temprano del Deterioro Cognitivo

El diagnóstico temprano, hace referencia al reconocimiento de la enfermedad en las etapas iniciales del período sintomático, siendo esta la actividad hacia la que se deben enfocar los esfuerzos diagnósticos, especialmente en atención primaria de salud ⁽²⁹⁾.

El médico, el enfermero y el trabajador social del primer nivel de salud representan para la mayoría de los pacientes la puerta de entrada al sistema sanitario y, por lo tanto, el primer contacto profesional. Ello favorece un sistema de atención primaria constituido por profesionales sensibilizados y adecuadamente entrenados puedan detectar el deterioro cognitivo en etapas tempranas ⁽²⁹⁾.

6.2 Enfermería Gerontológica

El rol de la enfermera debe ser el de un profesional autónomo en el cuidado de la salud que coordine la atención compleja a los adultos


mayores y sus familias, y que asuma el rol de líder en el equipo multidisciplinario de atención sanitaria. La enfermera gerontológica se sitúa entre las áreas más especializadas de la práctica de la enfermería. Muchos de los problemas del adulto mayor están asociados con el funcionamiento diario y, por tanto, son más sensibles a los modelos de cuidado de enfermería que al tratamiento médico ⁽¹⁰⁾.

“La enfermería gerontológica ha sido definida por Gunter y Estes como un servicio de salud que incorpora a los conocimientos específicos de enfermería, aquellos especializados sobre el proceso de envejecimiento, para establecer en la persona mayor y en su entorno las condiciones que permitan:

- Aumentar las conductas saludables
- Minimizar y compensar las pérdidas de salud y las limitaciones relacionadas con la edad
- Proveer comodidad durante los eventos de angustia y debilidad en la vejez, incluyendo el proceso de la muerte
- Facilitar el diagnóstico, alivio y tratamiento de las enfermedades que ocurren en la vejez.” ⁽³⁰⁾.

El cuidado de enfermería de un Adulto Mayor con deterioro cognoscitivo representa un reto importante. Se necesita todo el conocimiento, habilidad y valor para ocuparse de este tipo de pacientes y de sus familias ⁽³⁾.

G. Definición Operacional de términos

 **Enfermera:** Persona que desempeña un rol profesional basado en el cuidado para el bienestar del ser humano, es quien mediante su conocimiento científico da pautas y participa activamente en la adopción de hábitos saludables.

✚ **Personal de Enfermería:** Esta formado por Técnicos de Enfermería Y Enfermeras que brindan atención a los residentes del albergue central ignacia Rodulfo vda. de Canevaro

✚ **Conocimiento:** El conocimiento es la integración del Personal de Salud al proceso Salud- Enfermedad. Mediante este conocimiento el personal es un miembro activo, participando así en la identificación de manifestaciones tempranas de cualquier tipo de enfermedad que pueda aparecer en el paciente, detectándola a tiempo para su inmediato tratamiento y rehabilitación.

✚ **Actitud:** Es la predisposición del personal de salud de actuar, pensar y sentir frente a objetos, personas y situaciones definidas como por ejemplo una enfermedad mediante la aceptación, indiferencia y rechazo.

✚ **Envejecimiento:** Es la etapa natural de la vida en la cual, producto del paso del tiempo, las personas comienzan a presentar cambios tanto físicos, psicológicos y sociales.

✚ **Persona Adulta Mayor:** Es toda aquella persona que tiene o ha pasado los 60 años de vida.

✚ **Enfermedad de Alzheimer:** La enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia es aquella enfermedad que ocasionan problemas de memoria, de capacidad de juicio y de procedimientos de pensamiento que hacen difícil que un individuo pueda trabajar y formar parte de la vida familiar y social cotidianas.

H. Operacionalización de la variable

(ANEXO N° 1)

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

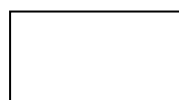
A.- Tipo, Nivel y Método

El presente estudio de investigación es de tipo **cuantitativo** porque permite medir o cuantificar la variable de estudio. Y es de Nivel **aplicativo** pues el conocimiento que se espera lograr contribuirá al cuidado de enfermería debido a que lo enriquece con el sentido de la práctica profesional.

El Método utilizado es de tipo **descriptivo** porque va a señalar los hechos tal como ocurren en la realidad. Este estudio pretende describir el conocimiento del personal de enfermería del Albergue Central Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro. Según el periodo y secuencia la investigación es de corte **transversal** pues se va a realizar haciendo un corte en el tiempo en el que se estudia la variable en un periodo determinado de tiempo y espacio sin ser alterado por el investigador.

B.- Área de estudio

El Albergue Central “Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro”, de la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana, esta ubicado en el distrito del Rímac. Los servicios que se les otorgan son: habitación,



alimentación, útiles de aseo personal, vestuario, atención médica, rehabilitación física, terapia ocupacional, servicio psicológico y social.

La Institución cuenta con profesionales de la salud dedicados al cuidado permanente en forma integral de los adultos mayores (6 enfermeras, 3 médicos, 2 psicólogos, 2 asistentes sociales, 2 terapeutas, 1 odontólogo, 1 nutricionista, etc.) El personal de enfermería permanece por turnos rotativos de mañana, tarde y noche.

El albergue cuenta con 440 adultos mayores albergados en diferentes pabellones según el grado de dependencia. Su distribución es la siguiente:

- Pabellones N° 1-2-3-5: Adultos Mayores de Grado de dependencia parcial (mujeres)
- Pabellón N° 4: Adultos Mayores con dependencia física (mixto)
- Pabellón N° 6: Adultos Mayores dependientes mentales
- Pabellones N° 7-8-9: Adultos Mayores de grado de dependencia parcial (varones)
- Pabellón N° 10: Adultos Mayores de grado de dependencia total
- Pabellón Central: Adultos Mayores de grado de dependencia parcial (mixto – pagantes)
- Unidad Geriátrica: Adultos Mayores de los diferentes pabellones que requieran ser internados de emergencia.

La población albergada recibe evaluaciones de su estado de salud física y mental. En los registros del personal de enfermería hay una relación de albergados, en el cual se registran aproximadamente 77 residentes con trastorno de personalidad, 80 con síndrome demencial y demencia y 35 con depresión y ansiedad, entre otros.

C.- Población y / o Muestra

La presente investigación tiene como población al total de las 6 licenciadas de enfermería y 50 técnicas de enfermería tanto nombradas como contratadas que laboran en el Albergue Central “Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro”, durante el mes de febrero del año 2008.

Criterios de Inclusión:

- Enfermeras Nombradas y contratadas que laboren como mínimo 1 año en el Albergue Central “Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro”,
- Enfermeras con participación voluntaria en la investigación.
- Personal Técnico en Enfermería Nombradas y contratadas que laboren como mínimo 1 año en el Albergue Central “Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro”,
- Personal Técnico en Enfermería con participación voluntaria en la investigación.

Criterios de Exclusión:

- Enfermeras que se encuentran de vacaciones y de licencia.
- Enfermeras que no desean participar en la investigación.
- Personal Técnico en Enfermería que se encuentran de vacaciones y de licencia.
- Personal Técnico en Enfermería que no desean participar en la investigación.

D.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para recolectar los datos se utilizó como Técnica la Encuesta y como instrumentos el Cuestionario Semiestructurado y una escala modificada tipo Lickert que se aplicó al Personal de Enfermería que labora en el Albergue Central “Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro”, con el objetivo de obtener información sobre conocimientos y sus actitudes

hacia la enfermedad de Alzheimer. Para medir la variable conocimiento se utilizó el *cuestionario* con datos generales y preguntas propias del tema de investigación (ANEXO N° 3). Para medir la variable *actitudes* se utilizó la escala de Lickert modificada (ANEXO N° 4).

E.- Validez y Confiabilidad del instrumento

Para dar validez al instrumento, se realizó el juicio de expertos en el área conformado por 4 enfermeras, 1 médico y 1 docente metodólogo que laboran en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas así como 2 docentes metodólogas de la E.A.P de Enfermería de la U.N.M.S.M, los cuales luego de las observaciones y recomendaciones respectivas, me sirvieron para realizar los reajustes necesarios. Los puntajes fueron sometidos a una prueba binomial, encontrándose para el cuestionario un valor de 0.033 (ANEXO N° 5) y para la escala de actitudes un valor de 0.2 (ANEXO N° 6) teniendo una concordancia significativa.

Posteriormente se realizó la prueba piloto para medir la confiabilidad de los instrumentos concentrando a 3 enfermeros y 10 Técnicos de enfermería, ubicando la población en el Asilo San Vicente de Paúl, por ser semejante y parecida a la población de estudio, con el propósito de comprobar el nivel de comprensión de las preguntas y probar la factibilidad de la aplicación del instrumento; para determinar la *validez* estadística interna de cada uno de los ítems de los instrumentos, se utilizó la prueba de ítem test mediante el coeficiente de correlación R de Pearson (ANEXO N° 9) quedando finalmente conformado por 17 de las 18 preguntas propuestas para el cuestionario de conocimientos y 16 preguntas propuestas para la escala de actitud. Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a utilizar la prueba estadística Alfa de Crombach obteniendo se un 73% de confiabilidad para el

cuestionario (ANEXO N° 10) y un 61% de confiabilidad para la escala de lickert (ANEXO N° 11)

F.- Plan de Recolección, procesamiento y Análisis de Datos

Previo a la recolección de datos se realizó las respectivas coordinaciones: tramite administrativo solicitando campo clínico a través de un oficio remitido por la Directora de la Escuela Académico Profesional de Enfermería a la Directora General de Servicio Social de la Beneficencia Publica de Lima, Lic. Gladys Cunza Arana; para luego aplicar el instrumento, permaneciendo como estudiante de enfermería durante 6 horas por una semana incluyendo domingo, considerando una duración promedio de 20 a 30 minutos recolectando la información de manera directa y asegurando el resultado del instrumento aplicado.

Luego de concluida la recolección de datos, estos fueron procesados en forma manual y a partir de ellos se elaboraron la tabla Matriz de codificación tripartita sobre la base de códigos previamente establecidos, para dicho procesamiento de hizo uso del programa Microsoft Excel (ANEXO N° 12 y 13)

Para la medición de la variable CONOCIMIENTOS se asigno a la respuesta correcta 1 y a la incorrecta 0. Una vez tabulados se hallo la media aritmética y la desviación estándar de cada variable en estudio lo que permitió clasificar los datos según la Escala de Estanones obteniéndose las siguientes categorías (ANEXO N° 14):

Conocimiento Bajo	=	De 0 a 8 puntos
Conocimiento Medio	=	De 9 a 12 puntos
Conocimiento Alto	=	De 13 a 17 puntos

Para la medición de la variable ACTITUDES de asigno de la siguiente manera considerando la proposición positiva de 5 a 1 y la proposición negativa de 1 a 5. De igual modo se aplico la Escala de Estanones obteniéndose las siguientes categorías (ANEXO N° 15):

Actitud de Rechazo = De 16 a 54 puntos

Actitud de Indecisión = De 55 a 66 puntos

Actitud de Aceptación = De 67 a 80 puntos

Para la presentación de los resultados se utilizo tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación respectivos considerando el marco teórico.

G.- Consideraciones Éticas

Para la realización la investigación se contó con el apoyo del personal de enfermería; para ello previamente se tuvo una entrevista con cada personal de enfermería que participo en el estudio, quienes están descritas en los criterios de inclusión; para ello se les hizo firmar un documento de consentimiento informado (ANEXO N° 2) tomándose en cuenta los códigos internacionales de Ética: Helsinsky.

El consentimiento Informado es una regla estipulada en la Declaración de Helsinsky, promulgada en 1964 por la Asociación Medica Mundial, documento fundamental en el campo de la ética en la investigación biomédica ⁽³¹⁾.

