



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Instituto Politécnico de la Salud “Luis Felipe Moncada”

Departamento de Enfermería

Enfermería en Cuidados Críticos

Seminario de graduación para optar al título de Licenciatura en Enfermería en

Cuidados Críticos

Tema: Adulto mayor, salud y bienestar.

Subtema:

***Intervención educativa a los cuidadores de adultos mayores con demencia senil, de la
residencia del adulto mayor Sor María Romero, segundo semestre 2021***

Autores:

Br. Reyna Deyanira Mejía Velásquez.

Br. Aurelio Antonio Méndez Guerrero.

Br. Ludwing Aarón Navarrete Zeledón.

Tutor:

MSc. Elizabeth Hernández.
Docente del Departamento de Enfermería
POLISAL/UNAN Managua

Managua, Nicaragua, Marzo 2022

*Intervención educativa a los cuidadores de adultos mayores con demencia senil, de la
residencia del adulto mayor Sor María Romero, segundo semestre 2021*

DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo primeramente a **Dios** por darnos la dicha de la vida, por estar con nosotros en cada paso de nuestras vidas, guiarnos a lo largo de este camino y por ser nuestra fortaleza en los momentos de dificultad.

A nuestros **padres** por habernos brindado su apoyo incondicional en todo momento, por sus esfuerzos en concedernos la oportunidad de estudiar, por sus consejos, los valores inculcados, su amor infinito, por confiar en nosotros cada día y ser los principales promotores de nuestros sueños.

A nuestros **docentes** de la carrera por todas las enseñanzas que día a día nos transmitieron con mucha paciencia y dedicación.

Al docente **MSc. Wilber Delgado Rocha** (Q.E.P.D) quién en vida con mucho amor, dedicación, paciencia y bastos conocimientos fue nuestro tutor en gran parte de nuestra investigación, su partida fue muy dolorosa para nosotros, ha dejado un vacío que no podremos llenar, esperamos descanse en un lugar mejor por el resto de la eternidad.

Y de manera muy especial a nuestra tutora **MSc. Elizabeth Hernández** por su constante apoyo, sus indicaciones y orientaciones indispensables en el desarrollo de este trabajo; porque gran parte de los conocimientos que hoy poseemos y que nos guían en nuestras decisiones como profesional, los hemos adquirido gracias a la dedicación y esfuerzo que hizo en nuestros días de estudiantes, y más que eso, por guiarnos a ser una mejor persona y profesional.

AGRADECIMIENTO

A **Dios** por darme el regalo más preciado que es la vida, por darme las fuerzas de salir adelante, la sabiduría de poder culminar mi carrera universitaria y todas las bendiciones que he recibido a lo largo de mi vida.

A mi mamá **Sofía Argentina Guerrero Flores** y a mi papá **Aurelio Antonio Méndez Pérez** por ser los principales pilares en mi vida, por haberme forjado en la persona que soy en la actualidad, por haberme enseñado buenos valores, por sus consejos, su incondicional apoyo y cariño que me han brindado, todos mis logros se los debo a ellos.

A mis **familiares y amigos** que de una u otra manera me han apoyado a lo largo de mi carrera universitaria.

A mis **docentes** por ser fuentes de sabiduría en nuestro camino universitario, por estar siempre a la disposición de compartir sus conocimientos para poder ser mejores profesionales.

Aurelio Antonio Méndez Guerrero

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a **Dios** por darme la vida, la dicha de despertar cada día, regalarme el pan cada día, brindarme sabiduría y fortaleza en todo el transcurso de mis estudios.

A mis **padres**, Sra Rosa Zeledón y Sr Eddy Navarrete, por brindarme el apoyo económico necesario durante estos largos años; por ser el pilar fundamental durante este periodo de mi vida, sin ellos no hubiese sido posible el cumplimiento de este sueño.

A mi **familia y amigos**, por sus sabios consejos y apoyo siempre que los necesité.

A los **docentes** que formaron parte de mi desarrollo académico, que con amor, paciencia y rigor nos compartieron sus conocimiento para ayudarme a lograr ser el gran profesional que seré, en especial a aquellos que creyeron en mí y mi potencial durante este largo proceso.

Ludwing Harón Navarrete Zeledón

AGRADECIMIENTO

Agradezco, primeramente, a **Dios**, por bendecirme con la vida y guiarme a lo largo de ella, por estar conmigo en cada paso que doy y por haberme permitido llegar a este momento, por la sabiduría brindada, las fuerzas, energías y conocimientos necesarios para lograr cumplir mis metas planteadas en esta vida, pero sobre todo, por su apoyo incondicional y la fortaleza brindada en los momentos de dificultad.

A mis padres, **Sra. Fatima Velásquez** y **Sr. Roberto Mejía**; quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, por todo su esfuerzo y haber hecho posible el haberme formado como una profesional de la salud, por su apoyo proporcionado en todo momento, sus consejos y valores inculcados que me han permitido ser una persona de bien, pero sobre todo por el amor demostrado cada día; ese amor incondicional que desde pequeña me han brindado, por creer y confiar en mí cada día, y por los ejemplos de perseverancia y constancia que han sido claves en mi vida... Los amo, infinitas gracias.

A los **docentes** que formaron parte de mi desarrollo académico; por su dedicación, paciencia, palabras de aliento y por compartirme su amplia experiencia para ayudarme a ser la gran profesional que seré.

A mi **familia**, que de igual manera, han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio, por compartir mis alegrías y tropiezos de los cuales salimos triunfadores. A mis **abuelos** que fueron una parte esencial de mi formación, en mi educación y mis valores como persona.

Reyna Deyanira Mejía Velásquez



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

**Instituto Politécnico de la salud
Luis Felipe Moncada
Departamento de Enfermería**

AVAL PARA LA ENTREGA DE EJEMPLARES DE SEMINARIO DE GRADUACIÓN

Considerando que se han integrado las recomendaciones emitidas por el Honorable tribunal examinador en la presentación y defensa de Seminario de Graduación. Se extiende el presente AVAL, que les acredita para la entrega de los ejemplares finales empastados al departamento de Enfermería.

Carrera: Licenciatura en Enfermería en Cuidados Críticos

Tema: Intervención educativa a los cuidadores de adultos mayores con demencia senil, de la residencia del adulto mayor Sor María Romero, segundo semestre 2021

Br. Reyna Deyanira Mejía Velásquez.

Br. Aurelio Antonio Méndez Guerrero.

Br. Ludwing Aarón Navarrete Zeledón.

Tutor: Msc. Elizabeth Hernández Castillo

Sin más a que hacer referencia

Dado en la ciudad de Managua, a los 28 días del mes de marzo del 2022.

Msc. Elizabeth Hernández Castillo
Tutor de Seminario de Graduación

RESUMEN

La demencia, es una enfermedad degenerativa que afecta principalmente a la población envejecida y para la que no existe ningún tratamiento que frene la enfermedad, por tanto los pacientes que la sufren necesitan de cuidados y apoyo durante mucho tiempo. El presente trabajo investigativo tiene como objetivo determinar la efectividad de la intervención educativa en los conocimientos de los cuidadores de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero” sobre el manejo de la demencia senil en el segundo semestre 2021, la muestra corresponde a 6 cuidadores; 3 licenciados en enfermería y 3 personas correspondiente al personal de apoyo. El estudio de acuerdo a su naturaleza es de carácter positivista, de enfoque cuantitativo, tipo pre experimental y longitudinal. En cuanto a la recolección de datos se utilizó la encuesta como instrumento (en dos momentos), para procesar la información se utilizó el software estadístico SPSS, versión 25 para Windows, en donde se plasmaron las variables, identificando las deficiencias de conocimientos en los cuidadores sobre la demencia senil, de acuerdo a los resultados encontrados en el pre test, se realizó una intervención educativa sobre dicho síndrome, haciendo énfasis en los cuidados de enfermería en estos pacientes, debido a que los resultados no fueron satisfactorios al momento de realizar la encuesta; post intervención educativa se aplicó el test para evaluar la efectividad de esta. En referencia a los resultados y conclusiones, se obtuvo que la implementación de la intervención educativa tiene un efecto significativo sobre los conocimientos en el manejo de la demencia senil.

PALABRAS CLAVES: Cuidadores, Demencia Senil, Conocimientos, Intervención Educativa.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
4. JUSTIFICACIÓN	7
5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	8
6. DISEÑO METODOLÓGICO.....	9
7. MARCO TEÓRICO	26
9. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	52
10. CONCLUSIONES.....	78
11. RECOMENDACIONES.....	80
12. BIBLIOGRAFÍA.....	82
ANEXOS.....	87

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1 Matriz de obtención de información.....</i>	<i>12</i>
<i>Tabla 2 Operacionalización de variables / Matriz de descriptores</i>	<i>13</i>
<i>Tabla 3 Formato de evaluación.....</i>	<i>23</i>
<i>Tabla 4 Sexo según edad de cuidadores.....</i>	<i>88</i>
<i>Tabla 5 Experiencia laboral del cuidador.....</i>	<i>88</i>
<i>Tabla 6 Escolaridad del cuidador</i>	<i>88</i>
<i>Tabla 7 Definición de demencia</i>	<i>88</i>
<i>Tabla 8 Conocimiento sobre tipos de demencia Pre y Post intervención</i>	<i>89</i>
<i>Tabla 9 Conocimiento sobre síntomas de demencia pre y post intervención.....</i>	<i>89</i>
<i>Tabla 10 Conocimiento sobre etapas de la demencia pre y post intervención</i>	<i>89</i>
<i>Tabla 11 Conocimiento sobre fases de la demencia pre y post intervención.....</i>	<i>89</i>
<i>Tabla 12 Conocimiento sobre la fase leve de la demencia pre y post intervención.....</i>	<i>89</i>
<i>Tabla 13 Conocimiento sobre la fase moderada de la demencia pre y post intervención</i>	<i>89</i>
<i>Tabla 14 Conocimiento sobre factores de riesgo de la demencia pre y post intervención</i>	<i>90</i>
<i>Tabla 15 Conocimiento sobre tratamiento general de la demencia pre y post intervención</i>	<i>90</i>
<i>Tabla 16 Conocimiento sobre tratamiento farmacológico pre y post intervención</i>	<i>90</i>
<i>Tabla 17 Conocimiento sobre tratamiento no farmacológico pre y post intervención</i>	<i>¡Error!</i>
Marcador no definido.	
<i>Tabla 18 Conocimiento sobre formas de diagnosticar la demencia pre y post intervención.....</i>	<i>90</i>
<i>Tabla 19 Conocimiento sobre cuidados de enfermería a pacientes con demencia pre y post intervención.....</i>	<i>91</i>
<i>Tabla 20 Nota Pre y post intervención</i>	<i>91</i>
<i>Tabla 21 Presupuesto</i>	<i>99</i>

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1 Pre experimentales de pre prueba/post prueba con un solo grupo</i>	9
<i>Figura 2 Área comprendida de la Residencia del Adulto Mayor "Sor María Romero".</i>	10
<i>Figura 3 Sexo según edad de cuidadores. Fuente: Tabla número 4</i>	52
<i>Figura 4 Experiencia laboral del cuidador. Fuente: Tabla número 5</i>	54
<i>Figura 5 Escolaridad del cuidador. Fuente: Tabla número 6</i>	55
<i>Figura 6 Conocimiento sobre definición de demencia pre y post intervención. Fuente: Tabla número 7</i>	57
<i>Figura 7 Conocimiento sobre tipos de demencia Pre y Post intervención. Fuente: Tabla número 8</i>	59
<i>Figura 8 Conocimiento sobre síntomas de demencia pre y post intervenció. Fuente: Tabla número 9</i>	61
<i>Figura 9 Conocimiento sobre etapas de la demencia pre y post intervención. Fuente: Tabla número 10</i>	62
<i>Figura 10 Conocimiento sobre fases de la demencia pre y post intervención. Fuente: Tabla número 11</i>	63
<i>Figura 11 Conocimiento sobre la fase leve de la demencia pre y post intervención. Fuente: Tabla número 12</i>	64
<i>Figura 12 Conocimiento sobre la fase moderada de la demencia pre y post intervención. Fuente: Tabla número 13</i>	66
<i>Figura 13 Conocimiento sobre factores de riesgo de la demencia pre y post intervención. Fuente: Tabla número 14</i>	68

<i>Figura 14 Conocimiento sobre tratamiento general de la demencia pre y post intervención.</i> <i>Fuente: Tabla número 15.....</i>	<i>70</i>
<i>Figura 15 Conocimiento sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico pre y post intervención. Fuente: Tabla número 16.....</i>	<i>72</i>
<i>Figura 16 Conocimiento sobre formas de diagnosticar la demencia pre y post intervención.</i> <i>Fuente: Tabla número 17.....</i>	<i>74</i>
<i>Figura 17 Conocimiento sobre cuidados de enfermería a pacientes con demencia pre y post intervención. Fuente: Tabla número 18.....</i>	<i>75</i>
<i>Figura 18 Resultado de puntuación pre y post intervención. Fuente tabla número 19</i>	<i>77</i>
<i>Figura 21 Primer contacto con el interior de la residencia.</i>	<i>126</i>
<i>Figura 22 Cuidador de la residencia realizando el llenado del instrumento previo a la intervención educativa</i>	<i>127</i>
<i>Figura 23 Cuidador de la residencia realizando el llenado del instruento previo a la intervención educativa.</i>	<i>127</i>
<i>Figura 28 Cuidadores de la residencia llenando el instrumento posterior a la intervención educativa.....</i>	<i>130</i>
<i>Figura 29 Colocación de banner alusivo a la demencia senil en la residencia del adulto mayor “Sor María Romero” como parte de la fase de divulgación.....</i>	<i>130</i>

1. INTRODUCCIÓN

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede resultar abrumadora no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares. A menudo hay una falta de concientización y comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para que las personas acudan a los oportunos servicios de diagnósticos y detención. Según la OMS (2020) el impacto de la demencia en los cuidadores, la familia y la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico.

Enfermería es la profesión del cuidado que enfatiza las relaciones humanas, la ayuda y el autocuidado mediante la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado integral de las personas que lo necesitan, por tal razón es necesario que las personas que cumplen con el rol de cuidador tengan el adecuado nivel de conocimiento sobre la manera en que se debe abordar este síndrome, conocimientos básicos de su tratamiento y principalmente los cuidados que se deben brindar y sus beneficios. El presente estudio investigativo tiene como finalidad determinar la efectividad de la intervención educativa en los conocimientos de los cuidadores de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero” sobre el manejo de la demencia senil en el segundo semestre 2021.

El tema está relacionado con la línea de investigación “adulto mayor, salud y bienestar” y como eje estratégico del Programa Nacional de Desarrollo Humano 2018 - 2021, el Eje I, Desarrollo social – Adultos mayores, el cual establece en su política promover una mejor calidad de vida en las personas adultas mayores, mediante la participación activa y la promoción de sus derechos e impulsar un programa dirigido al envejecimiento saludable de la población, visitando a la familia para orientar sobre el cuidado de las personas mayores y capacitando a los miembros de la red comunitaria sobre la importancia de la actividad física, alimentación, prevención de enfermedades y apoyo al cuidador del adulto mayor.

El tema de investigación está relacionado con el Objetivo de Desarrollo Sostenible número tres; salud y bienestar, debido que, se pretende realizar una intervención educativa a los cuidadores formales para fortalecer sus conocimientos en cuanto a la atención de pacientes con demencia senil para mejorar su calidad de vida.

2. ANTECEDENTES

Antecedentes nacionales

En el año 2021, las bachilleras Osorio y Sandino (2021) para optar al título de licenciada en Enfermería en Cuidados Críticos realizaron un estudio de tipo no experimental, descriptivo y de corte transversal, con el objetivo de evaluar el grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio German Pomares Ordoñez, Masaya. La población fueron 45 adultos mayores, de los cuales se seleccionaron 20 como muestra. Como instrumento se realizó un cuestionario, y se ejecutaron guías de observación y test estandarizados para valorar la capacidad cognitiva de los adultos mayores. Como tal, se puede identificar un deterioro neurocognitivo que va de leve a moderado y grave en el 75% de los sujetos que interfiere en las actividades básicas de la vida diaria en un 70% en los rangos de dependencia moderada, severa y total

El segundo antecedente nacional pertenece a Nicaragua y Castillo (2015), quienes en el 2015 realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal, con el propósito de evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores en la prevención de las complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto mayor, en el hogar senil Bautista, Managua. Cuya población y muestra fueron las 4 cuidadoras que brindan atención directa y 1 cocinera que se encarga de preparar los alimentos a los ancianos. El instrumento a utilizar fue la encuesta, la escala Likert y la guía de observación. El principal resultado de la investigación fue que los cuidadores poseen conocimientos deficientes sobre los cuidados que se deben brindar a los ancianos para prevenir las complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles

Morales Aviles & Ñamendy Zambrana, (2012), en su tesis de Primeros auxilios básicos y avanzados con un sub tema de estudio de Estrategias de educación en primeros auxilios dirigido a los cuidadores de adultos mayores, “La Providencia” Granada II semestre 2012., tiene como objetivo Implementar estrategias de intervención educativa que facilite la atención oportuna para desempeñarse eficazmente en situaciones que requieran la aplicación de primeros auxilios. Con un tipo de estudio descriptivo y prospectivo, con una población de 20 cuidadores, pero solo se

tomó una muestra de 15 cuidadores, como técnica de instrumento se utilizó la entrevista y cuestionario con 21 preguntas abiertas y cerradas en pre y post de la capacitación brindada. Teniendo como resultado que la mayoría de los trabajadores tenían un conocimiento bastante superficial.

Antecedentes internacionales

En el 2020, Hernández, García, Sosa , Gallegos (2020), realizó un estudio cuasi experimental, cuyo objetivo fue efecto de una intervención educativa de enfermería en los conocimientos del cuidador, para la atención del adulto mayor. La población del estudio fueron los cuidadores de adultos mayores del Centro de Salud Urbano Zona Oriente de la ciudad de Colima, México. La muestra estuvo conformada por 17 personas. Se aplicó instrumento de 17 preguntas en dos ocasiones, en la primera para obtener información de identificación y principales características del binomio cuidador-adulto mayor; el segundo momento fue para evaluar el conocimiento. Los conocimientos previos a la intervención educativa de los participantes fueron en promedio de 47.05 y en la post intervención el resultado fue de 76.47 mejorando con ello el conocimiento en la atención hacia el adulto mayor.

Un segundo antecedente pertenece a Arrechea Deborah, Reyes Martha quienes desarrollaron un estudio con la finalidad de realizar una intervención educativa sobre manejo integral de demencia senil para cuidadores primordiales. En Sancti Spíritus, Cuba en el año 2016. La investigación es de tipo cualitativo, retrospectivo, preexperimental. La población fue los cuidadores de ancianos con síndrome demencial diagnosticados clínicamente y por test minimal, del consultorio 8 del Área de Salud Olivos de los cuales se seleccionó a 12 cuidadores como muestra. De instrumento se utilizó un cuestionario semiestructurado autoadministrado e individualizado validado por expertos, como resultado sobre la intervención se consideró eficaz a criterio de expertos y según los resultados obtenidos tras su aplicación; insuficientes conocimientos de los cuidadores. (Arrechea & Reyes, 2017)

En el 2016, Lori Schindel Martin realizó una intervención educativa para mejorar la autoeficacia del personal para brindar atención a la demencia en un hospital de cuidados agudos en Canadá, en la ciudad de Ontario, siendo un estudio de tipo investigación de medidas repetidas,

no aleatorizada, controlada. El componente cuantitativo utilizó un diseño cuasi experimental. Como población se tomó a personal del hospital universitario en Ontario, la muestra estuvo compuesta por 468 empleados. Como instrumento se realizó un cuestionario, y una escala tipo Likert para evaluar el nivel de confianza percibidos para los comportamientos clínicos. El estudio post intervención demostró una mejora significativa en las puntuaciones de autoeficacia desde el inicio hasta inmediatamente después de la intervención, sostenida a las 8 semanas. Los participantes describieron impactos positivos. (Lori, y otros, 2016)

Edwards, Voss, & Iliffe (2013) , en la ciudad de London, UK, Rachel Edwards, Sarah Voss y Steve Iliffe desarrollaron un estudio de tipo cualitativo, retrospectivo, preexperimental, con el propósito de desarrollar y evaluar una intervención educativa para la atención primaria que promueva respuestas centradas en la persona para personas que experimentan deterioro cognitivo. Como población se tomó a personal de atención primaria (médicos y enfermeras). El instrumento fue desarrollado y probado como un prototipo de intervención educativa. Se administró un cuestionario antes y después de la capacitación a 94 miembros del personal de la práctica (muestra) para evaluar el conocimiento y las actitudes hacia la demencia, donde se demostró que después de la capacitación hubo mejoras estadísticamente significativas en la comprensión de la atención centrada en la persona para las personas con demencia.

En el 2011, Mondéjar, Junco Grisby y Hernández Nasabi realizaron un estudio con el objetivo de realizar una intervención educativa a cuidadores de pacientes con demencia de Alzheimer del área norte de Morón, Argentina. Siendo un estudio de tipo intervención educativa preexperimental de tipo antes-después. Cuya población y muestra fueron 30 cuidadores de pacientes con Alzheimer, del área norte de Morón. Como instrumento se utilizó una encuesta validada por criterio de expertos, la cual se aplicó nuevamente después de la intervención para evaluar el impacto de la misma. Al evaluar el conocimiento general se observa que antes de la intervención el 66.7% de los cuidadores tenía nivel bajo de los conocimientos y después de la actividad educativa se elevó el nivel de conocimiento hacia alto en un 86.7%. (Mondéjar, Junco , & Hernández, 2011)

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 Caracterización del problema

El impacto de la demencia que sufren los adultos mayores y repercuten en los cuidadores, la familia y la sociedad; puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico. Por lo tanto; se vuelve una problemática relevante, dado que no solo afecta a la persona que desarrolla el síndrome, sino también a sus cuidadores, lo que toma más importancia cuando los datos estadísticos revelan, que la demencia afecta a nivel mundial al menos a 50 millones de personas, de las cuales alrededor del 60% viven en países de ingresos bajos y medios. Cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos. (OMS, 2020)

Relacionando el impacto de la demencia a nivel mundial, cabe mencionar estadísticas a nivel como país y visualizar el impacto que generará a nivel local:

“Nicaragua mostró un índice de envejecimiento de 14.8 adultos mayores por cada cien jóvenes de acuerdo con las proyecciones de población de la CEPAL, en el año 2005. Para el año 2025 se estima que esta relación sea de 34.9 y puede llegar a alcanzar 99.2 adultos por cada 100 jóvenes en el año 2050. En cuanto a la edad mediana, en 1950 era tan solo de 17.7 años y se ha llegado a los 19.7 años en el 2005. En 2050 se espera llegar a los 35.6 años. (CEPAL/CELADE, Proyecciones de población, 2010)

En Nicaragua no se ha hecho un estudio sobre la prevalencia de la demencia senil, la OMS (2020) muestra datos a nivel latinoamericano, en los cuales reflejan que entre un 5% y 8% de la población de cada país padece de algún tipo de demencia, incluyendo el Alzheimer y estima que en nuestro país probablemente entre 250,000 y 300,000 personas sufren la enfermedad o están en los primeros estadios. Por lo que está tomando un puesto de relevancia como un problema de salud pública en el territorio nicaragüense.

3.2 Delimitación del problema

Para la atención de la demencia senil en sus diferentes estadios es necesario que las personas que cumplen con el rol de cuidador tengan el adecuado nivel de conocimiento sobre la manera en que se debe abordar este síndrome, conocimientos básicos de su tratamiento y principalmente los cuidados que se deben brindar en sus diferentes estadios y los beneficios que estos traen consigo para mejorar la calidad de atención hacia los adultos mayores de la residencia, la falta de conocimiento conlleva a que los adultos mayores de la residencia del adulto mayor Sor María Romero (29 ancianos de edades mayores a 65 años de edad entre ambos géneros) no reciban la calidad de cuidados necesarios para tratarlo, debido a esto, las diferentes enfermedades que ocasionan síndromes de demencia senil experimentan una aceleración progresiva de la enfermedad, esto en parte es ocasionado porque en el lugar, solo tres personas tienen la preparación académica (enfermeros), el resto del personal son voluntarios que se ofrecen a ayuda en el cuidado de los adultos mayores, los cuales no poseen los conocimientos necesarios sobre el manejo de la demencia senil. Los trabajadores de los hogares en su mayoría, cuentan con un bajo nivel de escolaridad y con poco entrenamiento en temas de la atención geriátrica.

3.3 Formulación del problema

¿Cuál es la efectividad de la intervención educativa en los conocimientos de los cuidadores de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero” sobre el manejo de la demencia senil?

3.4 Sistematización del problema

¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores?

¿Cómo es el conocimiento pre intervención educativa de los cuidadores sobre el manejo de pacientes con demencia senil?

