

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" HUANUCO

FACULTAD DE ENFERMERIA



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERIA FRENTE AL PACIENTE ADULTO MAYOR CON
ALZHEIMER, EN EL AREA DE HOSPITALIZACION DEL
HOSPITAL NIVEL II ESSALUD –HUÁNUCO, 2015**

TESISTAS:

- CASTRO SERAFIN, Yoni Eberson
- CRUZ SANTA MARÍA, Miguel Mequíes

ASESOR (A):

Lic. Enf. Judith, GALARZA SILVA

HUÁNUCO – PERÚ

2015

DEDICATORIA

Dedicamos a nuestros padres; por estar con nosotros siempre y apoyarnos incondicionalmente en nuestra formación personal y profesional.

AGRADECIMIENTO

A nuestra familia, pues por su apoyo constante desde el inicio de nuestra formación, forjando en nosotros el deseo de salir adelante en esta vida.

A la E.A.P. de Enfermería de la UNHEVAL, nuestro alma mater de hoy y siempre, la enseñanza recibida en el transcurso de estos años nos sirven para forjar un futuro comprometido con la salud y la investigación.

A la Lic. Enf. Judith, GALARZA SILVA, a través de su asesoría, guió nuestros pasos en la realización de esta investigación.

INDICE

| | |
|----------------|------|
| Dedicatoria | ii |
| Agradecimiento | iii |
| Resumen | vii |
| Abstract | viii |

INTRODUCCIÓN

| | |
|---|----|
| JUSTIFICACIÓN | 05 |
| PROPÓSITO | 06 |
| FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 07 |
| OBJETIVOS | 08 |
| HIPÓTESIS | 08 |
| VARIABLES | 09 |
| OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 10 |
| DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES | 11 |

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

| | |
|-------------------------|----|
| 1.1. ANTECEDENTES | 12 |
| 1.2. BASES TEÓRICAS | 14 |
| 1.3. BASES CONCEPTUALES | 17 |

CAPITULO II

METODOLOGÍA

| | |
|------------------------|----|
| 2.1. AMBITO | 31 |
| 2.2. POBLACIÓN MUETRAL | 31 |
| 2.3. TIPO DE ESTUDIO | 32 |
| 2.4. DISEÑO DE ESTUDIO | 32 |

| | |
|---|----|
| 2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTO | 33 |
| 2.6. PROCEDIMIENTO | 33 |
| 2.7. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS | 34 |
| CAPITULO III | |
| RESULTADOS | |
| 3.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO | 36 |
| 3.2. ANÁLISIS DE CONTINGENCIA Y PRUEBA DE HIPÓTESIS | 47 |
| CAPITULO IV | |
| DISCUSIÓN | |
| CONCLUSIONES | 51 |
| RECOMENDACIONES | 52 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 53 |
| ANEXOS | 56 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|------------------|---|-----------|
| Tabla 01. | Sexo y edad según escalas del Profesional de Enfermería Área de Hospitalización-Hospital Nivel II EsSalud - Huánuco, 2015. | 34 |
| Tabla 02. | Estado conyugal y tiempo de servicio del Profesional de Enfermería Área de Hospitalización-Hospital Nivel II EsSalud - Huánuco, 2015. | 36 |
| Tabla 03. | Asistencias a cursos y especialidades en adulto mayor del Profesional de Enfermería Área de Hospitalización-Hospital Nivel II Es Salud - Huánuco, 2015. | 38 |
| Tabla 04. | Nivel de conocimiento del profesional de Enfermería sobre Alzheimer Área de hospitalización Hospital Nivel III EsSalud-Huánuco-2015. | 40 |
| Tabla 05. | Actitud del profesional de enfermería frente al paciente adulto mayor con Alzheimer-Área de hospitalización, Hospital EsSalud-Huánuco, 2015. | 42 |
| Tabla 06. | Nivel de conocimiento y la actitud del profesional de enfermería sobre la enfermedad de Alzheimer en el adulto mayor en estudio. | 44 |
| Tabla 07. | Correlación entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de enfermería sobre la enfermedad de Alzheimer en el adulto mayor en estudio. | 45 |

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo general: Determinar el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de enfermería frente al paciente adulto mayor con Alzheimer y como objetivos específicos: Identificar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre la enfermedad de Alzheimer que presenta el Adulto Mayor en estudio, describir la actitud del profesional de enfermería frente a la enfermedad de Alzheimer que presenta en Adulto Mayor en estudio y por ultimo establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de enfermería sobre la enfermedad de Alzheimer en estudio.

El diseño metodológico es de tipo descriptivo correlacional, prospectivo transversal. La muestra estuvo conformado por 30 profesionales de enfermería asistenciales en el área de hospitalización del Hospital nivel II Essalud. Para el estudio se creyó conveniente la utilización de dos instrumentos, el primero un cuestionario para medir conocimientos y la segunda, una escala tipo Likert modificada para medir actitudes en cada personal de enfermería. De los cuales, se llegaron al resultado, el valor calculado de Chi cuadrado es 6.467 y el p-valor asociado, con 2 grados de libertad es 0.039, que resulta ser significativo ($p < 0.05$), este resultado nos permite afirmar que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de enfermería sobre la enfermedad de Alzheimer en el adulto mayor en estudio.

Palabras claves: profesional de enfermería, conocimiento, actitudes, enfermedad de Alzheimer.

ABSTRACT

the research present titled has I have a meal general objective: Determine the level of knowledge and attitude of the nurse facing the elderly patients with Alzheimer's and specific objectives: Identify the level of knowledge of nursing professionals about Alzheimer's that has the Elderly in study describe the attitude of the nurse against Alzheimer's disease Elderly posing in studio and finally establish the relationship between the level of knowledge and attitude of the nurse on Alzheimer's disease study.

The methodological design is correlational, prospective descriptive cross. The sample was composed of 30 professionals of nursing care in the ward level II Hospital Essalud. For the study wanted to use two instruments, the first a questionnaire to measure knowledge and the second a modified Likert scale to measure attitudes in each nursing staff. Of which the results The value once was calculated of Chi once was balanced out is 6.467 and the p - value once was associated, with 2 freedom degrees is 0.039, that this result turns out to be significant, he permits affirming existent a significant relation among the knowledge level to us and the attitude of the nursing professional on the Alzheimer's disease in the adult.

Keywords: nurse, knowledge, attitudes, Alzheimer's disease

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con Alzheimer experimentan un cambio drástico 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 en 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 sí 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 a 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. Florencia 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⁾.

La demencia senil se trata de una disminución determinada por la edad de la capacidad mental como consecuencia de la degeneración de las células cerebrales. El cuadro sintomático puede corresponder a varias enfermedades de base, entre ellas las más frecuentes son la demencia por multiinfartos y la enfermedad de Alzheimer. Mientras que en caso de la demencia por multiinfartos, los trastornos circulatorios debido a la estenosis u oclusión de los vasos sanguíneos provocar la muerte de las células cerebrales, las causas de la frecuente enfermedad Alzheimer todavía no se conocen. Sin embargo la sintomatología, la evolución y las consecuencias son muy similares en las dos enfermedades.³

La enfermedad de Alzheimer constituye un grave problema en todos los países industrializados. Fue descrita por primera vez en 1907 por el psiquiatra neurólogo Bávaro Alois Alzheimer. Gracias a la mejora de los métodos diagnósticos, la enfermedad se detecta con mayor frecuencia, se calcula que entre el grupo de personas de más de 65 años la enfermedad llega aproximadamente a un 5% y en el grupo de 85 años llega al 20%. En América Latina la enfermedad de Alzheimer llega a un 7% en países como Argentina, Brasil, Chile.⁴

Algunas teorías intentan arrojar algo de luz sobre este tema. Se discute que etimológicamente pueden existir alteraciones metabólicas cerebrales que probablemente a causa de un fallo en la regulación enzimática puede llevar a procesos de destrucción con marcada muerte celular en la corteza cerebral y en otras zonas del cerebro. Otros científicos piensan que la causa de la enfermedad podría ser una desestructuración breve determinada por el estrés

del aporte de oxígeno a través de micro vasos. Sin embargo, las exploraciones más modernas con ayuda de la tomografía computarizada y por resonancia magnética no han podido hasta el momento establecer ninguna relación entre las funciones cerebrales y la tendencia a la esclerosis del cerebro. Diversas sub-formas de la enfermedad de Alzheimer tienen distintas causas. Se discute la existencia de causas hereditarias.⁵

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 padecen la enfermedad de Alzheimer.⁶

Datos obtenidos por el INEI informan que en el Perú las personas adultas mayores representaron el en año 2004 el 7.5% de la población total; es decir 2 millones 79 mil personas que sobrepasan el umbral de 60 a más años de edad.⁷

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 suelen afectar al 10% de las personas mayores de 65 años y alrededor de la mitad de los que superan los 85 años.⁷

En los últimos decenios, la medicina ha contribuido de manera esencial a alargar la vida humana y a retrasar el envejecimiento. Debido al aumento de la esperanza de vida, el número de ancianos crece continuamente y pronto sobrepasara la proporción de todos los otros grupos de edad de la población total. A pesar de que el envejecimiento no puede considerarse como un sinónimo de enfermar o estar enfermo, el hecho es que, ya en la actualidad en

nuestro país (Perú), la mitad de los ingresos hospitalarios corresponden a personas por encima de los 60 años, y que las necesidades asistenciales se encuentran en continuo crecimiento. Se prevé que prácticamente el 10% de las personas de entre 60 y 80 años y más de un tercio de las personas de más de 80 años seguramente precisaran la asistencia con problemas o enfermedad de Alzheimer producto de una demencia senil.⁸

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 familiares, 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.⁹

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.¹⁰

En una entrevista con el personal de enfermería que trabaja en un albergue respecto a sus conocimientos y actitudes sobre la enfermedad de Alzheimer

refieren: "no se mucho sobre esta enfermedad, pero en los momentos que atendí a pacientes con este problema de salud hemos tenido bajo nuestro cuidado 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 acabaría mi trabajo". Esto dependerá de cuanto conocen sobre esta enfermedad influyendo en la actitud que muestran frente a ella.¹⁰

El presente trabajo se justifica por las siguientes razones:

Justificación teórica.