CAPITULO III

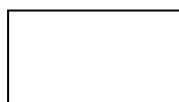
RESULTADOS Y DISCUSION

A.- PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

La población de estudio estuvo conformada por 56 personas que pertenecen al servicio de enfermería (100%) de los cuales 6 son enfermeras(11%) y 50 son personal técnico de enfermería (89%) del Albergue Central “Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro”(ver anexo N° 20)

El personal nombrado lo conforman 3 enfermeras (50%) y 18 técnicas (36%) a diferencia de los contratados que son 3 enfermeras (50%) y 32 técnicos (64%) que laboran en el albergue canevaro (ver anexo N° 21)

Según grado de dependencia 2 enfermeras (33%) y 23 técnicos de enfermería (46%) atienden a pacientes de grado de dependencia III; así como 4 enfermeras (67%) y 20 técnicos de enfermería (40%) atienden a pacientes de grado de dependencia II, llamando la atención que a los de grado I, solo es atendido en su mayoría por técnicas 7(14%) ya que la enfermera centra su atención en los demás pabellones (ver anexo N° 22)



Así mismo 3 enfermeras (50%) y 24 técnicos de enfermería (48%) han asistido a una capacitación sobre trastornos de memoria durante el año pasado y 2 enfermeras (33%) y 20 técnicos de enfermería (40%) no han asistido a ninguna capacitación durante el año pasado. (ver anexo N° 23)

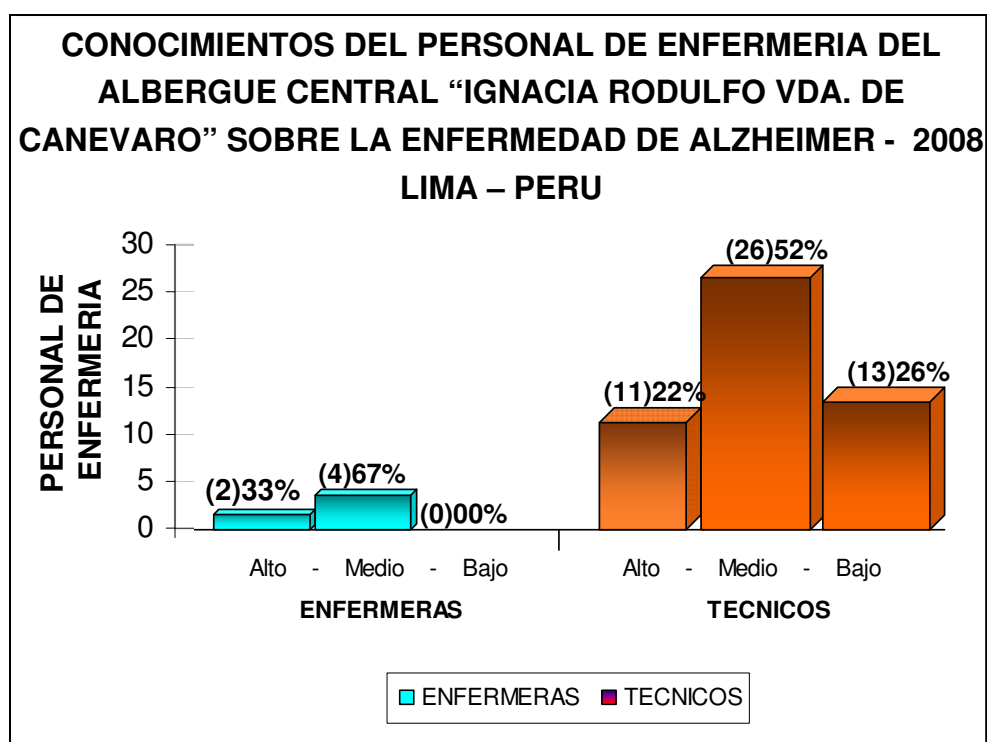
1. Conocimientos del Personal de Enfermería del albergue central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” sobre la Enfermedad de Alzheimer.

En el GRAFICO N° 1, Respecto a los Conocimientos del Personal de Enfermería sobre la Enfermedad de Alzheimer de 6 enfermeras (100%), 4(67%) presentan un conocimiento medio y 2(33%) un conocimiento alto; así como de 50 técnicos de enfermería (100%), 26(52%) presentan conocimiento medio y 13(26%) un conocimiento bajo. Los aspectos relacionados al conocimiento medio esta dado porque el personal de enfermería desconoce como reconocer la desorientación en un paciente. (ver anexo N° 24)

Los conocimientos que debe poseer el personal de enfermería, son el conjunto de ideas, conceptos y enunciados que contribuyan al cuidado del Adulto Mayor con Alzheimer, enfermedad caracterizada por una disminución de las funciones intelectuales de la persona, con una consecuente perdida de la memoria, deterioro del pensamiento y la conducta denominados alteraciones cognitivas y también alteraciones psicológicas y comportamentales lo suficientemente graves como para interferir en la capacidad del individuo para realizar las acciones normales de la vida diaria ⁽¹⁾. El diagnostico temprano, hace referencia al reconocimiento de la enfermedad en las etapas iniciales del periodo sintomático, siendo esta la actividad hacia la que se debe enfocar los

esfuerzos diagnósticos ⁽²⁸⁾.el rol de la enfermera debe ser el de un profesional autónomo en el cuidado de la salud que coordine la atención compleja a los adultos mayores, muchos de los problemas del adulto mayor están asociados con el funcionamiento diario y, por tanto, son mas sensibles a los modelos de cuidado de enfermería que al tratamiento medico ⁽¹⁰⁾. Por lo tanto, el personal de enfermería en el cumplimiento de su deber legal y moral en la prevención y promoción de la salud debe poseer conocimientos completos y actualizados sobre la enfermedad de alzheimer para garantizarla calidad de vida del Adulto Mayor.

GRAFICO N° 1



Por lo expuesto se deduce que la mayoría del personal de enfermería del albergue central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” tiene un conocimiento “medio” con tendencia a ser “alto” en las enfermeras, pero el trabajo que desarrollan no les permite tener

contactos mas frecuentes con el adulto mayor, reduciendo talvez la oportunidad de identificar tempranamente signos y síntomas de la enfermedad de alzheimer; mientras que el personal técnico de enfermería tiene un conocimiento “medio” con tendencia a “baja” sobre la enfermedad de Alzheimer por lo que predispone al Adulto Mayor con inicio de esta enfermedad a no ser diagnosticada a tiempo siendo incomprendido y tratado como una demencia propia de la edad ya que no evidencia estos cambios que podrían mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

CUADRO N° 1

**RELACION DE EDAD CON LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE LAS ENFERMERAS DEL ALBERGUE CENTRAL “IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO” 2008
LIMA – PERU**

EDAD DE LAS ENFERMERAS	CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMEDAS					
	ALTO		MEDIO		BAJO	
	N	%	N	%	N	%
20 a 25 años	0	00	0	00	0	00
26 - 30 años	1	50	2	50	0	00
31 - 35 años	0	00	0	00	0	00
36 - 40 años	0	00	0	00	0	00
41 - 45 años	1	50	0	00	0	00
46 - 50 años	0	00	2	50	0	00
> de 50 años	0	00	0	00	0	00
TOTAL	2	100	4	100	0	100

FUENTE: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Albergue Central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” -Febrero 2008

Haciendo una relación entre la edad de las enfermeras con los conocimientos que poseen sobre la enfermedad de alzheimer, se observa en el CUADRO N° 1. Que 2 enfermeras (100%) presentan conocimiento “alto” de las cuales el 50% (1 enfermera) tiene entre 26 a 30 años de edad y el 50% restante (1 enfermera) tiene entre 45 a 50

años de edad; así mismo 4 enfermeras (100%) presentan conocimiento “medio” de las cuales el 50% (2 enfermeras) tienen entre 26 a 30 años de edad y el 50% restante (2 enfermeras) tienen entre 45 a 50 años de edad.

La enfermera tiene sus propios elementos de conocimientos. Estos conocimientos son teóricos y prácticos. El conocimiento teórico influye y se refleja sobre los valores básicos, y los principios, elementos y fases orientativas de una concepción de la enfermería. Los objetivos del conocimiento teórico estimulan el pensamiento y crean una amplia concepción de la ciencia y la practica de la disciplina enfermera. El conocimiento practico no esta organizado de la misma forma que el conocimiento teórico, el conocimiento práctico se basa en la experiencia de la enfermera. El reconocimiento practico es el “arte” enfermero. Se alcanza mediante los conocimientos personales conseguidos a través de la práctica, la reflexión sobre la propia experiencia, la edad, la síntesis y la integración de arte, ciencia y práctica enfermera.

En tanto que un arte, la enfermera se basa en el conocimiento obtenido de la practica de la reflexión sobre experiencias anteriores. En tanto que una ciencia, la enfermera se basa en un conocimiento comprobado científicamente que se a aplicado a un escenario practico. Pero al final será la enfermera experta la que trasladara el arte y la ciencia enfermeras hasta el reino científico de los cuidados creativos (28).

Se deduce que, de una parte de la población de enfermeras que tiene conocimiento “alto”, la mitad, son adultas jóvenes y las restantes están iniciando su etapa adulta madura; y de la mayor parte de la

población que obtuvo un conocimiento “medio”, la mitad son adultas jóvenes y las restantes están por culminar la etapa adulta madura. Es un deber moral de la enfermera estar actualizando sus conocimientos con el paso del tiempo y presentar un conocimiento amplio en cada competencia que desarrolla. Lo que hace suponer que por diversos factores, la enfermera al avanzar en edad, sus oportunidades de actualizar sus conocimientos van disminuyendo, lo cual podría evidenciarse en una rutinización en la atención al adulto mayor.

CUADRO N° 2

**RELACION DE EDAD CON LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DEL PERSONAL TECNICO DE ENFERMERIA DEL ALBERGUE CENTRAL “IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO” 2008
LIMA – PERU**

EDAD DEL PERSONAL TECNICO DE ENFERMERIA	CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL TECNICO DE ENFERMERIA					
	ALTO		MEDIO		BAJO	
	N	%	N	%	N	%
20 a 25 años	0	00	2	8	2	15
26 - 30 años	0	00	3	11	1	8
31 - 35 años	2	18	1	4	1	8
36 - 40 años	2	18	5	19	0	00
41 - 45 años	2	18	7	27	7	53
46 - 50 años	3	28	8	31	1	8
> de 51 años	2	18	0	00	1	8
TOTAL	11	100	26	100	13	100

FUENTE: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Albergue Central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” -Febrero 2008

En el CUADRO N° 2 podemos observar que de 11 técnicos de enfermería (100%) que presentan un conocimiento “alto”, el 18% (2 técnicas) tienen entre 31 a 35 años de edad, el 18% (2 técnicas) tienen entre 36 a 40 años de edad, el 18% (2 técnicas) tienen entre 41 a 45 años de edad; el 28% (3 técnicas) tiene entre 46 a 50 años de edad y un 18% restante (2 técnicas) poseen edades que superan los 50 años

de edad. Con respecto al personal que obtuvo un conocimiento “medio”, es decir que de 26 técnicos de enfermería(100%) el 8% (2 técnicas) tienen entre 20 a 25 años de edad, el 11% (3 técnicas) tienen entre 26 a 30 años de edad, el 4% (1 técnica) tiene entre 31 a 35 años de edad; el 19% (5 técnicas) tiene entre 36 a 40 años de edad, el 27% (7 técnicas) tiene entre 41 a 45 años de edad, y un 31% restante (8 técnicas) poseen edades entre 46 y 50 años de edad.

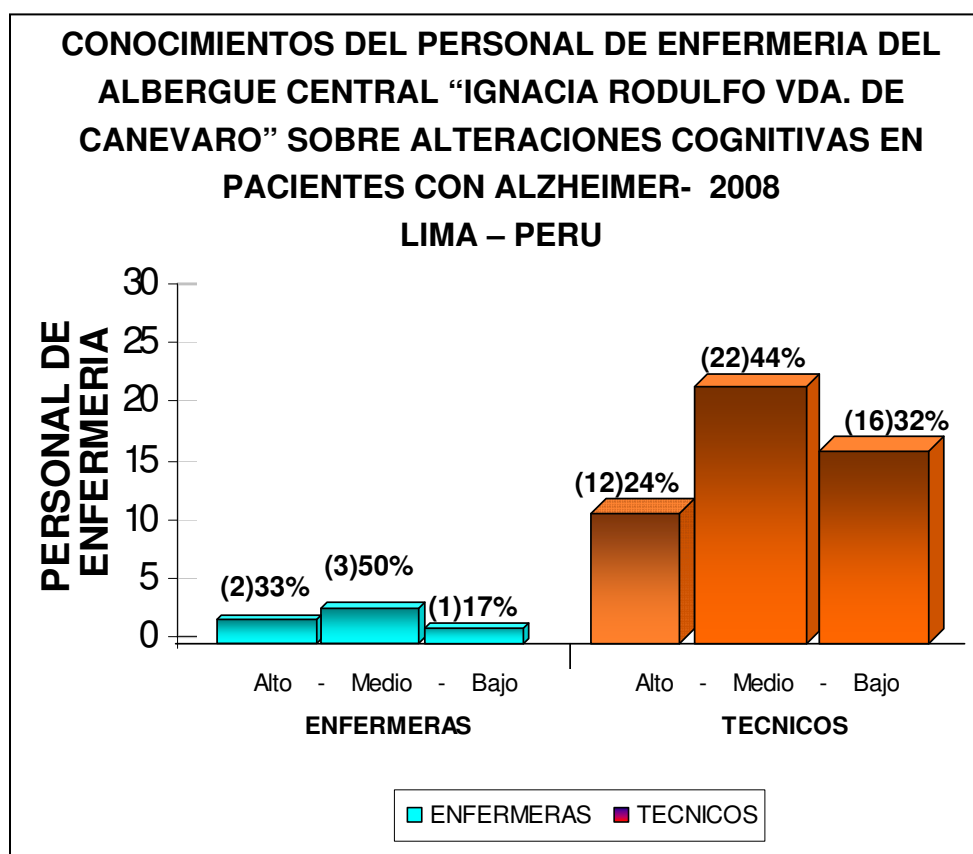
El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte, originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de quien aprende con el paso de los años ⁽²²⁾.

