

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA ENFERMERÍA

DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

Conocimientos sobre el Alzheimer por parte del profesional de enfermería para la
atención del adulto mayor en las Unidades Asistenciales Docentes de Salud de la Pontificia
Universidad Católica Del Ecuador (UADS - PUCE) en el año 2019

Elaborado por:

Carmen Nathaly Pillajo Pachacama

Quito, Junio del 2019

Resumen

El objetivo es determinar el nivel de conocimientos del profesional de enfermería frente al paciente adulto mayor con Alzheimer. Describiendo los factores: sociodemográficos, el nivel de conocimiento, la experiencia del profesional y el tipo de cuidados que se proporciona al paciente. El estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal. De enfoque cuantitativo puesto que admite medir la variable de estudio. La población está compuesta por los profesionales de enfermería de las Unidades Asistenciales Docentes de Salud de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, lugares en los que se ofrece cuidados directos al Adulto Mayor con diferentes patologías. Para obtener los resultados previa a una tabulación, se utilizó una base de datos en Excel, la cual proporcionó datos específicos en los que se pudo evidenciar que los profesionales de enfermería mantienen un conocimiento intermedio en relación a la enfermedad de Alzheimer, su etiología, diagnóstico y tratamiento.

Abstract

The objective of this research is to determine the level of knowledge of the nursing professional of academic degree in front of the older adult patient with Alzheimer's in the Teaching Assistance Units of the Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2019. The study that is detailed below is of type descriptive and cross-sectional, since it will manifest a situation in such a way as it occurs in a given period. The research will assume a quantitative approach since it allows measuring or quantifying the study variable. The population is made up of the nursing professionals of the Health Teaching Assistance Units of the Pontificia Universidad Católica del Ecuador (UADS - PUCE), where direct care is offered to the Elderly with different pathologies. Among the results of the study it can be emphasized that nursing professionals maintain an intermediate knowledge in relation to Alzheimer's disease, its etiology, diagnosis and treatment.

Dedicatoria

El presente trabajo investigativo lo dedico especialmente a Dios, por haberme inspirado y haberme dado la fuerza necesaria para continuar en este proceso de obtener uno de los sueños más anhelados y poder estar al servicio del prójimo.

A mis amados padres y hermana, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

De manera especial dedico este trabajo a toda mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación para lograr ser ahora no solo una buena profesional sino una excelente persona.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por bendecirme con la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias infinitas a mis queridos padres: Rodrigo y Manuelita y a mi querida hermanita Nikole, por ser los principales promotores de este gran paso, por confiar y creer en mis sueños, por los consejos, valores y principios que siempre me han inculcado.

Deseo expresar mis agradecimientos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a toda la Facultad de Enfermería, especialmente a la MSc. Isabel Hernández y MSc. Mónica Villalobos, quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación y apoyo incondicional.

Índice de contenido

Contenido

INTRODUCCIÓN	7
1. Capítulo I. ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.1. Planteamiento del problema.....	8
1.2. Justificación	10
1.3. Objetivos	12
2. Capítulo II. MARCO TEÓRICO	13
2.1. Antecedentes de la investigación	13
2.2. Reseña Institucional	14
2.2.1. Clínica Nuestra Señora de Guadalupe	14
2.2.2. Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón.....	16
2.2.3. Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor	17
2.2.4. Hospice San Camilo	18
2.2.5. Hospital Especializado San Juan de Dios	18
2.3. Bases teóricas.....	20
2.3.1. Factores Sociodemográficos de los profesionales de enfermería	20
2.3.2. Factores sociales	20
2.3.3. Factores demográficos	21
2.3.4. Enfermedad de Alzheimer.....	22
2.3.5. Fases del Alzheimer	23
2.3.6. Conocimientos del profesional de enfermería	26
2.4. Bases legales	28
2.5. Definición de términos básicos	29
2.6. Hipótesis	30
2.7. Operacionalización de Variables	31
3. Capítulo III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
3.1. Metodología	35
3.2. Criterios de Inclusión.....	35
3.3. Criterios de Exclusión.....	36
3.4. Resultados	38
3.4.1. Resultados factores socio demográficos	38
3.4.2. Resultados de Conocimiento	40
3.4.3. Resultados de Cuidado	47

3.4.4. Resultados Tipos de Unidades Asistenciales Docentes de Salud de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador (UADS - PUCE)	47
3.5. Discusión.....	48
3.5.1. Discusión factores socio demográficos	48
3.5.2. Discusión de Conocimiento	51
3.5.3. Discusión de Cuidado	61
3.5.4. Discusión Tipos de Unidades Asistenciales Docentes de Salud de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador (UADS - PUCE)	62
4. Conclusiones	63
5. Recomendaciones	64
6. Bibliografía	66
7. Anexos	70
7.1. Cronograma y plan de trabajo.....	70
7.2. Presupuesto	71
7.3. Consentimiento Informado	72
7.4. Guía de entrevista sociodemográfico y cultural del profesional de enfermería	74
7.5. Cuestionario sobre conocimientos de la enfermedad del Alzheimer	75
7.6. Escala de Likert.....	77

INTRODUCCIÓN

Se conoce que el Alzheimer es una afectación neurológica degenerativa, progresiva e irreversible, con inicio pérfido y pérdidas progresivas de la función cognitiva. Se observa en la trayectoria de la enfermedad una afectación de diversas funciones intelectuales tales como la memoria, la atención, la concentración, praxias, agnosias, capacidades inmediatas, entre otras, frecuentemente acompañado de cambios psicológicos y de conducta. Todas estas características marcan la vida del paciente adulto mayor y de su familia, teniendo que palear con esta enfermedad hasta su deceso (Aldaz, 2018).