Los modelos y teorías de atención en salud están centrados más en el cuidar que en el curar, que respondan a sus necesidades biopsicosociales, y que consideren el entorno físico y social del adulto mayor con el cual interactúa en forma constante. El modelo de Dorothea Orem, a través del proceso de enfermería. Se basa en tres teorías que componen el modelo, se usó la "Teoría de Autocuidado" para realizar la etapa de valoración, la "Teoría de Déficit de Autocuidado" para realizar la etapa de diagnóstico y finalmente se utilizó la "Teoría de Sistemas" para las etapas de planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería.¹¹ De esta manera la teoría aporta el sustento teórico que orienta los cuidados que enfermería entrega y el proceso de enfermería constituye la herramienta que permite entregar estos cuidados a través de un método de planificación sistémico y racional.

Justificación Práctica.

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. Florencia Nightingale mencionaba al respecto: "La enfermera tiene como objetivo abordar el cuidado del paciente de forma holística resaltando las necesidades físicas, psicológicas y sociales".

Justificación Social

La enfermedad de Alzheimer es un problema de salud pública que se desconoce su causa y sus consecuencias constituye un importante reto para nuestra profesión, pues está demostrado cuanto mayor es la calidad y extensión de los cuidados de enfermería basado en un cuerpo sistemático de teorías y de conocimientos.¹²

El propósito de la investigación fue; Todo profesional de enfermería que participa en la atención del adulto mayor debe estar capacitado y entrenado para la identificación, reconocimiento y brindar cuidados de calidad a los pacientes con trastornos neurológicos como respuesta a un tipo de demencia, en este caso de la Enfermedad de Alzheimer, siendo los trastornos de mayor incidencia que afectan 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 profesional de enfermería tenga conocimientos específicos sobre la enfermedad de Alzheimer para la prevención, cuidado y asistencia del paciente adulto mayor que padece este tipo de demencia.

Debido a la complejidad de los cambios fisiológicos de las personas de edad avanzada y, según el resultado que se obtengan en el estudio servirá para que el profesional de enfermería utilice métodos que consisten en medidas asistenciales adecuados, consejos dietéticos, fisioterapia y psicoterapia, así como un control social terapéutico y asistencial; de esta manera deberá colaborar con las personas e instituciones que se preocupan por los problemas de los pacientes ancianos que presentan enfermedad de Alzheimer.

La motivación para realizar el presente trabajo surge de una experiencia durante el cual se pudo observar las diferentes actitudes que el profesional de enfermería demuestra frente al paciente adulto mayor con enfermedad de Alzheimer; para ello precisa la utilización e interrelación de elementos como una metodología de trabajo basado en la valoración y diagnóstico de problemas reales y potenciales del paciente tomando como ser biopsicosocial utilizando el proceso de enfermería y realizando seguimiento del plan de cuidados establecidos.

El problema del estudio fue:

¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitud del profesional de enfermería frente al paciente adulto mayor con Alzheimer, en el área de hospitalización del Hospital nivel II Essalud – Huánuco, 2015?

Los objetivos planteados fueron:

Objetivo General:

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de enfermería frente al paciente adulto mayor con Alzheimer, en el área de hospitalización del hospital nivel II Essalud – Huánuco, 2015.

Objetivos Específicos:

Identificar El nivel de conocimiento se relaciona con la actitud positiva del profesional de enfermería frente al paciente hacia el paciente Adulto Mayor con Alzheimer

Determinar el nivel de conocimiento se relaciona con la actitud negativa del profesional de enfermería frente al paciente hacia el paciente Adulto Mayor con Alzheimer.

Describir la actitud del profesional de enfermería frente a la enfermedad de Alzheimer que presenta en Adulto Mayor en estudio.

Las Hipótesis planteadas fueron:

Hipótesis General:

Hi: El nivel de conocimiento se relaciona con la actitud del profesional de enfermería frente al paciente hacia el paciente Adulto Mayor con Alzheimer.

Ho: El nivel de conocimiento no se relaciona con la actitud del profesional de enfermería frente al paciente hacia el paciente Adulto Mayor con Alzheimer.

Hipótesis específicas:

- H_{11} : El nivel de conocimiento se relaciona con la actitud positiva del profesional de enfermería frente al paciente hacia el paciente Adulto Mayor con Alzheimer
- H_{13} : El nivel de conocimiento se relaciona con la actitud negativa del profesional de enfermería frente al paciente hacia el paciente Adulto Mayor con Alzheimer.
- H_{13} : Describir la actitud del profesional de enfermería frente a la enfermedad de Alzheimer que presenta en Adulto Mayor en estudio.

Las Operacionalización variables fue de la siguiente forma:

- Variable Independiente:
 - ✓ Nivel de conocimiento sobre la Enfermedad del Alzheimer.
- Variable Dependiente:
 - ✓ Actitud del profesional de enfermería.
- Variables de Caracterización:
 - ✓ Edad
 - ✓ Sexo
 - ✓ Estado civil
 - ✓ Capacitación
 - ✓ Especialidad
 - ✓ Tiempo de servicio

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLES | DIMENCIONES | INDICADORES | ESCALA DE MEDICION |
|--|--|---|---|
| VARIABLE INDEPENDIENTE | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Nivel de conocimiento sobre la enfermedad del Alzheimer. | <ul style="list-style-type: none"> Conocimiento bueno. | <ul style="list-style-type: none"> Que obtengan un puntaje de 17 a 20 puntos. | <ul style="list-style-type: none"> Ordinal |
| | <ul style="list-style-type: none"> Conocimiento regular. | <ul style="list-style-type: none"> Que obtengan un puntaje de 12 a 16 puntos. | <ul style="list-style-type: none"> Ordinal |
| | <ul style="list-style-type: none"> Conocimiento deficiente. | <ul style="list-style-type: none"> Que obtengan un puntaje de < de 11 puntos. | <ul style="list-style-type: none"> Ordinal |

| VARIABLE DEPENDIENTE | | | |
|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Actitud del profesional de enfermería. | <ul style="list-style-type: none"> Actitud positiva. | <ul style="list-style-type: none"> Que obtengan un puntaje de 51 a 100 puntos. | <ul style="list-style-type: none"> Ordinal |
| | <ul style="list-style-type: none"> Actitud negativa. | <ul style="list-style-type: none"> Que obtengan un puntaje de 1 a 50 puntos | <ul style="list-style-type: none"> Ordinal |

DEFINICION DE TERMINOS OPERACIONALES

- Nivel de conocimiento: Fases de un estado claro de conciencia del individuo y del entorno en la que la atención se centra en cuestiones inmediatas.
- Actitud del profesional de enfermería: Persona que adquiere fuerzas integradoras fundamentales en el desarrollo de la personalidad que dan consistencia a la conducta del individuo.
- Enfermedad de Alzheimer: Es un trastorno cerebral crónico, progresivo y deteriorante que se acompaña de cambios profundos en la memoria, cognición, y la capacidad para valerse por sí mismo.
- Enfermero (a): Persona calificado (a) para el ejercicio de su profesión en un determinado campo de la salud.
- Adulto Mayor: Persona de edad avanzada o de la tercera edad.
- Demencia Senil: Disminución determinada por la edad de la capacidad mental como consecuencia de la degeneración de las células cerebrales.
- Enfermedad: La condición caracterizada por el malestar o incomodidad que impide al individuo realizar sus actividades habituales, caracterizado por un conjunto de signos y síntomas, atribuible a herencia, infección, dieta o entorno.
- Hospital: Institución de asistencia sanitaria que proporciona camas de ingreso, servicios de enfermería continuos y una planilla médica organizada.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

Para la elaboración del marco teórico se hizo la revisión de la literatura, extrayendo y recopilando información, 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 al presente tema de investigación, los cuales fueron realizados tanto en el Perú como en el extranjero.

1.1. ANTECEDENTES

En Perú, Sánchez (2001), realizó 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 en los estadios leve y moderado de la demencia tipo Alzheimer. 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.¹³

Este antecedente tuvo aproximación con el estudio porque nos ha permitido identificar y determinar los cambios conductuales que presenta el paciente en los estadios iniciales de la demencia tipo Alzheimer.

Vásquez, 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, 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, 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 en sistema comprensivo de Exner.¹⁴ Tras los análisis estadísticos y de 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.¹⁴

1.2. BASE TEÓRICA

Teoría de Dorotea Orem

- a) Teoría del auto cuidado: Es una contribución constante del individuo a su propia existencia; "el auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia el beneficio de su vida, salud o bienestar. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno. Define además tres requisitos del autocuidado:

Requisitos de auto cuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.¹⁵

Requisitos de auto cuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.¹⁵

Requisitos de auto cuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.¹⁵

- b) Teoría del déficit de auto cuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit, los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto cuidado

o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.¹⁵

c) Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera suplente al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona auto cuidado.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: "ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.¹⁵

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los

usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.¹⁶

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse.¹⁶

Los métodos de asistencia de enfermería que d. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- 5.- enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

El rol de la enfermera, pues, consiste en ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su auto cuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello la enfermera se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona.¹⁶

La persona es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo auto cuidados que son de tres tipos: los auto cuidados universales, los auto cuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los auto cuidados unidos a desviaciones de salud. La salud se define según esta autora como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano. Por último, el entorno representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los auto cuidados o sobre su capacidad para ejercerlos (Orem, 1993).¹⁶

1.3. BASE CONCEPTUAL

1.3.1 GENERALIDADES SOBRE CONOCIMIENTO

Definiciones de Conocimiento en la Historia

El conocimiento ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos.

Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, distingue dos 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. Y 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.¹⁷

Del mismo modo diferencia tres formas de conocimiento:

- a) Conocimiento vulgar: Los conocimientos se adquieren en forma espontánea o natural, están estrechamente vinculados con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos y por lo general se refieren a problemas inmediatos que la vida le plantea.
- b) Conocimiento científico: Se caracteriza por ser selectivo, metódico y sistemático, se basa constantemente en la experiencia y busca explicar racionalmente los fenómenos.
- 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.¹⁷

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 en el nacimiento y continúa hasta la muerte, originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de quien aprende. Estos cambios se pueden observar 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 dé a lo aprendido y se lleve a cabo básicamente a través de dos formas:

- a) La informal, mediante las actividades ordinales 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.

Tanto filósofos como científicos coinciden en que gracias al conocimiento el hombre orienta su existencia en el mundo y aprende a dominar su realidad.¹⁸

1.3.2 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 definir 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 dinámica de la conducta ". Por otro lado 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 objeto cognoscitivo".¹⁹

Formación de las Actitudes:

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 construyen a ella, como son nuestra familia, amigos, vecinos y nuestros maestros.¹⁹

Estructura de las Actitudes:

Las actitudes están compuestas por tres actitudes o componentes básicos:

- a) El elemento cognoscitivo, conformado por el conocimiento que el sujeto tiene 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 la forma de juzgar o de enjuiciar la realidad percibida, de colaboración compleja y de difícil modificación y sustitución, pueden ser evaluados por el juicio positivo y negativo.¹⁹

- b) El elemento afectivo, constituido por los aspectos emocionales que acompañan a la motivación y 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.¹⁹
- c) El elemento motivacional, constituido por la predisposición del sujeto a actuar respecto al objeto. 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.¹⁹

Características de las Actitudes:

- 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 autogenan, 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, indiferente).²⁰

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”. 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 Likert toma un número 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 qué medida los juicios por cada proposición están en correlación con el resultado final y eliminar aquellas que no manifiesten un acuerdo sustancial.²¹

Medición de las Actitudes:

Las actitudes pueden medirse por medio directo o indirecto según sea o no advertidas por el sujeto.

Antonio Pinilla en su obra "Psicología Social". 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.
- 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 suscita y genera

aislamiento, desconfianza y agresión, siendo mecanismo de defensa con que responde a la persona que se encuentra en tensión.

- c) Actitud de indecisión o indiferencia: Es la predisposición aún no definida que traduce ambivalencia entre la aceptación y el rechazo.²¹

1.3.3 GENERALIDADES SOBRE LA SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR

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.²²

Situación del Adulto Mayor en el contexto institucionalizado

La institucionalización debe constituir el último recurso del sistema de protección integral de la salud de los adultos mayores. 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 los hospitales, los clubes, los centros de jubilados, los grupos de tercera edad. 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, 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.²³

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

- a) Los factores económicos, debilitamiento de lazos social familiares: siendo el más destacado el déficit de vivienda, asociado a otro factor que es la ausencia de apoyos familiares, también encontramos hijos con dificultad económica, el hacinamiento, la falta de ingreso 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, o cuando el anciano padece una enfermedad y cae internado en un hospital por fallas de atención médica previa o falta de cuidados en la familia.²³

1.3.4 GENERALIDADES SOBRE DEMENCIA

Definición de Demencia

Demencia: significa pérdidas 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 cuándo comienza la

demencia, porque es un proceso continuo, que va disminuyendo progresivamente la capacidad de desenvolverse. Una persona demente parece que fuera retrocediendo en el nivel de desarrollo que alcanzó, perdiendo cada vez más sus capacidades, desdibujando toda su personalidad.²⁴

Clasificación de las demencias

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

Localización:

- Demencias corticales, se caracterizan por alteraciones cognoscitivas.
- Demencias sub corticales, se presenta una pérdida gradual de capacidad cognoscitiva.
- Demencias axiales, involucran las estructuras axiales del cerebro, como la porción medial de los lóbulos temporales, hipocampo, formix, cuerpos modulares y el hipotálamo, producen una alteración de la memoria reciente, lo que ocasiona que el aprendizaje de tareas nuevas sea prácticamente imposible.²⁴

1.3.5 GENERALIDADES SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

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.²⁵

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 padecen la enfermedad de Alzheimer. 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 a más años de edad.²⁵

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 suelen afectar a 10% de las personas mayores de 65 años y alrededor de la mitad de los que superan los 85 años.²⁵

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.²⁶

Alteraciones psicológicas y comportamentales.

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. En el caso de un paciente quien al no recordar que tomo el desayuno contesta "tome leche, pan con mermelada y queso". El lenguaje también se afecta, tienen dificultad para encontrar adecuadas al momento de comunicarse; pueden usar muchas palabras para expresar o repetir una y otra vez lo mismo.
- b) Estadio II (intermedio): Su duración fluctúa entre los 2 y 10 años. Las alteraciones se acentúan y aumentan progresivamente puede presentarse la depresión; el paciente tiene dificultades para su auto valimiento; por ejemplo: se abotona mal la camisa y no sabe cómo ponerse el pantalón. No recuerda para que son los objetos, no sabe cómo utilizarlos y puede adoptar la conducta de guardar todo en lugares inapropiados. El lenguaje

es cada vez 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 el barrio, en la casa, en el hospital. La vida social desaparece.

- 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 sí misma. Su lenguaje es muy reducido, repitiendo con frecuencia las palabras que uno le dice como un eco. Progresivamente dejan de hablar, pueden emitir chillidos cuando se les estimula; existen serias 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

1.3.6 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 familiares, 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.³⁰

La enfermería gerontológica ha sido definida por Gunter y Estés 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 en proceso de la muerte.
- Facilitar el diagnóstico, alivio y tratamiento de las enfermedades que ocurren en la vejez.

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 familiares.²⁸

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

2.1. AMBITO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación se realizó en el hospital nivel II EsSalud.

Ubicado: Provincia : Huánuco

Distrito : Amarilis

Dirección : Jr. José Olaya S/N, Amarilis

2.2. POBLACION MUESTRAL

La presente investigación tuvo como población al total a los profesionales de enfermería tanto nombrados como contratados que laboran en el servicio de hospitalización del ESSALUD.

Para la selección de la muestra se utilizó el método no probabilístico por conveniencia, es decir la muestra lo conformarán todos los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de hospitalización del ESSALUD.

Dicha muestra se seleccionó a través de los siguientes criterios:

Criterio de Inclusión:

- Profesional de enfermería, nombrados que laboran en el ESSALUD.
- Experiencia en la atención de pacientes con Alzheimer.
- Profesional de enfermería con consentimiento informado.

Criterio de Exclusión:

- Profesional de enfermería contratados que laboran en el
- Profesional de enfermería sin consentimiento informado.

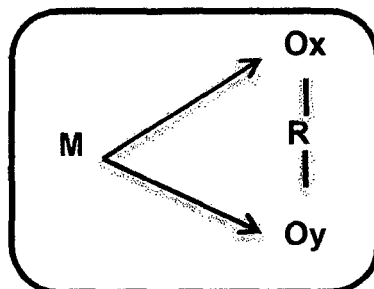
2.3. TIPO DE ESTUDIO:

Para la investigación se utilizaron los siguientes tipos de estudio:

- A través del análisis y alcance de los resultados el estudio es de tipo Descriptivo Correlacional, porque se determinará “como es” o “como está” la situación de las variables que deberán estudiarse.
- A través del tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio es de tipo prospectivo, porque los datos serán registrados e informados según van ocurriendo los fenómenos.
- A través del periodo y secuencia del estudio es de tipo transversal, porque las variables serán estudiados simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

2.4. DISEÑO DE INVESTIGACION:

Para el estudio se utilizó el diseño descriptivo correlacional, dicho esquema es el siguiente:



Dónde:

M : Representa la muestra en estudio.

OX: Representa a los datos de la variable independiente.

OY: Representa a los datos de la variable dependiente.

R : Representa la relación de los datos de ambas variables.

2.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS

Técnicas:

- Encuesta: Es una técnica en donde se elaboran un conjunto de preguntas de carácter cerrada y mixta.
- Escala tipo Likert

Instrumentos:

- Cuestionario: Instrumento que se aplicará al profesional de enfermería que labora en el en el programa Adulto, Adulto Mayor en Essalud, con el objetivo de medir el conocimiento utilizando el cuestionario con datos generales y preguntas propias del tema de investigación (anexo 2).
- Test Actitudinal: Como instrumento se usará una Escala de Likert, para medir la variable actitudes positivas y negativas del profesional de enfermería hacia el paciente adulto mayor con Alzheimer (anexo 3).

2.6. PROCEDIMIENTO

En la realización del estudio se tuvo en cuenta los siguientes procedimientos:

- Se elaboró y presento de solicitud de permiso a la dirección del Essalud.
- Se solicitó el consentimiento informado del profesional de enfermería para la selección de la muestra.
- Se elaboraron del instrumento para la recolección de datos.
- Se aplicó del instrumento a la muestra en estudio.
- Se seleccionó el sistema de cómputo o tabulación y evaluación de datos.
- Se interpretó de los resultados.
- Se elaboró del informe final.

2.7. PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS DE DATOS.

Plan de Tabulación:

Concluido el trabajo de campo y obtenida la información requerida se realizó la tabulación según el método manual (paloteo) y como auxiliar se tuvo en cuenta el método electrónico a través del paquete SPSS, donde los datos fueron presentados en cuadros y gráficos estadístico según los objetivos y variables propuestas.

Plan de Análisis:

Una vez registrado los datos, se realizó una descripción sistemática de los resultados que se encuentran en los cuadros estadísticos destacando las frecuencias más significativas y que tienden a dar respuesta a los objetivos y al problema planteado.

Prueba Estadística:

Para establecer la comprobación de la hipótesis, se utilizó la estadística no paramétrica de la significancia del chi - cuadrado, porque presenta la escala de medición ordinal, cuyo esquema es el siguiente:

$$\chi^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Dónde: χ^2

\sum : Sumatoria

F_o: frecuencia observada.