Por tanto se deduce que hay una gran mayoría de personal técnico que presenta conocimiento “medio” concentrándose su mayor número de personal entre las edades de 46 a 50 años de edad seguido por la población que tiene conocimiento “bajo” concentrados entre las edades de 41 a 45 años de edad y por último una minoría que presenta conocimiento “alto” cuyas edades están distribuidas siendo el grupo de mayor cantidad el que se encuentra entre 46 a 50 años de edad. En los diferentes niveles de conocimiento las poblaciones mayoritarias se concentran en la etapa adulta madura, etapa en la cual, es más propenso a caer en rutinización del cuidado por creencias que ya se está mayor y no se puede aprender más, perjudicando la atención del adulto mayor con deterioro cognitivo, pues no se le podrá brindar una buena atención.

2. Conocimientos del Personal de Enfermería del albergue central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” sobre Alteraciones cognitivas en la Enfermedad de Alzheimer.

Se observa en el gráfico N° 2, respecto al conocimiento del personal, 2 enfermeras (33%) y 12 técnicos de enfermería (24%) presentan conocimiento alto, 3 enfermeras (50%) y 22 técnicos de enfermería (44%) un conocimiento medio y 1 enfermera (17%) y 16 técnicos de enfermería (32%) un conocimiento bajo (ver anexo N° 25)

GRAFICO N° 2



La enfermedad de alzheimer se caracteriza por un declive en el funcionamiento intelectual de los procesos cognitivos que abarca funciones como la orientación, atención, memoria, lenguaje, las praxias,

percepción así como las funciones ejecutivas y con el paso del tiempo genera su pérdida o deterioro global ⁽²⁵⁾. El cuidado de enfermería de un Adulto Mayor con deterioro cognoscitivo representa un reto importante. Se necesita todo el conocimiento, habilidad y valor para ocuparse de este tipo de pacientes y de sus familias ⁽³⁾. Siendo importante que conozcan las alteraciones cognitivas que presenta la Enfermedad de Alzheimer para poder atenderlo, entendiendo las pérdidas que ira sufriendo por el avance de la enfermedad y favorecer un mejor cuidado.

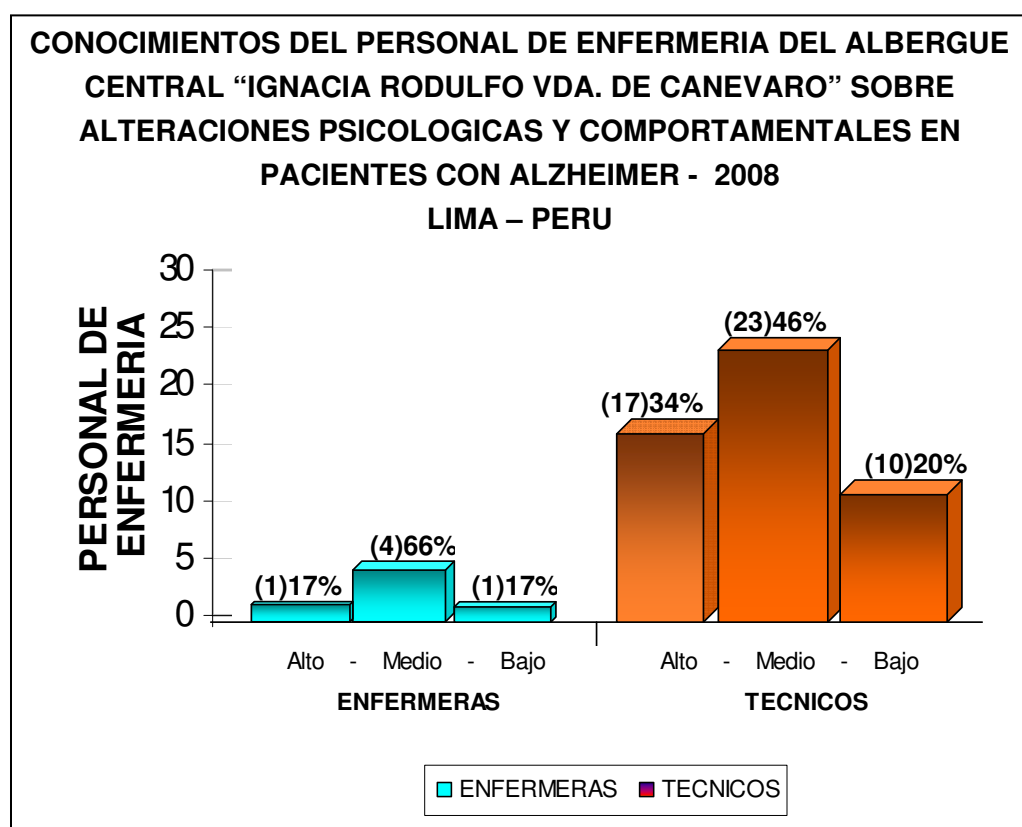
Por consiguiente, la mayor parte de las enfermeras presentan conocimientos medios con tendencia a ser alta y las técnicas de enfermería un conocimiento medio con tendencia a ser baja respecto a alteraciones cognitivas en pacientes con alzheimer; sin embargo, cabe mencionar que deben brindar las condiciones necesarias para fortalecer las competencias de los cuidadores responsables de los Adultos Mayores del albergue Canevaro, ya que los conocimientos que posee esta población esta sujeta a modificaciones e incremento

Por tanto, se deduce que las enfermeras deben capacitar al personal técnico para adquirir mayores conocimientos y participar en el cuidado del adulto mayor, si no es así, el personal técnico se rutinizará, lo que puede constituir un limitante para su atención conllevándolo a posibles maltratos, siendo por consiguiente e importante el rol supervisor de las autoridades del albergue central “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” en respuesta a las necesidades de educación e información de su personal de enfermería.

3. Conocimientos del Personal de Enfermería del albergue central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” sobre Alteraciones psicológicas y comportamentales en la Enfermedad de Alzheimer.

Se observa en el grafico N° 3, respecto al conocimiento del personal, 4 enfermeras (66%) y 23 técnicos de enfermería (46%) presentan conocimiento medio; así como 1 enfermeras (17%) y 17 técnicos de enfermería (34%) un conocimiento alto (ver anexo N° 26)

GRAFICO N° 3



Entre los síntomas psicológicos y comportamentales que puede llegar a hacer su aparición en el transcurso de una Enfermedad de Alzheimer están: depresión, ansiedad, delirios, alucinaciones, agitación, agresividad y cambios de personalidad, los cuales pueden llegar a

convertir el entorno del paciente en altamente estresante y destructivo, tanto para el cuidador como para la familia y es una de las principales causas de institucionalización del paciente a un centro geriátrico ⁽²⁵⁾.

Es importante reconocer, comprender y saber actuar ante estas alteraciones psicológicas y comportamentales, ya que su incompreensión por desconocimiento conlleva al aislamiento del paciente catalogado como peligroso o a crear un clima estresante y destructivo tanto para el paciente como para su cuidador, en este caso el personal de enfermería.

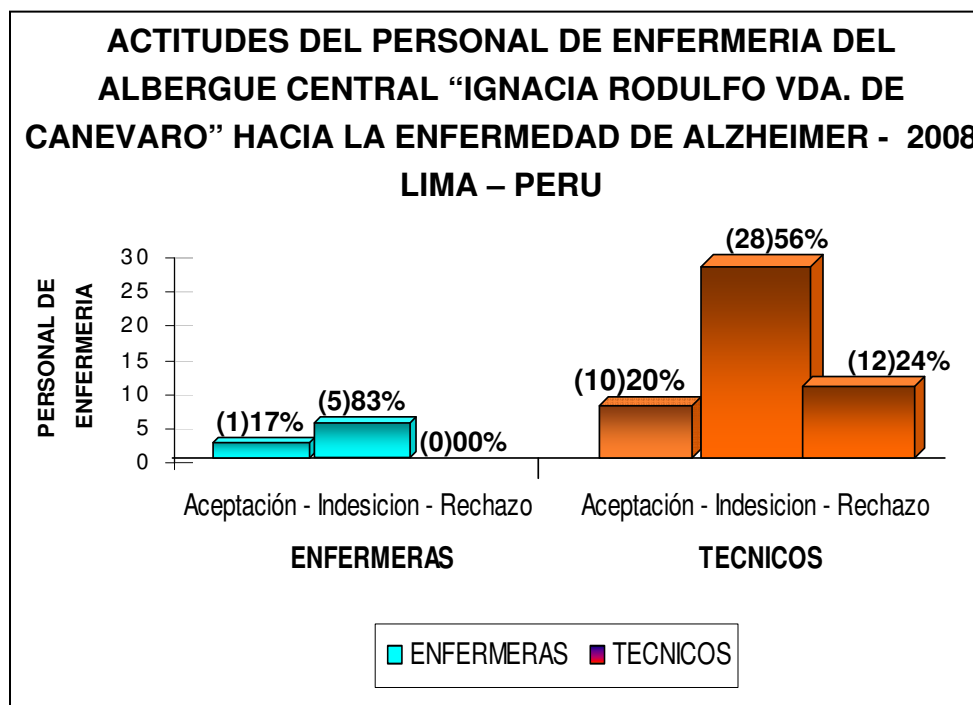
Las enfermeras como los técnicos de enfermería presentan conocimiento medio y con tendencia a ser alta respecto a alteraciones psicológicas y comportamentales en pacientes con Alzheimer. Se debe fortalecer las competencias del personal de enfermería, en especial, el personal técnico pues es la población mayoritaria y que permanece mas tiempo con el Adulto Mayor albergado, ya que estos aspectos nos llevara a identificar fácilmente alteraciones psicológicas y comportamentales en el adulto mayor.

4. Actitudes del Personal de Enfermería del albergue central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” hacia la Enfermedad de Alzheimer.

En el grafico N° 4, podemos observar respecto a las actitudes del personal de enfermería hacia la Enfermedad de Alzheimer que de un total de 6 enfermeras (100%), 5(83%) presentan actitud de Indecisión y 1(17%) actitud de aceptación; así como de 50 técnicos de enfermería (100%), 28(56%) presentan actitud de Indecisión y 12(24%)

una actitud de rechazo hacia la enfermedad de Alzheimer (ver anexo N° 27)

GRAFICO N° 4



Se sabe que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad progresiva y degenerativa, lo suficientemente grave como para interferir en la capacidad del individuo para realizar las actividades de la vida diaria, el personal de salud , en especial enfermería, debe involucrarse moralmente en la defensa y cuidado al Adulto Mayor en riesgo a sufrir la enfermedad de alzheimer demostrando una actitud de entrega y servicio para garantizar una atención humanitaria donde se respeten los principios del cuidado, de beneficencia y justicia, pues el Adulto Mayor es un ser que esta perdiendo progresivamente su autonomía y requiere una atención dedicada con amor y entrega de su entorno.

Por lo tanto, al presentar la mayoría del personal de enfermería una actitud de Indecisión hacia la enfermedad de alzheimer podría estarse evidenciando una falta de humanización en la atención al Adulto Mayor, situación que merece un análisis y reflexión por parte de las autoridades y quienes están al cuidado de los adultos mayores.