¿Qué temas deben fortalecerse en la intervención educativa sobre el manejo de pacientes con demencia senil?

¿Cómo es el conocimiento post intervención educativa de los cuidadores sobre el manejo de pacientes con demencia senil?

4. JUSTIFICACIÓN

Mediante la realización de este estudio se dotará de las herramientas necesarias para el manejo de la demencia por parte de los cuidadores de la residencia, de esta manera brindarán cuidados de mayor calidad, a su vez, la investigación favorecerá a los adultos mayores porque recibirán cuidados que mejorarán su calidad de vida, también, como autores el estudio nos beneficiará aumentando los conocimientos acerca de los cuidados necesarios para afrontar este síndrome, los cuales serán de importancia al momento de ejercer la profesión. Otro beneficio generado hacia el lugar de estudio será la capacitación sobre la demencia senil que reciban los cuidadores formales e informales de la residencia.

Otra razón para abordar este tema es porque es una realidad que afecta seriamente a la sociedad, siendo de beneficio para las personas que conforman el entorno más cercano al paciente, disminuyendo el impacto de la demencia sobre ellos; impacto que puede afectar en ámbito físico, psicológico, social y económico; de este modo también podremos contribuir a la sociedad de nuestro país.

Además, servirá de referente y evidencia sobre quiénes y cómo se están brindando los cuidados a la población geriátrica que viven en asilos o residencias de adultos mayores. Este estudio también es importante como valor teórico debido a que puede ser un futuro referente sobre la intervención educativa enfocada a la atención de pacientes geriátricos.

5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

5.1 Objetivo general

Determinar la efectividad de la intervención educativa en los conocimientos de los cuidadores de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero” sobre el manejo de la demencia senil en el segundo semestre 2021.

5.2 Objetivos específicos

1. Conocer las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores de la residencia de ancianos Sor María Romero
2. Valorar el conocimiento sobre el manejo de la demencia senil pre intervención educativa
3. Desarrollar plan de intervención educativa sobre el manejo de la demencia senil
4. Valorar el conocimiento sobre el manejo de la demencia senil post-intervención educativa

6. DISEÑO METODOLÓGICO

El paradigma asociado a la investigación es el positivismo, específicamente un enfoque cuantitativo siguiendo la ruta: experimental, dentro de su clasificación: preexperimental, con un mismo grupo.

Figura 1 Pre experimentales de pre prueba/post prueba con un solo grupo



Fuente: (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018, p. 163)

6.1 Enfoque de investigación

El trabajo de investigación es de tipo cuantitativo debido a que representa el plan o estrategia para obtener la información pertinente con el fin de responder al planteamiento del problema. Según (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018) cuando se habla de una investigación cuantitativa se da por aludido al ámbito estadístico, es en esto en lo que se fundamenta dicho enfoque, en analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado. Este enfoque utiliza la recolección de datos para comprobar hipótesis, que es importante señalar, se plantean con antelación al proceso metodológico; con un enfoque cuantitativo se plantea un problema y preguntas concretas de lo cual se derivan las hipótesis.

6.2 Tipo de estudio

Esta investigación es de tipo **pre experimental** debido a que consiste en el control de un solo grupo, es decir; solo pueden evaluar una sola variable. Estas van dirigidas solamente a la evaluación, control y supervisión de una variable, motivo por el cual el estudio resulta sumamente concreto. Es útil como un primer acercamiento al problema de investigación en la realidad. (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018)

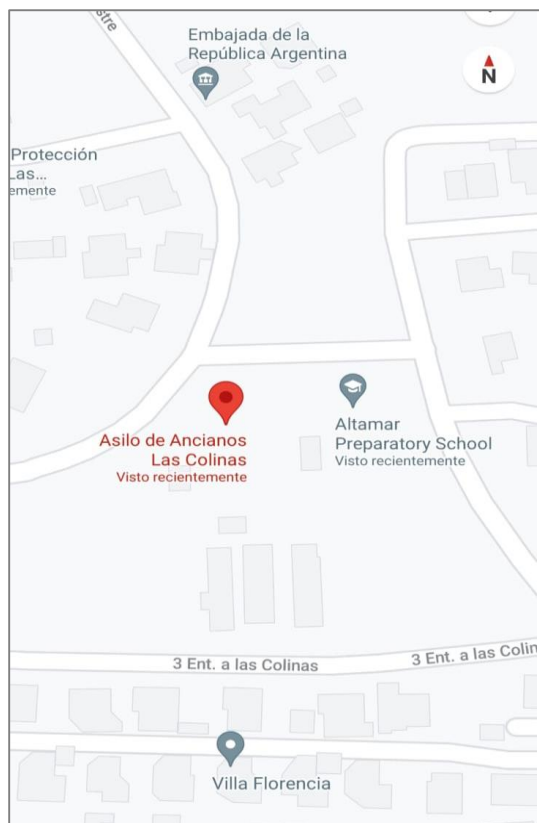
Es de tipo **longitudinal**, Hernández-Sampieri & Mendoza (2018) explican que los diseños longitudinales, son los que representan datos a través del tiempo en puntos o períodos, para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias. En el que la información se pretende recolectar mediante el uso de un test a desarrollar durante la realización de la investigación, para posteriormente someterlo a opinión de 3 expertos en la materia, y aplicarlo a los sujetos de estudios, en el cual se logrará obtener información sobre el nivel de conocimiento de los cuidadores sobre la demencia senil, para poder realizar una deducción o conclusión.

6.3 Área de estudio

Macrolocalización

El trabajo investigativo se realizó en el segundo semestre del 2021 en la residencia del adulto mayor “Sor María Romero” que alberga a 29 ancianos, entre los cuales se encuentran adultos mayores semi dependientes y otros completamente dependientes del cuidador. Entre las patologías más comunes están: hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo II, artritis, demencia senil; Alzheimer, entre otros. El hogar de ancianos está ubicado del club las colinas 4 cuerdas al este, contiguo a Colegio Altamar, Managua Nicaragua. Su posición geográfica es latitud: 12.0938942, longitud: -86.2247137. Sus límites territoriales son: al norte con la Embajada de la República de Argentina, al sur con Villa Florencia, al este con camino las Colinas-Esquipulas y al oeste con paseo Ecuestre.

Figura 2 Área comprendida de la Residencia del Adulto Mayor “Sor María Romero”.



Fuente: Google Maps

Microlocalización

El interior de la residencia, donde habitan los adultos mayores, está constituido por 3 pabellones, 1 destinado a adultos mayores varones, el segundo para adultos mayores femeninas y el tercero semiprivado donde habitan mujeres y varones, los pabellones fueron construidos con concreto, techo de zinc, cielo raso y cada pabellón con su respectivo baño y ducha, además de contar con jardín y un salón para convivencia. La residencia además cuenta con cocina, comedor, lavandería, un jardín o área verde, un cuarto de enfermería que incluye farmacia, recepción y un parqueo.

6.4 Sujeto de estudio

Antes de describir los sujetos que formarán parte de este estudio, se establece la definición, según (Solis, 2021): “son aquellas personas o grupos de personas que forman parte de los colectivos cuyas características, opiniones, experiencias, condiciones de vida, entre otros rasgos y atributos cobran interés particular para investigaciones con enfoque cuantitativo o cualitativo” (Parr.3).

Por lo antes mencionado, los sujetos de estudio que forman parte de este trabajo son 6 cuidadores, entre ellos están cuidadores formales e informales, están en edades comprendidas entre 20 y 29 años de edad, 3 licenciados en enfermería, de sexo masculino, dos cuidadores informales de sexo masculino y 1 mujer que constituyen el personal de apoyo. Por efectos de la pandemia, la cantidad de cuidadores de la residencia disminuyó notablemente, esto ocurrido durante el transcurso del presente estudio.

6.5 Universo de estudio

Dado que la cantidad de cuidadores de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, es poca, se tomará de universo a todos estos, constituyéndose de esta manera con el mínimo, siendo el universo de 6 personas.

6.6 Criterios de inclusión

- Todo el personal de ambos sexos que atiende y labora, involucrados en la atención al adulto mayor.
- Que acepten trabajar en el estudio.

6.7 Criterios de exclusión

- Cualquier cuidador que esté ausente por motivos de salud o de vacaciones que no completen toda la encuesta o no deseen llenarlas.

6.8 Matriz de obtención de información

Tabla 1 Matriz de obtención de información

Objetivos específicos	Fuente	Técnica	Instrumento a crear
Describir las características sociodemográficas y laborales de los cuidadores.	Cuidadores formales e informales	Encuesta	Cuestionario para los cuidadores formales e informales de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sobre los conocimientos de la demencia senil.
Valorar el conocimiento sobre el manejo de la demencia senil pre intervención educativa.	Cuidadores formales e informales	Encuesta	Cuestionario para los cuidadores formales e informales de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sobre los conocimientos de la demencia senil.
Valorar el conocimiento sobre el manejo de la demencia senil post-intervención educativa.	Investigadores	Encuesta	Cuestionario para los cuidadores formales e informales de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sobre los conocimientos de la demencia senil.

6.9 Operacionalización de variables / Matriz de descriptores

Tabla 2 Operacionalización de variables / Matriz de descriptores

Variable	Dimensión	Indicador	Valores	Criterio	Instrumento
Factores sociodemográficos	Factores sociales	Sexo	A. Femenino B. Masculino	-	Cuestionario para los cuidadores formales e informales del asilo de ancianos Sor María Romero, sobre los conocimientos de la demencia senil.
		Edad		-	Cuestionario para los cuidadores formales e informales de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sobre los conocimientos de la demencia senil.

		Años de experiencia	<ul style="list-style-type: none"> A. <1 año B. 1-5 años C. 6-10 años D. 11-15 años E. 16-20 años F. 21-25 años G. >25 años 		Cuestionario para los cuidadores formales e informales de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sobre los conocimientos de la demencia senil.
		Nivel académico	<ul style="list-style-type: none"> A. Analfabeta B. Educación preescolar C. Educación primaria incompleta D. Educación primaria E. Educación secundaria incompleta F. Educación 	-	Cuestionario para los cuidadores formales e informales de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sobre los conocimientos de la demencia senil.

			<p>secundaria</p> <p>G. Estudios técnicos</p> <p>H. Educación superior</p>		
<p>Conocimiento sobre el manejo de la demencia senil pre y post intervención educativa.</p>	<p>Pre y post intervención</p>	<p>Definición de demencia senil</p>	<p>Principal causa de discapacidad y dependencia entre los adultos mayores en todo el mundo.</p>	<p>V</p> <p>La demencia senil se define como la principal causa de discapacidad y dependencia entre los adultos mayores en todo el mundo. (Esandi et al 2011)</p>	<p>Cuestionario para los cuidadores formales e informales de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sobre los conocimientos de la demencia senil.</p>
		<p>Tipos de demencia</p>	<p>Demencias vasculares, corticales, subcorticales, mixtas y fronto-temporales.</p>	<p>F</p> <p>Los tipos de demencia que existen son: Demencias degenerativas, primarias, vasculares, secundarias,</p>	<p>Cuestionario para los cuidadores formales e informales de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sobre los</p>

			corticales, subcorticales y mixtas.	conocimientos de la demencia senil.	
		Síntomas	Pérdida de la memoria, dificultad para comunicarse, dificultad para razonar o resolver problemas, dificultad con la coordinación y traslación, confusión y desorientación.	<p>F</p> <p>Son síntomas de la demencia senil: Alteraciones de funciones mentales tales como la memoria, pensamiento y razonamiento.</p>	Cuestionario para los cuidadores formales e informales de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sobre los conocimientos de la demencia senil.
			La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio, pero la conciencia no siempre	<p>V</p> <p>La demencia es un síndrome generalmente de naturaleza crónica o progresiva caracterizado por el deterioro de la función cognitiva; afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la</p>	Cuestionario para los cuidadores formales e informales de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sobre los conocimientos de la demencia senil.

			se ve afectada.	comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio, pero la conciencia no siempre se ve afectada.	
		Etapas de la demencia	Los expertos describen la demencia en fases o etapas, estas se refieren a: Etapa temprana, etapa intermedia y etapa avanzada.	V Los expertos describen la demencia en fases o etapas, estas se refieren a: Etapa temprana, etapa intermedia y etapa avanzada. La fase en que está el paciente ayuda a determinar el mejor tratamiento y también facilita la comunicación con los cuidadores.	Cuestionario para los cuidadores formales e informales de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sobre los conocimientos de la demencia senil.
			En la etapa temprana,	F	Cuestionario para los

		<p>las personas afectadas: empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas; se encuentran desubicadas en su propio hogar, tienen cada vez más dificultades para comunicarse; empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal.</p>	<p>Las personas afectadas, empiezan a experimentar signos y síntomas, tales como: olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas; se encuentran desubicadas en su propio hogar, tienen cada vez más dificultades para comunicarse; empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal, en la etapa intermedia de la demencia.</p>	<p>cuidadores formales e informales de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sobre los conocimientos de la demencia senil.</p>
		<p>En la etapa intermedia de la demencia, la dependencia y la inactividad son casi</p>	<p>F En la etapa avanzada de la demencia, la dependencia y la</p>	<p>Cuestionario para los cuidadores formales e informales de la residencia del adulto</p>

			totales.	inactividad son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y signos físicos se hacen más evidentes.	mayor “Sor María Romero”, sobre los conocimientos de la demencia senil.
		Factores de riesgo	Edad, tabaquismo, consumo de alcohol, genética, antecedentes familiares, depresión, aislamiento social, enfermedades crónicas y estilo de vida.	V La edad, tabaquismo, consumo de alcohol, genética, antecedentes familiares, depresión, aislamiento social, enfermedades crónicas y estilo de vida, sí son factores de riesgo para desencadenar la demencia senil.	Cuestionario para los cuidadores formales e informales de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sobre los conocimientos de la demencia senil.
		Tratamiento Farmacológico	Aunque no existe un tratamiento curativo para la demencia tipo	V Aunque no existe un tratamiento curativo para	Cuestionario para los cuidadores formales e informales de la

		<p>Alzheimer, existen fármacos que consiguen mantener, durante un período limitado de tiempo, el estado neuropsicológico y funcional del paciente con demencia.</p>	<p>la demencia tipo Alzheimer, existen fármacos que consiguen mantener, durante un período limitado de tiempo, el estado neuropsicológico y funcional del paciente con demencia. Los beneficios de estas terapias de larga duración dependen, en gran medida, de la adhesión al tratamiento.</p>	<p>residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sobre los conocimientos de la demencia senil.</p>
		<p>Los fármacos que principalmente se utilizan para tratar los síntomas de la demencia son: Donepezil,</p>	<p>V Su manejo actualmente se basa en el uso de fármacos anticolinesterasicos. Los fármacos que</p>	<p>Cuestionario para los cuidadores formales e informales del asilo de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sobre los</p>

			Galantamina, Rivastigmina y Memantina.	principalmente se utilizan para tratar los síntomas de la demencia son: Donepezil, Galantamina, Rivastigmina y Memantina.	conocimientos de la demencia senil.
		Tratamiento no farmacológico	Terapia funcional, cognitiva y modificación del entorno.	F El tratamiento no farmacológico para la demencia senil, consiste en brindar terapia ocupacional, modificación del entorno y ejercicio.	Cuestionario para los cuidadores formales e informales del asilo de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sobre los conocimientos de la demencia senil.
		Diagnóstico	Mediante test cognitivos y neuropsicológicos.	F La demencia senil se diagnostica mediante test que valoren cambios cognitivos y del	Cuestionario para los cuidadores formales e informales de la residencia del adulto mayor “Sor María

				pensamiento.	Romero”, sobre los conocimientos de la demencia senil.
		Cuidados de enfermería	Pregunta abierta.		Cuestionario para los cuidadores formales e informales de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sobre los conocimientos de la demencia senil.

6.10 Método, Técnica e Instrumentos de recolección de datos

Técnica: Las técnicas en investigación son el conjunto de herramientas, procedimientos e instrumentos que se utilizan para obtener información y conocimientos. (Raffino María Estela, 2020 p.1) En nuestra investigación se utilizará la encuesta como técnica con el fin de recaudar información necesaria de los sujetos de estudios.

Instrumento: Para que un estudio se lleve a cabo es importante aplicar técnicas e instrumentos con el fin de recoger datos e información para ampliar y profundizar el estudio. “Los instrumentos de investigación son los recursos que el investigador puede utilizar para abordar problemas, fenómenos y extraer información de ellos” (tipos de investigación p.4) En nuestro trabajo utilizaremos un cuestionario de preguntas para la recolección de información.

En la encuesta pre y post intervención se utilizó la tabla de aprobación y reprobación del aprendizaje que se encuentra en la “Normativa para la Evaluación del Aprendizaje en la Educación Técnica y Formación Profesional” para la evaluación del puntaje que obtuvo el personal de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero” a través del test que se le aplicó.

Tabla 3 Formato de evaluación

Rango cuantitativo	Rango cualitativo
90-100	<i>Excelente</i>
80-89	<i>Muy bueno</i>
60-79	<i>Bueno</i>
0-59	<i>Reprobado</i>

Fuente: (INATEC, 2017)

6.10.1 Procedimiento para aplicar el instrumento

Para cumplir los objetivos del estudio, se utilizó un instrumento para los participantes, en los cuidadores se utilizó una encuesta auto administrada, cuya aplicación corresponde a varios

momentos, primeramente, se aplica la encuesta pre intervención, para conocer los aspectos en que tiene mayor deficiencia de conocimientos, se procede explicándoles en que consiste el estudio y la manera en que deben llenarla. Se solicita a cada uno de ellos llenen el instrumento. Posteriormente, una semana después, se ejecutó la intervención educativa, haciendo mayor énfasis en los aspectos que se encuentren deficientes como resultado de la encuesta pre intervención educativa, finalmente, una semana después de la intervención educativa, se procede a aplicar la encuesta post intervención, para poder medir la eficacia de esta. Luego de llenado el instrumento se obtienen los datos aportados por cada uno del participante del estudio y realizar el análisis de estos resultados.

El cuestionario post test aplicado el viernes 19 de abril del 2021 y post test el 3 de diciembre del 2021, ambos en horario de 8 AM a 10 AM, consta de preguntas, divididas en: dos secciones con formadas de la siguiente manera: Datos sociodemográficos: 4 preguntas, demencia senil: 12 preguntas.

6.11 Institución

Se realiza mediante una carta dirigida a la directora de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, donde se hace constar que somos estudiantes de la carrera de Enfermería en cuidados críticos, solicitando el permiso para poder realizar el estudio de estrategias implementadas por los estudiantes para brindar la intervención a los cuidadores sobre el manejo de la demencia senil en el asilo de ancianos Sor María Romero en el segundo semestre 2021.

Además, de la elaboración de un consentimiento informado dirigido a los cuidadores de la residencia, el cual asegura que los datos obtenidos en el instrumentos tendrán únicamente el fin de ser utilizado en la presente investigación.

6.12 Validación de los instrumentos

6.12.1 Prueba de Jueces

Para la validación de cuestionario, se somete a consideración de 3 docentes que tienen

experiencia en este tema, debido a que imparten la asignatura de enfermería en cuidados geriátricos en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua, quienes después de revisar la metodología, diseño y contenido del instrumento, emiten sus consideraciones en la presentación y adecuación interna respecto a los objetivos de la investigación.

6.13 Plan de tabulación / análisis

De los datos recolectados, se diseña la base datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, versión 25 para Windows. Una vez realizado el control de calidad de los datos registrados, se realizan los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables (cuantitativas o cualitativas) y guiados por el compromiso que fue definido en cada uno de los objetivos específicos, se realizan los análisis descriptivos correspondientes a las variables nominales, ordinales y/o numéricas, entre ellos: El análisis de frecuencia y las estadísticas descriptivas según cada caso. Además, se realizarán los análisis gráficos de tipo: pastel o barras de manera univariadas para variables de categorías, en un mismo plano cartesiano, barras de manera univariadas para variables dicotómicas, que describirán la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano, en forma clara y sintética la respuesta de variables numéricas, discretas o continuas.

6.14 Forma en que presentaran los resultados

El estudio es presentado en forma escrita y expositiva. Se utilizará tablas simples y gráficos, los cuales serán presentados a través de medios audio visuales en el programa PowerPoint. Para preparar las diapositivas se usarán: tablas, esquemas, mapas conceptuales, evitando cargar las diapositivas con mucha información, dentro de las cuales se encuentran. Portada, tema, introducción, justificación, objetivo General, objetivos específicos, diseño metodológico, análisis y discusión de resultados, recomendaciones y conclusiones.

El trabajo escrito es presentado con el programa Microsoft Word 2020, letra Times New Román, 12 puntos, interlineado 1.5 y margen superior e inferior de 2.5 cm, exterior de 2.5 cm e interior 3 cm.

7. MARCO TEÓRICO

7.1 Factores sociodemográficos que influyen en la calidad del cuidado del adulto mayor con demencia

Según la Revista Española de Salud Pública (2009) los factores sociodemográficos:

Es un concepto multidimensional que depende de factores personales, del entorno y de su interacción; tiene componentes similares para todas las personas, como la satisfacción con la salud u otros dominios de vida, y objetivos, como el estatus socioeconómico; y es mejorada por aspectos tales como la autodeterminación, los propósitos en la vida, los recursos y el sentido de pertenencia (p.1).

Los factores sociodemográficos son los aspectos relativos a los aspectos y modelos culturales, creencias y actitudes, que se superponen en la sociedad de una manera que diferencia cada costumbre y cultura de regiones o países donde habita un grupo de personas que se pueden comunicar entre si y que viven una vida cotidiana diariamente relacionadas dentro de su ambiente, existen ciertos factores por el cual se distingue una persona de otra como son: el sexo que diferencia los rasgos anatómicos entre un hombre y una mujer, la edad que indica el tiempo que una persona ha vivido, la religión indica los tipos de creencias que una persona tiene y la condición física se limita a hablar de aquellas que tienen capacidades diferentes de otra. Carmen, 2012, p.1).

7.1.1 Sexo

Según el Diccionario de la Lengua Catalana (2015) El sexo “es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos o machos y hembras, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética” (p.1).

El sexo es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer, y a los animales como macho y hembra.

El sexo no se elige ya que es una construcción determinada por la naturaleza, que viene

dada desde el nacimiento. Se diferencia del género, que es una construcción sociocultural referida a los rasgos que la sociedad considera femeninos o masculinos, con múltiples opciones. Porporatto (2021)

El sexo representa también una tasa poblacional importante, ya que separa a la especie humana en dos, definiendo así, tareas y ejercicios para cada uno. Los hombres de sexo masculino se diferencian de las mujeres de sexo femenino por sus características físicas y emocionales, mientras que el hombre posee una musculatura mayor y predominante a la de la mujer, ella posee cualidades afectivas que la denotan y le dan un toque característico que les da la femineidad, influyendo de esta manera; en el empleo, las condiciones de trabajo y las trayectorias profesionales de los trabajadores del sector sanitario.

Hernández (2014) señala que el 85% de los cuidadores, son cuidadoras familiares y amas de casa, por lo tanto, el sexo es un factor importante que influye en el cuidado de un anciano.

El cuidar es un acto propio a la vida, es el resultado de una construcción propia de cada situación de promover y preservar la humanidad; en este contexto, la salud es asumida mayoritariamente por la mujer en un medio de exclusión de vínculos familiares, culturales y sociales de la forma en cómo se percibe el cuidado. Las mujeres cuidadoras como un grupo vulnerable tienen derecho a una mejor calidad de vida a una disminución de la sobrecarga del cuidar y en el riesgo para su salud que este significa, por otra parte, los hombres que adoptan el papel del cuidador tienen que luchar en muchas ocasiones contra el estereotipo que define que las mujeres ejercen el rol de cuidadora de manera “natural”, ya que tiende a relacionarse con el instinto maternal, mientras que los hombres tienen que hacer “grandes esfuerzos” para ser cuidadores.

7.1.2 Edad

La Clínica Universidad de Navarra (2020) en su diccionario médico define la edad como:

Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia. Cada uno de los periodos evolutivos en que, por tener ciertas características comunes, se divide

la vida humana: infancia, juventud, edad adulta y vejez. Modifica la dependencia del hombre respecto de los demás cuando es muy joven o anciano, haciéndole proporcionadamente más digno de la atención médica.

La edad biológica es la que nos informa sobre el envejecimiento de nuestras células, y que indica nuestra edad real frente a nuestra esperanza de vida, sirviéndonos como indicador para advertirnos de futuras dolencias crónicas. Está determinada por factores internos, es decir, lo que marca nuestra genética y por factores externos, como, estilo de vida, factores ambientales, alimentación, hábitos diarios, etc.

A día de hoy, existen dudas acerca de la sostenibilidad a largo plazo del modelo basado en el apoyo informal; también denominado “cuidador familiar o “cuidador informal”, debido a razones estrictamente demográficas, pues cada vez existen menos mujeres en edad de cuidar y más personas que precisan cuidados de larga duración.