F_e: frecuencia esperado

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1. ANALISIS DESCRIPTIVO

Tabla N° 01: Sexo y edad según escalas del Profesional de Enfermería Área de Hospitalización-Hospital Nivel II Essalud - Huánuco, 2015.

| SEXO | EDAD | | | | | | TOTAL | |
|--------------|-----------|------------|----------|------------|-----------|------------|-----------|--------------|
| | 25-30 | | 31-40 | | 45 a mas | | | |
| FEMENINO | 6 | 20.0% | 6 | 20.0% | 5 | 16.7% | 17 | 56.7% |
| MASCULINO | 5 | 16.7% | 3 | 10.0% | 5 | 16.7% | 13 | 43.3% |
| TOTAL | 11 | 37% | 9 | 30% | 10 | 33% | 30 | 100% |

Fuente: Guía de Entrevista.

ANÁLISIS INTERPRETACIÓN:

En la tabla y figura se observa que, el 37%(11) de profesionales de enfermería estudiados presentaron edades entre el 25.a 30 años, el 33 %(10) entre 45 a más años y, el 30%(9) entre 31 a 40 años.

El 57%(17) de profesionales de enfermería pertenecen al género femenino y, el 43%(13) al masculino.

Según la organización mundial de la salud (OMS) dice: la edad de un profesional de enfermería podrá constituir en un proceso cronológico de la comprensión de algunos de los factores del desarrollo humano y de las acciones reciprocas. Por lo tanto, el profesional de enfermería que presenta edades promedios entre 23 años que integran a una institución de salud a

laborar por vez primera tienen dificultades a falta de experiencias para la atención y cuidados a pacientes de hospitalizados que aquellos profesionales que presentan experiencias y establecen una edad promedio entre 28 a más años.

Al respecto COPLAN GERALD señala: sin embargo a causa de los tremendos cambios sociales y tecnológicos que se produjeron en aquella época, la enfermería empezó realizando la atención a pacientes solo por mujeres y enfermería era para mujeres. Hoy en día el proceso de formación profesional en enfermería son muy heterogéneas; es decir en la actualidad se forman profesionales de ambos géneros que deben desarrollar técnicas y habilidades para la comunicación, ya que sin ella no es posible formar relación alguna.

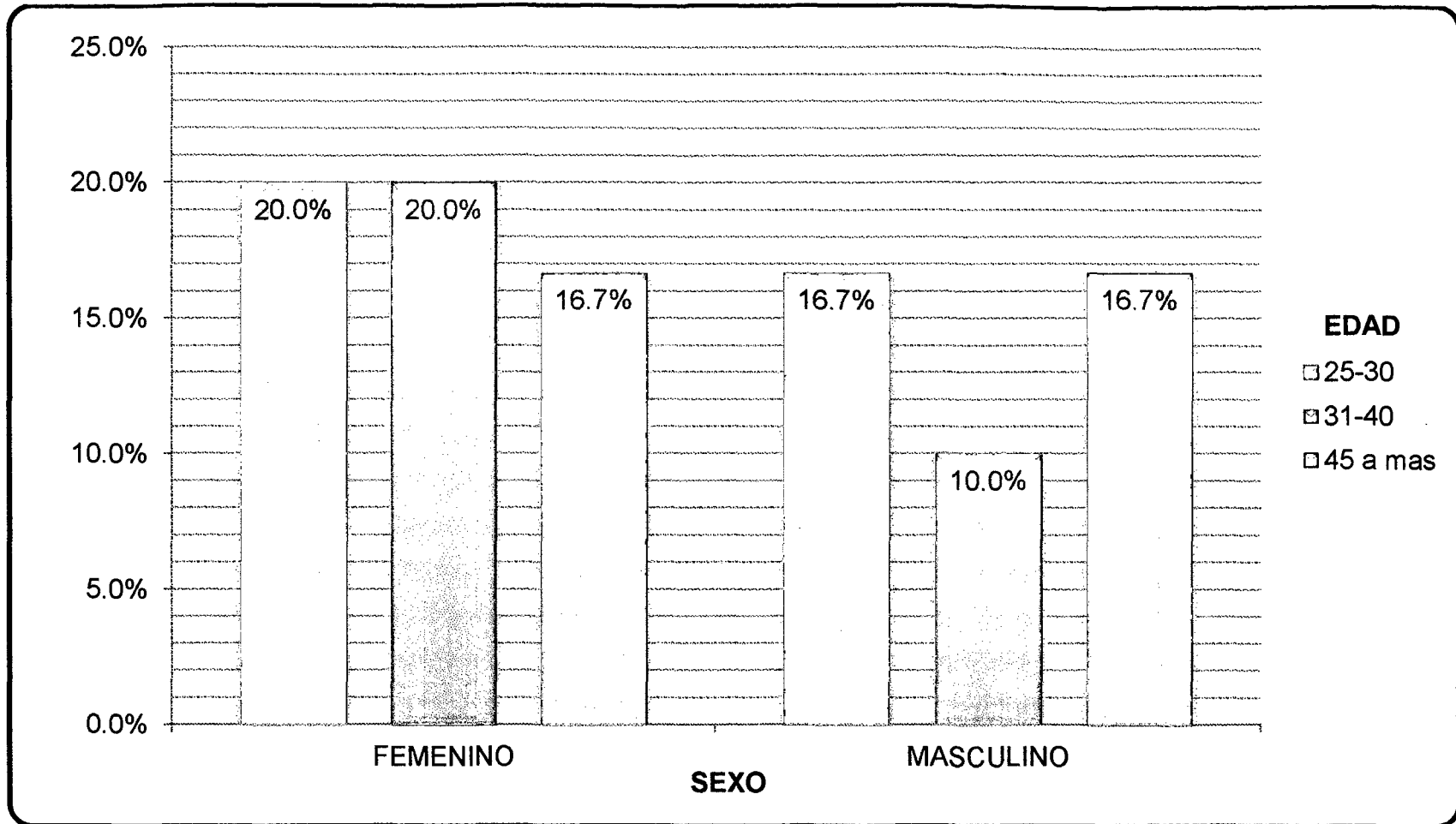


Figura N° 01: Sexo y edad según escalas del Profesional de Enfermería Área de Hospitalización-Hospital Nivel II Essalud - Huánuco, 2015

Tabla N° 02: Estado conyugal y tiempo de servicio del Profesional de Enfermería Área de Hospitalización-Hospital Nivel II Essalud - Huánuco, 2015.

| ESTADO | TIEMPO DE SERVICIO | | | | | | TOTAL | |
|--------------|--------------------|------------|-----------|------------|----------|------------|-----------|-------------|
| | 1-5 | 6-10 | 11 A MÁS | | | | | |
| SOLTERO | 5 | 16.7% | 4 | 13.3% | 2 | 6.7% | 11 | 36.7% |
| CASADO | 4 | 13.3% | 5 | 16.7% | 3 | 10.0% | 12 | 40.0% |
| CONVIVIENTE | 3 | 10.0% | 3 | 10.0% | 1 | 3.3% | 7 | 23.3% |
| TOTAL | 12 | 40% | 12 | 40% | 6 | 20% | 30 | 100% |

Fuente: Guía de Entrevista.

ANÁLISIS INTERPRETACIÓN:

Un 40%(12) de profesionales de enfermería es de estado casado, el 37%(11) soltero(a) y, el 23%(7) conviviente. El 40%(12) de profesionales de enfermería viene laborando entre 1 a 5 y 6 a 10 años respectivamente, el 20%(6) de 11 años a más años.

Por otro lado, Pérez Estrada dice: durante la época de Florence Hightingale la enfermera más se dedica a la atención de sus pacientes, lo cual en su mayoría eran de estado civil soltera, por la sencilla razón del tiempo que no disponían.

Según Blas García menciona: el tiempo de servicios laboral en el periodo que labora el profesional de enfermería nombrado o contratado a través de las evaluaciones por las instituciones de salud; la gran mayoría en la actualidad trabajan fundamentalmente para complementar el ingreso familiar; por otra parte, muchos profesionales consideran la enfermería como un trabajo y no una profesión. Para algunos el tiempo de servicios laboral, es una labor que brinda remuneración económica y cierto grado de satisfacción.