CUADRO N° 3

RELACION ENTRE EL TIEMPO DE SERVICIO CON LAS ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE LAS ENFERMERAS DEL ALBERGUE CENTRAL “IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO” 2008 LIMA – PERU

TIEMPO DE SERVICIO DE LAS ENFERMERAS	ACTITUDES DE LAS ENFERMEDAS					
	ACEPTACION		INDESICION		RECHAZO	
	N	%	N	%	N	%
1 a 5 años	0	00	3	60	0	00
6 - 10 años	0	00	0	00	0	00
11 - 15 años	0	00	0	00	0	00
16 - 20 años	0	00	0	00	0	00
21 - 25 años	1	100	2	40	0	00
> de 25 años	0	00	0	00	0	00
TOTAL	1	100	5	100	0	100

FUENTE: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Albergue Central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” -Febrero 2008

Haciendo una relación entre el tiempo de servicio con las actitudes de las enfermeras hacia la enfermedad de alzheimer, se observa en el CUADRO N° 3. Que 1 enfermera (100%) presenta actitudes de “aceptación” llevando de 21 a 25 años de servicio en el

albergue canevaro; así mismo de 5 enfermeras (100%) que muestran actitudes de “indesición”, el 60% (3 enfermeras) llevan de 1 a 5 años de servicio y el 40% (2 enfermeras) llevan de 21 a 25 años de servicio, no mostrando ninguna enfermera actitud de rechazo hacia la enfermedad de alzheimer

Ningún ser humano madura en forma independiente a sus semejantes pues vivimos en una sociedad y estamos en constante relación unos con otros; una gran parte de nuestra vida social es resultado de nuestras relaciones con quienes contribuyen a ella, como son nuestra familia, amigos, vecinos y nuestros maestros y el propio ambiente de trabajo. Toda actitud incorpora algún conocimiento de modo directo a través de una creencia, valores, conocimientos, estereotipos sobre el objeto de la actitud ⁽²³⁾.

Podemos deducir que la gran mayoría de las enfermeras muestra actitudes de “indesición” hacia la enfermedad de alzheimer, y de estas el 60 % (3 enfermeras) llevan laborando de 1 a 5 años en el albergue canevaro, poco tiempo de labor a comparación con las restantes que llevan mas de 20 años de servicio, esto debe estar relacionado a diversos factores como que todavía no se adaptan a un centro de atención geriátrica, mostrando en su indesición una falta de humanización en la atención al adulto mayor.

En el CUADRO N° 4 , podemos observar que de 10 técnicos de enfermería (100%) que presentan actitudes de “aceptación”, el 10% (1 técnica) lleva entre **1 a 5 años** de servicio en el albergue canevaro, el 10% (1 técnica) lleva entre **6 a 10 años** de servicio, el 10% (1 técnica) lleva entre **11 - 15 años** de servicio; el 20% (2 técnicas) lleva entre 16 - 20 años años de servicio, un 40% (4 técnicas) lleva entre 21 - 25 años

de servicio y un 10% restante (1 técnica) llevan mas de 25 años de servicio en el albergue. Con respecto al personal que mostró actitudes de “indesición”, es decir que de 28 técnicos de enfermería(100%) el 11% (3 técnicas) lleva entre 1 a 5 años de servicio en el albergue canevaro, el 18% (5 técnicas) lleva entre 6 a 10 años de servicio, el 32% (9 técnicas) lleva entre 11 - 15 años de servicio; el 3% (1 técnica) lleva entre 16 - 20 años de servicio, y un 36% restante (10 técnicas) llevan entre 21 - 25 años de servicio en el albergue.

CUADRO Nº 4

**RELACION ENTRE EL TIEMPO DE SERVICIO CON LAS
ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DEL
PERSONAL TECNICO EN ENFERMERIA DEL ALBERGUE
CENTRAL “IGNACIA RODULFO VDA.
DE CANEVARO” 2008
LIMA – PERU**

TIEMPO DE SERVICIO DEL PERSONAL TECNICO DE ENFERMERIA	ACTITUDES DEL PERSONAL TECNICO DE ENFERMERIA					
	ACEPTACION		INDESICION		RECHAZO	
	N	%	N	%	N	%
1 a 5 años	1	10	3	11	4	33
6 - 10 años	1	10	5	18	2	18
11 - 15 años	1	10	9	32	1	8
16 - 20 años	2	20	1	3	1	8
21 - 25 años	4	40	10	36	4	33
> de 25 años	1	10	0	00	0	00
TOTAL	10	100	28	100	12	100

FUENTE: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Albergue Central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” -Febrero 2008

La actitud esta constituido por los aspectos emocionales que acompañan a la motivación y/o formas como el objeto de la actitud afecta a las personas. La actitud se acompaña de un sentimiento que puede ser de alegría, tristeza, temor, etc. Los investigadores lo consideran como el componente de mayor importancia, pues a través de el se manifiestan sentimientos positivos o negativos, este componente imprime ciertos grados de intensidad o la actitud.

La Actitud de indecisión o indiferencia: Es la predisposición aun no definida que traduce ambivalencia entre la aceptación y el rechazo (22).

Se puede deducir que una gran mayoría del personal técnico muestra actitudes de indecisión y esta población se encuentra laborando entre 21 a 25 años en el albergue canevaro, lo que haría suponer que el personal técnico esta sufriendo una rutinización en su actuar, perjudicando al adulto mayor en su atención.

CAPITULO IV

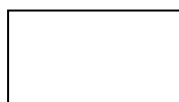
CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES:

- Las enfermeras que laboran en el albergue central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” en su mayoría poseen un conocimiento “medio” respecto a la enfermedad de Alzheimer, esto, muy relacionado a que gran parte del personal de enfermería no ha tenido capacitaciones en los últimos años; aunque un porcentaje pequeño han recibido una sola capacitación relacionado al tema de “trastornos de la memoria”.

- El personal técnico de enfermería del albergue central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” en su mayoría poseen un conocimiento “medio” respecto a la enfermedad de Alzheimer, y son los que están en contacto directo con los adultos mayores, por lo que podemos decir que tampoco responden a la detección temprana que se debe tener respecto a la enfermedad, ya que no reciben capacitaciones ni orientaciones al respecto.

- Las enfermeras que laboran en el albergue central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” en su mayoría muestran actitudes de



indesición hacia los pacientes con Alzheimer, estas actitudes están relacionadas con un tiempo de labor, menor de 5 años en el que la enfermera no se siente identificada con la institución y menos con la atención a los adultos mayores, en lo que a detección temprana de signos y síntomas de la enfermedad del alzheimer se refiere.

- El personal técnico de enfermería del albergue central “Ignacia Rodolfo vda. de Canevaro” en su mayoría muestran actitudes de “indesición a aceptación” hacia los pacientes con alzheimer, estas actitudes están relacionadas con un tiempo de labor de 21 a 25 años en el que este personal podría caer en la rutina evidenciando falta de humanización en la atención y descuido en evidenciar signos y síntomas de la enfermedad del alzheimer.

B. RECOMENDACIONES:

- Sería conveniente realizar una investigación cualitativa a fin de conocer los motivos por los cuales la mayoría del personal de enfermería esta demostrando actitudes de indesición hacia la enfermedad de Alzheimer, que de acuerdo al crecimiento poblacional del adulto mayor será un tema a considerar por los profesionales de la salud. .
- Que las autoridades del albergue central “Ignacia Rodolfo vda. de Canevaro” consideren las conclusiones del presente estudio, a fin de mejorar las estrategias de capacitación que se brinda a su personal de enfermería, pues debido a los turnos y a factores diversos su personal no puede asistir a las charlas educativas que se intentan realizar y considere brindar manuales de atención para la actualización

constante, para lo cual la investigadora propone elaborar una guía dirigida al personal cuidador del adulto mayor sobre la detección temprana de signos y síntomas de la enfermedad de Alzheimer, a fin de brindar y fortalecer los conocimientos del personal.

- Realizar programas de sensibilización en el cuidado a adultos mayores a fin de determinar los factores que intervengan en los conocimientos y actitudes del personal de enfermería hacia la detección temprana de los signos y síntomas de la enfermedad del Alzheimer.

C. LIMITACIONES:

- El juicio de expertos dilató la validación oportuna del instrumento por la ausencia y demora de los profesionales en devolver sus correcciones.
- El proceso de trámites para obtener el permiso por la Beneficencia Pública de Lima se hizo un poco lento por lo que demoró el avance en la aplicación del instrumento programado en un cronograma.
- Las limitaciones están dadas porque los resultados del presente estudio no pueden generalizarse a otras sedes de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Barrios Sánchez, Elvira . La Enfermedad de Alzheimer. [serial online] 2001. [citado 16 de febrero 2001]; 1(7): Disponible en: URL: Pagina Web: <http://www.geocities.com/tecnicos.geo/alzheime.htm>
- (2) Cevallos Vilchez, Lili y cols. “Percepción de los familiares de pacientes con TEC acerca de la intervención de la enfermera en las crisis situacionales en el instituto nacional de Ciencias Neurológicas-Santo Toribio de Mogrovejo” [Tesis para optar el título de profesional. U.N.M.S.M]. Lima 1993. Pág. 29
- (3) Burke Mary M. y otro 1998. Enfermería Gerontológica – Cuidados integrales del Adulto Mayor. Segunda Edición. Edit. Harcourt Brace. Madrid – España. Pág. 448
- (4) Blázquez Fernández Enrique. Fundamentos Moleculares de la Medicina. 1era edición. Ed. Real Academis Nacional de Medicina. Madrid – España. 2005. Pág. 117
- (5) Harold I. Kaplan y Benjamín J. Sadock. Sinopsis de Psiquiatría – ciencias de la conducta psiquiatría clínica. 8va edición. Edit. Medica Panamericana. 2003. Pág. 373
- (6) Tu Otro Medico [serial online]. Que es la Enfermedad de Alzheimer [serial online]. [citado 10 Febrero 2006];1(9): Disponible en: URL: <http://hstat.nlm.nih.gov/tempfiles/is/tempBrPg41077.html?t=981817290>
- (7) INEI. Estado de la Población Peruana – Niños, Jóvenes y Adultos Mayores. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Lima – Perú. 2004. Pág. 69
- (8) Sánchez Coronel, Danilo. “Registro conductual de Demencia tipo Alzheimer en pacientes del Instituto de Ciencia Neurológicas de 1998 – 1999”. [Trabajo de investigación para optar el Título de Especialista en Neurología. U.N.M.S.M]. Lima 2001. Pág. 22

- (9) Diario El Comercio. “Aproximadamente 270 mil personas sufren el mal de Alzheimer en el Perú”. 2005. septiembre 21. Sec.A:3 (col. 5). Sitio Web: <http://www.elcomercioperu.com.pe/EdicionImpresa/Html/2005-09-21/impVidayFuturo0372816.html>
- (10) Simon Staab Angela y Compton Hodges Linda. Enfermería Gerontologica – Adaptación al Proceso de Envejecimiento. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México. 1996. Pág. 5.
- (11) Marquez Bazan, Flor Belinda. “Nivel de conocimientos y actitudes de las enfermeras del servicio de Intermedios neonatal del IEMP acerca del metodo canguro 2004 – 2005”. [Tesis para optar el titulo de Licenciado en Enfermería. U.N.M.S.M]. 2005. Pág. 21
- (12) Vásquez Orellana, Nuria. “La enfermedad de alzheimer a través del psicodiagnóstico de Rorschach”. [Trabajo de Investigación. Departamento de Psicología]. Universidad Rovira I Virgili. Tarragona – España. 2003. Pag 1. [TesisNVazquez.pdf](#)
- (13) Domènech Pou, Sara. “Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve”. [Trabajo de investigación]. Universidad de Barcelona. España. 2004. Pág. 1 [TESIS SDOMENECH.pdf](#)
- (14) Salazar Augusto B.. Introducción a la filosofía. Ed. Navarro. Buenos Aires. 1971. Pág. 33
- (15) Ángeles Villón, Jorge Raúl. “Conocimientos y aptitudes que tienen los estudiantes de enfermería acerca de la situación de salud del país”. [Tesis para optar el titulo de Licenciado en Enfermería. U.N.M.S.M]. 1994. Pág. 17
- (16) Rodríguez Freddy. “Lo cognitivo y psicosocial como factores de riesgo en salud”. Ed. Servicios Gráficos Matices, Lima-Perú. 1998. Pág. 76.
- (17) Real Academia Española “Diccionario de la Lengua Española”. 22 ed. Edit. Espasa Calpe. S.A. España. 2001; p. 344
- (18) Bunge Mario. La Ciencia, su método y su Filosofía. Ed. Siglo xx. Buenos Aires. 1971. Pág. 46,48.
- (19) Fredich Rovich. Diccionario de Psicología. 5ta Edición. Ed. Candor. Madrid – España. 1995. Pág. 117