De acuerdo con las proyecciones de población de la CEPAL en el año 2005 Nicaragua mostró un índice de envejecimiento de 14.8 adultos mayores por cada cien jóvenes. Para el año 2025 se estima que esta relación sea de 34.9 y pueda llegar a alcanzar 99.2 adultos por cada 100 jóvenes en el año 2050.

7.1.3 Nivel académico

Según Laez y Jiménez (2011) dice que “la educación es importante para reducir el analfabetismo a Nivel Nacional, además este permite la evolución sociocultural y el mayor aprendizaje de los individuos”.

La educación es uno de los factores que más influye en el avance y progreso de las personas y sociedades. Además de proveer los conocimientos, la educación enriquece la cultura, los valores y todo aquello que nos caracteriza como seres humanos. La educación es necesaria en todos los sentidos. Para alcanzar mejores niveles de bienestar social y de crecimiento económico; para tener un mayor desarrollo laboral; para ampliar las oportunidades de los jóvenes.

Las personas adultas mayores en especial aquellas en estado de semi-independencia o

dependencia total, necesitan unos tipos de cuidados que no todas las personas pueden o saben brindarles ya que los cuidados requeridos son especializados. Los cuidadores de adultos mayores deben tener nociones básicas de las problemáticas a nivel psicológico, social y de salud de una persona de más de 60 años para poder realizar su trabajo de una manera segura, responsable y que obtenga del adulto mayor su máximo potencial que es envejecer positiva y exitosamente.

No solo los conocimientos son básicos, sino también la actitud. Valdiviezo (2018) dice que “él o la cuidadora de un mayor debe ser positiva, energética, empática, creativa y recursiva” (p.2). Estas actitudes pueden ir adquiriéndose en la medida en el que el cuidador tenga voluntad y conocimientos que le permitan actuar con soltura y seguridad en su trabajo. Sin los conocimientos es difícil que las actitudes positivas sean permanentes y sostenibles.

7.1.4 Experiencia laboral

Otro aspecto importante a tomar en cuenta son los años de experiencia, se puede suponer que al pasar muchos años trabajando se adquieren habilidades, destrezas y conocimientos sobre los problemas más comunes que presentan los pacientes en la residencia de ancianos, en esta ocasión, la demencia senil. El concepto de experiencia laboral hace referencia al conjunto de conocimientos y aptitudes que un individuo o grupo de personas ha adquirido a partir de realizar alguna actividad profesional en un transcurso de tiempo determinado. La experiencia es considerada entonces como un elemento muy importante en lo que se refiere a la preparación profesional y en un mejor desempeño laboral en general (Restrepo, 2017). Por ello, es importante tener en cuenta los años de experiencias laborales, por la preparación y habilidades que se desarrollan a lo largo de estos, es muy común ver personal que tiene muchos conocimientos adquiridos por esto, incluso más que aquellos profesionales con mayor nivel académico.

7.2 Demencia senil

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede resultar abrumadora no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares. A menudo hay una falta de concientización y comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para que

las personas acuden a los oportunos servicios de diagnósticos y detección. El impacto de la demencia en los cuidadores, la familia y la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico. (Organización Mundial de la Salud, 2020, párr.3.)

La demencia senil es un síndrome en que el paciente afectado va perdiendo sus capacidades cognitivas de manera paulatina. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje, y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva va acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación. (Organización Mundial de la Salud, 2020, párr.1).

Otra definición sobre demencia es la que brinda la asociación española del Alzheimer donde afirma lo siguiente:

El término demencia deriva del latín "demens, dementatus" que significa sin mente. La demencia es definida como un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores que repercuten en la actividad cotidiana del enfermo. (Fundación Alzheimer España, 2019)

7.2.1 Tipos de demencia

Existen muchas clasificaciones de las demencias, pero habitualmente se clasifican en degenerativas primarias y secundarias.

7.2.1.1 Demencias primarias

En el grupo de demencias degenerativas primarias la más frecuente es **la enfermedad del Alzheimer**, que se caracteriza por la pérdida de la memoria. Afecta a la memoria primero y después la enfermedad progresa hasta a afectar a otras habilidades cognitivas (del cerebro), tales como las habilidades de razonar, hablar y moverse.

Enfermedad por cuerpos de Lewy: Es la segunda causa de demencia degenerativa primaria. Se caracteriza por la presencia de cuerpos de Lewy en la corteza cerebral y un deterioro de las funciones cerebrales, de carácter fluctuante, con episodios de confusión, falta

de lenguaje y lenguaje incoherente. Los cuerpos de Lewis son acúmulos de proteínas anormales que se forman en las neuronas de la corteza cerebral y también en zonas subcorticales. (Sanidad, 2018, párr.3).

La demencia frontotemporal aparece por lo general en edades más precoces y afecta fundamentalmente al comportamiento y al lenguaje. Afecta a la personalidad y al habla, pero no afecta a la memoria. La agresividad es uno de los síntomas iniciales más característicos.

7.2.1.2 Demencias secundarias

Demencia vascular: Es el segundo tipo mas frecuente de demencia. Se produce por la obstrucción de los vasos sanguíneos o lesiones que causan infartos o hemorragias en el cerebro. La aparición de demencia vascular es repentina. Los síntomas dependen de que área del cerebro está afectada, pero la memoria y otras funciones cognitivas, como la habilidad de tomar decisiones, están dañadas.

Demencias producidas por infecciones, tras un traumatismo craneoencefálico, por problemas autoinmune.

Demencia por enfermedad de Parkinson: Muchas personas con enfermedad de Parkinson presentan síntomas de demencia cuando la enfermedad evoluciona.

7.2.2 Etapas de la demencia

Los expertos describen o clasifican la demencia en siete fases o etapas, pero a lo largo de su evolución sobresalen solamente tres etapas, por ser las más significativas en el deterioro cognitivo, físico y funcional del adulto mayor. Éstas se refieren a la progresión de la demencia en cada individuo, la fase en que está el paciente ayuda a determinar el mejor tratamiento y también facilita la comunicación con los cuidadores.

No existe un tiempo definido concreto para pasar de una fase a otra, debido a que son muchos los factores que influyen en la evolución de la enfermedad, como por ejemplo el estado de salud, la soledad, el nivel socio económico, etc.

- **Etapa temprana (o leve):** A menudo pasa desapercibida, ya que el inicio es paulatino. Los síntomas más comunes incluyen: tendencia al olvido; pérdida de la noción del tiempo; desubicación espacial, incluso en lugares conocidos. En esta etapa ya existen problemas graves, tanto de memoria como de funcionalidad, que provocan cambios sustantivos en la manera de ser de la persona anciana. Si bien es posible que, al inicio de esta etapa, la persona reconozca que algo le pasa, con el tiempo y a raíz de un mecanismo de defensa, empiezan a negar la evidencia.
- **Etapa intermedia (o moderada):** A medida que la demencia evoluciona hacia la etapa intermedia, los signos y síntomas se vuelven más evidentes y más limitadores. En esta etapa las personas afectadas: empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas; se encuentran desubicadas en su propio hogar, tienen cada vez más dificultades para comunicarse; empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal; sufren cambios de comportamiento, por ejemplo, dan vueltas por la casa o repiten las mismas preguntas.
- **Etapa avanzada:** En la última etapa de la enfermedad, la dependencia y la inactividad son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y signos físicos se hacen más evidentes. Los síntomas incluyen: una creciente desubicación en el tiempo y en el espacio; dificultad para reconocer a familiares y amigos; una necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal; dificultades para caminar, alteraciones del comportamiento que pueden exacerbarse y desembocar en agresiones. Alvira (2017)

7.2.3 Síntomas

Por lo general, los síntomas abarcan muchos aspectos en las funciones mentales del paciente. Se puede ver afectado el comportamiento emocional o de la personalidad, el lenguaje, la memoria, la percepción, el pensamiento, el juicio, entre otros. A medida que este trastorno va empeorando, los síntomas se agravan, pueden aparecer:

- Pérdida de habilidades sociales y cambios de personalidad, lo cual puede llevar a la persona a un cambio de comportamiento de forma inapropiada en espacio público y, a

veces, agresivos.

- Problemas para comunicarse, ya que el paciente presenta una memoria a corto plazo, además la pérdida de la orientación, lo que hace más fácil que la persona pueda perderse.
- Dificultad al momento de memorizar o de realizar actividades que requieren pensar.
- Se producen cambios en el patrón del sueño, esto lo puede llevar a que el paciente presente alucinaciones, delirios.

El deterioro gradual y progresivo de las funciones cognitivas, como la memoria, el razonamiento y la planificación, afecta la capacidad de las personas para llevar a cabo diversas actividades como lavarse y vestirse, orientarse en espacio y tiempo, preparar comidas y manejar dinero. La demencia también puede tener un impacto en los cuidadores, familia o sociedad y puede ser de carácter social, físico y psicológico en las personas. (Esandi et al 2011)

7.2.4 Factores de riesgo y prevención

Aunque la edad es el principal factor de riesgo de demencia, la enfermedad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento. Además, la demencia no afecta exclusivamente a personas mayores. La demencia de inicio temprano (aparición de los síntomas antes de los 65 años) representa hasta un 9% de los casos. Los estudios demuestran que se puede reducir el riesgo de padecer de demencia haciendo ejercicio con regularidad, no fumando, evitando el uso nocivo del alcohol, controlando el peso, tomando una alimentación saludable y manteniendo una tensión arterial y unas concentraciones sanguíneas adecuadas de colesterol y glucosa. Otros factores potencialmente modificables son la depresión, el bajo nivel educativo, el aislamiento social y la inactividad cognitiva (OMS p.11)

7.2.5 Tratamiento

La mayoría de las demencias son irreversibles, pero existen medicamentos que pueden controlar los signos y síntomas con el fin de que el paciente logre mejorar su calidad de vida. Consiguen mantener, durante un período limitado de tiempo, el estado neuropsicológico y funcional del paciente con demencia.

7.2.5.1 Tratamiento farmacológico

Inhibidores de la colinesterasa: Este medicamento “Actúa elevando los niveles en el cerebro de una sustancia (acetilcolina) relacionada con la función de la memoria. Aunque se usan principalmente para el Alzheimer, también se recetan para otras demencias” (CuidatePlus, 2021, párr.24)

Memantina: “Este medicamento actúa regulando la actividad del glutamato, que es el mensajero químico involucrado en funciones relevantes como el aprendizaje o la memoria” (CuidatePlus, 2021, párr.25)

Donepezil: Indicado en la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave, mejora la cognición y función global, puede retrasar el desarrollo de la enfermedad a corto plazo, pero no después de 36 meses.

Galantamina: Mejora la cognición y la función global. Evidencia inconsistente en cambios en las actividades de la vida diaria. La corta duración de los estudios limita la interpretación de su uso más allá de los 6 meses.

Rivastigmina: Indicado en la enfermedad de Alzheimer y en la demencia por enfermedad de Parkinson idiopática. No tiene efecto estadísticamente significativo en la cognición. Puede tener algún beneficio en las actividades de la vida diaria hasta los 12 meses. Alvira (2017)

7.2.5.2 Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico trae consigo muchos beneficios en los cuales el paciente con demencia mejora el estilo de vida, su comportamiento, entre otros síntomas.

Se tienen que evaluar la presencia de factores que generen o agraven estas conductas para hacer un enfoque etiológico: tratar un dolor no detectado, factores ambientales, psicosociales, biografía individual (creencias religiosas, culturales), efectos adversos de los fármacos, se pueden realizar técnicas de entrenamiento cognitivo (ejercicios de memoria o de resolución de problemas).

- La terapia ocupacional ayuda a encontrar maneras más fáciles de hacer las tareas diarias.
- Modificar el entorno en que este vive para facilitar su movilización y evitar caídas.

- Fomentar el ejercicio, se hace con el fin de mejorar la fuerza, el equilibrio y la salud cardiovascular.

7.2.6 Diagnostico de demencia

No existe una prueba específica que determine si una persona tiene demencia. Los médicos que diagnostican el Alzheimer y otros tipos de demencia se basan en antecedentes médicos, en la realización de examen físico, pruebas de laboratorio y los cambios característicos en el pensamiento del paciente. Los médicos pueden determinar que una persona tiene demencia con un alto nivel de certeza. Pero es más difícil determinar el tipo exacto de demencia porque los síntomas y los cambios en el cerebro de diferentes demencias pueden superponerse. En algunos casos, un médico puede diagnosticar "demencia" y no especificar el tipo. Si esto ocurre, puede ser necesario ver a un especialista, como un neurólogo o un geropsicólogo. (Alzheimer's Association, 2021)

Existen escalas e instrumentos de valoración; como test estandarizados, que son imprescindibles en el proceso de valoración y seguimiento de una persona con un posible deterioro cognitivo, y que no solo ayudan en el diagnóstico, sino también en el seguimiento de la evolución de los pacientes.

Para conocer el deterioro cognitivo es necesario realizar test neuropsicológicos estándar, como lo es el test Mini-Mental (MMSE), el Mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC); el test más utilizado internacionalmente, otros test utilizados es el Pfeiffer, test de alteración de la memoria. (Rami 2007)

Para poder evaluar las capacidades de la vida diaria y las instrumentales se utiliza la escala de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) de actividades de la vida diaria (capacidad de comer, vestirse, bañarse, levantarse de la cama, control esfínter), que al repetir a lo largo de las etapas de la demencia permite ver su grado de dependencia y Test de Lawton-Brody (Lawton-Brody 1969) de las actividades de la vida diaria, en que se explora la pérdida de funcionalidad (manejo del dinero, medicación, uso del teléfono, del transporte o el cuidado de su casa), ambos test aplicables tanto por médicos, como por personal de enfermería.

7.2.7 Cuidados de enfermería en pacientes con demencia senil

Este tipo de paciente requieren cuidados específicos y especializados conforme el trastorno avanza.

Las personas mayores con deterioro cognitivo avanzado o demencia suelen tener problemas para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (o ABVD), que son las que engloban las capacidades de autocuidado más elementales: alimentación, higiene, eliminación de excrementos y orina, vestido y conservación de la movilidad funcional. (Gerona, párr.4).

La gente mayor que sufre deterioro cognitivo avanzado o algún tipo de demencia presenta unos riesgos de salud asociados que otras personas no tienen. Conviene conocerlos y evitarlos en la medida de lo posible. Según El Instituto de Religiosas de San José de Gerona existen cuidados específicos para la demencia que hay que incrementar a medida que el trastorno avanza, entre los que están:

Riesgos relacionados con la alimentación y la hidratación

- **Desnutrición o mala nutrición.** Puede ser que se olviden de comer o que se alimenten mal, comiendo solo las cosas que les apetecen o las que tienen más a mano, y agravando otras patologías que puedan sufrir como: diabetes tipo 2, hipercolesterolemia, hipertensión, etc. Puede ser útil esconder los alimentos que les perjudican y facilitar el acceso a los que les benefician.
- **Deshidratación.** De la misma manera que ocurre con la comida, las personas mayores con deterioro cognitivo avanzado o demencia pueden olvidarse de beber, entre otras cosas porque no reconocen la sensación de sed. Algunos síntomas de deshidratación pueden ser mareos, confusión o piel reseca. Hay que asegurarse de que beben líquidos durante todo el día, adaptando la textura si hay problemas de deglución.
- **Problemas de deglución o disfagia.** A medida que la demencia o el deterioro cognitivo avanza la mayoría de las funciones corporales se ven alteradas y, entre ellas, el mecanismo de la deglución. Esto conlleva riesgo de atragantamiento y muerte. Cuando hay problemas de disfagia se deben tener en cuenta una serie de medidas higiénicas,

posturales y dietéticas.

Riesgo de caídas

El riesgo de caídas en personas mayores es superior al del resto de población porque les cuesta más moverse, por problemas de visión, etc. En el caso de las personas con demencia o deterioro cognitivo avanzado el riesgo es superior porque presentan más problemas de movilidad. Para evitar caídas podemos tomar algunas medidas preventivas:

- Evitar los obstáculos, objetos o cables por el suelo, para facilitar la deambulación (caminar), siempre que ésta sea posible y tolerada. En trayectos largos es más recomendable el uso de silla de ruedas.
- Tener una buena iluminación: sobre todo en los lugares de paso. Además, por la noche, es conveniente tener alguna luz encendida en el dormitorio, pasillo y cuarto de baño.
- Evitar alfombras y superficies que hagan resbalar.

Riesgo de infecciones y úlceras

Hay que vigilar especialmente la higiene y las posibles úlceras en personas mayores con demencia o deterioro cognitivo avanzado porque llega un momento en el que se olvidan de la higiene y cada vez permanecen más tiempo inmóviles. En este sentido algunos consejos son:

- En caso de inmovilidad hay que utilizar cojines anti escaras durante la sedestación, protección de talones y colchón anti escaras durante el decúbito. Si la persona está en decúbito (estirada) y no se mueve, habrá que hacerle cambios posturales.
- Tener en cuenta la higiene diaria de partes íntimas, pliegues cutáneos y mucosas (boca, nariz), y mantener la piel limpia, seca y bien hidratada. Es recomendable duchar a la persona una o dos veces por semana. De esta manera controlaremos el riesgo de que sufra infecciones.
- Si se utilizan pañales, hay que cambiarlos cada 3-4 horas e intentar sentar a la persona en el inodoro para facilitar la evacuación. Se debe evitar siempre la retención de orina durante más de 4 horas y vigilar las deposiciones. Es conveniente la eliminación fecal cada día y, en todo caso, cada tres como máximo. Si fuera necesario se puede

administrar un laxante. (Instituto de Religiosas de San José de Jerona, 2014, párr. 2)

7.3 Intervención educativa

Para la realización de una intervención educativa se debe tener presente la definición, importancia y la manera en que se realiza esta, un concepto relevante de intervención educativa refiere que:

La intervención educativa es entendida, en general, como el conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico, metodológico, de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes de intervención, bien sean institucionales o personales, para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcance, en cada caso, los objetivos propuestos en dicho programa. Cualquier intento de renovar la realidad educativa ha de partir de una reflexión, en profundidad, acerca del tipo de intervención que se propone. (Padrón, González, Pereira , & Alemañy, 2011)

Otra definición importante es la de intervención en salud, concepto totalmente diferente a intervención educativa; “Las intervenciones en salud son estrategias que se trazan para modificar favorablemente el comportamiento de la situación de la salud o prevenir comportamientos que resulten perjudiciales para la salud” (scribd, 2018).

La relación entre intervención educativa e intervención en salud es marcada, retomando lo dicho por (Rodríguez M. J., 2017):

Diversos autores consideran que a través de la enseñanza se producen cambios favorables en el comportamiento del que aprende. Sin embargo, a pesar de todas las ventajas que se les atribuyen a las intervenciones educativas los resultados que se divulgan presentan diferencias y no son frecuentes los estudios que de una manera sistemática evalúen su efectividad en relación a las intervenciones en salud. (parr.15)

Una manera de facilitar el aprendizaje por parte de las personas que reciban la intervención, es la certera elección de la manera y método en que se realice la intervención, (Padrón, González, Pereira , & Alemañy, 2011) la intervención educativa se realiza para promover un cambio,

generalmente en términos de conocimientos, actitudes o prácticas, que se comprueba evaluando los datos antes y después de la intervención. Por lo tanto, se hace necesario tener en cuenta la metodología a seguir, generalmente tomando en cuenta los modelos utilizados en intervenciones educativas en el sector de salud, debido a que muchos autores hacen referencia sobre este concepto a la educación brindada a niños en etapa escolar, en ello radica la importancia de escoger bien el modelo a utilizar, debido a que las técnicas a utilizar son especiales de acuerdo al público que reciba la intervención.

La educación para la salud trata pues de responder de forma coherente a la evolución de las necesidades en salud y de los fenómenos relacionados con la salud–enfermedad que van ocurriendo en nuestra sociedad, priorizando los de mayor relevancia y vulnerabilidad educativa abordando distintas áreas de intervención con diferentes poblaciones diana y, según ambas, desarrollándose en distintos ámbitos con diversos tipos de intervención y complementándose con otras estrategias y actuaciones.

Es necesario indagar aspectos básicos de las intervenciones para poder asegurar el éxito de esta. Uno de los factores que asegura más el éxito de una intervención educativa es la planificación previa de la actuación. Aunque cuando se lleve a la práctica la intervención sea necesario realizar algunas modificaciones necesarias al encontrar variantes en el sitio de intervención, e incluso improvisar para dar respuesta a las variables que se produzcan, disponer de un buen plan de intervención (Ariola 2010). Llevar bien pensadas las actividades de aprendizaje que se van a proponer a los receptores y tener listos los recursos educativos que se van a utilizar siempre facilitará las cosas.

7.3.1 Planificación en la intervención educativa

Es necesario tener una planificación en busca del nivel óptimo que permita alcanzar los objetivos que se pretendan alcanzar:

El término planificación hace referencia a la elaboración de un plan, de un proyecto o un programa de acción; está referido al proceso de organización y preparación que permite adoptar decisiones sobre la forma más conveniente de lograr una serie de objetivos

propuestos. (Padrón, González, Pereira , & Alemañy, 2011)

Se señala que existen principios de carácter general en la planificación de la intervención educativa, como son:

- **Principio de racionalidad.** El planificador ha de tener un conocimiento previo fundado en bases científicas de la realidad del ámbito y de las personas a las que irá destinada la intervención.
- **Principio de continuidad.** Todos los elementos que componen el programa de intervención educativa han de ser aplicados de forma continua y sistemática y deben estar interrelacionados.
- **Principio de univocidad.** La redacción del programa ha de hacerse de forma que todos los términos utilizados puedan ser entendidos en el mismo sentido.
- **Principio de comprensividad semántica.** Los términos utilizados en la redacción de un programa han de ser fácilmente comprensibles por todos.
- **Principio de flexibilidad.** La planificación debe ser flexible, permitiendo la introducción de modificaciones necesarias en cualquier momento del proceso.
- **Principio de variedad.** El equipo planificador deberá ser creativo y original en la elaboración.
- **Principio de realismo.** La elaboración del programa ha de partir de un análisis previo y sólidamente apoyado en la realidad del ámbito en el que se va a aplicar.
- **Principio de participación.** El equipo planificador ha de estar abierto a la participación de otras personas o entidades.

Para que la planificación sea eficaz, ha de tener distintos niveles y diferentes enfoques. En primer lugar, se ha de reflexionar sobre la razón de ser del programa y planificar aspectos como los criterios generales de intervención y estrategias de acción.

En segundo lugar, ha de planificarse la forma de obtener los datos necesarios sobre el ámbito de intervención: composición demográfica del ámbito, estructura socioeconómica y actitudes de las personas implicadas.

En tercer lugar, es necesario planificar las metas u objetivos a conseguir, teniendo en cuenta que han de ser realistas y ajustados a las necesidades de las personas sobre las que se va a realizar la intervención. La fijación adecuada de objetivos es muy importante, ya que son los que lo definen, orientan y dan sentido a un programa de intervención.

En cuarto lugar, es necesario planificar los recursos disponibles: humanos, materiales, así como su localización espacial.

La planificación de un programa de intervención educativa debe considerar los siguientes elementos:

- **Naturaleza del programa:** qué se quiere hacer.
- **Origen y fundamento:** por qué se quiere hacer.
- **Objetivos:** para qué se quiere hacer.
- **Metas:** cuánto se quiere hacer.
- **Localización física:** dónde se quiere hacer.
- **Metodología:** cómo se quiere hacer.
- **Recursos humanos:** quiénes lo van a hacer.
- **Recursos materiales:** con qué se va a hacer.
- **Recursos financieros:** con qué se va a costear.

Según (Barraza, 2010) “La propuesta de intervención educativa es una estrategia de planeación y actuación profesional que permite a los agentes educativos tomar el control de su propia práctica profesional mediante un proceso de indagación-solución constituido por las siguientes fases y momentos:”

- a) **La fase de planeación:** Comprende los momentos de elección de la preocupación temática, la construcción del problema generador de la propuesta y el diseño de la solución. Esta fase tiene como producto el proyecto de intervención educativa; en ese sentido, es necesario aclarar que si la elaboración de la solución no implica necesariamente su aplicación entonces debemos denominarla proyecto.

- b) **La fase de implementación:** Comprende los momentos de aplicación de las diferentes actividades que constituyen la propuesta de intervención educativa y su reformulación y/o adaptación, en caso de ser necesario. Bajo esa lógica es necesario recordar que la solución parte de una hipótesis de acción que puede o no, ser la alternativa más adecuada de solución, por lo que solamente en su aplicación se podrá tener certeza de su idoneidad.

- c) **La fase de evaluación:** Comprende los momentos de seguimiento de la aplicación de las diferentes actividades que constituyen el proyecto y su evaluación general. Esta fase adquiere una gran relevancia si se parte del hecho de que no es posible realizar simplemente una evaluación final que se circunscriba a los resultados sin tener en cuenta el proceso y las eventualidades propias de toda puesta en marcha de un proyecto de intervención educativa.