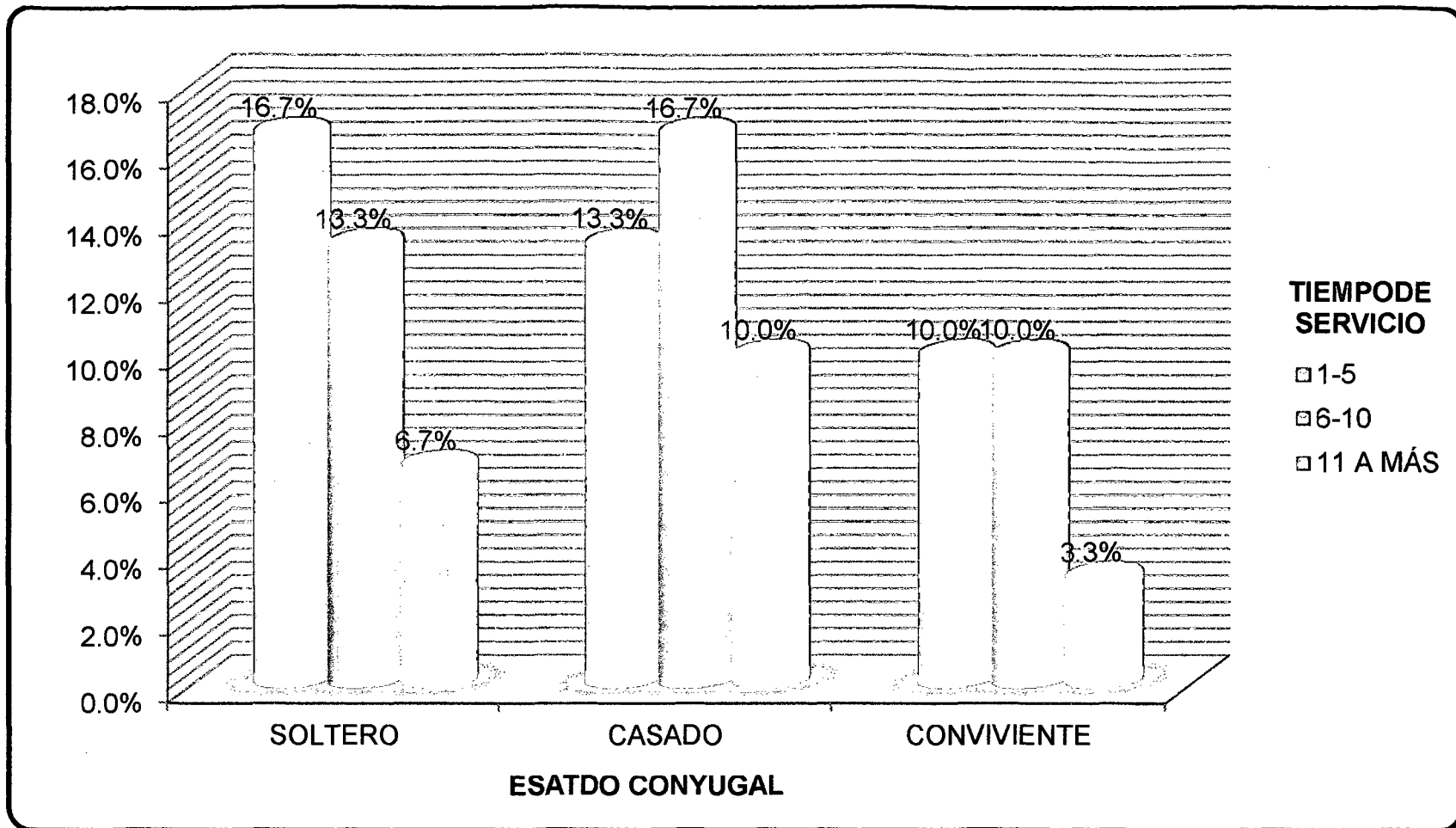


Figura N° 02: Estado conyugal y tiempo de servicio del Profesional de Enfermería Área de Hospitalización-Hospital Nivel II Essalud - Huánuco, 2015.

Tabla N° 03: Asistencias a cursos y especialidades en adulto mayor del Profesional de Enfermería Área de Hospitalización-Hospital Nivel II Essalud - Huánuco, 2015.

| ASISTENCIA A CURSOS | ESPECIALIDAD EN ADULTO | | | | TOTAL | |
|---------------------|------------------------|------------|-----------|------------|-----------|--------------|
| | SI | | NO | | | |
| SI | 8 | 26.7% | 8 | 26.7% | 16 | 53.3% |
| NO | 6 | 20.0% | 8 | 26.7% | 14 | 46.7% |
| TOTAL | 14 | 47% | 16 | 53% | 30 | 100% |

FUENTE: Guía de Entrevista.

ANÁLISIS INTERPRETACIÓN:

Un 53%(16) de profesionales de enfermería asistió a cursos de capacitación sobre cuidados del adulto mayor y, el 47%(14) no asistieron. El 53%(16) de profesionales de enfermería no tienen especialización y el 47%(14) si tienen especialización en el mayor adulto

Para Martison; la capacitación profesional se basa en un conjunto de conocimientos, esta base se construye a tener un juicio y fundamento para modificar los actos de acuerdo a la situación.

En cuanto, Díaz Baena señala: la especialidad es una parte de la ciencia de la salud, que el profesional de enfermería es capacitado con una formación especial y experiencia en un tratamiento, cuidados y rehabilitación de pacientes de la tercera edad. Habitualmente, un especialista tiene formación clínica superior y puede poseer un grado académico de posgraduado en la rama de geriatría o en otras formas.

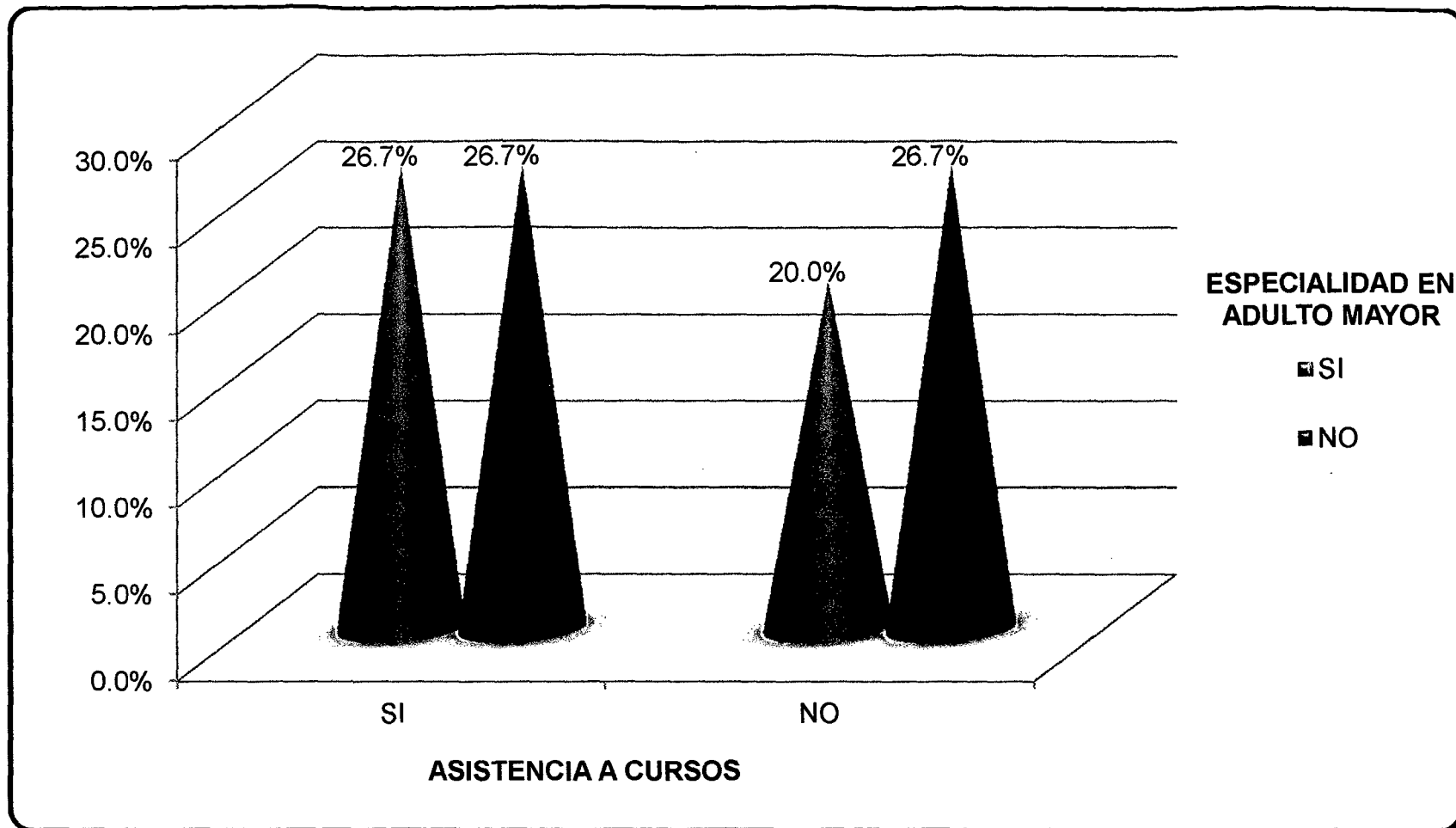


Figura N° 03: Asistencias a cursos y especialidades en adulto mayor del Profesional de Enfermería Área de Hospitalización-Hospital Nivel II Essalud - Huánuco, 2015.

TABLA. N 04: Nivel de conocimiento del profesional de Enfermería sobre Alzheimer Área de hospitalización Hospital Nivel III EsSalud-Huánuco-2015.

| CONOCIMIENTO | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| DEFICIENTE | 12 | 40.0% |
| REGULAR | 4 | 13.3% |
| BUENO | 14 | 46.7% |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: Cuestionario.

ANÁLISIS INTERPRETACIÓN:

En la tabla y figura se observa que, del total de 100% un 46.7%(14) de profesionales de enfermería estudiados presentaron un nivel de conocimiento bueno, el 40%(12) un conocimiento deficiente, y 13.3% un conocimiento regular sobre el Alzheimer

Según la organización panamericana de la salud (OPS) dice: el conocimiento es el estado cognitivo de la conciencia que se adopta o adquieren durante la enseñanza recibida o capacitada; es así, que la enfermedad de alzheimer constituye un grave problema en todos los países industrializados; se calcula que entre el grupo de personas de más de 65 años la enfermedad afecta aproximadamente a un 5% y en el grupo de 85 años llega al 20%. En el transcurso de la enfermedad se produce un progresivo deterioro mental del enfermo, trastornos afectivos (irritabilidad, accesos de IRA) y trastornos en el plano intelectual. Su conducta empeora progresivamente, se vuelve desordenado, sucio desastrado, y finalmente depende completamente de la ayuda de los demás.