- (20) Allport, M. "Psicología General". Ed. Navarro. México. 1980. Pág. 30.
- (21) Whithaker. "Psicología". 4ta ed. Ed Interamericana. México. 1987. Pág. 623-624.
- (22) Krench. "Investigación del comportamiento". Ed. Nuevo Mar. México. 1985. Pág. 17
- (23) Krenk y otros. "Actitud en Kerlinger, Fred-La Actitud del comportamiento". 2da ed. Ed. Interamericana. México. 1982. Pág. 117
- (24) Linogrin, Henry. "Introducción a la Psicología Social". Edit. Interamericana. México. 1984. Pág. 98.
- (25) Arango Aspillá, Juan Carlos y otros. "Las Demencias. Aspectos Clínicos. Neuropsicológicos y tratamiento". Edit. El Manual Moderno. Santa fe de Bogota. 2003. Pág. 3, 15, 18, 191
- (26) Lic. Minor Leonardo. "La Problemática del Anciano Institucionalizado". 2004. Pág. 2
PáginaWeb: [la_problematika_del_anciano_institucionalizado.pdf](#)
- (27) Fundación Alzheimer Perú. "Guía de Orientación para familiares y cuidadores de pacientes con Enfermedad de Alzheimer". Edit. COPYRIGHT. APEAD. "Asociación Peruana de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias". Lima - Perú. 1999. Pág. 21
- (28) Potter, Patricia A. "Fundamentos de enfermería". Edit. Harcourt. Océano. 5ta ed. Madrid – España. Pág. 539
- (29) Instituto de Geriátrica y Gerontología. "Manual de Geriátrica-Cuidados Básicos y Manejo del Paciente Adulto Mayor". Edit. De GerontoSalud. Lima Perú. 2001. Pág. 43.
- (30) Anzola Pérez, Elías. "Enfermería Gerontológica: Conceptos básicos para la práctica". Serie PALTEX para ejecutivos de programas de Salud, N° 31. Edit. Copyright OPS. Washington, DC. EUA. 1993. Pág. 35
- (31) CIOMS y OMS. "Pautas Éticas Internacionales para la experimentación Biomédica en Seres Humanos". 1993. Pág. 6. Sitio Web: <http://www.uchile.cl/bioetica/pautas/pautas.htm>

BIBLIOGRAFIA

- Allport, M. “Psicología General”. Ed. Navarro. México.1980.
- Arango Aspillá, Juan Carlos y otros. “Las Demencias. Aspectos Clínicos. Neuropsicológicos y tratamiento”. Edit. El Manual Moderno. Santa fe de Bogota. 2003.
- Ángeles Villón, Jorge Raúl. “Conocimientos y aptitudes que tienen los estudiantes de enfermería acerca de la situación de salud del país”. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería.UNMSM].1994.
- Anzola Pérez, Elías. “Enfermería Gerontológica: Conceptos básicos para la practica”. Serie PALTEX para ejecutivos de programas de Salud, N° 31. Edit. Copyright OPS. Washington, DC. EUA. 1993.
- Blázquez Fernández Enrique. Fundamentos Moleculares de la Medicina.1era edición. Ed. Real Academis Nacional de Medicina. Madrid – España. 2005.
- Bunge Mario. La Ciencia, su método y su Filosofía. Ed. Siglo xx. Buenos Aires. 1971.
- Burke Mary M. y otro 1998. Enfermería Gerontológica – Cuidados integrales del Adulto Mayor. Segunda Edición. Edit. Harcourt Brace. Madrid – España.
- Cevallos Vilchez, Lili y cols. “Percepción de los familiares de pacientes con TEC acerca de la intervención de la enfermera en las crisis situacionales en el instituto nacional de Ciencias Neurológicas- Santo Toribio de Mogrovejo” [Tesis para optar el título de profesional. U.N.M.S.M]. Lima 1993.
- Fundación Alzheimer Perú. “Guía de Orientación para familiares y cuidadores de pacientes con Enfermedad de Alzheimer”. Edit. COPYRIGHT. APEAD. “Asociación Peruana de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias”. Lima - Perú. 1999.

- Fredich Rovich. Diccionario de Psicología. 5ta Edición. Ed. Candor. Madrid – España. 1995.
- Harold I. Kaplan y Benjamín J. Sadock. Sinopsis de Psiquiatría – ciencias de la conducta psiquiatría clínica. 8va edición. Edit. Medica Panamericana. 2003.
- INEI. Estado de la Población Peruana – Niños, Jóvenes y Adultos Mayores. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Lima – Perú. 2004.
- Instituto de Geriatria y Gerontología. “Manual de Geriatria-Cuidados Básicos y Manejo del Paciente Adulto Mayor”. Edit. De GerontoSalud. Lima Perú. 2001.
- Krenk. “Investigación del comportamiento”. Ed. Nuevo Mar. México. 1985
- Krenk y otros. “Actitud en Kerlinger, Fred-La Actitud del comportamiento”. 2da ed. Ed. Interamericana. México. 1982.
- Lic. Minor Leonardo. “La Problemática del Anciano Institucionalizado”. 2004.
PaginaWeb: [la_problematika_del_anciano_institucionalizado.pdfç](#)
- Linogrin, Henry. “Introducción a la Psicología Social”. Edit. Interamericana. México. 1984.
- Marquez Bazan, Flor Belinda. “Nivel de conocimientos y actitudes de las enfermeras del servicio de Intermedios neonatal del IEMP acerca del metodo canguro 2004 – 2005”. [Tesis para optar el titulo de Licenciado en Enfermería. U.N.M.S.M]. 2005.
- Potter, Patricia A. “Fundamentos de enfermería”. Edit. Harcourt. Océano. 5ta ed. Madrid – España. Pág. 539
- Real Academia Española. “Diccionario de la Lengua Española”. 22 ed. Edit. Espasa Calpe. S.A. España. 2001.
- Rodríguez Freddy. “Lo cognitivo y psicosocial como factores de riesgo en salud”. Ed. Servicios Gráficos Matices, Lima-Perú. 1998.
- Salazar Augusto B. Introducción a la filosofía. Ed. Navarro. Buenos Aires. 1971.

- Sánchez Coronel, Danilo. “Registro conductual de Demencia tipo Alzheimer en pacientes del Instituto de Ciencia Neurológicas de 1998 – 1999”. [Trabajo de investigación para optar el Título de Especialista en Neurología. U.N.M.S.M]. Lima 2001.
- Simon Staab Angela y Compton Hodges Linda. Enfermería Gerontologica – Adaptación al Proceso de Envejecimiento. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México. 1996.
- Whithaker. “Psicología”. 4ta ed. Ed Interamericana. México. 1987.

Internet:

- Barrios Sánchez, Elvira . La Enfermedad de Alzheimer. [serial online] 2001. [citado 16 de febrero 2001]; 1(7): Disponible en: URL:
Pagina Web: <http://www.geocities.com/tecnicos.geo/alzheime.htm>
- CIOMS y OMS. “Pautas Éticas Internacionales para la experimentación Biomédica en Seres Humanos”. 1993. Sitio Web: <http://www.uchile.cl/bioetica/pautas/pautas.htm>
- Diario El Comercio. “Aproximadamente 270 mil personas sufren el mal de Alzheimer en el Perú”. 2005. septiembre 21. Sec.A:3 (col. 5). Sitio Web:
<http://www.elcomercioperu.com.pe/EdicionImpresa/Html/2005-09-21/impVidayFuturo0372816.html>
- Domènech Pou, Sara. “Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve”. [Trabajo de investigación]. Universidad de Barcelona. España. 2004. TESIS SDOMENECH.pdf
- Tu Otro Médico [serial online]. Que es la Enfermedad de Alzheimer [serial online]. [citado 10 Febrero 2006];1(9): Disponible en: URL:
<http://hstat.nlm.nih.gov/tempfiles/is/tempBrPg41077.html?t=981817290>
- Vásquez Orellana, Nuria. “La enfermedad de alzheimer a través del psicodiagnóstico de Rorschach”. [Trabajo de Investigación. Departamento de Psicología]. Universidad Rovira I Virgili. Tarragona – España. 2003. TesisNVazquez.pdf

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
1. Operacionalización de variables.....I	I
2. Consentimiento informado y compromiso de confidencialidad..... IV	IV
3. Instrumentos de recolección de datos: Cuestionario..... V	V
4. Instrumentos de recolección de datos: Escala de Lickert.....XI	XI
5. Grado de concordancia entre los jueces expertos mediante prueba binomial - Cuestionario.....XIV	XIV
6. Grado de concordancia entre los jueces expertos mediante prueba binomial - Escala de actitudes.....XV	XV
7. Matriz Tripartita: Conocimientos del personal de enfermería Prueba Piloto aplicado en el "Asilo San Vicente de Paúl"..... .XVI	XVI
8. Matriz Tripartita: Actitudes del personal de enfermería Prueba Piloto aplicado en el "Asilo San Vicente de Paúl"..... . XVII	XVII
9. Determinación de la validez de los instrumentos..... XVIII	XVIII
10. Determinación de la confiabilidad instrumento: Cuestionario..... XX	XX
11. Determinación de la confiabilidad del instrumento: Lickert.....XXI	XXI
12. Matriz Tripartita: Conocimientos del personal de enfermería "albergue central Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro"..... XXII	XXII
13. Matriz Tripartita: Actitudes del personal de enfermería "albergue central Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro"..... XXIII	XXIII
14. Medición de la variable conocimientos sobre la enfermedad de Alzheimer - Escala de Estanones..... XXIV	XXIV
15. Medición de la variable actitudes hacia la enfermedad de Alzheimer - Escala de Estanones..... XXV	XXV
16. Determinación de la variable conocimientos según dimensión: Alteraciones Cognitivas..... XXVI	XXVI
17. Determinación de la variable conocimientos según dimensión: Alteraciones Psicológicas y Comportamentales... XXVII	XXVII
18. Determinación de la variable actitud según dimensión: Alteraciones Cognitivas..... XXVIII	XXVIII

19. Determinación de la variable actitud según dimensión: Alteraciones Psicológicas y Comportamentales.....	XXIX
20. Personal de enfermería del albergue central "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro" 2008.....	XXX
21. Condición laboral del personal de enfermería del albergue central "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro" 2008.....	XXXI
22. Número de pacientes según grado de dependencia atendidos por el personal de enfermería del albergue central "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro" 2008.....	XXXII
23. Capacitaciones sobre trastornos de la memoria durante el año pasado del personal de enfermería del albergue central "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro" 2008.....	XXXIII
24. Conocimientos del personal de enfermería del albergue central "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro" sobre la enfermedad de Alzheimer - 2008.....	XXXIV
25. Conocimientos del personal de enfermería del albergue central "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro" sobre alteraciones cognitivas en los pacientes con Alzheimer- 2008.....	XXXV
26. Conocimientos del personal de enfermería del albergue central "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro" sobre alteraciones psicológicas y comportamentales en pacientes con Alzheimer - 2008.....	XXXVI
27. Actitudes del personal de enfermería del albergue central "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro" hacia la enfermedad de Alzheimer - 2008.....	XXXVII
28. Actitudes del personal de enfermería del albergue central "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro" sobre alteraciones cognitivas en pacientes con Alzheimer - 2008.....	XXXVIII
29. Actitudes del personal de enfermería del albergue central "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro" sobre alteraciones psicológicas y comportamentales en pacientes con Alzheimer - 2008.....	XXXIX
30. Conocimiento si existe una guía de detección temprana de la enfermedad de Alzheimer por el personal de enfermería del albergue central "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro" 2008.....	XL
31. Experiencia con pacientes con enfermedad de Alzheimer del personal de enfermería del albergue central "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro" 2008.....	XLI