- d) **La fase de socialización-difusión:** Comprende los momentos de: socialización, adopción y recreación. Esta fase debe conducir al receptor a la toma de conciencia del problema origen de la propuesta, despertar su interés por la utilización de la propuesta, invitarlo a su ensayo y promover la adopción-recreación de la solución diseñada.

Estas etapas, para fines didácticos, se presentan de manera lineal, sin embargo, la explicación realizada durante la etapa de implementación hace hincapié en un proceso adaptativo que, mediante un movimiento dialéctico, permite un ajuste mutuo entre la realidad que se le presenta al sujeto y su actuar, constituido éste por tres acciones: la problematización, la formulación de la hipótesis de acción y la elaboración de la propuesta, (Barraza, 2010) afirma:

Una propuesta de intervención educativa puede ser elaborada por todo aquel profesionalista que desea sumergirse en un proceso de mejora continua y ve en esta estrategia una opción para sistematizar y mejorar su experiencia profesional. Así mismo, una propuesta de intervención educativa puede ser desarrollada por estudiantes de licenciaturas con un modelo de formación con orientación a la práctica o por estudiantes de maestrías de corte profesionalizante. (P. 28)

El primer paso para la realización de una propuesta de intervención educativa es la elección de la preocupación temática. Este proceso de elección queda totalmente en manos del interventor

educativo que pretende elaborar la propuesta ya que responde a su interés y a una situación problemática presente en su práctica profesional. Sin embargo, en este momento el interventor debe tener presente que existen preocupaciones temáticas sobre las cuales no se puede hacer nada, ya que escapan de la esfera de su competencia y, por lo tanto, no son pertinentes para generar una propuesta de intervención educativa.

La preocupación temática puede ser conceptualizada como aquella área-problema que se presenta con evidencia ambigua ante el interventor educativo y que le indica la existencia de una situación problemática que no ha sido resuelta satisfactoriamente mediante la práctica cotidiana; esta situación constituye una preocupación para el propio agente educativo, en su carácter de interventor.

7.3.2 Técnica de recolección de datos

Retomando lo dicho por (Barraza, 2010): “De las diferentes técnicas cuantitativas, sean de carácter observacional o no observacional, que se pueden utilizar en la construcción del problema generador de una propuesta de intervención educativa sobresale, sin lugar a dudas, **la encuesta.**” Por lo tanto, esta será la técnica a utilizar en el desarrollo de esta propuesta de intervención educativa.

El proceso para la elaboración de una encuesta comprende tres pasos:

- Definición del respaldo teórico de la variable a estudiar.
- Planificación de la encuesta.
- Elaboración del instrumento.

En el **primer paso**, “antes de planificar el desarrollo o establecer los objetivos, es necesario una formación teórica en los aspectos a indagar por que las dimensiones del cuestionario, e incluso cada una de las cuestiones en él planteadas, responden a un marco teórico” en ese sentido, la conceptualización de la variable, y sus componentes constituidos, depende de la perspectiva teórica que se adopte.

En el **segundo paso**, la planificación de la encuesta, se toma como base el objetivo de la misma, para determinar el tipo de encuesta a realizar: descriptiva o explicativa, aunque es menester aclarar que en el caso que nos ocupa normalmente es una encuesta de carácter descriptivo.

La encuesta descriptiva permitirá obtener: a) un índice, normalmente la media, que mide la variable, b) un conjunto de índices, normalmente la media, que miden cada una de las diferentes dimensiones constitutivas de la variable, y c) una media específica de cada ítem.

Junto al tipo de encuesta, con las consecuentes implicaciones para su análisis, el interventor debe tomar también en cuenta, durante el proceso de planeación, la población a la que va dirigida y el soporte humano o material que se tiene para apoyar su aplicación.

En el **tercer paso**, la elaboración del instrumento, el interventor debe de tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- El cuestionario debe llevar en la parte superior de la primera página la identificación institucional.
- Las primeras indicaciones están orientadas a explicar el objetivo de la encuesta, establecer qué es lo se va a hacer con los resultados obtenidos, asegurar la confidencialidad de los resultados e informarle al potencial encuestado que la respuesta es voluntaria por lo que la persona puede o no contestarla.
- Los primeros ítems tienen que ver con las variables sociodemográficas (p. ej. género y edad) o situacionales (p. ej. grado que atiende e institución donde labora) que normalmente son usadas para caracterizar a la población objeto de estudio.

En la elaboración de los ítems, que formalmente indagan la variable de estudio, se debe tomar en cuenta el tipo de pregunta (de preferencia cerrada, y de ser posible con respuesta en escalamiento tipo lickert) y el orden en que se presentan (primero las más neutrales o menos difíciles o embarazosas en lo personal o profesionalmente, para pasar posteriormente a las más fuertes o mayormente involucradas en la parte personal o profesional del encuestado, para terminar otra vez con preguntas menos difíciles o involucradas con el sujeto).

- Se debe de evitar poner preguntas secuenciales donde la respuesta de una de ellas influye en que las demás se contesten en la misma línea o de la misma manera.
- De preferencia son recomendables cuestionarios que no tengan una gran cantidad de ítems (alrededor de 25 es un número adecuado) e involucren en su resolución no más de 15 minutos.
- Se debe cuidar que el vocabulario utilizado sea acorde a la población destinataria; para

eso se recomienda realizar una fase piloto del cuestionario con una población semejante a la destinataria, un promedio que oscile entre siete y 10 personas es un buen número para esta fase.

7.3.3 Estructuración del plan de acción

Para la estructuración del Plan de Acción, que representa una opción de planeación con formalización mínima, se pueden seguir dos vías: la propuesta de Elliott (2000) y la de Cox (2003). Elliott (2000) propone un esquema para el Plan de Acción compuesto por cinco elementos:

- La idea general; en nuestro caso, la formulación del problema.
- Los aspectos que se desean cambiar; en nuestro caso, la hipótesis de acción y las líneas de acción derivadas de la misma.
- Las negociaciones realizadas para hacer posible la aplicación del plan.
- Los recursos que necesitamos para aplicar el plan.
- Las consideraciones éticas involucradas en la comunicación e información del desarrollo del plan o proyecto.

Por su parte Cox (2003) propone cinco elementos para configurar un Plan de Acción: a) el resultado esperado (meta), b) la actividad, c) el responsable de cada actividad, d) el costo y e) el tiempo de realización. Este tipo de plan se puede formalizar tomando como referencia el siguiente cuadro:

Formato para plan de acción:

<i>Proyecto:</i>			
<i>Meta u objetivo:</i>			
<i>Formas de medición de resultados:</i>			
<i>Actividad</i>	<i>Responsables</i>	<i>Recurso</i>	<i>Plazo de tiempo</i>

El Plan de Acción elaborado, ya sea con una u otra opción, constituiría el Proyecto de Intervención Educativa. Esta parte del trabajo, y aunque suene reiterativo, se debe realizar, en la medida de lo posible, de manera colaborativa.

Particularmente para la elaboración del proyecto de intervención educativa es muy utilizado el siguiente esquema:

- Nombre o título del proyecto
- Origen o naturaleza peculiar del proyecto y problema que enfrenta.
- Justificación.
- Objetivo general.
- Metas.
- Líneas de acción, metodologías y estrategias.
- Cronograma.

Al desarrollar el Proyecto basados en este esquema se deben tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Nombre o Título.

Máximo 10 o 12 palabras indicando la estrategia central y la necesidad o problema a resolver; en caso necesario se utiliza un subtítulo.

Origen del problema que se enfrenta:

- a) Descripción del problema con elementos objetivos referenciales que indiquen el problema real y/o análisis o discursos de los participantes que indiquen el problema sentido.
- b) Formulación del problema en términos de necesidad.
- c) Justificación.

Objetivos y metas:

- a) En los objetivos se deben cuidar los verbos operativos.
- b) Los objetivos se vinculan a los elementos referenciales de tipo causal.
- c) Los objetivos proyectan las líneas o cursos de acción.
- d) Las metas se establecen en términos cuantitativos.
- e) Las metas tienen que estar en función del tiempo de duración del proyecto.
- f) Las metas deben ser capaz de evaluarse objetivamente.

Líneas o cursos de acción y estrategias:

- a) Las líneas de acción constituyen los bloques de trabajo del proyecto.
- b) Las líneas de acción se deben acompañar con un organizador gráfico que ilustre el carácter global del proyecto (secuencial, simultáneo o mixto).
- c) Presentar cada una de las estrategias con objetivos específicos y actividades.

Cronograma o calendario:

- Presentación de las estrategias y tiempos de realización mediante un gráfico de Gantt o cronograma, una red de actividades o una ruta crítica.

7.3.4 La aplicación del proyecto de intervención educativa.

Al encontrarnos frente al momento de la aplicación del proyecto de intervención educativa puede tornarse un poco diferente a lo esperado; (Barraza, 2010) afirma: “La realidad suele ser más cambiante y diferente de lo que la suponemos, en ese sentido, una solución que no se aplique queda confinada a ser recordada como un proyecto hipotético que pudo, o no, haber sido”. Sin embargo, la literatura al respecto (p. ej. Carbonell, 2001; y Elliott, 1993) nos recuerda que el camino hacia el cambio es sinuoso y altamente escurridizo. Bajo esa premisa es que se propone tomar en cuenta los siguientes elementos al aplicarse un proyecto:

La aplicación de las diferentes actividades que componen el proyecto se haría de una manera

secuencial.

Al terminar de aplicarse cada una de las actividades, se realizaría una evaluación que determinaría: a) si se logró el objetivo y por lo tanto su implementación se orienta a solucionar el problema identificado, o b) si no se logró el objetivo y es necesario regresarnos a realizar una reformulación del proyecto.

La reformulación del proyecto debe ser la primera actividad a tener en cuenta dentro de un proceso de reformulación, sin embargo, si la evidencia sobre el no logro de los objetivos ofrece información que involucre la hipótesis de acción o la construcción del problema será necesario regresarse a reformular uno o el otro.

Durante la aplicación se debe realizar un seguimiento de las actividades desarrolladas y los efectos tenidos. Para esto el interventor educativo puede utilizar técnicas de investigación cuantitativa, técnicas de investigación cualitativa y técnicas participativas.

La selección de las técnicas tiene que mediar entre la recolección de la información objetiva y la información subjetiva, esto es, tiene que mediar entre las situaciones reales obtenidas mediante técnicas observacionales, y las situaciones percibidas obtenidas mediante el interrogatorio a los participantes involucrados. En este punto cabe destacar que el hecho de utilizar una técnica para construir el problema generador de la propuesta no necesariamente nos obliga a usar la misma técnica en la fase de seguimiento.

La información recolectada, más allá del tipo de análisis que se realice al respecto, debe conducir a identificar cuatro situaciones: a) los factores o aspectos obstaculizadores de la acción, b) los factores o aspectos facilitadores de la acción, c) las consecuencias positivas de la acción y d) consecuencias negativas de la acción.

La centración en estos aspectos se debe a la aportación que al respecto de la sistematización de una experiencia profesional realizan autores como Coopers y Von de Velde (2005). A diferencia de estos autores que proponen cuatro momentos para el análisis de una experiencia profesional, para el caso que nos ocupa, que es el seguimiento de la aplicación de la Propuesta de Intervención Educativa, propongo solamente la identificación y descripción de estos aspectos.

7.3.5 Evaluación de la aplicación del Proyecto de Intervención Educativa

Para la evaluación de la aplicación del Proyecto de Intervención Educativa no se debe perder de vista los cinco elementos que integran una evaluación: búsqueda de indicios, formas de registro y análisis, criterios de evaluación, juicios de valor y toma de decisiones.

Para desarrollar la evaluación, se propone una ruta metodológica compuesta de cuatro pasos, (basados en el texto clásico de Weiss, 1997): 1) Se identifican las metas u objetivos del Proyecto de Intervención Educativa, 2) Se traducen esos objetivos a metas e indicadores mensurables que indiquen la realización del objetivo, 3) Se reúnen datos concernientes a los indicadores, y 4) Se comparan los datos con los indicadores mensurables y las metas derivadas de los objetivos.

Un apoyo a este proceso, sobre todo en la transición del paso uno al dos y del dos al tres, lo constituye la elaboración de la siguiente matriz:

<i>Objetivo</i>	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos a utilizar

Como se puede observar, en esta ruta de evaluación se está privilegiando un solo criterio de evaluación que es la eficacia, entendida ésta como la correspondencia entre los propósitos establecidos y los resultados logrados; esta ruta metodológica está en consonancia con la conceptualización de la evaluación que la considera un proceso que permite comparar, en un instante determinado, lo que se ha alcanzado mediante la acción con lo que se debería haber alcanzado de acuerdo a una programación previa. (Espinoza, 1986)

7.18 Plan de intervención dirigido a los cuidadores de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero” de la ciudad de Managua

7.18.1 Origen del problema

La residencia del adulto mayor “Sor María Romero” no cuenta con personal capacitado para el cuidado y manejo de pacientes con demencia senil.

7.18.2 Justificación

Mediante la realización de este estudio se dotará de las herramientas necesarias para el manejo de la demencia por parte de los cuidadores de la residencia, de esta manera brindaran cuidados de mayor calidad, a su vez, la investigación favorecerá a los adultos mayores porque recibirán cuidados que mejorarán su calidad de vida; también, como autores del estudio nos beneficiará aumentando los conocimientos acerca de los cuidados especializados necesarios para afrontar este síndrome, los cuales serán de importancia al momento de ejercer la profesión. Otro beneficio generado hacia el lugar de estudio será la capacitación sobre la demencia senil que recibirán los cuidadores formales e informales de la residencia.

7.18.3 Objetivo general

- Realizar un plan de intervención educativa sobre el manejo de la demencia senil que deberán recibir los cuidadores de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”

7.18.4 Objetivos específicos

1. Presentar un plan para intervención educativa sobre demencia senil y su manejo
2. Dotar de conocimientos sobre la demencia senil al personal de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”

7.18.5 Metas

Adquisición de conocimientos sobre demencia senil por parte de los cuidadores de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero” con el fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Fases de la intervención

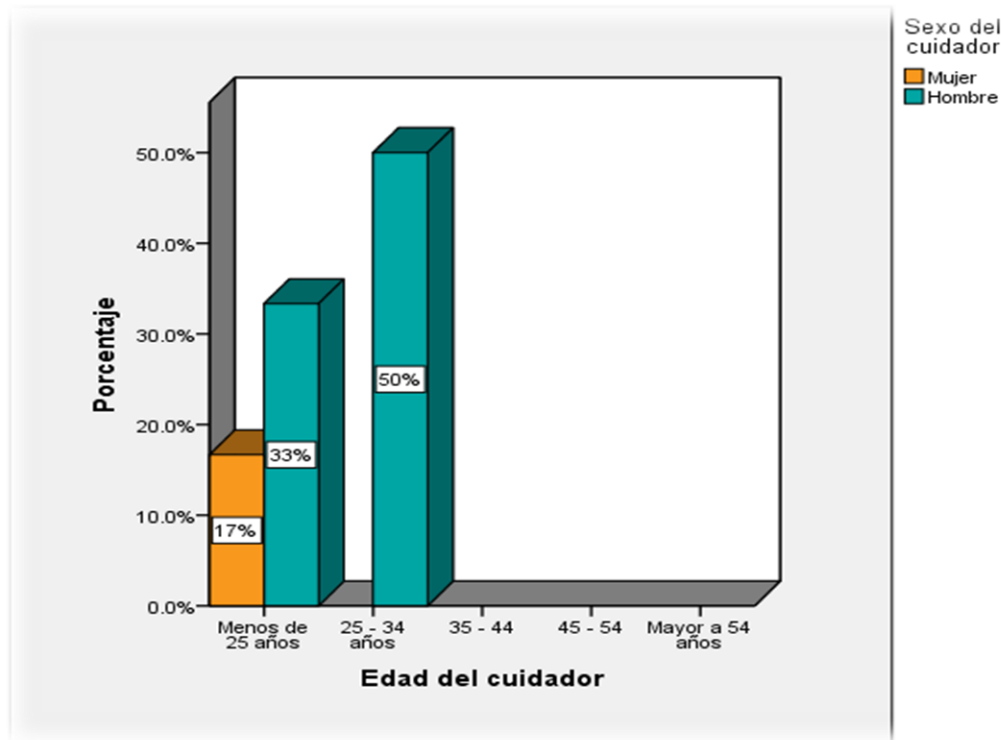
Fases de la intervención según Barraza (2010)

La fase de planeación
<p>Inicialmente se visitó la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, durante esta se pudo conocer de la problemática que se vive en este lugar, mediante conversaciones con las autoridades y cuidadores de esta residencia se logró encontrar que los cuidadores formales e informales no tienen el nivel de conocimiento adecuado para brindar cuidados sobre demencia senil, haciendo incapié en que muchos de los ancianos este lugar padecen o presentan indicios de este síndrome; por lo que se decidió realizar este estudio sobre dicha problemática.</p>
La fase de implementación
<p>Para esta fase se ejecutará la propuesta de interacción educativa, la cual consistirá en aplicar una encuesta que funcionará como pre test, para poder realizar la interacción educativa que valora la efectividad que tuvo la intervención y la manera en que insidió en los conocimientos de los cuidadores.</p>
La fase de evaluación
<p>Siguiendo las actividades realizadas en la anterior fase, se procede a la evaluación general de los test aplicados para analizar los resultados que se obtuvo de la intervención educativa y sí esta fue satisfactoria al momento de aumentar los conocimientos de los cuidadores, estos resultados serán analizados mediante bases de datos (Ver sección plan de tabulación/análisis).</p>
La fase de socialización – difusión
<p>Se brindará un banner educativo a la residencia del adulto mayor “Sor María Romero” sobre los cuidados de enfermería hacia el paciente con demencia senil, con el objetivo de que sea una fuente pedagógica o un medio auxiliar para el/la enfermero/a que le ayude a brindar cuidados de calidad y por ende mejorar la calidad de vida de estos pacientes, mediante la descripción de la forma adecuada de la realización de dichos cuidados.</p>

8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

8.1. Características sociodemográficas

Figura 3 Sexo según edad de cuidadores. Fuente: Tabla número 4



Según resultados obtenidos de la encuesta realizada a los 6 cuidadores en estudio, se muestra el sexo de los cuidadores con relación a su edad, siendo el sexo masculino el de mayor predominio con un 83% en total, es decir; el equivalente a 5 cuidadores de la residencia del adulto mayor ‘‘Sor María Romero’’, siendo el rango de edad de entre 25-34 años el de mayor representatividad; en cambio, el sexo femenino representa tan solo un 17%, el equivalente a 1 cuidador del total de los cuidadores en las edades comprendidas menores a 25 años de edad.

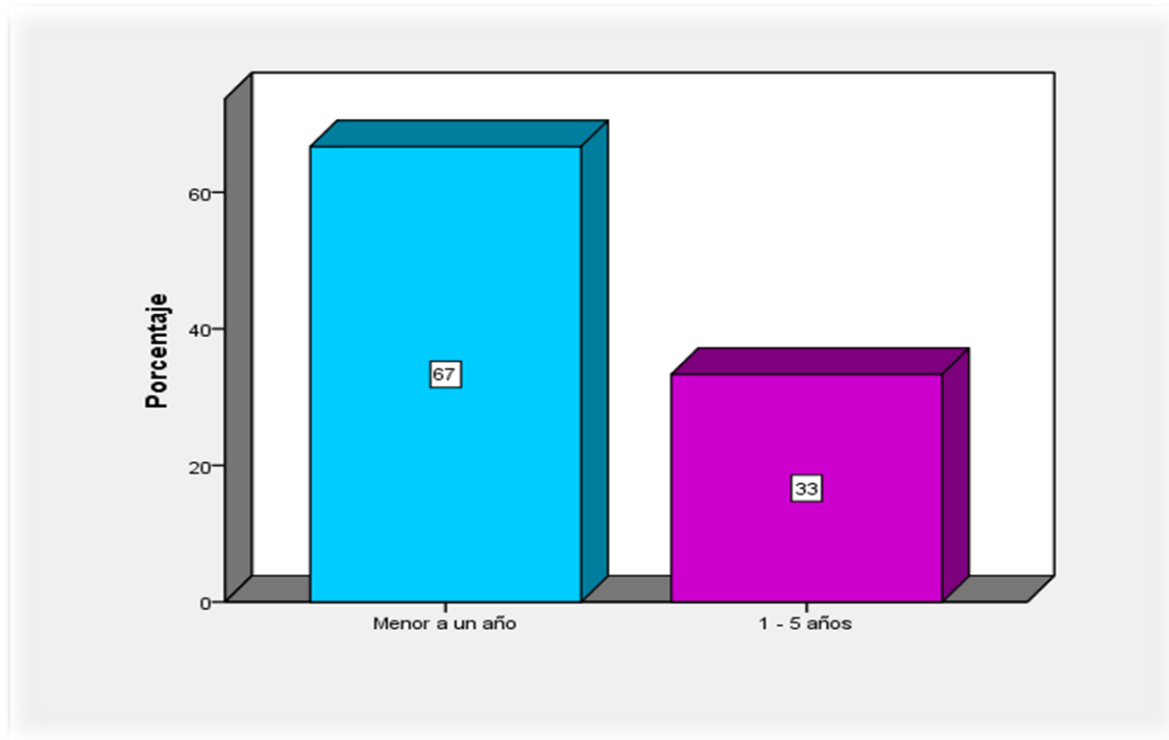
Por consiguiente, se puede observar que los cuidadores que laboran en la residencia del adulto mayor ‘‘Sor María Romero’’ se encuentran en un perfil de adulto joven, lo cual se transforma en un indicador de relevancia ya que permite un mejor aprendizaje y resistencia física para ejercer el rol de cuidador.

Según Hernández (2014) existen características sociales que influyen en el desempeño laboral de los cuidadores, en las que se incluyen la edad y el sexo. Contrario a los resultados

encontrados en numerosos estudios en relación con el predominio de que los cuidadores corresponden al sexo femenino; debido a que posee cualidades afectivas que la denotan, influyendo de esta manera; en el empleo, las condiciones de trabajo, y las trayectorias profesionales de los trabajadores del sector sanitario ya que tiende a relacionarse con el instinto maternal, podemos observar a pesar de los estereotipos de que el hombre tiene que hacer “grandes esfuerzos” para ser cuidador, que este es el que predomina, debido a su fuerza física para movilizar a un paciente o realizar otra actividad que requiera de mayor esfuerzo, la cual contrarresta esta situación.

Vargas (2004), afirma que la edad y el sexo influyen en la ejecución de las técnicas, al personal joven, de sexo masculino se le facilita moverse, es ágil y fuerte.

Figura 4 Experiencia laboral del cuidador. Fuente: Tabla número 5

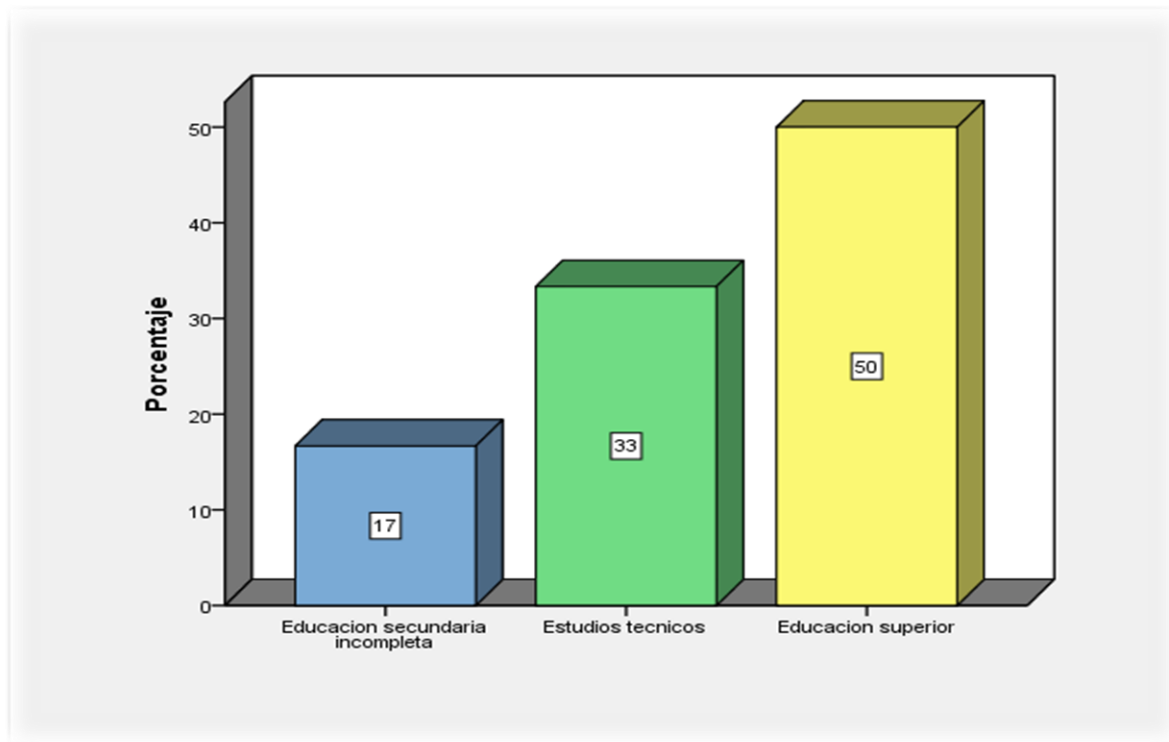


Desde el punto de vista de experiencia laboral, se observa un predominio de 67% en total, correspondiente a una experiencia laboral menor a 1 año en los cuidadores principales de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, seguido de un 33% perteneciente a una experiencia laboral de entre el rango de 1-5 años por parte de los cuidadores.