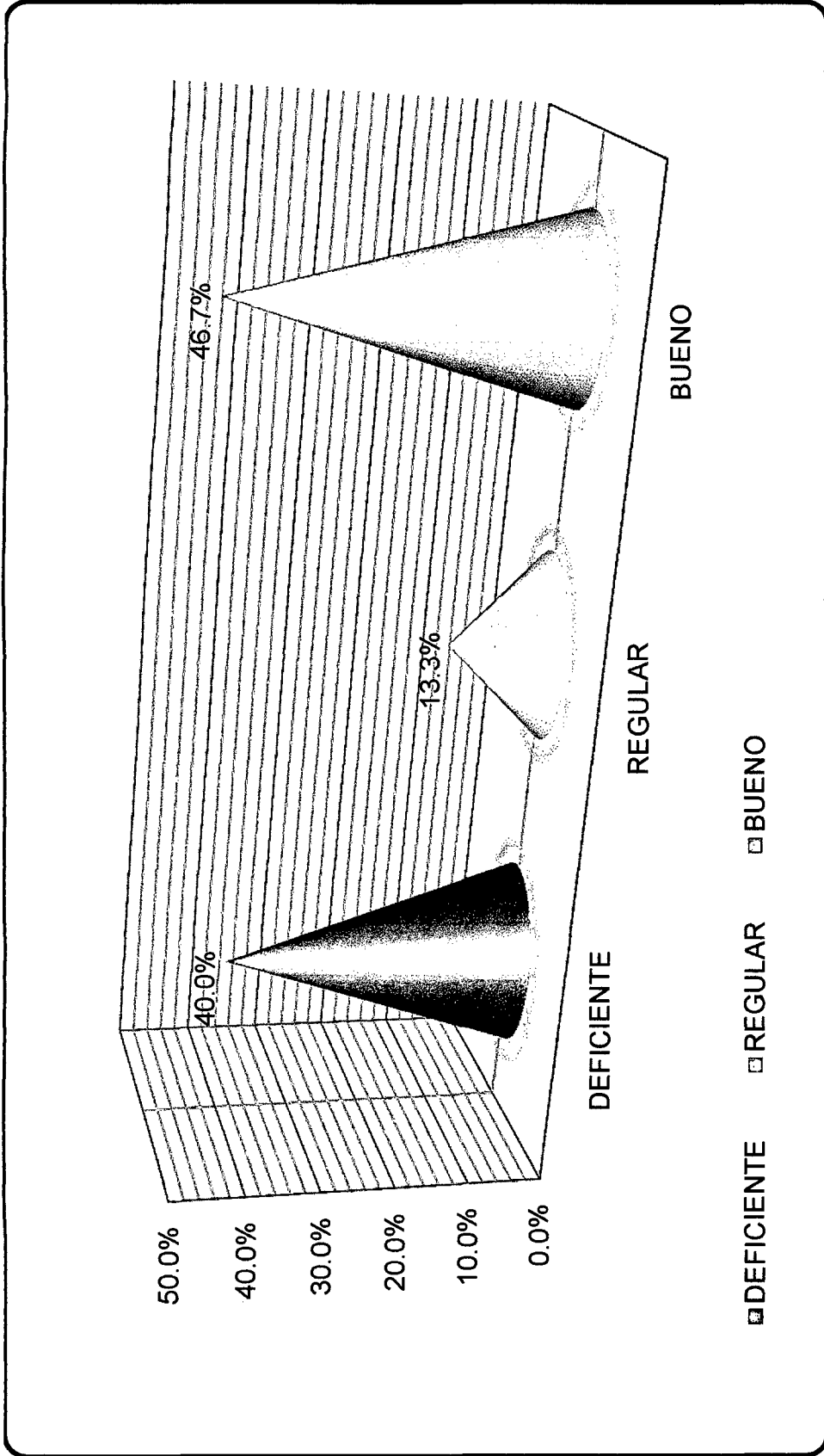


Figura N° 04: Nivel de conocimiento de la profesional enfermería sobre Alzheimer Área de hospitalización Hospital Essalud-Huánuco, 2015.

TABLA N° 05: Actitud del profesional de enfermería frente al paciente adulto mayor con Alzheimer-Área de hospitalización, Hospital Essalud-Huánuco, 2015.

| ACTITUD | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|-------------------|-------------------|
| ACTITUD NEGATIVA | 16 | 53.3% |
| ACTITUD POSITIVA | 14 | 46.7% |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: Escala de Likert.

ANÁLISIS INTERPRETACIÓN:

La tabla y figura nos muestra que, un 53.3%(16) de profesionales de enfermería evaluados presentaron una actitud negativa frente al paciente adulto mayor con Alzheimer y, el 46.7%(14) presentaron actitud positiva.

Al respecto Page, Charles dice: para tener una actitud en la socialización frente a un paciente adulto mayor que sufre de Alzheimer, primeramente se debe tener un orden social y un control social, de modo que les socializa, que quieren conducirse como deben hacerlo a pesar de imponerse la presión del grupo, de manera que se conforma a las normas de su grupo y que adoptan los comportamientos prescritos.

Donde el adulto mayor con enfermedad de Alzheimer necesita mayor apoyo sobre la comunicación personal, para que de esta manera se fortalezca los valores conductuales del mismo "yo".

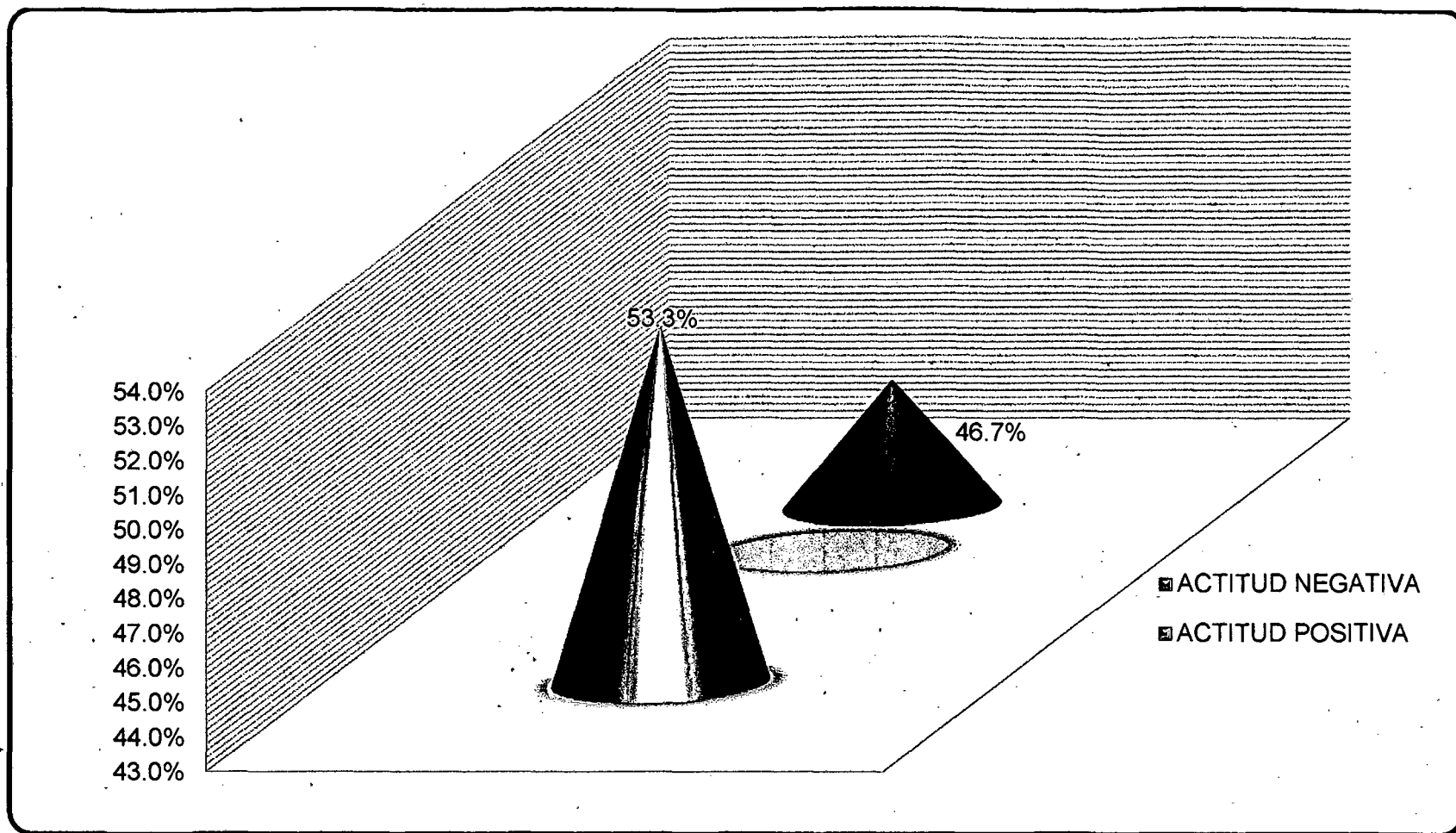


Figura N 05: Actitud del profesional de enfermería frente al paciente adulto mayor con Alzheimer-Área de hospitalización, Hospital Essalud-Huánuco, 2015.

3.2. ANÁLISIS DE CONTINGENCIA Y PRUEBA DE HIPÓTESIS

Tabla N° 06: Nivel de conocimiento y la actitud del profesional de enfermería sobre la enfermedad de Alzheimer en el adulto mayor en estudio.

| CONOCIMIENTO | ACTITUD | | TOTAL |
|--------------|------------------|------------------|--------|
| | ACTITUD NEGATIVA | ACTITUD POSITIVA | |
| DEFICIENTE | 9 | 3 | 12 |
| | 30,0% | 10,0% | 40,0% |
| REGULAR | 3 | 1 | 4 |
| | 10,0% | 3,3% | 13,3% |
| BUENO | 4 | 10 | 14 |
| | 13,3% | 33,3% | 46,7% |
| TOTAL | 16 | 14 | 30 |
| | 53,3% | 46,7% | 100,0% |

Fuente: Cuestionario y escala de Likert.

ANÁLISIS INTERPRETACIÓN:

La tabla y figura nos muestra que, el 46.7%(14) de profesionales de enfermería estudiados tienen una actitud positiva frente al paciente en coincidencia a un 33.3%(10) con nivel de conocimiento bueno sobre la enfermedad de Alzheimer y, el 40.0%(12) un conocimiento deficiente al igual que un 30%(9) presentaron actitud negativa frente al paciente adulto mayor con Alzheimer.