ANEXO N° 1

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE DE ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR FINAL
Conocimientos para la detección temprana de la enfermedad de alzheimer que tiene el personal de enfermería	<p>Conocimiento se define como: "Acción o efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia, razón natural. Cada una de las facultades sensoriales del hombre en la medida en que están activas. Noción, ciencia, sabiduría."; "Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce con el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se haya indisolublemente a la actividad practica."</p> <p>La enfermedad de alzheimer y otros tipos de demencia ocasionan problemas de</p>	<p>Conocimiento del personal de enfermería sobre Alteraciones cognitivas</p>	<p>-Orientación -Atención -Memoria -Lenguaje -Praxias (coordinación) -Percepción -Funciones ejecutivas</p>	<p>Es toda aquella información que tiene el personal de enfermería del albergue central Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro acerca de la enfermedad de Alzheimer, sus alteraciones cognitivas así como de las psicológicas y comporta-mentales.</p>	<p>Alto</p> <p>Medio</p> <p>Bajo</p>

	<p>memoria, de capacidad de juicio y de procedimientos de pensamiento que hacen difícil que un individuo pueda trabajar y formar parte de la vida familiar y social cotidianas. También se pueden presentar cambios de animo y de personalidad, eventualmente la persona pierde el control de si mismo</p> <p>la enfermera(o) como profesional de la ciencia de la salud participa en la prestación de los servicios de salud de manera integral, científica, tecnológica y sistemática en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud mediante el cuidado de la persona, familia y comunidad.</p>	<p>Conocimiento del personal de enfermería sobre Alteraciones psicológicas y comportamentales</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Depresión -Ansiedad -Delirios -Alucinaciones -Agitación -Agresividad -Cambios de personalidad 	<p>Dicha información será medida a través de 7 indicadores a través de un cuestionario entregado al personal de enfermería a cargo del cuidado del residente adulto mayor, cuyos resultados serán medidos como alto, medio, bajo</p>	<p>Alto</p> <p>Medio</p> <p>Bajo</p>
--	---	---	--	--	--------------------------------------

ANEXO N° 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Conocimientos para la detección temprana de la enfermedad de alzheimer y las actitudes frente a esta enfermedad que tiene el personal de enfermería del albergue central ignacia Rodulfo vda. de Canevaro“

Habiendo sido informado (a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigadora utilizara adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Firma

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado Enfermero(a) / Personal Técnico de Enfermería:

La investigadora del estudio para el cual UD. Ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de la investigación, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicaran en lo absoluto.

ATTE.
Patricia Gissella Parí Vargas
Autora del Estudio

ANEXO N° 3 CUESTIONARIO

I) INTRODUCCION

Buenos días, mi nombre es Patricia Gissella Pari Vargas, soy estudiante de Enfermería de la U.N.M.S.M., en esta oportunidad en coordinación con la dirección general del Albergue Central “Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro” estoy realizando un estudio de investigación titulado **“Conocimientos para la detección temprana de la enfermedad de alzheimer y las actitudes frente a esta enfermedad que tiene el personal de enfermería del albergue central Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”**. Este cuestionario es de carácter anónimo y los resultados obtenidos se utilizarán solo con fines de investigación. Por tal motivo solicito su valiosa colaboración dando respuestas veraces a las preguntas que se le formulan a continuación.

Instrucciones:

A continuación se le presenta una serie de preguntas las cuales usted deberá llenar los espacios en blanco que considere correctas según su opinión. Por favor responda con sinceridad.

II) DATOS GENERALES

- 1.- Edad: _____ años
- 2.- Sexo: a) Masculino () b) Femenino ()
- 3.- Su cargo es: a) Lic. de Enfermería () b) Técnico de Enfermería ()
- 4.- Actualmente en que pabellón labora: _____
- 5.- Condición: a) Nombrado () b) Contratado ()
Años de experiencia en general: _____
- 6.- Tiempo de servicio en el Hogar geriátrico CANEVARO: _____
- Estudios de Post Grado y/o capacitaciones: _____

III) DATOS ESPECIFICOS

A. Datos relacionados a la Enfermedad de Alzheimer

1.- Demencia significa:

- a) Un sinónimo de locura ()
- b) Perdida de la capacidad para recordar algo que nos gusta ()
- c) Perdida de las capacidades mentales y una limitación para funcionar como persona independiente y como ser social ()
- d) Un retroceso de la mente ()

2.- La Enfermedad de Alzheimer es:

- a) Una Enfermedad que solo afecta a los Adultos Mayores ()
- b) Un Tipo de demencia que da a aquellos que sufren estrés ()
- c) Enfermedad progresiva y degenerativa del cerebro caracterizada por una perdida de memoria, deterioro del pensamiento y conducta de la persona ()
- d) Enfermedad que solo se presenta en países subdesarrollados ()

3.- Sobre la Enfermedad de Alzheimer, señale:

- a) Quien la padece presenta convulsiones ()
- b) En su fase inicial lo mas característico son los trastornos de la memoria ()
- c) La cura se descubrió hace muchos años ()
- d) Quien la padece no recuerda hechos pasados ()

4.- ¿Los trastornos de la memoria, producidos por la Enfermedad de Alzheimer, se presentan en el estadio?

- a) Leve () c) Severo () e) No sabe ()
- b) Moderado () d) No recuerda ()

5.- ¿La dependencia para el vestido, alimentación y salir a la calle, producidos por la Enfermedad de Alzheimer, se presentan en el estadio?

- a) Leve () c) Severo () e) No sabe ()
- b) Moderado () d) No recuerda ()

6.- ¿En que estadio la persona, con la Enfermedad de Alzheimer, es incapaz de cuidarse sola?

- a) Leve () c) Severo () e) No sabe ()
- b) Moderado () d) No recuerda ()

B. Datos relacionados a las Alteraciones Cognitivas de la Enfermedad de Alzheimer en Adultos Mayores

ATENCIÓN:

7. En los estadios iniciales los sujetos con Enfermedad de Alzheimer presentan déficit en la atención selectiva, en ellos podemos observar:

- a) Que están muy atentos a lo que pasa alrededor ()
- b) Que centran su atención por cosas de colores ()
- c) Que presentan dificultad para concentrarse y atender tareas ()
- d) Que presentan Inicio de violencia familiar ()

MEMORIA:

8. La memoria es una de las funciones cognitivas más sensibles al daño cerebral y en especial una de las funciones mas investigadas de la Enfermedad de Alzheimer. Indique la alternativa que crea **Incorrecta**:

- a) En la mayoría de los pacientes, la memoria suele encontrarse afectada ()
- b) Es afectada la memoria semántica ()
- c) El paciente recuerda todo a la perfección ()
- d) A medida en que progresa la enfermedad, el deterioro de la memoria afecta la evocación de recuerdos pasados ()

LENGUAJE:

9. Las alteraciones de los procesos lingüísticos son comunes en los sujetos con Enfermedad de Alzheimer. En ellos se observa que:

- a) Su locuacidad aumenta ()
- b) Tienen habilidad para encontrar la palabra adecuada ()
- c) Hay lentitud en las palabras y su vocabulario disminuye ()
- d) Pueden leer un texto complejo y exponer lo que entendieron ()

COORDINACIÓN:

10. La alteración en la coordinación es una de las primeras manifestaciones que aparece en los estadios iniciales de la enfermedad de Alzheimer, ¿en qué alternativa **No** se identifica esta alteración:

- a) Cuando el paciente presenta dificultad para vestirse por si solo ()
- b) Cuando el paciente presenta dificultad para amarrarse los zapatos ()
- c) Cuando el paciente presenta dificultad para utilizar los cubiertos ()
- d) Cuando el paciente escribe su nombre completo en un papel ()

PERCEPCIÓN:

11. Si UD. viera a un paciente (anteriormente tratado por UD y con dx de Alzheimer) solo en una tienda comercial. Cual seria su reacción.

- a) Sigo de frente pues ya está curado ()
- b) Me acerco y al verlo confundido le reclamo por que sale solo ()
- c) Lo saludo y le pregunto como le va este día ()
- d) Inmediatamente me acerco y pregunto, pues puede estar perdido ()

ORIENTACIÓN:

12. Que preguntas (relacionadas con la orientación) haría UD. a un paciente adulto mayor con sospecha de tener la Enfermedad de alzheimer. Marque la que no corresponde:

- a) Señor Pérez: ¿Quién es nuestro actual presidente? ()
- b) Señor Pérez: ¿Qué se celebra en el mes de octubre? ()
- c) Señor Pérez: ¿Sabe como se llama el lugar donde se encuentra? ()
- d) Señor. Pérez: ¿Podría leerme esta lectura. ()

FUNCIONES EJECUTIVAS:

13. Las funciones ejecutivas son la capacidad de transformar los pensamientos en acción y se manifiestan mediante habilidades. Indique la alternativa que crea correcta respecto a estas habilidades:

- a) La habilidad para iniciar, modular o inhibir la atención y la actividad mental ()
- b) La habilidad de interactuar productivamente en discusiones y conversaciones ()
- c) La habilidad para planificar y controlar la conducta dirigida al resultado ()
- d) En la Enfermedad de Alzheimer, en estadio severo, el paciente no puede realizar ninguna de las anteriores ()

C. Datos relacionados a Alteraciones Psicológicas y Comportamentales de la Enfermedad de Alzheimer en Adultos Mayores

14. ¿Qué problemas conductuales no podríamos observar en un paciente con Alzheimer? Señale la alternativa que crea correcta:

- a) Agitación, Negativismo ()
- b) Hiperactividad, Insomnio ()
- c) Llanto ()
- d) Alegría y tranquilidad ()

DEPRESIÓN:

15. Cuando se inicia la Enfermedad de Alzheimer, el Adulto mayor puede entrar en un estado depresivo, y el riesgo que se puede presentar es el deseo de morir e incluso deseo de suicidarse. Que cuidados tendría UD en cuenta:

- a) Dejarlo solo, pues debe tener sus espacio ()
- b) Dejarle los medicamentos para que él los tome ()
- c) Mantenerlo aislado para que no lastime a los demás ()
- d) Proporcionarle un ambiente seguro, libre de objetos que pueda utilizar y hacerse daño ()

DELIRIOS:

16. Indique cual de las siguientes situaciones llamaría su atención respecto a la presencia de Delirios en un paciente con alzheimer:

- a) Cuando el paciente refiere que alguien lo persigue ()
- b) Cuando el paciente refiere que lo quieren asesinar ()
- c) Cuando el paciente refiere que le han realizado brujería ()
- d) Todas as anteriores ()

ALUCINACIONES:

17. Que situación llamaría su atención respecto a la presencia de alucinaciones en un paciente con Alzheimer:

- a) Cuando el paciente llora porque no quiere comer ()
- b) Cuando refiere ver estrellas en el cielo ()
- c) Cuando refiere Sentir el olor de la comida ()
- d) Cuando refiere: *"escucho voces señorita, me hablan"* cuando no es real ()

AGRESIVIDAD:

18. Indique cual de las siguientes situaciones llamaría su atención respecto a la presencia de agresividad en un paciente con alzheimer:

- a) Cuando se observa que el paciente empuja a sus demás compañeros, pues quiere salir a la calle ()
- b) Cuando el paciente grita e insulta a las personas ()
- c) Cuando el paciente trata de golpear mientras lo cambian, pues no le gusta ()
- d) Todas las anteriores ()

MUCHAS GRACIAS...

ANEXO Nº 4 ESCALA DE LICKERT

I) INTRODUCCION

Buenos días, mi nombre es Patricia Gissella Pari Vargas, soy estudiante de Enfermería de la U.N.M.S.M., el presente es un instrumento que tiene como objetivo Identificar las actitudes frente a la Enfermedad de Alzheimer que tiene el Personal de Enfermería del albergue central Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro con el fin de plantear estrategias de capacitación al personal cuya población son adultos mayores. Es de carácter reservado y los resultados obtenidos se utilizarán solo con fines de investigación.

Instrucciones:

A continuación le presento una serie de enunciados los cuales usted deberá responder con una (X) de acuerdo a las siguientes alternativas.

- Totalmente en desacuerdo (TD)
- Desacuerdo (D)
- Indiferente (I)
- Acuerdo (A)
- Totalmente de acuerdo (TA)

Observe el siguiente ejemplo:

Enunciado	TA	A	I	TD	D
Fumar es dañino para la salud	X				

La respuesta indica que la persona está de acuerdo con el enunciado presentado. Por favor no marcar 2 veces el mismo enunciado.