Se puede analizar de esta manera, que la mayoría de los cuidadores cuentan con una experiencia laboral menor a 1 año, lo cual podría suponer una dificultad en el cuidado de pacientes con demencia senil al no tener los suficientes conocimientos, habilidades, destrezas y comprensión en el abordaje o manejo de estos pacientes.

La experiencia laboral es el conjunto de aptitudes y conocimientos adquiridos por una persona o un grupo en un determinado puesto laboral, o durante un periodo de tiempo en específico, es decir, la experiencia laboral no solo se refiere al trabajo propiamente ejercido, sino a lo aprendido a partir de él. Según Westrecher (2021), esta es importante porque existen conocimientos, habilidades y destrezas sobre los problemas más comunes que presentan los pacientes que no se adquieren en el mundo académico, sino que deben aprenderse al ejercer la profesión, por lo tanto, se considera un elemento muy importante en lo que se refiere a la preparación profesional y en un mejor desempeño laboral en general.

Figura 5 Escolaridad del cuidador. Fuente: Tabla número 6



Resultados obtenidos en relación al nivel de escolaridad de los principales cuidadores de adultos mayores con demencia senil de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”. La categoría con mayor proporción de cuidadores según nivel de escolaridad corresponde a educación superior con un 50%, seguida de un 33% a la categoría de estudios técnicos; en cambio, la categoría de educación secundaria incompleta representa tan solo un 17% del total del nivel de escolaridad de los cuidadores.

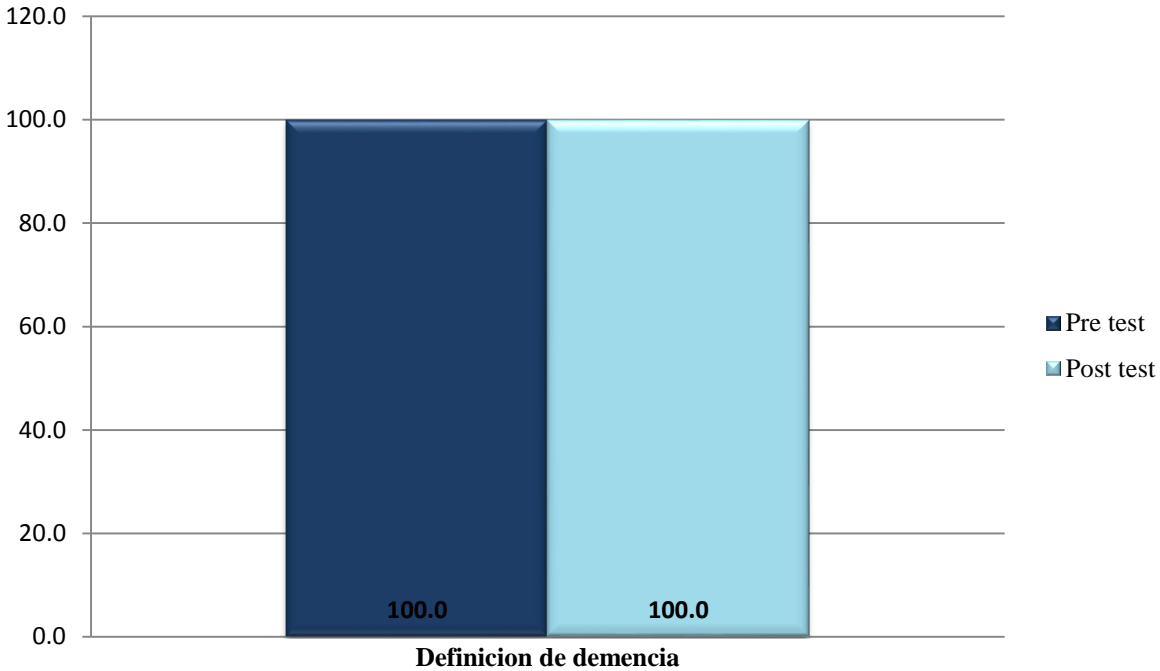
Retomando lo anterior, se puede decir que la mayoría de los cuidadores en estudio cuentan con un nivel de educación superior (Lic. en enfermería, auxiliares en enfermería), factor que facilita e influye en el avance y progreso de los pacientes, así como el tener un mayor desarrollo y desempeño laboral, ya que les permite realizar los cuidados con mayor habilidad y destrezas y de igual manera, les permite una mejor comprensión en el abordaje de distintos contenidos o temáticas teóricas relacionadas a la atención de pacientes con demencia senil. Esto es un factor que toma relevancia al realizar comparación a otras residencias o “asilos” de adultos mayores en los cuales el personal encargado de brindar cuidados son personas con poca o ninguna preparación académica

para realizar las acciones necesarias en el cuidado de los adultos mayores que habitan en las residencias.

Las personas adultas mayores, sobre todo aquellas en estado de semi-dependencia o dependencia total como lo son las personas con demencia senil, necesitan de cuidados especializados que no todas las personas pueden o saben brindarles. Los cuidadores de adultos mayores deben tener nociones básicas de las problemáticas a nivel psicológico, social y de salud que les permita llevar un seguimiento constante de la enfermedad. Por tal razón, cabe mencionar que para que se puedan brindar cuidados de calidad en pacientes con demencia senil es importante y necesario que el cuidador cuente con un nivel de escolaridad superior que le permita adquirir conocimientos, habilidades y destrezas, mismos que están ligados a la formación continua, la cual permite manejar diversa información respecto a procedimientos o evolución de la demencia senil, logrando de esta manera que el cuidador tenga más capacidades para el desarrollo de actividades relacionadas a su entorno laboral, según Paz Soto (2018)

8.2. Conocimientos sobre los cuidados de enfermería en pacientes con demencia senil

Figura 6 Conocimiento sobre definición de demencia pre y post intervención. Fuente: Tabla número 7



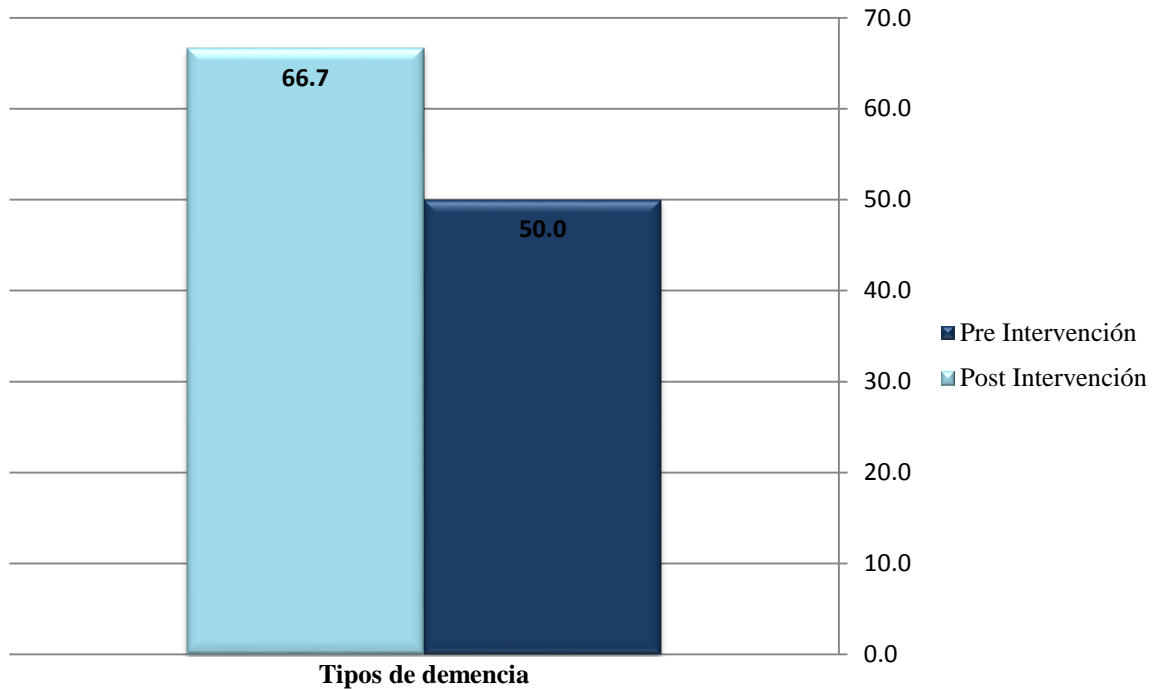
Se pueden apreciar de manera general los resultados obtenidos a través de un cuestionario de preguntas cerradas sobre conocimientos de demencia, obteniendo así, que tanto como en la pre-intervención y post intervención en la pregunta relacionada a la definición de demencia, el total de los cuidadores; equivalente al 100% respondieron de manera correcta, obteniendo de esta manera, datos que constatan que los cuidadores si poseen conocimientos básicos sobre dicho tema.

Teniendo en cuenta lo anterior, el nivel de conocimiento sobre la definición de demencia por parte de los cuidadores, se ha de considerar excelente desde la pre intervención, lo cual permite afirmar que en conjunto con el reforzamiento brindado en la intervención educativa permitirá que los cuidadores tengan un mayor desempeño en el cuidado de pacientes con demencia senil.

Según la Asociación del Alzheimer (2021), demencia es un término general que alude a un deterioro grave de la capacidad mental que afecta en la vida diaria de la persona que lo padece. Es importante para los cuidadores de adultos mayores, el tener una definición clara y precisa de la demencia, porque esto permite identificar claramente la enfermedad, con lo que están tratando y, además, llevar a cabo varios razonamientos de un modo más preciso. Así, por ejemplo, si se va a

hablar sobre la demencia, es necesario tener una definición clara para evitar confusiones posteriores que impidan identificar a tiempo cuando una persona lo padece, obstaculizando de esta manera, el poder brindarle un seguimiento y tratamiento oportuno para evitar que la enfermedad no progrese y empeore.

Figura 7 Conocimiento sobre tipos de demencia Pre y Post intervención. Fuente: Tabla número 8



Según resultados, en la pregunta sobre los tipos de demencia, se constata que pre intervención educativa el 50% de los cuidadores (el equivalente a tres), tenía conocimiento alguno sobre los tipos de demencia. Después de la intervención educativa, hubo una modificación significativa sobre dichos conocimientos en los cuidadores de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, pasando de un 50% a un 66.7%, lo que alude a que un 16.7% más del total de los cuidadores obtuvo una base teórica - clínica sobre los tipos de demencia, pudiendo actuar, por consiguiente, según la necesidad del paciente en base a su condición.

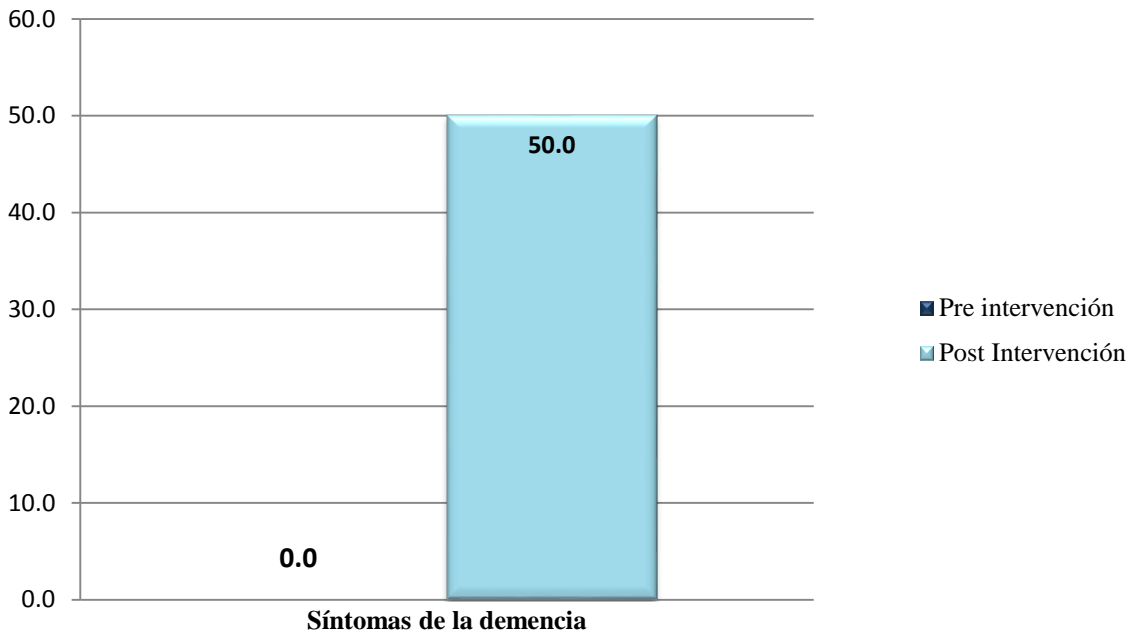
En base a lo anterior, el nivel de conocimientos de los participantes se considera bueno después de la intervención educativa,

Las demencias se clasifican, según la causa que las origina, en demencias primarias y secundarias. Las demencias primarias son las que se originan a partir de enfermedades degenerativas que afectan al sistema nervioso como el Alzheimer, la enfermedad por cuerpos de Lewy, la demencia fronto-temporal y la demencia asociada al Parkinson, siendo estas las más frecuentes. (Junta de Castilla y León, 2018). Por el contrario, las demencias secundarias son

aquellas producidas por una enfermedad conocida, de tipo vascular, inflamatoria, infecciosa, traumática o endocrino-metabólica, y suelen ser menos frecuentes.

Algunas demencias son consideradas potencialmente reversibles porque son consecuencia de trastornos que se pueden curar, total o parcialmente. Por eso es importante que los cuidadores tengan nociones sobre los tipos de demencia y no asuman o diagnostiquen de manera errónea por no tener los conocimientos adecuados. Existen distintos tipos de demencia y en algunos de ellos se puede actuar sobre las causas.

Figura 8 Conocimiento sobre síntomas de demencia pre y post intervención. Fuente: Tabla número 9

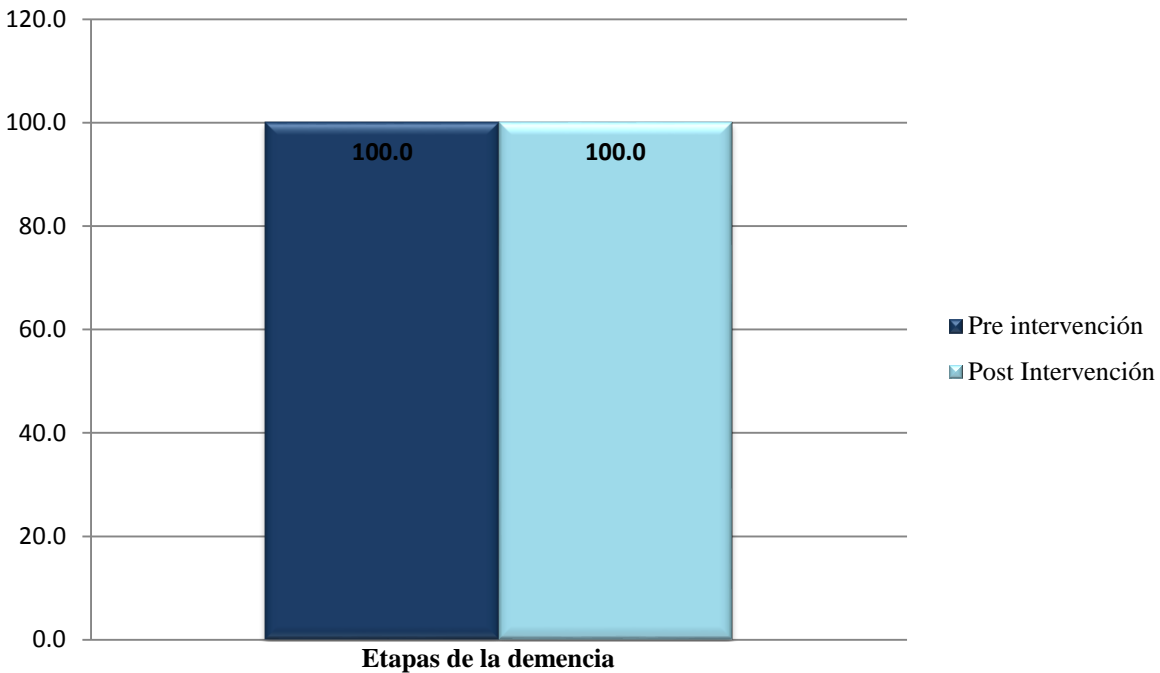


De acuerdo a la pregunta sobre síntomas de la demencia, en la pre intervención educativa, se obtuvo que el total de cuidadores no poseía conocimiento alguno sobre los síntomas característicos de la demencia. Post intervención se observa un cambio relevante, pasando de nulos conocimientos a conocimientos en un 50% del total de los cuidadores.

Tomando en consideración lo antes descrito y como se aprecia, existe también una marcada diferencia entre los conocimientos alcanzados antes y después de la intervención educativa al aumentar la calidad de las respuestas en el post test.

“La demencia afecta a cada persona de manera diferente, dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad del sujeto antes de empezar a padecerla.” (OMS, 2020) Es importante que los cuidadores logren reconocer estos síntomas para poder identificar en la etapa que se encuentran los pacientes y actuar oportunamente.

Figura 9 Conocimiento sobre etapas de la demencia pre y post intervención. Fuente: Tabla número 10

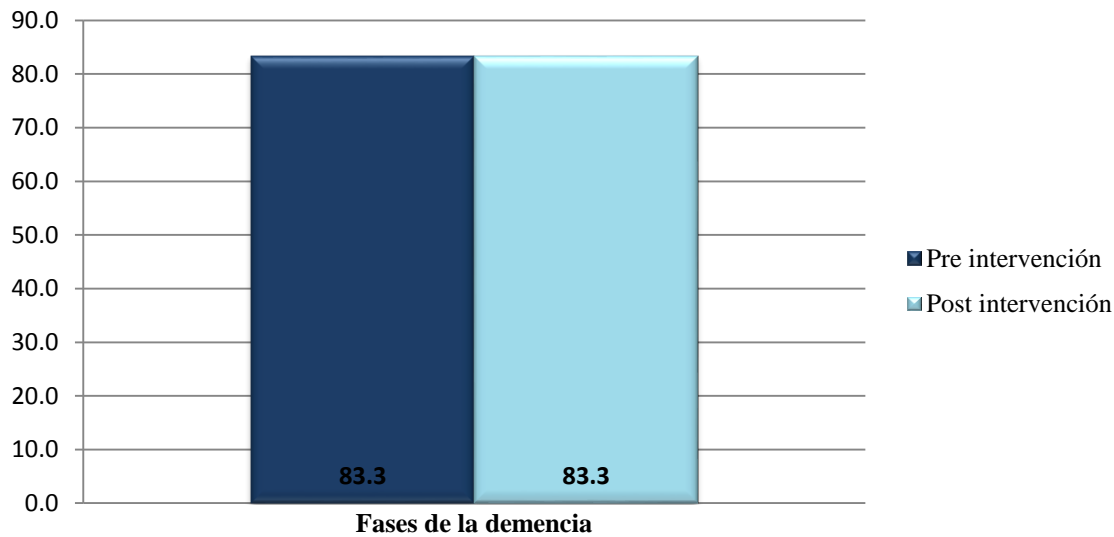


Con respecto a la pregunta sobre las etapas de la demencia, según resultados, se puede analizar que el total de los cuidadores; el equivalente al 100% tenía conocimiento alguno sobre las etapas de la demencia, obteniendo de esta manera, datos que constatan que los cuidadores si poseen conocimientos básicos en el tema.

Retomando lo anterior planteado, el nivel de conocimientos sobre las etapas de la demencia por parte de los cuidadores, ha de considerarse excelente desde la pre intervención educativa, lo cual permite afirmar que la intervención educativa permitirá que los cuidadores tengan un mayor desempeño en el cuidado integral y holístico a los pacientes con demencia senil.

Según el Dr. Reisgber (2021) las etapas de la demencia describen la evolución de la persona con respecto a este síndrome, comprender su evolución es clave para tomar decisiones clínicas con respecto al cuidado de la memoria. Conocer los signos de la demencia leve, moderada y avanzada puede ayudar al cuidador a saber a qué se enfrenta y reevaluar las necesidades o cuidados de los pacientes cuando se necesaria o cuando una etapa fluctuó a otra. De ahí la importancia de que los cuidadores sepan identificar las etapas de este síndrome, para poder realizar intervenciones tempranas que permitan mantener la autonomía y la independencia de los pacientes al máximo tiempo posible.

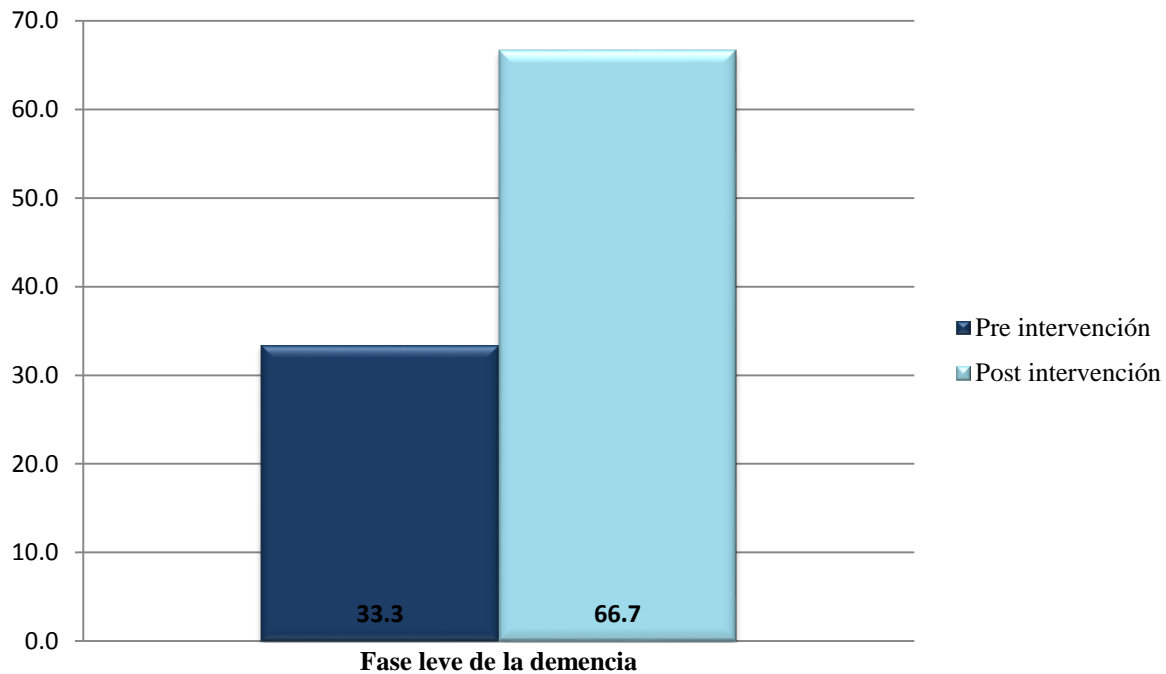
Figura 10 Conocimiento sobre fases de la demencia pre y post intervención. Fuente: Tabla número 11



De acuerdo al análisis realizado tanto en la pre intervención como en la post intervención educativa sobre las fases de la demencia, se obtuvieron resultados igualitarios, los cuales están representando por un 83.3%, no habiendo un cambio significativo o no alcanzándose de esta manera los resultados deseados, que sería dotar de conocimientos sobre demencia senil a los cuidadores tanto formales como informales de la residencia del adulto mayor ‘‘Sor María Romero’’. Sin embargo, hay que destacar que una gran mayoría de la población en estudio tenía conocimientos pre intervención educativa, lo cual es un indicador de brindar cuidados de calidad, al tener dominio del tema; además existen marcadas diferencias positivas en general sobre los conocimientos en otras áreas de dicho tema.