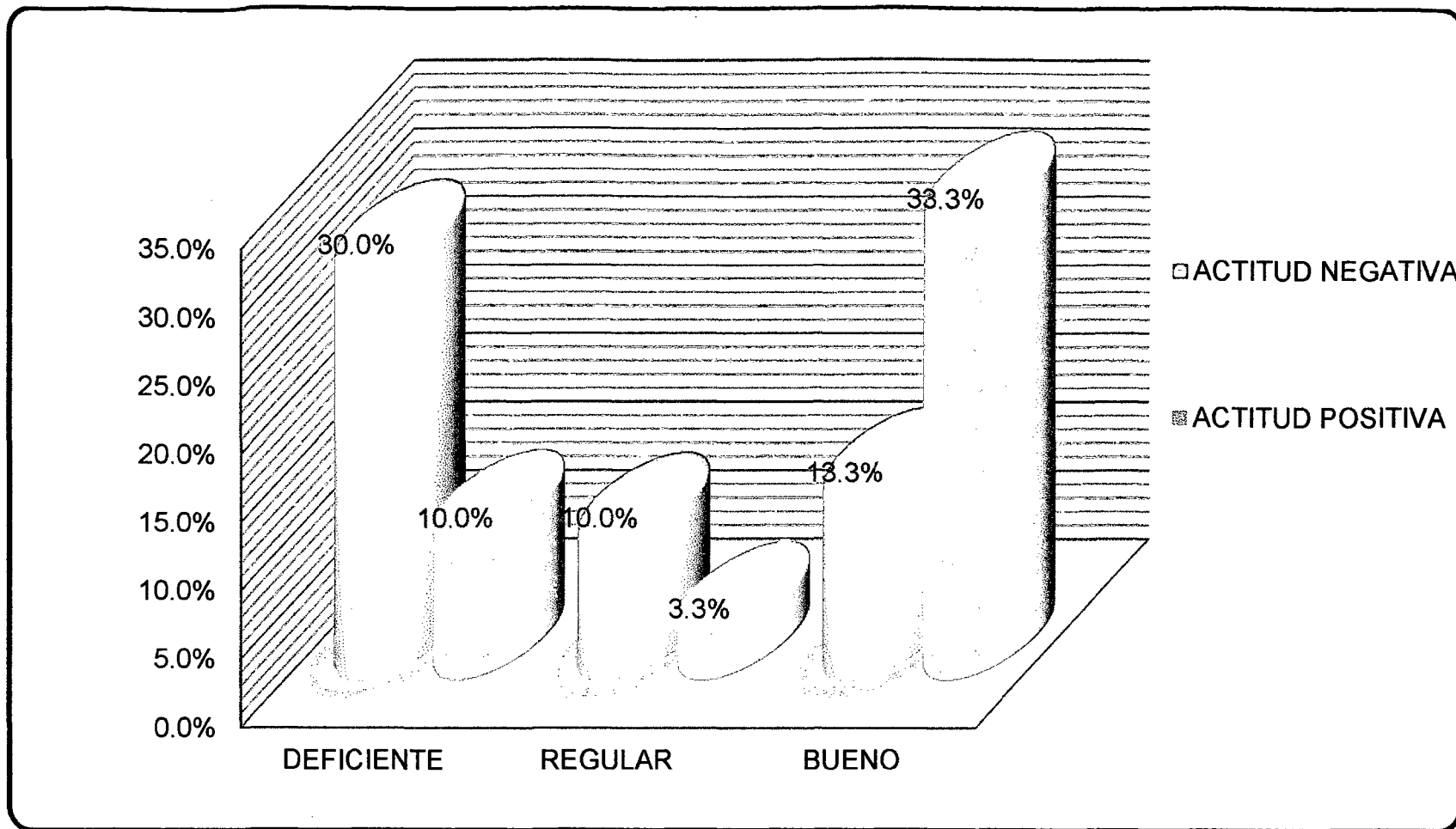


Figura N° 04: Relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de Enfermería sobre la enfermedad de Alzheimer en adulto mayor.

Tabla N° 07: Correlación entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de enfermería sobre la enfermedad de Alzheimer en el adulto mayor en estudio.

| | Pruebas de chi-cuadrado | | |
|--------------------------------|-------------------------|----|-----------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 6,467a | 2 | ,039 |

El valor calculado de Chi cuadrado es 6.467 y el p-valor asociado, con 2 grados de libertad es 0.039, que resulta ser significativo ($p < 0.05$), este resultado nos permite afirmar que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de enfermería sobre la enfermedad de Alzheimer en el adulto mayor en estudio.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

En la presente investigación se observa que, del total de 100% un 46.7% de profesionales de enfermería estudiados presentaron un nivel de conocimiento bueno, el 40% un conocimiento deficiente, y 13.3% un conocimiento regular sobre el Alzheimer

Al respecto Casas, Miguel afirma: Todo conocimiento cognitivo es la idea organizada. La enfermedad de Alzheimer en adultos mayores a un todavía no está clara. Se discute que etiológicamente pueden existir alteraciones metabólicas cerebrales que probablemente a causa de un fallo en la regulación enzimática pueden llevar a procesos de destrucción con marcada muerte celular en la corteza cerebral y en otras zonas del cerebro.

En contraste a lo anteriormente presentado nos muestra que, un 53.3% de profesionales de enfermería evaluados presentaron una actitud negativa frente al paciente adulto mayor con Alzheimer y, el 46.7% presentaron actitud positiva Según Madelin Nordmark dice: La enfermera puede llevar a cabo un cuidado de enfermería constructivos en relación con la función cognitiva y las actitudes, las opiniones y creencias con el bienestar fisiológico y psicológico frente a pacientes que sufren la enfermedad de Alzheimer. La enfermera debe utilizar sus conocimientos y actitudes sobre el comportamiento frente al paciente adulto mayor.

CONCLUSIONES

Según los objetivos planteados en el estudio se llegaron a las siguientes conclusiones:

- A través de las características sociodemográficas del profesional de enfermería estudiados, 37% de profesionales de enfermería estudiados presentaron edades entre el 25 a 30 años, de los cuales el 57% y Un 40% de profesionales de enfermería es de estado casado, los profesionales de enfermería vienen laborando entre 1 a 5 y 6 a 10 años respectivamente, en la asistencia a cursos de capacitación sobre cuidados del adulto mayor y, el 47% no asistieron, El 53% de profesionales de enfermería no tienen especialización y el 47% si tienen especialización en el mayor adulto;
- Al mismo tiempo se observa que, un 46.7% de profesionales de enfermería estudiados presentaron un nivel de conocimiento bueno, el 40% un conocimiento deficiente, y 13.3% un conocimiento regular sobre el Alzheimer
- En contraste a ello en referencia a la actitud nos muestra que, un 53.3% de profesionales de enfermería evaluados presentaron una actitud negativa frente al paciente y, el 46.7% presentaron actitud positiva
- También nos permitió observar que, el 46.7% de profesionales de enfermería estudiados tienen una actitud positiva frente al paciente en coincidencia a un 33.3% con nivel de conocimiento bueno sobre la enfermedad de Alzheimer y, el 40.0% un conocimiento deficiente al igual que un 30% presentaron actitud negativa frente al paciente adulto mayor con Alzheimer.

RECOMENDACIONES

A través de las conclusiones obtenidas en el estudio se proponen las siguientes recomendaciones:

- Las autoridades de las instituciones de salud de la región Huánuco deben capacitar constantemente al profesional de enfermería sobre cuidados del paciente adulto mayor con enfermedad de Alzheimer.
- Los profesionales de enfermería que laboran en los servicios externos y hospitalización del adulto mayor deben comprender la calidez humana, comportamiento humano y tratar de modificar las actitudes, percepciones, capacidades de aprendizaje, personalidad, necesidades, sentimientos y valores durante la prestación de servicios y cuidados al paciente con enfermedad de Alzheimer.
- Ejecutar estudios de investigación similares con otras instituciones de salud, a fin de verificar y comparar los resultados, de esta manera buscar estrategias para dar solución al problema planteado.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. 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.
2. Fredich Rovich. Diccionario de psicología. 5ta edición. Ed. Condor. Madrid – España. 1995.
3. Ávila acosta, RB. Metodología de la investigación científica. Perú: Ed. R. A.; 2011.pg 33
4. Ávila acosta, RB, Metodología de la investigación científica, op cit pg. 38
5. Ávila acosta, RB. Estadística Elemental. Perú: Ed. R. A.; 2003.
6. Tu otro Médico. Que es la Enfermedad de Alzheimer. Citado 10 de febrero 2006; 1 (9): disponible en: URL:
<http://hstat.nlm.nih.gov/tempfiles/is/tempBrPg.41077.html>.
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. Balague López. Tratamiento del adulto mayor. Perú: Mercurio; 2001.
9. Brunke P. W. Vejez y Salud. Barcelona: Blume; 2009.
10. Brunner L. Manual de la Enfermería. México: McGraw-Hill; 1996.
11. Teoría de enfermería psicodinámica de Dorotea Oren en:
<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>. consultado en: setiembre de 2015.

12. Burkhard Schaneeweiss. *Esperanza de Vida*. Barcelona: Blume; 2009.
13. Carales F, Alvarado E, Pineda E. *Metodología de la Investigación*. OPS/OMS: PASCCAP; 1989.
14. Gerard Venzmer. *Nueva edición médica*. Barcelona: Blume; 2008.
15. Harrison. *Tratamiento de Medicina Interna*. México: Mc Graw-Hill; 2002.
16. Lucas E. *Enciclopedia Médica de la Salud*, España: Blume; 2000.
17. Mella R., González L., D' Appolonio J., Maldonado I., Fuenzalida A. y Díaz A. Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhe*, Santiago, 13(1), 79 – 89, 2004.
18. Martín A. *Incidencia de Mortalidad Geriátrico*. Perú R. A. Propaceb; 2006.
19. Rivera, JM. *Enfermedad de Alzheimer en pacientes geriátricos*. Perú; 2001
20. Roldan Monzón A.V. *Vivencias del adulto mayor frente la comunidad Hermanitas Descalzas*. [Tesis profesional de licenciada en enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
21. Santibáñez Soto, M. *Problemas de Salud en el Adulto Mayor*. Perú; 2008.
22. Morel J. *Educación, Género y Socialización*. En: *Gestión Educativa Institucional*. 2ª. ed. Ideas Litográficas. Tegucigalpa, Honduras. 1998.
23. Mendoza Diez F. *Análisis Cualitativo de la Situación del Adulto Mayor en Zonas Marginadas*.
24. *Definiciones aportadas por la NCEA (National Center on Elder Abuse)* en web www.elderabusecenter.org.escola.med.puc.cl/publ/manualgeriatrí
25. Iglesias de Ussel J. *La Soledad en las Personas Mayores: Influencias Personales, Familiares y Sociales*. Análisis Cualitativo. Instituto de

Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). 1ª ed. Editorial Artegraf, S.A; 2001.