ENUNCIADO	TA	A	I	D	TD
1. Me es difícil tratar de orientar a un paciente con Alzheimer					
2. Atendería a un paciente con Alzheimer, aun sabiendo que, no me tomara atención.					
3. Me agrada estar repitiendo el mismo cuento en el comedor a un paciente con Alzheimer.					
4. Es agradable ayudar al paciente con Alzheimer a encontrar las palabras adecuadas para expresarse					
5. Me es desagradable cepillar los dientes a un paciente con Alzheimer, lo puede hacer solo.					
6. Los pacientes con Alzheimer pueden perderse fácilmente					
7. Me agrada ayudar a los pacientes a reconocer objetos que pueden haber olvidado, producto de la ansiedad					
8. Es desagradable esperar al paciente con Alzheimer, cuando escoge la ropa que desea ponerse					
9. Atendería a un paciente con Alzheimer que presenta depresión					
10. El paciente con Alzheimer que presenta delirios y alucinaciones debe permanecer aislado					
11. Si un paciente con Alzheimer se torna agresivo y agitado durante su atención, me alejo de el sin pensarlo.					

ENUNCIADO	TA	A	I	D	TD
12. Me da temor y miedo conversar, abrazar al adulto mayor con Alzheimer por sus cambios constantes de comportamiento					
13. En el caso de tener un paciente con Alzheimer en el pabellón que presente alucinaciones: Demandaría mucho tiempo interactuar con él					
14. Las actividades educativas sobre enfermedades en el adulto mayor con alzheimer me servirían para conocer mas y mejorar mi atención					
15. Es innecesario apoyar al adulto mayor con Alzheimer ya que igual no recordará					
16. La participación de la familia es significativa, permitiendo al adulto mayor afrontar los problemas derivados de la enfermedad de Alzheimer.					

MUCHAS GRACIAS...

ANEXO N° 5
GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES EXPERTOS
PARA DETERMINAR LA VALIDEZ MEDIANTE PRUEBA BINOMIAL

CUESTIONARIO

JUECES

PREGUNTAS	1	2	3	4	5	6	7	8	VALOR FINAL (P)
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0.004
2	0	0	0	0	0	0	0	1	0.035
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0.004
4	0	0	1	0	0	0	0	0	0.035
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0.004
6	0	0	0	1	0	0	0	1	0.145*
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0.004
∑ P =									0.231

Se ha considerado:

0 = Si la pregunta es positiva

1 = Si la pregunta es negativa

Si $p < 0.5$ el grado de concordancia es significativo

$$P = \frac{\sum P}{7}$$

$$P = \frac{0.231}{7}$$

$$P = 0.033$$

De acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez, el resultado es menor de 0.5 por lo tanto el grado de concordancia es significativo, el instrumento es valido para los jueces.

ANEXO N° 6
GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES EXPERTOS
PARA DETERMINAR LA VALIDEZ MEDIANTE PRUEBA BINOMIAL

ESCALA DE ACTITUDES

JUECES

PREGUNTAS	1	2	3	4	5	6	7	8	VALOR FINAL (P)
1	0	0	1	1	0	0	0	0	0.145
2	0	0	1	0	1	0	0	1	0.363*
3	0	0	1	0	0	0	0	0	0.035
4	0	0	1	0	1	0	0	0	0.145
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0.004
6	0	0	1	1	1	0	0	1	0.637*
7	0	0	1	0	0	0	0	0	0.035
	$\Sigma P =$								1.364

Se ha considerado:

0 = Si la pregunta es positiva

1 = Si la pregunta es negativa

Si $p < 0.5$ el grado de concordancia es significativo

$$P = \frac{\Sigma P}{7}$$

$$P = \frac{1.364}{7} = 0.194857$$

7

P = 0.2

De acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez, el resultado es menor de 0.5 por lo tanto el grado de concordancia es significativo, el instrumento es valido para los jueces.

NEXO Nº 9

DETERMINACION DE LA VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

Para la validez se solicito la opinión de los jueces expertos, además se aplico la formula R de Pearson a cada uno de los ítems de los resultados de la prueba piloto. Para lo cual se considera:

r = Coeficiente de Pearson para determinar la validez.

n = Numero de individuos = 13

X₁= Son los puntajes obtenidos para cada pregunta en los 13 individuos (Ver Matriz Tripartita de la Prueba Piloto)

Y₁= Son los puntajes totales de cada individuo, o sea pregunta por pregunta para cada uno de los 9 individuos

$$r = \frac{n (\sum X Y) - (\sum X) (\sum Y)}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2] [n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Se considera valido si **r > 0** y mejor aun cuando **r** tienda a 1.

Si **r ≥ 0.20** se considera validez buena (-1 < r < 1)

VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO

Ítem 1	$r = 0.66$
Ítem 2	$r = 0.43$
Ítem 3	$r = 0.69$
Ítem 4	$r = 0.65$
Ítem 5	$r = 0.21$
Ítem 6	$r = 0.09$
Ítem 7	$r = 0.52$
Ítem 8	$r = 0.20$
Ítem 9	$r = 0.19$
Ítem 10	$r = 0.52$
Ítem 11	$r = -0.02$ (*)
Ítem 12	$r = 0.29$
Ítem 13	$r = 0.39$
Ítem 14	$r = 0.27$
Ítem 15	$r = 0.04$
Ítem 16	$r = 0.56$
Ítem 17	$r = 0.32$
Ítem 18	$r = 0.65$

ESCALA DE LIKERT

Ítem 1	$r = 0.03$
Ítem 2	$r = 0.58$
Ítem 3	$r = 0.07$
Ítem 4	$r = 0.37$
Ítem 5	$r = 0.76$
Ítem 6	$r = 0.81$
Ítem 7	$r = 0.85$
Ítem 8	$r = 0.44$
Ítem 9	$r = 0.39$
Ítem 10	$r = 0.36$
Ítem 11	$r = 0.63$
Ítem 12	$r = 0.70$
Ítem 13	$r = 0.13$
Ítem 14	$r = 0.25$
Ítem 15	$r = 0.05$
Ítem 16	$r = 0.51$

Si $r > 0$ el instrumento es valido: por lo tanto este instrumento es valido en cada uno de los ítems excepto por (*)

ANEXO N° 10

DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO PARA MEDIR CONOCIMIENTOS

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a utilizar la formula α - Crombach.

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{Si^2}{St^2} \right]$$

K = Numero de ítems.

Si² = Suma de la Varianza de cada Ítem.

St² = Varianza total

El Instrumento será confiable si $\alpha > 0.50$ ($0 < \alpha < 1$)

Reemplazando valores tenemos:

$$\alpha = \frac{18}{18 - 1} \left[1 - \frac{2.319}{7.73} \right]$$

$$\alpha = \frac{18}{17} (1 - 0.30)$$

$$\alpha = 1.06 (0.69)$$

$$\alpha = 0.73$$

Para que exista confiabilidad del Instrumento se requería que $\alpha > 0.50$, por lo tanto el Instrumento para medir conocimientos es confiable en un 73%.

ANEXO N° 11
DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL
INSTRUMENTO PARA MEDIR ACTITUDES

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a utilizar la formula α - Crombach.

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{Si^2}{St^2} \right]$$

K = Numero de ítems.

Si² = Suma de la Varianza de cada Item.

St² = Varianza total

El Instrumento será confiable si $\alpha > 0.50$ ($0 < \alpha < 1$)

Reemplazando valores tenemos:

$$\alpha = \frac{16}{16 - 1} \left[1 - \frac{31.8}{73.42} \right]$$

$$\alpha = \frac{16}{15} (1 - 0.43)$$

$$\alpha = 1.06 (0.57)$$

$$\alpha = 0.61$$

Para que exista confiabilidad del Instrumento se requería que $\alpha > 0.50$, por lo tanto el Instrumento para medir actitudes es confiable en un 61%.

ANEXO Nº 14
MEDICION DE LA VARIABLE CONOCIMIENTOS SOBRE
LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
ESCALA DE ESTANONES

$$DS = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{n - 1}}$$

Donde:

DS = Desviación estándar

$\sum X$ = Sumatoria de los puntajes obtenidos por cada individuo

X = Puntaje obtenido por cada participante

n = Numero total de Individuos

\bar{X} = Promedio obtenido de la suma de puntajes por sujeto

Hallando el promedio:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n} = \frac{572}{56} \Rightarrow \bar{X} = 10.2$$

Hallando la Desviación estándar:

$$DS = \sqrt{\frac{457.44}{55}} \Rightarrow DS = 2.88$$

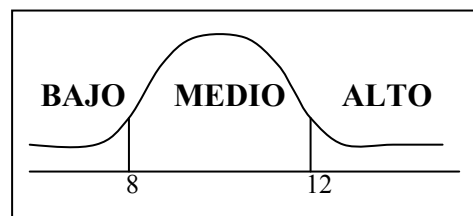
Establecemos valores para a y b:

$$a = \bar{x} - 0.75 (DS)$$

$$= 10.2 - 0.75 (2.88) \Rightarrow a = 8$$

$$b = \bar{x} + 0.75 (DS)$$

$$= 10.2 + 0.75 (2.88) \Rightarrow b = 12$$



CATEGORIAS

Conocimiento Bajo [mín – a] = De 0 a 8 puntos (Enf=0; Técnicos=13)

Conocimiento Medio [(a+1) - b]=De 9 a 12 puntos (Enf=4; Técnicos=26)

Conocimiento Alto [(b+1)–Máx]=De 13 a 17 puntos(Enf=2;Técnicos=11)

ANEXO N° 15
MEDICION DE LA VARIABLE ACTITUDES HACIA LA
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
ESCALA DE ESTANONES

$$DS = \sqrt{\frac{\sum X_j - (\bar{X})^2}{n}}$$

Donde:

DS = Desviación estándar

$\sum X_j$ = Sumatoria de los puntajes² obtenidos por cada individuo

X = Puntaje obtenido por cada participante

n = Numero total de Individuos

\bar{X} = Promedio obtenido de la suma de puntajes por sujeto

Hallando el promedio:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n} = \frac{3381}{56} \Rightarrow \bar{X} = 60.4$$

Hallando la Desviación estándar:

$$DS = \sqrt{\frac{207753 - (60.4)^2}{56}} \Rightarrow DS = 7.85$$

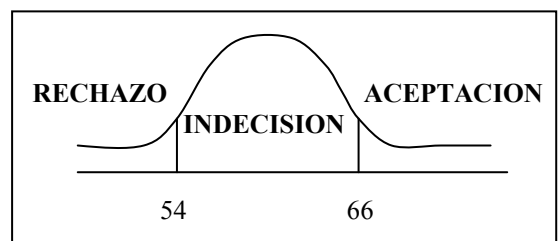
Establecemos valores para a y b:

$$a = \bar{x} - 0.75 (DS)$$

$$= 60.4 - 0.75 (7.85) \Rightarrow a = 54$$

$$b = \bar{x} + 0.75 (DS)$$

$$= 60.4 + 0.75 (7.85) \Rightarrow b = 66$$



CATEGORIAS

Actitud de Rechazo [mín – a] = De 16 a 54 puntos (Enf=0; Técnicos=12)

Act. de Indecisión [(a+1) - b]=De 55 a 66 puntos (Enf=5; Téc =28)

Act. de Aceptación [(b+1)–Máx]=De 67 a 80 puntos(Enf=1; Téc=10)

ANEXO Nº 16
DETERMINACION DE LA VARIABLE CONOCIMIENTOS
SEGÚN DIMENSION ALTERACIONES COGNITIVAS

$$DS = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{n - 1}}$$

Donde:

DS = Desviación estándar

$\sum X$ = Sumatoria de los puntajes obtenidos por cada individuo

X = Puntaje obtenido por cada participante

n = Numero total de Individuos

\bar{X} = Promedio obtenido de la suma de puntajes por sujeto

Hallando el promedio:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n} = \frac{184}{56} \Rightarrow \bar{X} = 3.3$$