La demencia es una enfermedad mental que se va manifestando de manera progresiva; el nivel de progresión de los síntomas dependerá de la persona y del tipo de demencia que sufra. (Sanitas, 2021). Dado que la demencia afecta a las personas de diferentes formas, cada persona experimentará síntomas o atravesará las etapas de una forma distinta, pero siempre siguiendo un patrón clínico en base a su tipo de demencia; que, teniendo los conocimientos necesarios en el tema, se podrá identificar fácilmente cada una de las etapas o fases, por ello es importante que los cuidadores tengan una idea en general de cómo fluctúan las habilidades o como estas se superponen en una determinada etapa de la demencia con el objetivo de que sirva como guía en el cuidado del paciente.

Figura 11 Conocimiento sobre la fase leve de la demencia pre y post intervención. Fuente: Tabla número 12



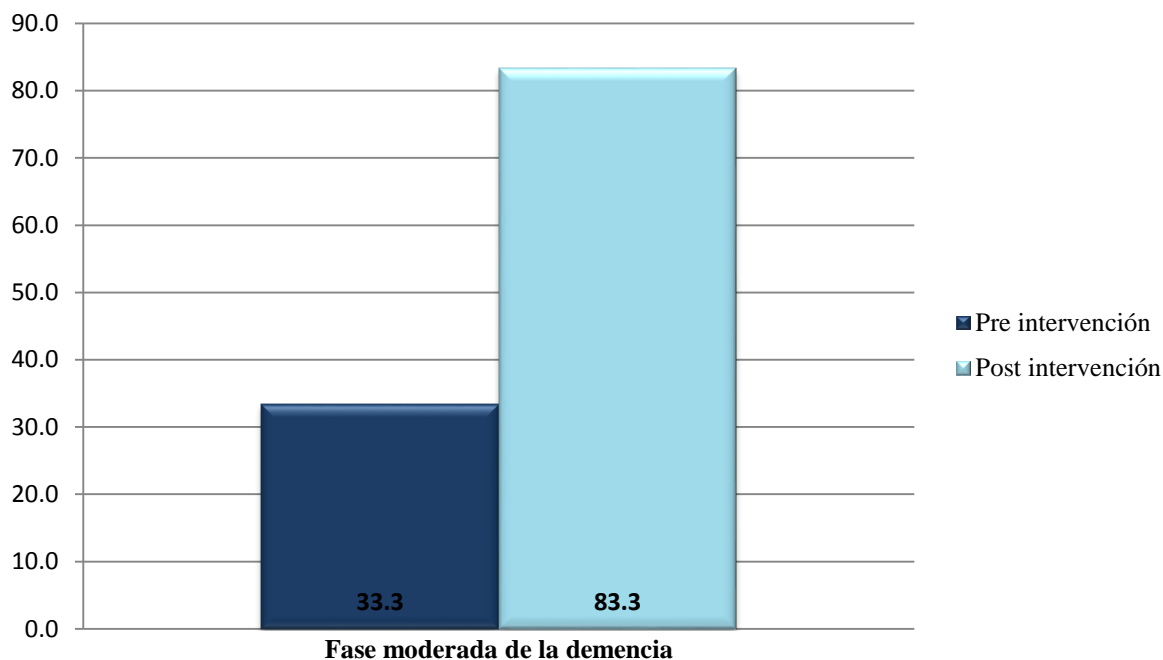
En relación a la pregunta sobre la fase leve de la demencia, desde el punto de vista de los conocimientos pre intervención educativa, se observó un deficiente conocimiento por parte de la mayoría de los cuidadores con respecto a la fase leve, lo cual se puede ver reflejado en que solo un 33.3% de la población en estudio contestó de manera correcta. Post intervención, los resultados alcanzados evidenciaron un cambio módico, pasando de un 33.3%, un porcentaje considerablemente bajo a que un 66.7% de los cuidadores tuviera conocimientos sobre la fase leve de la demencia.

Se puede decir; por lo tanto, que los conocimientos aumentaron de manera satisfactoria en los cuidadores en estudio, post intervención educativa, por lo cual ahora pueden brindar cuidados específicos y de calidad según la etapa o estadio en que se encuentra el paciente con demencia senil.

Según Allegra (2020), la fase o etapa leve, es el inicio de la demencia senil como tal. En esta etapa ya existen problemas graves, tanto de memoria como de funcionalidad, que provocan cambios significativos en la manera de ser del adulto mayor. Si bien es posible que, al inicio de ésta etapa, la persona reconozca que algo le pasa, con el tiempo y como un mecanismo de defensa,

empiezan a negar. El aumento de la incidencia de la demencia ha promovido un incremento en la búsqueda de un tratamiento que la revierta; sin embargo, hasta la actualidad, los resultados han sido limitados, por lo que cada vez está más aceptado que el objetivo más alcanzable a medio plazo es desarrollar y maximizar todas las oportunidades posibles destinadas a retrasar el progreso de dicho síndrome y a la prevención, por lo mismo, las personas que ejercen el rol de cuidador con personas adultas mayores con demencia senil, deben de tener conocimientos sobre la clínica de cada etapa o fase de la demencia, especialmente sobre la fase leve, para mitigar el avance progresivo de esta mediante cuidados propios de la fase, y por consiguiente mejor la calidad de vida del paciente.

Figura 12 Conocimiento sobre la fase moderada de la demencia pre y post intervención. Fuente: Tabla número 13



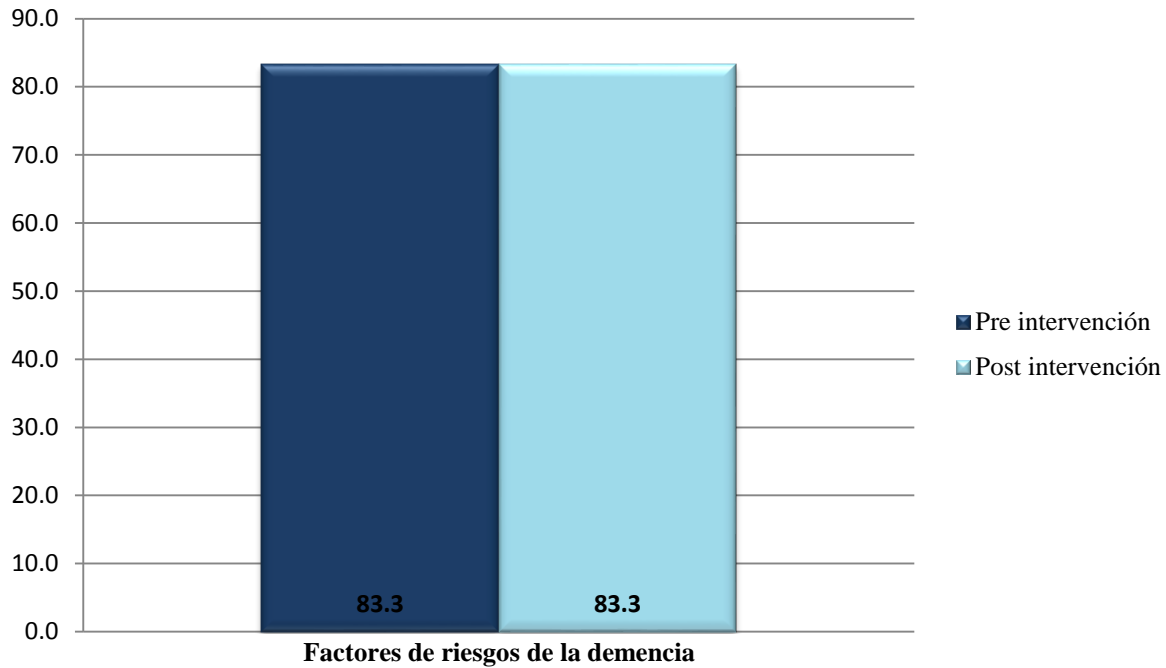
En la pregunta sobre la fase moderada de la demencia, en la pre intervención, los resultados alcanzados evidenciaron que solo el 33.% de los cuidadores; es decir, un ligero porcentaje del total de la población en estudio tenía conocimiento alguno sobre la fase moderada de la demencia, post intervención, el 83.3% de los cuidadores mostró tener conocimientos en el tema.

Según los resultados obtenidos en post intervención, se puede decir que se logró el objetivo de la intervención educativa de incrementar el nivel de conocimiento sobre la fase intermedia de la demencia en los cuidadores de adultos mayores con demencia senil de la residencia del adulto mayor ‘‘Sor María Romero’’, pasando de un 33.3% (una población de estudio mínima) a que un 83.3% de la población en general, sepa establecer una clasificación adecuada de la demencia en función de la fase de desarrollo en que esta se encuentra.

Según Allegra (2020), a la fase moderada también se le conoce como fase intermedia. Es una fase donde el adulto mayor empieza a necesitar la ayuda constante de terceras personas, sobretodo relacionado a las actividades de la vida diaria, tales como como el aseo y cuidado personal, llamar por teléfono, usar el dinero, etc. La demencia es una enfermedad que evoluciona continuamente con mayor o menor rapidez, presentándose nuevos síntomas que se manifiestan con

más o menos severidad. Del grado de progresión dependerá la elección del tratamiento, tanto farmacológico como de terapia ocupacional o rehabilitación, con el que se tratará de controlar o enlentecer el desarrollo de la enfermedad. De ahí la importancia de que el personal de enfermería o las personas que ejercen el rol de cuidador con pacientes que padecen demencia senil, sepan establecer una clasificación de las demencias en función de la fase de desarrollo en que se encuentran, atendiendo las diferentes manifestaciones clínicas.

Figura 13 Conocimiento sobre factores de riesgo de la demencia pre y post intervención. Fuente: Tabla número 14



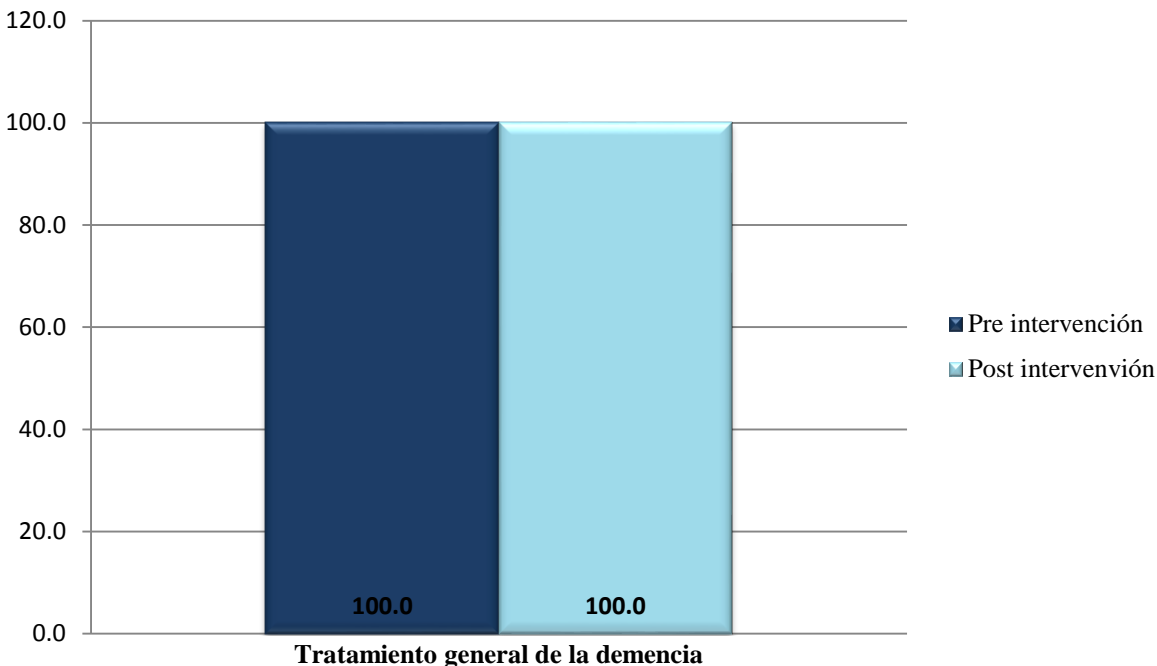
De acuerdo a los resultados obtenidos en la pregunta sobre los factores de riesgo de la demencia, se encontró una distribución igualitaria tanto como en la pre-intervención y post intervención educativa lo que constata que gran parte de los cuidadores si poseen conocimientos básicos sobre dicho tema desde antes de la intervención educativa.

Tomando en cuenta lo anterior planteado se puede observar de esta manera, que no hubo cambios significativos en cuanto a lograr que un mayor porcentaje de la población en estudio obtuviera conocimientos; sin embargo, se logró reforzar los conocimientos sobre los factores de riesgo en un 83.3% de los cuidadores, además, cabe mencionar que existen marcadas diferencias positivas en general sobre los conocimientos en otras áreas de dicho tema.

Un factor de riesgo es algo que puede aumentar la probabilidad de desarrollar una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Algunos factores de riesgo se pueden controlar mientras que otros no. Por ejemplo, una persona no puede controlar su edad y este es uno de los mayores factores de riesgos conocido para la enfermedad de Alzheimer y las demencias relacionadas. (Alzheimers.gov, párr. 2) El objetivo principal del cuidado de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad,

es ahí que radica la importancia de la promoción de la salud por parte de enfermería, la cual hace referencia a la ayuda que se ofrece a una población determinada mediante estrategias para controlar su salud y ayudar a prevenir enfermedades como la demencia.

Figura 14 Conocimiento sobre tratamiento general de la demencia pre y post intervención. Fuente: Tabla número 15



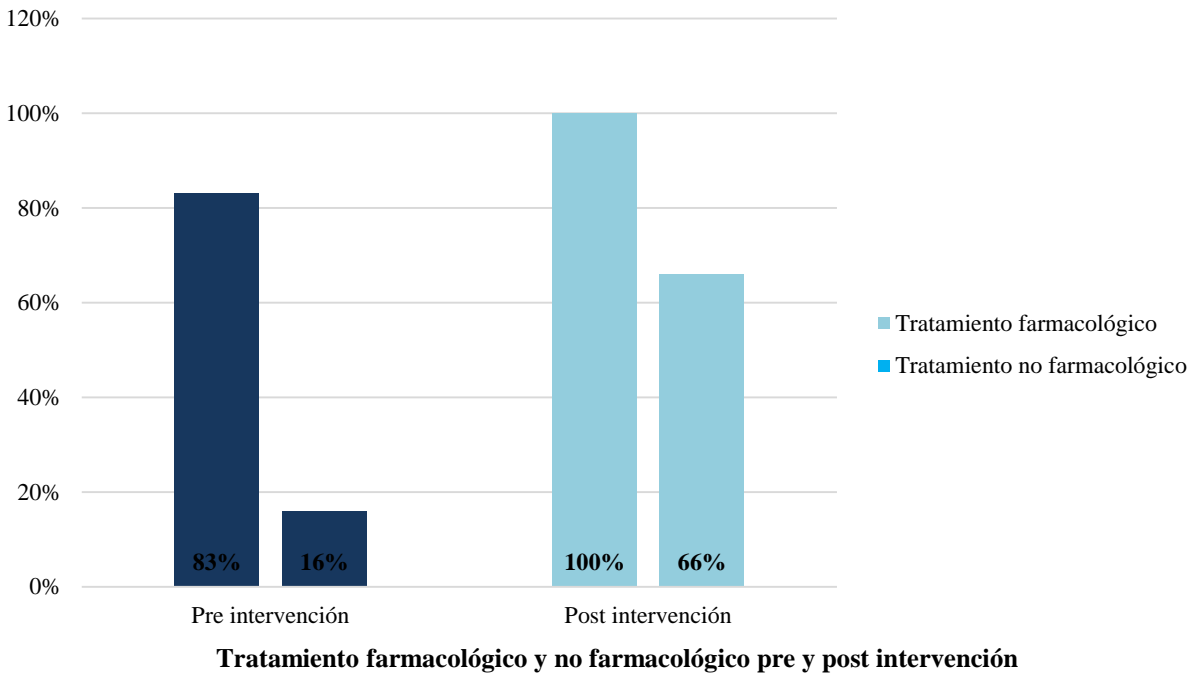
En cuanto a la pregunta sobre el tratamiento general de la demencia, se evidencia que tanto en la pre intervención como en la post intervención educativa, el total de los cuidadores; es decir, el equivalente al 100% respondieron de manera correcta, obteniendo de esta manera, datos que confirman que los cuidadores tenían conocimientos sobre el tratamiento de la demencia senil desde antes de la intervención, por lo cual en teoría solamente se brindó un reforzamiento teórico sobre dicho tema.

Retomando el análisis anterior, los resultados tanto pre intervención como post intervención, se consideran excelentes. El total de los cuidadores demostró tener conocimientos y dominio con respecto al tratamiento general de la demencia antes del proceso de enseñanza. Los cuidadores deben continuar con el aprendizaje continuo y actualizándose sobre demencia senil, ya que es un tema fluctuante y en constante evolución.

Según la Junta de Castilla y León (2018), el tratamiento de la demencia consiste en actuar sobre la causa que la origina. El tratamiento depende del estadio en que se encuentre la enfermedad. Tanto el tratamiento farmacológico como el no farmacológico, tiene como objetivo disminuir los síntomas y, en algunos pacientes, retrasar el deterioro neurocognitivo. Es de suma importancia que los cuidadores (profesionales en enfermería) de la residencia del adulto mayor ‘‘Sor María

Romero'' tengan conocimientos en cuanto a los tipos de tratamientos que existen para tratar la demencia, ya que permite al cuidador, participar activamente en el proceso terapéutico. La validez se fundamenta con características específicas por efectuar; debe conocer, saber y hacer, cumpliendo parámetros legales.

Figura 15 Conocimiento sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico pre y post intervención.
Fuente: Tabla número 16

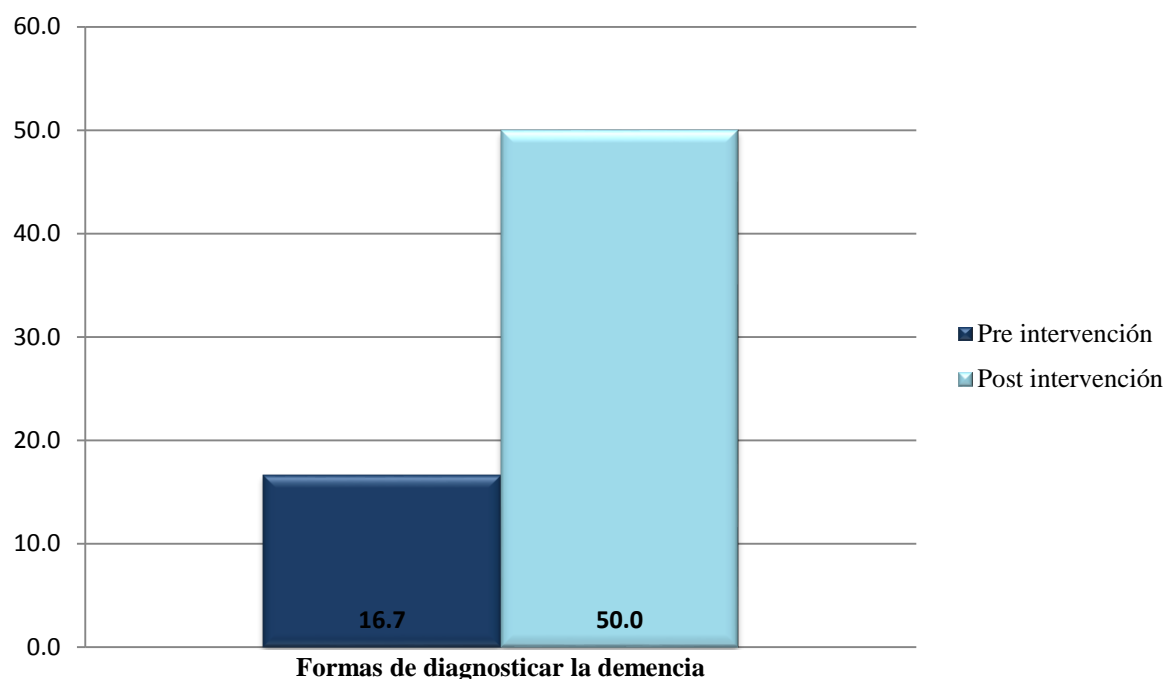


Según resultados obtenidos en la pregunta sobre el tratamiento farmacológico de la demencia, se obtuvo que la mayoría de la población total en estudio, la cual está representado por el 83.3%, tenía conocimientos pre intervención educativa, post intervención educativa se evidenció un cambio ligero, pasando de un 83.3% a que el 100% de los cuidadores en estudio tuvieran conocimientos en cuanto al manejo del tratamiento farmacológico de la demencia, considerándose de esta manera, como excelente, mientras que en la pregunta sobre tratamiento no farmacológico solamente un 16.7% de los cuidadores tenía conocimiento sobre ello, la intervención educativa, hubo una modificación significativa, pasando de un 16.7% a que un 66.7% de los cuidadores obtuvieran conocimientos sobre los diferentes tipos de terapias no farmacológicas.

La Junta de Castilla y León (2018) afirma que no existe ningún tratamiento que ayude a frenar o que modifique la evolución de la enfermedad. Hay medicamentos que ayudan a disminuir de forma temporal los síntomas. El enfermero prepara, administra, detecta efectos secundarios, educa a la población sobre el consumo racional de los fármacos e informa a los pacientes sobre los principales aspectos del medicamento que se deben conocer, teniendo una responsabilidad ética y legal, por lo que los conocimientos de la farmacología en esta profesión son fundamental.

El tratamiento no farmacológico en la demencia, es un conjunto de actividades que se realizan en grupo, en un ambiente de ocio, o de forma individual, mediante técnicas complementarias que ponen a trabajar las funciones cerebrales perdidas a la vez que intentan fortalecer y conservar las que aún se mantienen. Las técnicas se basan en ejercicios de memoria, de habilidad motora, de reconocimiento de actividades habituales, ejercicios del lenguaje, lectura, escritura, entre otros. Todo eso con el fin de ayudar a controlar los síntomas. Constituyen una parte fundamental del tratamiento de todos los pacientes con demencia. (Junta de Castilla y León, 2018), de aquí su importancia de que los cuidadores tengan conocimientos sobre dicho tema, para mitigar sus síntomas y procurar un mejor bienestar y calidad de vida, tanto para el paciente, como para los propios cuidadores.

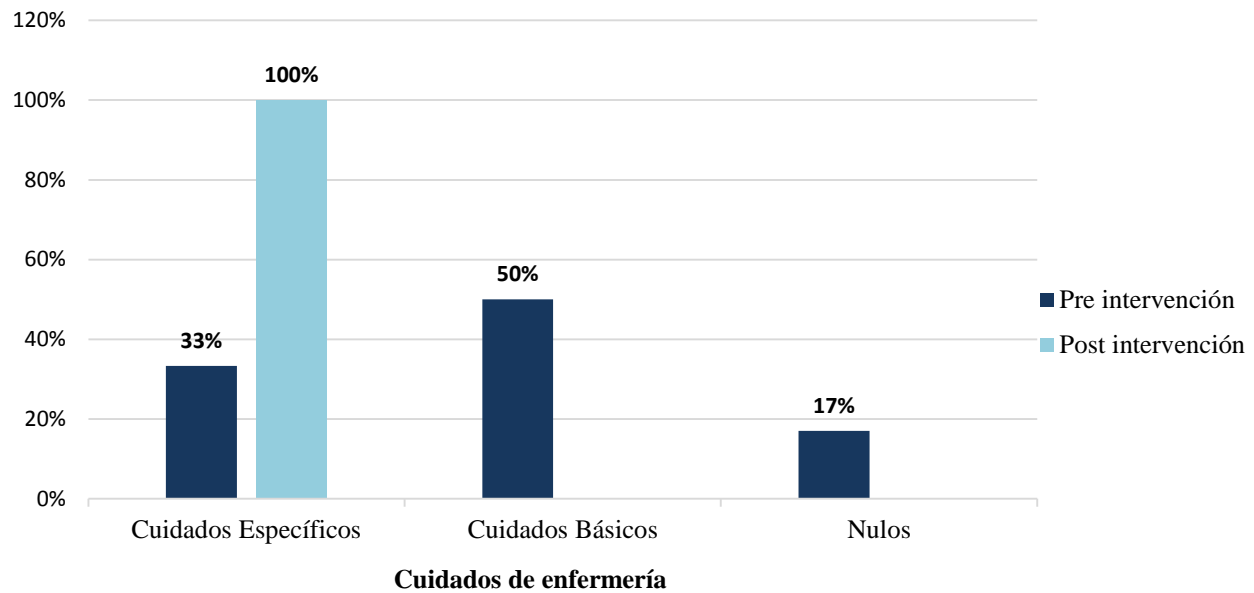
Figura 16 Conocimiento sobre formas de diagnosticar la demencia pre y post intervención. Fuente: Tabla número 17



Referente a la pregunta sobre las formas de diagnosticar la demencia, desde la posición de los conocimientos pre intervención educativa, se observó un deficiente conocimiento por parte de la mayoría de los cuidadores con respecto a las diferentes formas de diagnóstico, lo cual se puede ver reflejado en que solo un 16.7% de los cuidadores en estudio posee conocimientos. Post intervención, los resultados alcanzados evidenciaron un cambio considerable, pasando de un 16.7%, un porcentaje considerablemente bajo a que un 50% de los cuidadores obtuviera una base teórica en el tema.