26. Gallo Reynoso S., Espiritualidad en el Adulto Mayor. Art. P 7/14
27. Rojas Quiroz. Aspectos Emocionales y Sociales del Adulto Mayor. Art. P 1-
28. Marcia Torres M., Martínez Tena A. y León Robaina R. Factores que Condicionan el estado mental del Adulto Mayor. Universidad de Oriente. Santiago de Cuba. 213.
29. Vargas Daza E. R, y otros. Tipos de alteraciones en el estado cognitivo del adulto mayor. Instituto Mexicano del Seguro Social. Querétaro, México; 19(2): 63 – 69, 2011.

ANEXOS

Código:

Fecha: ---/---/---



ANEXO 1

**GUIA DE ENTREVISTA SOCIODEMOGRAFICO Y
CULTURAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**


TITULO DE LA INVESTIGACION: Conocimiento y actitud del profesional de enfermería frente al paciente adulto mayor con Alzheimer, en el área de hospitalización del Hospital nivel II Essalud – Amarilis Huánuco, 2015

UCCIONES: Sr. (a) Enfermero (a). En esta primera parte que corresponde a las características sociodemográfica, sírvase registrar mediante un aspa (x), en los paréntesis correspondientes o llenar los espacios en blanco con los datos referidos a su persona.

Le reiteramos que la información es confidencial.

Gracias por su colaboración.

| Características sociodemográficos. | | |
|---|---|---|
| 01 | Edad | |
| 02 | Género | Masculino () Femenino () |
| 03 | Estado conyugal | Soltero () Casado () Conviviente () Separado () Divorciado () Viudo () |
| 04 | Tiempo de servicio | |
| 05 | Asiste o asistió a cursos de capacitación sobre cuidados del Adulto Mayor con enfermedad de Alzheimer | Si () No () |
| 05 | Tiene especialización en el cuidado al paciente Adulto Mayor. | Si () No () |

Código:

Fecha: ---/---/---



ANEXO 2

**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS DE LA
ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER**



TITULO DE LA INVESTIGACION: Conocimiento y actitud del profesional de enfermería frente al paciente adulto mayor con Alzheimer, en el servicio de hospitalización del Hospital nivel II Essalud – Amarilis Huánuco, 2015

INSTRUCCIONES: Sr. (a) Enfermero (a). El presente cuestionario forma parte de un estudio de investigación que tiene por finalidad establecer el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Alzhéimer que presenta el adulto mayor, Ud., encontrará una serie de preguntas los cuales deberá responder marcando con una aspa(x) la alternativa que crea correcto. Dicho cuestionario es anónimo.

DATOS SOBRE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:

1. Demencia significa:
 - () Un sinónimo de locura
 - () Perdida de la capacidad para recordar algo que nos gusta
 - () Perdida de las capacidades mentales y una limitación para funcionar como persona independiente y como ser social
 - () Un retroceso de la mente
2. ¿Diga Ud., que es la enfermedad de alzhéimer?
 - () Trastorno cerebral crónico.
 - () Trastorno progresivo y deteriorante en la memoria.
 - () Ambas respuestas.
 - () Ninguno.
3. La enfermedad de alzhéimer es acompañado por:
 - () Cambios profundos en la memoria.
 - () Cambios profundos en la cognición.
 - () Cambios en la capacidad para valerse por sí mismo

- Ambas respuestas
 - Ninguna.
4. Dentro de la sintomatología de la enfermedad de alzhéimer se producen:
- Progresivo deterioro mental.
 - Trastornos afectivos.
 - Trastornos en el plano intelectual.
 - Ambas respuestas
 - Ninguna.
5. Los enfermos de alzhéimer son capaces de:
- Orientarse temporalmente y espacialmente.
 - Dejar de reconocer a las familiares más cercanos.
 - Dificultad para encontrar la palabra adecuada.
 - Ambas respuestas.
 - Ninguna.
6. Generalmente, el proceso de la enfermedad es más doloroso:
- Para la familia
 - Para el propio enfermo.
 - Ambas respuestas
 - Ninguna.
7. Las exploraciones con ayuda de la tomografía computarizada y por resonancia magnética no ha podido hasta el momento establecer ninguna relación entre:
- Las funciones cerebrales
 - La tendencia a la esclerosis del cerebro.
 - Ambas respuestas
 - Ninguna.
8. Con el fin de descartar otras causas de demencia se debe hacer:
- Un hemograma completo.
 - La determinación de la hormona tiroides.
 - La determinación de Vit. B12
 - Ambas respuestas.
 - Ninguna.

9. ¿Cuáles son las sustancias que contribuyen al rápido progreso de la enfermedad de alzhéimer?
- El aluminio que contiene en los fármacos.
 - El aluminio que contiene en los alimentos.
 - El aluminio que contiene en el agua probablemente.
 - Ambas respuestas
 - Ninguna.
10. Las enzimas son proteínas indispensables para:
- El metabolismo del organismo.
 - El control de reacciones del paciente con Alzhéimer.
 - Ambas respuestas
 - Ninguna.
11. Las alteraciones metabólicas cerebrales a causa de un fallo en la regulación enzimática pueden llevar a:
- Proceso de destrucción con marcada muerte celular en la corteza cerebral
 - Otras zonas del cerebro.
 - Ambas respuestas
 - Ninguna.

Código:

Fecha: ----/----/----



ANEXO 3

ESCALA DE LIKERT



TITULO DE LA INVESTIGACION: Conocimiento y actitud del profesional de enfermería frente al paciente adulto mayor con Alzheimer, en el área de hospitalización del Hospital nivel II Essalud – Amarilis Huánuco, 2015

INSTRUCCIONES: Sr. (a) por favor marcar con un aspa (x) el casillero que crea correcta, donde servirá para medir la actitud sobre la enfermedad de alzhéimer que presenta el Adulto Mayor.

Leyenda:

- TA** : Totalmente de acuerdo (5)
- A** : De acuerdo (4)
- I** : Indeciso (3)
- D** : En desacuerdo (2)
- TD** : Totalmente en desacuerdo (1)

| REACCIONES | TA | A | I | D | TD |
|---|----|---|---|---|----|
| 1. Para enfrentar la tensión que provoca la enfermedad de Alzhéimer no se debe instruir y brindar apoyo a la familia. | | | | | |
| 2. Ayudaría al familiar que brinda al Px con Alzhéimer a que conserve su propio bienestar físico y mental. | | | | | |
| 3. Ayudaría a la persona o familiar que cuida del enfermo a identificar sus propios sentimientos. | | | | | |
| 4. Apoyar a la no decisión de la familia de colocar al enfermo en una institución de cuidados crónicos. | | | | | |
| 5. Favorecer, conservar o compensar la pérdida de la función cognoscitiva del enfermo de Alzhéimer. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 6. Conservar al enfermo orientado en tiempo, lugar y persona repetidas veces. | | | | | |
| 7. Proporcionar auxiliares que ayuden a conservar o estimular las funciones cognitivas del enfermo de Alzheimer. | | | | | |
| 8. No ayudarlo al enfermo a que lleve su rutina diaria, actividades físicas y contactos sociales. | | | | | |
| 9. Conservar un ambiente constante y evitar situaciones amenazantes que perjudica al enfermo. | | | | | |
| 10. Sobre estimar su capacidad, las tareas físicas y mentales fuera de su alcance y que le producen ansiedad, frustración y angustia. | | | | | |
| 11. El enfermo de Alzheimer no debe ser estudiado para reconocer su nivel de tolerancia a los estímulos. | | | | | |
| 12. Ayudar al enfermo de Alzheimer a conservar su dignidad y respeto a sí mismo. | | | | | |
| 13. Se debe promover la seguridad y reducir la ansiedad del enfermo de Alzheimer que se encuentra a su cuidado. | | | | | |
| 14. No se debe administrar baños tibios, leche tibia, masajes de espalda y también comprensión como modalidad terapéutica. | | | | | |
| 15. Animarlo al enfermo de Alzheimer a que camine sin utilizar la silla de ruedas que limite su medio. | | | | | |
| 16. Al enfermo de Alzheimer alentarle que coma en la cama y no en la mesa. | | | | | |
| 17. Se debe llevar un registro de hábitos de orinar y defecar del enfermo de Alzheimer. | | | | | |
| 18. Tener un programa para que los hábitos de evacuación sean regulares en el enfermo de Alzheimer. | | | | | |
| 19. Evitar la administración de sedantes o hipnóticos de acción prolongada en el enfermo de Alzheimer. | | | | | |
| 20. La familia debe ser entrenado para enfrentar el vivir con una persona enferma de Alzheimer. | | | | | |
| PUNTAJE TOTAL | | | | | |



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los catorce días del mes de diciembre de 2015, siendo las once horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución Nº 0642-2015-UNHEVAL-D-FENF, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE ADULTO MAYOR CON ALZHEIMER, EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL NIVEL II ESSLAUD - HUÁNUCO 2015**, del Bachiller: **Yoni Ebersson CASTRO SERAFIN**

El Jurado Calificador está integrado por los siguientes docentes:

- Mg. Maura Ríos Rojas **PRESIDENTA**
- Mg. Florián Fabián Flores **SECRETARIO**
- Lic. Enf. Alcira Medina Cespedes **VOCAL**
- Dra. Rosalinda Ramírez Montaldo **ACCESITARIA**

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: *...A.p.r.o.b.a.d.a...* por *...A.p.r.o.b.a.d.a...*, con el calificativo cuantitativo de *.....27.....* y cualitativo de *Muy bueno...*, quedando *...a.p.t.o.....* para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

.....
PRESIDENTE (A)

.....
SECRETARIO (A)

.....
VOCAL

Deficiente (11, 12, 13)
 Bueno (14, 15, 16)
 Muy Bueno (17, 18)
 Excelente (19, 20)