Hallando la Desviación estándar:

$$DS = \sqrt{\frac{113.12}{55}} \Rightarrow DS = 1.4$$

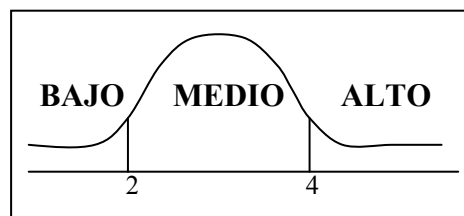
Establecemos valores para a y b:

$$a = \bar{x} - 0.75 (DS)$$

$$= 3.3 - 0.75 (1.4) \Rightarrow a = 2$$

$$b = \bar{x} + 0.75 (DS)$$

$$= 3.3 + 0.75 (1.4) \Rightarrow b = 4$$



CATEGORIAS

Conocimiento Bajo [mín – a] = De 0 a 2 puntos (Enf=1; Técnicos=16)

Conocimiento Medio [(a+1) - b]= De 3 a 4 puntos (Enf=3; Técnicos=22)

Conocimiento Alto [(b+1)–Máx]= De 5 a 6 puntos (Enf=2;Técnicos=12)

ANEXO N° 17
DETERMINACION DE LA VARIABLE CONOCIMIENTOS
DIMENSION ALTERACIONES PSICOLOGICAS Y COMPORTAMENTALES

$$DS = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{n - 1}}$$

Donde:

DS = Desviación estándar

$\sum X$ = Sumatoria de los puntajes obtenidos por cada individuo

X = Puntaje obtenido por cada participante

n = Numero total de Individuos

\bar{X} = Promedio obtenido de la suma de puntajes por sujeto

Hallando el promedio:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n} = \frac{199}{56} \Rightarrow \bar{X} = 3.5$$

Hallando la Desviación estándar:

$$DS = \sqrt{\frac{97.75}{55}} \Rightarrow DS = 1.3$$

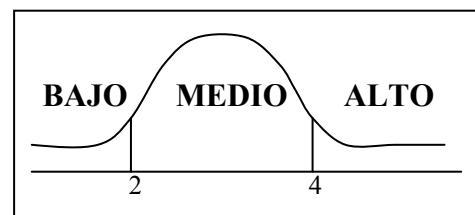
Establecemos valores para a y b:

$$a = \bar{x} - 0.75 (DS)$$

$$= 3.5 - 0.75 (1.3) \Rightarrow a = 2$$

$$b = \bar{x} + 0.75 (DS)$$

$$= 3.5 + 0.75 (1.3) \Rightarrow b = 4$$



CATEGORIAS

Conocimiento Bajo [mín – a] = De 0 a 2 puntos (Enf=1; Técnicos=10)

Conocimiento Medio [(a+1) - b]= De 3 a 4 puntos (Enf=4; Técnicos=23)

Conocimiento Alto [(b+1)–Máx]= 5 puntos (Enf=1;Técnicos=17)

ANEXO N° 18
DETERMINACION DE LA VARIABLE ACTITUD
SEGÚN DIMENSION ALTERACIONES COGNITIVAS

$$DS = \sqrt{\frac{\sum X_j - (\bar{X})^2}{n}}$$

Donde:

DS = Desviación estándar

$\sum X_j$ = Sumatoria de los puntajes² obtenidos por cada individuo

X = Puntaje obtenido por cada participante

n = Numero total de Individuos

\bar{X} = Promedio obtenido de la suma de puntajes por sujeto

Hallando el promedio:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n} = \frac{1654}{56} \Rightarrow \bar{X} = 29.5$$

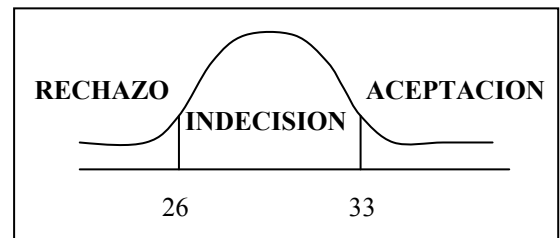
Hallando la Desviación estándar:

$$DS = \sqrt{\frac{50084 - (29.5)^2}{56}} \Rightarrow DS = 4.9$$

Establecemos valores para a y b:

$$a = \bar{x} - 0.75 (DS) \\ = 29.5 - 0.75 (4.9) \Rightarrow a = 26$$

$$b = \bar{x} + 0.75 (DS) \\ = 29.5 + 0.75 (4.9) \Rightarrow b = 33$$



CATEGORIAS

Actitud de Rechazo [mín – a] = De 8 a 26 puntos (Enf=0; Técnicos=12)

Act. de Indecisión [(a+1) - b]= De 27 a 33 puntos (Enf=5; Tec. =27)

Act. de Aceptación[(b+1)–Máx]=De 34 a 40puntos(Enf=1; Técnicos=11)

ANEXO N° 19
DETERMINACION DE LA VARIABLE ACTITUD
DIMENSION ALTERACIONES PSICOLOGICAS Y COMPORTAMENTALES

$$DS = \sqrt{\frac{\sum X_j - (\bar{X})^2}{n}}$$

Donde:

DS = Desviación estándar

$\sum X_j$ = Sumatoria de los puntajes² obtenidos por cada individuo

X = Puntaje obtenido por cada participante

n = Numero total de Individuos

\bar{X} = Promedio obtenido de la suma de puntajes por sujeto

Hallando el promedio:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n} = \frac{1727}{56} \Rightarrow \bar{X} = 30.8$$

Hallando la Desviación estándar:

$$DS = \sqrt{\frac{54323 - (30.8)^2}{56}} \Rightarrow DS = 4.6$$

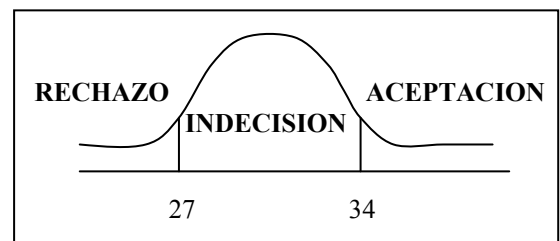
Establecemos valores para a y b:

$$a = \bar{x} - 0.75 (DS)$$

$$= 30.8 - 0.75 (4.6) \Rightarrow a = 27$$

$$b = \bar{x} + 0.75 (DS)$$

$$= 30.8 + 0.75 (4.6) \Rightarrow b = 34$$



CATEGORIAS

Actitud de Rechazo [mín – a] = De 8 a 27 puntos (Enf=0; Técnicos= 9)

Act. de Indecisión [(a+1) - b]= De 28 a 34 puntos (Enf=5; Téc =31)

Act. de Aceptación [(b+1)–Máx]=De 35 a 40 puntos (Enf=1; Téc=10)

ANEXO N° 20

**PERSONAL DE ENFERMERIA DEL ALBERGUE CENTRAL
“IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO” 2008
LIMA – PERU**

PERSONAL	N	%
Enfermeras	6	11
Técnicos	50	89
TOTAL	56	100

FUENTE: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Albergue Central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” -Febrero 2008

ANEXO Nº 21

**CONDICION LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
DEL ALBERGUE CENTRAL “IGNACIA RODULFO VDA.
DE CANEVARO” 2008
LIMA – PERU**

CONDICION LABORAL	ENFERMERAS		TECNICOS	
	N	%	N	%
Nombrados	3	50	18	36
Contratados	3	50	32	64
TOTAL	6	100	50	100

FUENTE: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Albergue Central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” -Febrero 2008

ANEXO Nº 22

**NUMERO DE PACIENTES SEGÚN GRADO DE
DEPENDENCIA ATENDIDOS POR EL PERSONAL DE
ENFERMERIA DEL ALBERGUE CENTRAL “IGNACIA
RODULFO VDA. DE CANEVARO” - 2008
LIMA – PERU**

GRADO DE DEPENDENCIA	ENFERMERAS		TECNICOS	
	N	%	N	%
I	0	0	7	14
II	4	67	20	40
III	2	33	23	46
TOTAL	6	100	50	100

FUENTE: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Albergue Central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” -Febrero 2008

ANEXO Nº 23

**CAPACITACIONES SOBRE TRANSTORNOS DE LA
MEMORIA DURANTE EL AÑO PASADO DEL PERSONAL
DE ENFERMERIA DEL ALBERGUE CENTRAL “IGNACIA
RODULFO VDA. DE CANEVARO” 2008
LIMA – PERU**

CAPACITACIONES	ENFERMERAS		TECNICOS	
	N	%	N	%
1	3	50	24	48
2 - 3	1	17	3	6
> de 3	0	0	3	6
Ninguna	2	33	20	40
TOTAL	6	100	50	100

FUENTE: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Albergue Central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” -Febrero 2008

ANEXO N° 24

CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL ALBERGUE CENTRAL "IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO" SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER - 2008 LIMA – PERU

CONOCIMIENTOS	ENFERMERAS		TECNICOS	
	N	%	N	%
Alto	2	33	11	22
Medio	4	67	26	52
Bajo	0	0	13	26
TOTAL	6	100	50	100

FUENTE: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Albergue Central "Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro" -Febrero 2008

ANEXO Nº 25

CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL ALBERGUE CENTRAL “IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO” SOBRE ALTERACIONES COGNITIVAS EN LOS PACIENTES CON ALZHEIMER- 2008 LIMA – PERU

CONOCIMIENTOS	ENFERMERAS		TECNICOS	
	N	%	N	%
Alto	2	33	12	24
Medio	3	50	22	44
Bajo	1	17	16	32
TOTAL	6	100	50	100

FUENTE: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Albergue Central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” -Febrero 2008

ANEXO N° 26

**CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL
ALBERGUE CENTRAL “IGNACIA RODULFO VDA. DE
CANEVARO” SOBRE ALTERACIONES PSICOLOGICAS Y
COMPORTAMENTALES EN PACIENTES CON ALZHEIMER - 2008
LIMA – PERU**

CONOCIMIENTOS	ENFERMERAS		TECNICOS	
	N	%	N	%
Alto	1	17	17	34
Medio	4	66	23	46
Bajo	1	17	10	20
TOTAL	6	100	50	100

FUENTE: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Albergue Central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” -Febrero 2008

ANEXO N° 27

**ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL ALBERGUE
CENTRAL “IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO” HACIA
LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER - 2008
LIMA – PERU**

ACTITUDES	ENFERMERAS		TECNICOS	
	N	%	N	%
Aceptación	1	17	10	20
Indecisión	5	83	28	56
Rechazo	0	0	12	24
TOTAL	6	100	50	100

FUENTE: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Albergue Central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” -Febrero 2008

ANEXO N° 28

**ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL
ALBERGUE CENTRAL “IGNACIA RODULFO VDA. DE
CANEVARO” SOBRE ALTERACIONES COGNITIVAS EN
PACIENTES CON ALZHEIMER - 2008
LIMA – PERU**

ACTITUDES	ENFERMERAS		TECNICOS	
	N	%	N	%
Aceptación	1	17	11	22
Indecisión	5	83	27	54
Rechazo	0	0	12	24
TOTAL	6	100	50	100

FUENTE: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Albergue Central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” -Febrero 2008

ANEXO N° 29

ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL ALBERGUE CENTRAL “IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO” SOBRE ALTERACIONES PSICOLOGICAS Y COMPORTAMENTALES EN PACIENTES CON ALZHEIMER - 2008 LIMA – PERU

ACTITUDES	ENFERMERAS		TECNICOS	
	N	%	N	%
Aceptación	1	17	10	20
Indecisión	5	83	31	62
Rechazo	0	00	9	18
TOTAL	6	100	50	100

FUENTE: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Albergue Central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” -Febrero 2008

ANEXO N° 30

**CONOCIMIENTO SI EXISTE UNA GUIA DE DETECCION
TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER POR EL
PERSONAL DE ENFERMERIA DEL ALBERGUE CENTRAL
“IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO” 2008
LIMA – PERU**

CONOCE SI EXISTE	ENFERMERAS		TECNICOS	
	N	%	N	%
SI	1	17	10	20
NO	5	83	40	80
TOTAL	6	100	50	100

FUENTE: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Albergue Central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” -Febrero 2008

ANEXO N° 31

EXPERIENCIA CON PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL ALBERGUE CENTRAL “IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO” 2008 LIMA – PERU

CONTACTO CON PACIENTES	ENFERMERAS		TECNICOS	
	N	%	N	%
Del albergue Canevaro	4	66	39	78
De otro centro de labor	1	17	4	8
No ha tenido contacto	1	17	7	14
TOTAL	6	100	50	100

FUENTE: Instrumento aplicado al personal de enfermería del Albergue Central “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro” -Febrero 2008