Diagnosticar la demencia y su tipo puede ser difícil. Para diagnosticar la causa que llevó a la demencia, el médico debe reconocer el patrón de pérdida de habilidades y funciones, y reconocer qué es lo que una persona todavía es capaz de hacer. (Mayo Clinic, 2021) No obstante, existen escalas e instrumentos de valoración; como test estandarizados, aplicables tanto por médicos como por personal de enfermería, que son imprescindibles en el proceso de valoración y seguimiento de una persona con un deterioro cognitivo, y que no solo ayudan al diagnóstico, sino también en el seguimiento de la evolución de los pacientes, por lo cual, debido a su importancia y relevancia en la demencia senil, se debe tener conocimientos de ellos.

Figura 17 Conocimiento sobre cuidados de enfermería a pacientes con demencia pre y post intervención.
Fuente: Tabla número 18

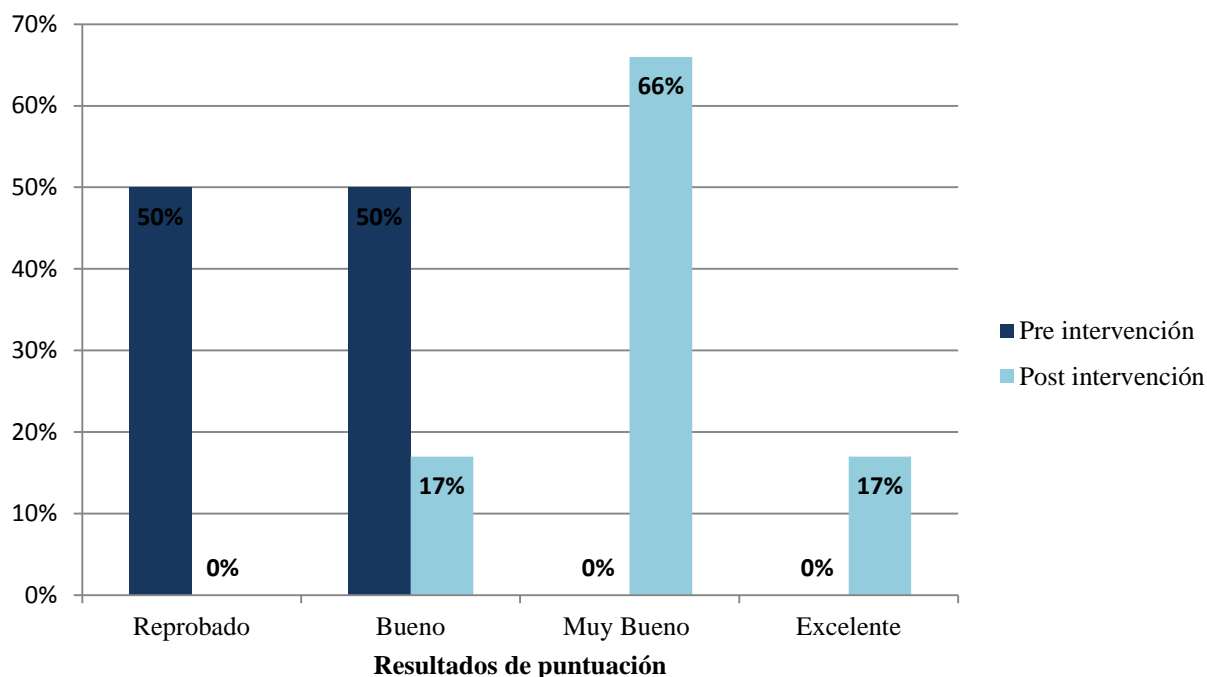


Con relación a los resultados obtenidos en la pregunta sobre los cuidados de enfermería en pacientes con demencia senil, en la pre intervención, los resultados alcanzados evidenciaron que el 50% de los cuidadores poseían conocimientos de cuidados básicos de enfermería tales como toma de signos vitales, brindar medicación vía oral, aseo del paciente; solo el 33.3% de la población total en estudio tenía conocimientos específicos alguno sobre los cuidados de enfermería en pacientes con demencia senil, lo cual suponía una gran problemática puesto que estos pacientes requieren de cuidados especiales para mejorar su calidad de vida. Post intervención, el 100% de los cuidadores demostró tener conocimientos sobre los cuidados específicos a pacientes geriátricos con demencia senil, entre ellos los cuidados orientados a estimular cognitivamente al paciente, como crfucigramas, sopas de letras, terapia ocupacional, modificar el entorno del paciente, movilización para evitar úlceras por presión, entre otros, considerándose como excelente, gracias a la intervención educativa brindada y a la fuente pedagógica o medio auxiliar facilitado a los cuidadores sobre los principales cuidados de enfermería en pacientes con demencia senil, con el objetivo de conocerlos y ponerlos en práctica en su día a día para poder brindar cuidados de calidad y por ende mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen este síndrome. Dicho medio auxiliar se ubicó en la estación de enfermería, con el fin de que el personal encargado del cuidado de

estos pacientes retroalimenten los conocimientos generados durante el desarrollo de la presente intervención educativa.

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, estos son imprescindibles para la vida de muchas personas, en especial, aquellas personas mayores que sufren deterioro cognitivo o algún tipo de demencia, ya que ellos requieren cuidados específicos que hay que incrementar a medida que el trastorno avanza y de los cuales hay que tener conocimientos, habilidades y destrezas para poder brindarlos y que sean de calidad. Los cuidadores profesionales deben conocer bien las dificultades que requieren los cuidados de los pacientes con demencia para que puedan ayudar y enseñar a que las familias aprendan a cuidar y conozcan los aspectos más importantes en el mantenimiento de la salud. (Alzheimer universal, 2014)

Figura 18 Resultado de puntuación pre y post intervención. Fuente tabla número 19



Los resultados de las notas obtenidas al aplicar el cuestionario donde los resultados pre-intervención en promedio fue de 54 puntos, que según criterios de puntuación se ubica en “reprobado”, siendo 3 los cuidadores que obtuvieron nota de “reprobado” y 3 cuidadores con notas puntuadas como “bueno” posteriormente, la nota obtenida fue de 82.5, ubicándose según criterio “muy bueno”, en el segundo momento un cuidador obtuvo nota puntuada como “bueno”, 4 cuidadores con notas “muy bueno” y un cuidador con nota de “excelente”, lo que significa que todos aumentaron su nivel de conocimiento sobre el manejo de la demencia senil posterior a la intervención educativa brindada.

9. CONCLUSIONES

En el estudio participaron los cuidadores y el personal de apoyo que labora en la Residencia del adulto mayor “Sor María Romero” ubicada en Managua, Nicaragua, dentro de lo que se encuentra predominante el sexo masculino con edades comprendidas entre 18 y 34 años de edad, lo cual es de suma importancia al momento de realizar actividades que impliquen un mayor esfuerzo físico.

Los cuidadores cuentan con experiencia laboral menor a 2 años lo cual podría suponer una dificultad en el cuidado de pacientes con demencia senil al no tener los conocimientos suficientes, habilidades y destrezas que se adquieren a través de los años de experiencia.

Respecto al nivel académico se encontró una relación equitativa entre licenciados especialistas y auxiliares de enfermería, lo cual es un aspecto a destacar debido a que la mayoría de las residencias o “asilos” de ancianos cuentan en su mayoría con personal que no han cursado estudios algunos para desempeñarse en este puesto de trabajo. Los adultos mayores con demencia senil requieren de cuidados especializados, los cuales deben ser brindados por personal de salud que tenga el nivel de conocimiento.

A través de la aplicación del cuestionario Pre-intervención se identificó que la mayoría del grupo de estudio no poseían conocimientos suficientes sobre el manejo de la demencia senil, especialmente en los cuidados que se deben brindar a las personas que sufren de este síndrome, posteriormente a la intervención educativa brindada se constató una mejoría significativa en las notas obtenidas al aplicar el mismo cuestionario Post-intervención, principalmente en el ítem que aborda los cuidados de enfermería que se deben brindar a los pacientes con demencia senil, donde los resultados obtenidos en el cuestionario Pre-intervención en promedio fue de 54 puntos, que según criterios de puntuación se ubica en “reprobado”, posteriormente, el promedio de la nota obtenida en el cuestionario fue de 82.5, ubicándose según criterio “muy bueno”, lo que significa que todos aumentaron su nivel de conocimiento sobre el manejo de la demencia senil posterior a la intervención educativa brindada.

En la pregunta sobre la definición de demencia senil, en ambos momentos los participantes contestaron correctamente representando el 100%, en la segunda pregunta, referente a los tipos de

demencias el 50% de los cuidadores respondieron correctamente en el test pre intervención, seguido de un 66.7% obtenido en el test post intervención, la siguiente pregunta referente a los síntomas de la demencia obtuvo un 0% en el pre test, posterior a la intervención educativa este aumentó a un 50%, la cuarta pregunta que aborda las etapas de la demencia puntúa un 100% en ambos momentos, posteriormente en el ítem sobre las fases se obtiene un 83.3% en el pre y post test, la sexta pregunta aborda la fase leve de la demencia obteniendo un 33.3% en el pre test y un 66.7% en el post test, luego se pregunta sobre la fase moderada de la demencia, con un 33.3% correcto del pre test, contra un 83.3% del post test, la octava pregunta sobre los factores de riesgo de la demencia obtuvo un 83.3% en ambos momentos, la novena pregunta que aborda generalidades del tratamiento de la demencia obtuvo un 100% en el pre y post test, al realizar la pregunta sobre el tratamiento farmacológico refleja un 83.3% pre test, aumentando posteriormente al 100% en el post test, la onceava pregunta puntúa 16.7% del post test, el cual aumentó a un 66.7% post intervención, el siguiente ítem que aborda la forma de diagnóstico refleja un 16.7% del pre test, que se convierte en un 50% en su segundo momento, mientras que el último inciso que aborda los cuidados de enfermería al evaluar el instrumento pre test refleja un 33.3%, tomando relevancia el puntaje obtenido posterior a la intervención educativa donde hubo una mejoría significativa al convertirse en un 100% obtenido en el segundo momento .

De acuerdo a los porcentajes obtenidos en las notas pre y post intervención, podemos concluir que la intervención educativa en la residencia del adulto mayor “Sor María Romero” , por lo tanto, la calidad de vida de los adultos mayores de esta residencia mejorará notablemente, debido a los conocimientos adquiridos en el transcurso de este trabajo investigativo.

10. RECOMENDACIONES

Residencia de adulto mayor “Sor María Romero”

- Promover la educación continua del personal que labora en la residencia sobre demencia u otras enfermedades, síndromes, o afectaciones que puedan sufrir los adultos mayores de la residencia.
- Contratar recursos de enfermería con experiencia y conocimientos del cuidado a pacientes geriátricos.
- Crear un espacio en el cual pueden realizar actividades que los estimulen cognitivamente y facilitar sus herramientas; crucigramas, rompecabezas, sopas de letras, etc.

Administradora de la residencia

- Realizar evaluaciones periódicas a los cuidadores de la residencia, sobre el manejo de la demencia senil.
- Ubicar banner brindado sobre demencia senil en un punto estratégico donde los cuidadores puedan retroalimentar sus conocimientos diariamente (estación de enfermería).
- Crear un equipo multidisciplinario capaz de brindar una mayor calidad de vida a los adultos mayores de la residencia.
- Crear enlaces con instituciones relacionadas al adulto mayor que permita al cuidador seguir preparándose para sus labores dentro de la residencia.

Cuidadores de la Residencia del adulto mayor “Sor María Romero”

- Participar en capacitaciones, charlas educativas u otras actividades que aumenten sus conocimientos relacionados a la atención con pacientes geriátricos.
- Realizar investigaciones independientes para profundizar los conocimientos en la atención de adultos mayores.
- Brindar los cuidados dirigidos a pacientes con demencia senil impartidos durante el desarrollo del presente trabajo investigativo.

- Buscar cursos sobre el manejo de pacientes con demencia en sitios web, tales como: “Aula fácil”
- Fomar parte de la asociación del Alzheimer para estar actualizados con los cuidados de estos pacientes.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Como hacer investigación cualitativa fundamentos y metodología*. México: Paidós Educador. Obtenido de <http://mayestra.files.wordpress.com/2013/03/bibliograf3ada-de-referencia-investigac3b3n-cualitativa-juan-luis-alvarez-gayou-jurgenson.pdf>
- Alzheimer's Association. (2021). *Alzheimer's Association*. Recuperado el 8 de mayo de 2021, de <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-demencia?lang=es-MX#Diagn%C3%B3stico>
- Arrechea, D. Z., & Reyes, M. (2017). Intervención educativa sobre manejo integral de demencia senil para cuidadores primordiales. Área de salud olivos. Sancti-Spíritus. 2016. *infomed*, 1-14.
- Baptista, H. F. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.
- Barraza, A. (2010). Propuesta de intervención educativa . En A. Barraza, *Propuesta de intervención educativa* (págs. 24-58). Durango: Universidad Pedagógica de Durango.
- Caribe, C. E. (2007). Migración internacional y envejecimiento demográfico en un contexto de migración Sur-Sur: el caso de Costa Rica y Nicaragua. *CEPAL*, 19.
- Castillero, O. (2021). *Psicología y mente*. Obtenido de <https://psicologiymente.com/miscelanea/tipos-de-investigacion>
- Castillo, F. N. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas, de los cuidadores en la prevención de las complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles de adulto mayor, en el hogar senil Bautista, Managua. *Conocimientos, actitudes y prácticas, de los cuidadores en la prevención de las complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles de adulto mayor, en el hogar senil Bautista, Managua*. Managua, Nicaragua.

- CEPAL. (19-21 de Noviembre de 2003). *Gobierno de Nicaragua*. Obtenido de Ministerio de la Familia.:
https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/declaracion_nicaragua.pdf
- CEPAL/CELADE. (2007). *CEPAL/CELADE*. Obtenido de Proyecciones de población, Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe N° 3:
https://nicaragua.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/bonodemografico-03_0.pdf
- CEPAL/CELADE. (2010). Proyecciones de población. En CEPAL/CELADE, *Proyecciones de población* (pág. 22). Santiago, Chile.
- CuidatePlus. (2021). *CuidatePlus*. Recuperado el 8 de Mayo de 2021, de
<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/demencia-senil.html>
- Díaz, N., Hernández, G. A., García, M. C., Sosa, J. F., & Gallegos, R. M. (2020). Efecto de una intervención educativa de Enfermería en los conocimientos del cuidador, para la atención del adulto mayor. *SciELO*, 1-10.
- Edwards, R., Voss, S. E., & Iliffe, S. (2013). The development and evaluation of an educational intervention for primary care promoting person-centred responses to dementia. *SAGE Journals*, 1-2.
- Francisco Laez, M. A. (2015). La importancia de la educación para reducir la inequidad. *Revista de divulgación científica y tecnológica de la universidad veracruzana vol XXIV.*, 1.
- Fundación Alzheimer España. (2019). *Fundación Alzheimer España*. Obtenido de Fundación Alzheimer España: <http://www.alzfae.org/fundacion/135/que-es-alzheimer>
- García-Calvente, M. d. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *SciELO*.
- Gerona, I. d. (s.f.). *Atención a los mayores*. Recuperado el 8 de Mayo de 2021, de
<https://atencionmayores.org/cuidados-enfermeria-personas-mayores-demencia/>

- Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. (Diciembre de 2017). DESARROLLO SOCIAL - Adultos mayores. *EJES DEL PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO HUMANO 2018 - 2021*. Managua, Nicaragua.
- González-Massieu, N. D. (Mayo de 2018). Determinar el nivel de conocimiento de los enfermeros y enfermeras del área hospitalaria. *Nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre los cuidados en Enfermedades Neurodegenerativas*. San Cristobal de La Laguna, España.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). México: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA.
- Junta de Castilla y León. (2018). *Portal de salud*. Recuperado el 23 de 12 de 2021, de <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/enfermedades/demencia/cuidados-personas-demencia-guia/causas-demencia>
- Laura Parra-Anguita, F. P.-F.-P.-C.-H. (2019). Knowledge about the Care of People with Alzheimer's Disease of the Nursing Staff of Nursing Homes in Spain. *PubMed.gov*, 1-10.
- Llanes, M., Olivera, C., & González, W. S. (2016). Intervención educativa para mejorar la calidad de vida del anciano con demencia y su cuidador. *SEMANTIC SCHOLAR*.
- Loreto Olavarría, C. M. (2016). Percepción de conocimiento sobre las demencias en profesionales de la salud de Chile. *SciELO*, 1365-1366.
- Lori, M., Gillies, L., Coker, E., Pizzacalla, A., Montemuro, M., Suva, G., & McLelland, V. (2016). An Education Intervention to Enhance Staff Self-Efficacy to Provide Dementia Care in an Acute Care Hospital in Canada: A Nonrandomized Controlled Study. *SAGE Journals*, 664-672.
- María Eugenia Prieto-Flores, G. F.-M.-P.-B.-R.-M. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid. 2005. *SciELO*, 1.

- Mayo Clinic. (20 de agosto de 2021). Recuperado el 23 de diciembre de 2021, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/dementia/diagnosis-treatment/drc-20352019>
- Mondéjar, M. D., Junco , G. J., & Hernández, N. (2011). Intervención educativa a cuidadores de pacientes con demencia de Alzheimer del área norte de Morón. *Imbiomed*, 1-4.
- Navarra, U. d. (2020). Definiciones, Edad. *Clinica Universidad de Navarra*.
- Ninoska de los Angeles Osorio Blanco y Raquel Abigail Sandino. (2021). *Grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Garmán Pomares Ordoñez, Masaya*. Recuperado el 27 de agosto de 2021
- OMS. (2018). Genero y salud. *Organizacion Mundial de la Salud*.
- OMS. (21 de Septiembre de 2020). *Organización mundial de la salud*. Obtenido de Organización mundial de la salud.: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementi>
- Organización Mundial de la Salud. (21 de septiembre de 2020). *Demencia*. Recuperado el 08 de mayo de 2021, de Organización Mundial de la Salud: <https://who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Padrón, O., González, P., Pereira , M., & Alemañy, A. (Junio de 2011). *Rev Méd Electrón*. Obtenido de Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa.: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (Diciembre de 2012). Salud y Bienestar. *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)*. Río de Janeiro, Brasil.
- Raffino María Estela. (4 de 08 de 2020). *concepto.de*. Recuperado el 21 de junio de 2021, de <https://concepto.de/tecnicas-de-investigacion/>
- Roberta Attard, R. S. (2020). Exploring The knowledge, attitudes and perceived learning needs of formal carers of people with dementia. *Nursing Older People*.

- Rodríguez, H. L. (06 de 10 de 2015). Situación de los adultos mayores en Nicaragua. (D. I. prensa, Entrevistador)
- Sanidad, J. d.-C. (2018). *saludcastillayleon.es*. Recuperado el 8 de Mayo de 2021, de <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/enfermedades/demencia/cuidados-personas-demencia-guia/causas-demencia>
- Sanitas. (2021). *Sanitas*. Recuperado el 23 de diciembre de 2021, de <https://www.sanitas.es/sanitasresidencial/residencias-mayores/sintomas-demencia>
- Valdiviezo, C. (2018). La importancia de un Cuidador para Adultos Mayores Capacitado. *HOGAR DEL CORAZON DE JESUS*.
- Wendy Smyth, E. F. (2013). A survey-based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff. *BMC Geriatrics*, 1-7.
- Westreicher Guillermo. (s.f.). *Economipedia*. Recuperado el 21 de junio de 2021, de <https://economipedia.com/definiciones/metodo.html>
- Allegra. (25 de julio de 2020). *Allegra*. Recuperado el 23 de diciembre de 2021, de <https://allegra.cat/es/demencia-senil-fases/>
- Alzheimer universal. (9 de agosto de 2014). Recuperado el 23 de diciembre de 2021, de <https://www.alzheimeruniversal.eu/2014/08/09/cuidados-de-enfermeria-en-las-demencias/>
- Alzheimer's association. (2021). *Alzheimer's association*. Recuperado el 23 de 12 de 21, de <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-demencia?lang=es-MX>
- Alzheimers.gov. (s.f.). *Alzheimers.gov*. Recuperado el 23 de diciembre de 2021, de <https://www.alzheimers.gov/es/acciones/reduzca-riesgo>

ANEXOS

Resultados intervención educativa

Tabla 4 Sexo según edad de cuidadores

Edad y sexo	Femenino	Masculino	Total general
Menos de 25 años	1	2	3
25 - 34 años	0	3	3
Total general	1	5	6

Tabla 5 Experiencia laboral del cuidador

Experiencia laboral	Frecuencia	Porcentaje
Menor a un año	4	67
1 - 5 años	2	33
Total	6	100

Tabla 6 Escolaridad del cuidador

Escolaridad del cuidador	Frecuencia	Porcentaje
Educación secundaria incompleta	1	17
Estudios técnicos	2	33
Estudios superior	3	50
Total	6	100.0

Tabla 7 Definición de demencia

Si tiene conocimientos	Pre intervención	Porcentaje	Post intervención	Porcentaje
	6	100%	6	100%

Tabla 8 Conocimiento sobre tipos de demencia Pre y Post intervención

Si tiene conocimientos	Pre intervención	Porcentaje	Post intervención	Porcentaje
	3	50%	4	66%

Tabla 9 Conocimiento sobre síntomas de demencia pre y post intervención

Si tiene conocimientos	Pre intervención	Porcentaje	Post intervención	porcentaje
	0	0	3	50%

Tabla 10 Conocimiento sobre etapas de la demencia pre y post intervención

Si tiene conocimientos	Pre intervención	Porcentaje	Post intervención	porcentaje
	6	100%	6	100%

Tabla 11 Conocimiento sobre fases de la demencia pre y post intervención

Si tiene conocimientos	Pre intervención	Porcentaje	Post intervención	porcentaje
	5	83%	5	53%

Tabla 12 Conocimiento sobre la fase leve de la demencia pre y post intervención

Si tiene conocimientos	Pre intervención	Porcentaje	Post intervención	Porcentaje
	2	33%	4	66%

Tabla 13 Conocimiento sobre la fase moderada de la demencia pre y post intervención

Si tiene conocimientos	Pre intervención	Porcentaje	Post intervención	Porcentaje
	2	33%	5	83%

Tabla 14 Conocimiento sobre factores de riesgo de la demencia pre y post intervención

Si tiene conocimientos	Pre intervención	Porcentaje	Post intervención	porcentaje
	5	83%	5	83%

Tabla 15 Conocimiento sobre tratamiento general de la demencia pre y post intervención

Si tiene conocimientos	Pre intervención	Porcentaje	Post intervención	porcentaje
	6	100%	6	100%

Tabla 16 Conocimiento sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico pre y post intervención

Si tiene conocimientos	Pre intervención	Porcentaje	Post intervención	Porcentaje
Tratamiento farmacológico	5	83%	6	100%
Tratamiento no farmacológico	1	16%	4	66%

Tabla 17 Conocimiento sobre formas de diagnosticar la demencia pre y post intervención

Si tiene conocimientos	Pre intervención	Porcentaje	Post intervención	Porcentaje
	1	16%	3	0%

Tabla 18 Conocimiento sobre cuidados de enfermería a pacientes con demencia pre y post intervención

	Pre intervención	Porcentaje	Post intervención	porcentaje
Cuidados específicos	2	33%	6	100%
Cuidados básicos	3	50%	0	0%
Cuidados nulos	1	17%	0	0%

Tabla 19 Nota Pre y post intervención

	Pre intervención	Porcentaje	Post intervención	porcentaje
Reprobado	3	50%	0	0%
Bueno	3	50%	1	17%
Muy Bueno	0	0%	4	66%
Excelente	0	0%	1	17%



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Consentimiento informado

Nosotros, Reyna Mejía, Aurelio Méndez y Ludwing Navarrete, estudiantes de la carrera de Enfermería con mención en Cuidados Críticos de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN - Managua; estamos solicitando a usted su colaboración voluntaria para llenar un cuestionario y poder llevar a cabo el trabajo de investigación de la tesis para optar a la licenciatura de Enfermería con mención en Cuidados Críticos.

Estimado/a cuidador.

Se le invita a participar en un estudio cuyo objetivo es determinar la efectividad de la intervención educativa en los conocimientos de los cuidadores de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero” sobre el manejo de la demencia senil en el segundo semestre 2021.

Le garantizamos que la información brindada será estrictamente de carácter confidencial, no se divulgarán nombres, ni datos personales. Usted no será sometido(a) a presiones de ningún tipo, tampoco se le dará ninguna remuneración económica o beneficio adicional por su participación. Las respuestas brindadas serán de estricta confidencialidad y se usarán únicamente para determinar la efectividad de la intervención educativa sobre demencia senil.

Su participación será de carácter voluntaria y usted tiene el derecho a retirarse o negarse o continuar con llenado de los instrumentos en el momento que así lo desee.

Luego de conocer la información presentada, yo: _____,
con número de identidad _____ doy mi consentimiento
para participar en el estudio de las estrategias implementadas del departamento de Enfermería.

Firma: _____



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD “LUIS FELIPE MONCADA”

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS

MSc. Carla Mejía.

Docente del Departamento de Enfermería

POLISAL, UNAN MANAGUA.

Estimada maestra Carla Mejía, reciba fraternales saludos.

Nuestros nombres son Reyna Mejía, Aurelio Méndez y Ludwing Navarrete, estudiantes de la carrera de Enfermería en cuidados críticos, y como modalidad de graduación estamos desarrollando una investigación que lleva por título “Intervención educativa a los cuidadores de la residencia del adulto mayor Sor María Romero, sobre el manejo de la demencia senil, segundo semestre 2021.” Por lo anterior es que le estoy solicitando me apoye en la validación del instrumento de recolección de datos, el cual es: un cuestionario auto administrado a los cuidadores de la residencia, con el fin de recolectar datos generales y cognitivos sobre demencia senil.

Agradeceríamos que realizara observaciones sobre ortografía, redacción y los criterios de la **Ficha de opinión de expertos** que adjunto a esta carta, así como rayar sobre los documentos que adjunto:

- **Portada**
- **Planteamiento del problema**
- **Objetivos de investigación**
- **Justificación**
- **Diseño metodológico.**
- **Los instrumentos de recolección de información**

Sin más a que referir nos despedimos, nuevamente agradeciendo su apoyo.

Reyna Mejía

17070257

Firma de estudiante

Aurelio Méndez

16073326

Firma de estudiante

Ludwing Navarrete

16073161

Firma de estudiante

MSc. Carla Mejía

Firma Evaluador



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD “LUIS FELIPE MONCADA”

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS

MSc. Paola Castillo.

Docente del Departamento de Enfermería

POLISAL, UNAN MANAGUA.

Estimada maestra Carla Mejía, reciba fraternales saludos.

Nuestros nombres son Reyna Mejía, Aurelio Méndez y Ludwing Navarrete, estudiantes de la carrera de Enfermería en cuidados críticos, y como modalidad de graduación estamos desarrollando una investigación que lleva por título “Intervención educativa a los cuidadores de la residencia del adulto mayor Sor María Romero, sobre el manejo de la demencia senil, segundo semestre 2021.” Por lo anterior es que le estoy solicitando me apoye en la validación del instrumento de recolección de datos, el cual es: un cuestionario auto administrado a los cuidadores de la residencia, con el fin de recolectar datos generales y cognitivos sobre demencia senil.

Agradeceríamos que realizara observaciones sobre ortografía, redacción y los criterios de la **Ficha de opinión de expertos** que adjunto a esta carta, así como rayar sobre los documentos que adjunto:

- **Portada**
- **Planteamiento del problema**
- **Objetivos de investigación**
- **Justificación**
- **Diseño metodológico.**
- **Los instrumentos de recolección de información**

Sin más a que referir nos despedimos, nuevamente agradeciendo su apoyo.

Reyna Mejía

17070257

Firma de estudiante

Aurelio Méndez

16073326

Firma de estudiante

Ludwing Navarrete

16073161

Firma de estudiante

MSc. Paola Castillo

Firma Evaluador



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD “LUIS FELIPE MONCADA”

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS

MSc. Sandra Reyes.

Docente del Departamento de Enfermería

POLISAL, UNAN MANAGUA.

Estimada maestra Carla Mejía, reciba fraternales saludos.

Nuestros nombres son Reyna Mejía, Aurelio Méndez y Ludwing Navarrete, estudiantes de la carrera de Enfermería en cuidados críticos, y como modalidad de graduación estamos desarrollando una investigación que lleva por título “Intervención educativa a los cuidadores de la residencia del adulto mayor Sor María Romero, sobre el manejo de la demencia senil, segundo semestre 2021.” Por lo anterior es que le estoy solicitando me apoye en la validación del instrumento de recolección de datos, el cual es: un cuestionario auto administrado a los cuidadores de la residencia, con el fin de recolectar datos generales y cognitivos sobre demencia senil.

Agradeceríamos que realizara observaciones sobre ortografía, redacción y los criterios de la **Ficha de opinión de expertos** que adjunto a esta carta, así como rayar sobre los documentos que adjunto:

- **Portada**
- **Planteamiento del problema**
- **Objetivos de investigación**
- **Justificación**
- **Diseño metodológico.**
- **Los instrumentos de recolección de información**

Sin más a que referir nos despedimos, nuevamente agradeciendo su apoyo.

Reyna Mejía

17070257

Firma de estudiante

Aurelio Méndez

16073326

Firma de estudiante

Ludwing Navarrete

16073161

Firma de estudiante

MSc. Sandra Reyes

Firma Evaluador

Tabla 20 Presupuesto

<i>Descripción</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Costo unitario (C\$)</i>	<i>Total (C\$)</i>
Transporte al lugar de estudio en transporte publico	15 viajes c/u	C\$60	C\$2,700
Alimentación durante la elaboración de todo el trabajo	250 platos de comida	C\$70	C\$17,500
Impresiones			
Impresión de los instrumentos (pre – post intervención educativa	14 copias	C\$2	C\$28
Impresión de instrumentos para validación	4 copias	C\$12	C\$48
Folder para la entrega de instrumentos de validación	4 folders	C\$5	C\$20
Impresión de brochures sobre demencia senil para intervención educativa	8 brochures	C\$5	C\$40
Impresión de borrador de trabajo final para revisión	1 copia	C\$1	C\$172
Impresión del trabajo final de tesis	3 copias		
Internet			
Uso de internet Wifi	12 meses	C\$875	C\$6125
Uso de internet recargable	70 recargas	C\$55	C\$3850
Refrigerio para los participantes del estudio	6 refrigerios	C\$60	C\$360
Banner educativo brindado a la Residencia del adulto mayor ‘Sor María Romero’	1 U	C\$500	C\$500
Empastado del trabajo final			
Vestimenta para defensa	3	C\$1600	C\$4800
Gastos extras		C\$4000	C\$4000
Computadoras	3	C\$10,000	C\$30,000
Total			C\$ 70,143

<i>Actividades</i>	<i>Meses</i>						
	11	22	43	44	55	66	77
Fase exploratoria			X				
Formular el planteamiento del problema			X				
Redactar la justificación			X				
Establecer los objetivos de investigación				X			
Elaboración marco teórico				X			
Elaboración de diseño metodológico					X		
Elaboración de instrumentos						X	
Elaboración del informe						X	
Entrega de informe							X
Defensa ante el comité evaluador							X



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Instituto politécnico de la salud “Luis Felipe Moncada”

Departamento de enfermería

Cuestionario

Estimados cuidadores de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”, sean bienvenidos a este cuestionario que será realizado con el objetivo de recolectar datos generales y cognitivos sobre demencia senil. La información obtenida será confidencial y utilizada para fines de la investigación, de ante mano damos las gracias por el apoyo brindado para la realización del presente estudio.

A continuación, deberá encerrar en un círculo únicamente la respuesta que usted considere correcta, pidiéndole, no deje ninguna pregunta sin responder.

Datos generales:

Iniciales del cuidador: _____

Fecha: _____

1. Características sociodemográficas

I. Sexo: F M

II. Edad.

A. <25 años

B. 25-34 años

C. 35-44 años

D. 45-54 años

E. >54 años

III. Experiencia laboral (años).

H. <1 año

I. 1-5 años

J. 6-10 años

K. 11-15 años

L. 16-20 años

M. 21-25 años

N. >25 años

IV. Seleccione su nivel de escolaridad.

A. Analfabeta

B. Educación preescolar

C. Educación primaria incompleta

D. Educación primaria

E. Educación secundaria incompleta

F. Educación secundaria

G. Estudios técnicos

H. Educación superior

- 2. Demencia senil. A continuación, se presentan varios planteamientos de los cuales unos son verdaderos y otros falsos. Encierre en un círculo la letra ‘V’ si el planteamiento es verdadero y una ‘F’ si el planteamiento es falso. (Valor 5 puntos C/U)**

I. La demencia senil se define como: La principal causa de discapacidad y dependencia entre los adultos mayores en todo el mundo.	V	F
II. Los tipos de demencia senil que existen son: Demencias	V	F

	vasculares, corticales, subcorticales, mixtas y fronto-temporales.		
III.	Son síntomas de la demencia senil... Pérdida de la memoria, dificultad para comunicarse, dificultad para razonar o resolver problemas, dificultad con la coordinación y traslación, confusión y desorientación.	V	F
IV.	La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio, pero la conciencia no siempre se ve afectada.	V	F
V.	Los expertos describen la demencia en fases o etapas, estas se refieren a: Etapa temprana, etapa intermedia y etapa avanzada.	V	F
VI.	En la fase leve, las personas afectadas: empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas; se encuentran desubicadas en su propio hogar, tienen cada vez más dificultades para comunicarse; empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal.	V	F
VII.	En la fase moderada de la demencia, la dependencia y la inactividad son casi totales.	V	F
VIII.	La edad, tabaquismo, consumo de alcohol, genética, antecedentes familiares, depresión, aislamiento social, enfermedades crónicas y estilo de vida, son factores de riesgo que desencadenan la demencia senil.	V	F
IX.	Aunque no existe un tratamiento curativo para la demencia tipo Alzheimer, existen fármacos que consiguen mantener, durante un	V	F

período limitado de tiempo, el estado neuropsicológico y funcional del paciente con demencia.		
X. Los fármacos que principalmente se utilizan para tratar los síntomas de la demencia son: Donepezil, Galantamina, Rivastigmina y Memantina.	V	F
XI. El tratamiento no farmacológico de la demencia senil consiste en brindar: Terapia funcional, cognitiva y modificación del entorno.	V	F
XII. La demencia senil se diagnostica, mediante test cognitivos y neuropsicológicos.	V	F

3. Mencione al menos 8 cuidados de enfermería que se deben brindar a los pacientes con demencia senil. (Valor 40 puntos, 5 puntos por cada cuidado de enfermería mencionado)



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD “LUIS FELIPE MONCADA”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS**

Ficha de opinión de expertos

Datos generales del experto

1. Nombres y apellidos _____
2. Cargo e institución donde labora _____
3. Especialidad _____

Datos del trabajo

Título delimitado del trabajo:

- *Intervención educativa a los cuidadores del asilo de ancianos Sor María Romero, sobre el manejo de la demencia senil, segundo semestre 2021.*

Autor (es):

- ✓ Br. Reyna Mejía.
- ✓ Br. Aurelio Méndez.
- ✓ Br. Ludwing Navarrete.

	Indicadores de evaluación	Criterios cualitativos y cuantitativos	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
			1	2	3	4	5
1	Claridad	El instrumento esta formulado con lenguaje apropiado al tipo de usuario que lo aplicará (auto administrado o por entrevista).					
2	Actualidad	Los conceptos, clasificaciones y lenguaje técnico son adecuados al avance de la ciencia y la tecnología.					
3	Organización	En el instrumento existe una organización lógica.					
4	Suficiencia	El instrumento comprende los aspectos en cantidad y calidad.					
5	Consistencia	El instrumento está basado en aspectos teóricos, científicos.					
6	Coherencia	Existe coherencia entre las variables y los indicadores.					
7	Metodología	Existe coherencia metodológica entre el planteamiento del problema, el objetivo general, la hipótesis y el diseño metodológico.					
8	Objetividad	El instrumento evidencia que fue creado evitando ser influenciado por creencias, tendencias ideológicas,					

		orientación sexual o afinidad política de los investigadores.					
9	Validez de contenido	El instrumento mide adecuadamente las principales dimensiones de la variable principal en cuestión.					
10	Evidencia relacionada con el constructo	En las páginas entregadas adjuntas a los instrumentos se explica cómo opera el instrumento además de qué significan las puntuaciones.					

Debe sumar todos los puntajes obtenidos por cada criterio.

Puntaje	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
	Igual a 10 pts.	11 – 20 pts.	21 – 30 pts.	31 – 40 pts.	41 – 50 pts.
	○	○	○	○	○

Resumen de observaciones

Firma del experto evaluador: _____

PLAN DE CAPACITACIÓN

- Objetivo general de la capacitación: Realizar un plan de intervención educativa sobre el manejo de la demencia senil que deberán recibir los cuidadores de la residencia del adulto mayor “Sor María Romero”.

<i>Pre intervención - Viernes 19 de noviembre de 2021</i>					
<i>Hora</i>	<i>Tema</i>	<i>Subtema</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Material a utilizar</i>	<i>Responsable</i>
9:00 9:20am	Demencia senil		Aplicar pre-test para evaluar los conocimientos de los cuidadores sobre el manejo y cuidado de pacientes con demencia senil.	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta Lapicero 	Aurelio Méndez. Ludwing Navarrete. Reyna Mejía

<i>Intervención educativa – Viernes 26 de noviembre de 2021</i>						
<i>Hora</i>	<i>Tema</i>	<i>Subtema</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Actividades a realizar</i>	<i>Medios a utilizar</i>	<i>Responsable</i>
9:00-9:05am	Presentación expositor – receptor.		Crear vínculo entre expositor y receptor.	Actividades rompe hielo: dinámica caja de sorpresas y pasarse la	-Caja y tiras de papel.	Aurelio Méndez. Ludwing

				pelota	-Pelota plástica.	Navarrete. Reyna Mejía.
9:05-9:20am	Demencia senil.	Concepto y generalidades de la demencia senil.	Explicar concepto y generalidades de la demencia senil.	-Charla con el público. -Exposición.	Medios visuales: <ul style="list-style-type: none"> • Data show • Computadora 	Aurelio Méndez
9:20-9:30am		Tipos de demencia.	-Mencionar los tipos de demencia. -Explicar las enfermedades que desencadenan los diferentes tipos de demencia.	Exposición.	Medios audiovisuales: <ul style="list-style-type: none"> • Data show • Computadora 	Ludwing Navarrete.
9:30-9:40am		Síntomas de la demencia senil.	-Retroalimentar conocimientos sobre los síntomas de la demencia senil. -Mencionar sus síntomas.	Exposición	Medios audiovisuales: <ul style="list-style-type: none"> • Data show • Computadora 	Reyna Mejía

9:40-10:00am		REFRIGERIO				
10:00-10:15am		Factores de riesgo y medidas de prevención de la demencia senil.	-Explicar los factores de riesgo de la demencia. -Enumerar factores de riesgo. -Compartir las medidas para prevenir la demencia senil.	Exposición.	Medios audiovisuales: <ul style="list-style-type: none"> • Data show • Computadora 	Aurelio Méndez.
10:15-10:30am		Tratamiento: farmacológico y no farmacológico.	Exponer el tratamiento farmacológico para la demencia senil. -Exponer el tratamiento no farmacológico para la demencia.	Demostración de terapias para tratar y manejar la demencia senil.	Medios audiovisuales: <ul style="list-style-type: none"> • Data show • Computadora 	Ludwing Navarrete.

10:30-10:45am		Cuidados de enfermería.	Explicar los cuidados de enfermería para la demencia senil.	Exposición	Medios audiovisuales: <ul style="list-style-type: none"> • Data show • Computadora 	Reyna Mejía.
10:45-11:00am		Actividades de cierre.	Inducir a la participación de todos los participantes.	Dinámica el papel final.		Ludwing Navarrete.

Post intervención - Viernes 03 de Diciembre de 2021

<i>Hora</i>	<i>Tema</i>	<i>Subtema</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Material a utilizar</i>	<i>Responsable</i>
9:00 9:20am	Demencia senil		Aplicar test post intervención para evaluar los conocimientos adquiridos de los cuidadores sobre el manejo y cuidado de pacientes con demencia senil.	Encuesta. Lapicero.	Reyna Mejía. Ludwing Navarrete. Aurelio Méndez.

Matriz de expertos

	<i>Indicadores de evacuación</i>	<i>Opinión de expertos</i>				<i>Análisis</i>
		<i>Validador 1</i>	<i>Validador 2</i>	<i>Validador 3</i>	<i>Validador 4</i>	
1	<i>Portada/Tema</i>	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	Errores ortográficos.	No hubo observaciones.	Hubo errores ortográficos en el título en cuanto al uso de minúsculas, los cuales fueron corregidas.
2	<i>Planteamiento del problema</i>	Errores gramaticales.	No hubo observaciones.	Actualizar datos estadísticos lo más recientes posibles.	No hubo observaciones.	-Errores gramaticales en cuanto a puntuación y acentuación fueron corregidos. -Se actualizaron datos estadísticos a datos más recientes a nuestro tiempo, con el objetivo de estar más cercanos a

						nuestra problemática.
3	Justificación	Errores gramaticales.	Errores gramaticales.	Comprobación de un dato estadístico.	Sugerencia de unificar los últimos dos párrafos.	Se hicieron correcciones gramaticales correspondientes y se comprobó el dato estadístico en cuánto a antecedentes de estudios en repositorios como de UNAN – UCA - UAM donde de constataron estudios anteriores relacionado a este tema, por lo que se modificó esta parte de la cita.
4	Objetivo	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	Sugiere sustituir la medición de los conocimientos, por medición de cuidados.	Sugiere modificar el verbo del primer objetivo específico.	Se modificó el verbo del primer objetivo específico, de “indagar” se cambió a “conocer”, porque se considera más

						<p>apropiado a los intereses del estudio.</p> <p>-No se consideró el cambio del objetivo general por que la investigación va dirigida a evaluar e intervenir en el conocimiento de los cuidadores, lo cual en ello están inmersos los cuidados de enfermería.</p>
5	Tipo de estudio:	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	Reforzar afirmación del porqué es de tipo pre experimental	No hubo observaciones.	Se reforzó la explicación sobre el diseño pre experimental en base al libro de metodologías de la investigación de Roberto Hernández Sampieri.

DISEÑO METODOLÓGICO

6	Paradigma y enfoque de investigación.	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	No hubo observaciones para retomar.
7	Tipo de estudio	Errores gramaticales.	No hubo observaciones.	Uso de normas APA.	No hubo observaciones.	Se realizaron las correcciones del uso pertinentes de las normas APA en cita señalada.
8	Área de estudio	Errores gramaticales.	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	Se adecuó el uso de signos de puntuación donde corresponden.
9	Universo/muestra	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	Añadir cita que respalde el trabajo investigativo con 5 sujetos de estudio	Añadir aclaración de que el universo son trabajadores del lugar	-Se aclaró que los sujetos de estudio son trabajadores de la residencia donde se realiza el estudio.

							-No se añadió cita que respalde el trabajo investigativo con 5 sujetos de estudio, las literaturas hablan de mínimo 12 o 15 sujetos, en la sección de universo y muestra se explica que se redujo la cantidad de personal de la residencia por efectos de la pandemia, por lo que se decidió continuar con el trabajo incluso con sujetos de estudio menor a la cantidad aceptable.
10	Criterios de inclusión y exclusión	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	Reducir último párrafo de	Se modificó el ultimo criterio de inclusión que se refiere a “que acepten	

					critérios de inclusión.	de trabajar en este estudio y acepten llenar las encuestas voluntariamente” a “que acepten trabajar en el estudio” porque era una oración redundante.
11	Métodos e instrumentos de recolección de datos	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	No hubo observaciones por retomar.
12	Tabulación y análisis	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	No hubo observaciones por retomar.
13	Triangulación de la información	No hubo observaciones.	No hubo observaciones.	Agregar triangulación.	No hubo observaciones.	Se retomó la sugerencia y se agregó la triangulación de datos, la cual supone el empleo de

						las distintas estrategias de recogida de datos a utilizarse en el presente estudio sobre los conocimientos de los cuidadores de adultos mayores con demencia senil.
14	Instrumento	Errores ortográficos.	<p>-En orientaciones, explicar metodología de evaluación.</p> <p>-Hacer énfasis en los cuidados de enfermería.</p> <p>-Última pregunta sobre cuidados de</p>	<p>-Agregar ítems con verdadero y falso.</p> <p>-Replantearse sí es pertinente utilizar el mismo instrumento a cuidadores formales e informales.</p>	No hubo observaciones.	<p>-Se corrigieron errores gramaticales.</p> <p>-Se añadió al instrumento la metodología de evaluación (puntuación por ítems).</p> <p>-Se hizo énfasis en los cuidados de enfermería puesto que el cuidar es el</p>

			<p>enfermería, dejarla abierta.</p>	<p>-Agregar guías de observación</p> <p>- Omitir tratamiento farmacológico y no farmacológico.</p>	<p>objetivo principal del enfermero.</p> <p>-Se modificó el método de respuesta en la última pregunta, de abierta a cerrada, sobre los cuidados de enfermería, ya que de esta manera el sujeto de estudio podrá poner de manifiesto sobre la manera que brinda los cuidados y lo que sabe sobre ello.</p> <p>-En cuanto a la última sugerencia sobre el tratamiento, no consideramos pertinente omitirla. Gracias a la farmacología, el personal de enfermería adquiere los</p>
--	--	--	-------------------------------------	--	---

						<p>conocimientos y habilidades para detectar cualquier acontecimiento adverso. En su formación está recibir de cada grupo farmacológico, sus acciones o efectos terapéuticos, pero también, sus efectos indeseables, así como terapias alternativas, de esta manera será capaz de reconocer en la práctica estas eventualidades y actuar en consecuencia. Del conocimiento adecuado de los fármacos y de los diferentes tipos de tratamientos no</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>farmacológicos (terapias ocupacionales) depende la salud, e incluso la vida del paciente, pues a partir de este conocimiento, estos profesionales pueden ser capaces de detectar reacciones adversas, interacciones medicamentosas y errores de medicación, además, garantiza una administración eficaz y segura.</p>
--	--	--	--	--	--	--

Fotos tomadas



Figura 20 Llegada a la Residencia del adulto mayor 'Sor María Romero'. Visita a la Residencia como parte de la fase de planeación, en busca de la problemática a abordar



Figura 19 Primer contacto con el interior de la residencia.



Figura 20 Cuidador de la residencia realizando el llenado del instrumento previo a la intervención educativa



Figura 21 Cuidador de la residencia realizando el llenado del instrumento previo a la intervención educativa.



Figura 24 Cuidadores de la residencia durante el desarrollo de la intervención educativa



Figura 25 Ludwing Navarrete explicando la clasificación de los tipos de demencia durante el desarrollo de la intervención educativa.



Figura 26 Aurelio Méndez mencionando las etapas de la demencia durante el desarrollo de la intervención educativa.

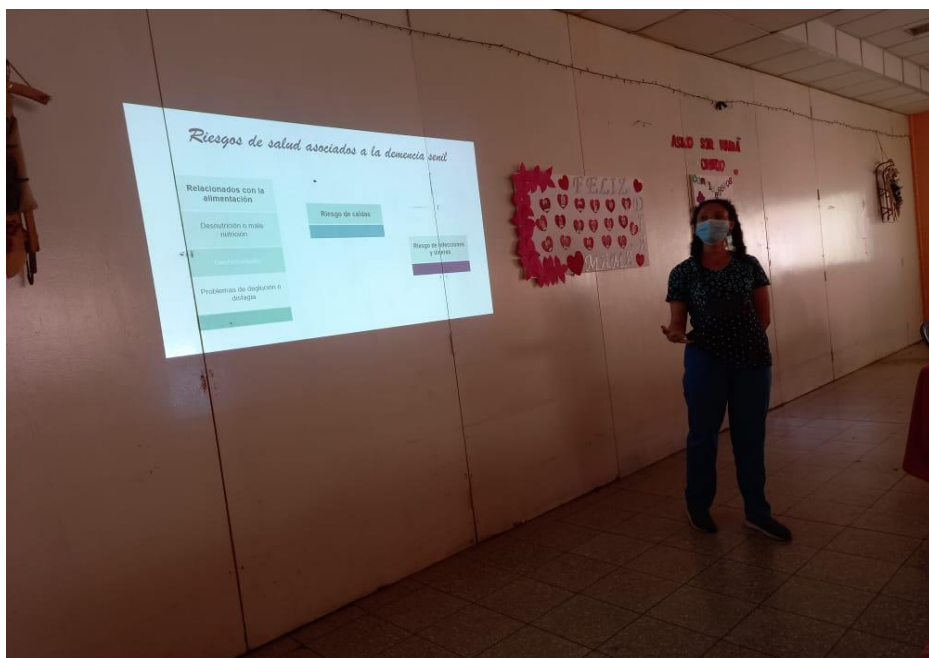


Figura 27 Reyna Mejía explicando los riesgos de salud asociados a la demencia durante el desarrollo de la intervención educativa.



Figura 28 Cuidadores de la residencia llenando el instrumento posterior a la intervención educativa



Figura 29 Colocación de banner alusivo a la demencia senil en la residencia del adulto mayor "Sor María Romero" como parte de la fase de divulgación