En tal virtud, es necesario que el profesional de enfermería concientice su accionar ante el adulto mayor a través de la atención integral, en el ámbito psicológico, médico – enfermero, socio afectivo, que permitan proporcionar al paciente diagnosticado con Alzheimer la posibilidad de palear de alguna manera el avance de una enfermedad progresiva que día a día va deteriorando la funcionalidad cerebral, propiciándole de una forma digna un estilo de vida de calidad en pro de los años por vivir (Aldaz, 2018).

El adulto mayor es el individuo comprendido entre la edad de 64 años en adelante, según consta en la Constitución de la República del Ecuador, en el capítulo tercero: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria y en la Sección primera Adultas y adultos mayores Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia (MIES, 2019).

Visto desde el aspecto social es el ser humano que ha dado su contingente para el desarrollo de la sociedad por lo que a lo sociedad le corresponde no olvidarlo porque de él tendríamos que rescatar su experiencia de vida, su ejemplo, sus errores para poder

corregirlos, pero sobretodo los años de relación interpersonal en su familia, en su barrio, en la comunidad (Ortega, 2019).

1. Capítulo I. ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El aumento de la esperanza de vida que se ha observado a lo largo del siglo XXI conlleva el acrecentamiento de la prevalencia de demencias entre la población adulta. El Alzheimer establece hoy en día la forma más frecuente, con un 70% de los casos. La Enfermedad del Alzheimer fue referida por primera vez en 1907 por un neurólogo de origen alemán llamado Alois Alzheimer (Ortega, 2019).

Existen indiscutibles evidencias de que la motivación cognoscitiva ayuda a detener el desgaste de las funciones mentales. Esta motivación se centra en trabajar en aquellas zonas que aún el paciente ha logrado conservar, de modo que esta instrucción admita enmendar los quebrantos que el paciente padece con su enfermedad (Aldaz, 2018).

En épocas pasadas hospitales y centros de cuidado al paciente adulto mayor no poseían un adecuado conocimiento basado en las necesidades de la persona afectada, ya sea por costumbre o por una deficiente preparación, todos los pacientes eran tratados y valorados por igual, sin llegar a diferenciar los tipos de patologías mentales, llegando así a un diagnóstico erróneo. Basándose en esta información se puede decir que en la actualidad el profesional de enfermería de grado académico se concentra no solo formar profesionales sino seres humanos con principios y convicciones, es por esto que se debe mantener el énfasis por seguir aportando a la sociedad dignamente, conservando los valores morales que como profesionales nos caracterizan (Ochoa, 2018).

En el 2016, la Asociación Americana de Psiquiatría (APP), realizó un estudio sobre la clasificación de enfermedades mentales, la cual recogió ciertos avances y criterios que

diagnosticaron al Alzheimer como una patología mental que prevalece en el proceso del envejecimiento, pero no la diferenciaron con otras patologías por lo que el profesional de enfermería actúa con base a un modelo general (Robles, 2016).

En la actualidad el profesional de enfermería de grado académico es uno de los grupos asistenciales que más horas consagran a la atención de la población adulto mayor, realizando un número considerable de visitas domiciliarias, prestando la mayor participación en cuidados directos, manteniendo una participación activa dentro de los programas de atención al adulto mayor en Atención Primaria, etc., por lo que se manifiesta que en el Ecuador el profesional no se encuentra plenamente capacitado y educado integralmente para desempeñar con éxito su función. Según el MSP estima que más de 100.000 habitantes padecen este mal, el cual mata más que el cáncer de mama y de próstata juntos, por esto cabe resaltar que el profesional de la salud no tiene en sus manos la solución precisa a esta patología sin embargo, están en la capacidad de brindar un cuidado digno para que su enfermedad sea llevadera, tomando en cuenta su dolor físico pero sin olvidar sus sentimientos y emociones (Aldaz, 2018).

El rol del profesional de enfermería de grado académico es de vital importancia, ya que gracias a ellos, se podría diagnosticar de forma temprana el Alzheimer, desarrollar planes de cuidados, efectuar el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico y conjuntamente se podría prevenir y educar sobre la enfermedad, es decir, el profesional interviene en cada uno de los fragmentos propios de la enfermedad (Aldaz, 2018).

1.2. Justificación

Esta investigación se concentrará en las Unidades Asistenciales Docentes de Salud PUCE (UADS), las cuales son establecimientos que se dedican al cuidado directo del paciente con Alzheimer. Se pretende obtener datos e información precisa sobre los conocimientos que posee el profesional de enfermería sobre el Alzheimer.

La muestra de la investigación se concentrará en los profesionales de enfermería que desempeñan su rol específico en estas Unidades Asistenciales, ya que son los indicados para concienciar su accionar ante el adulto mayor a través de la atención integral, en el ámbito psicológico, médico – enfermero, socio afectivo, que permitan proporcionar al paciente diagnosticado con Alzheimer la posibilidad de palear de alguna manera el avance de una enfermedad progresiva que día a día va deteriorando su salud.

La investigación se efectuó debido a que a nivel nacional se conoce que el profesional de enfermería de grado académico no se encuentra capacitado, según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en un estudio realizado en el 2016, explica que los profesionales no están preparados para brindar una atención integral o para administrar un tratamiento farmacológico o no farmacológico al paciente con Alzheimer. Si bien en nuestro tiempo no se ha podido encontrar cura para la enfermedad de Alzheimer, disponemos de medicamentos que consiguen ayudar a controlar o aplazar sus indicios durante algún período, esencialmente en las etapas iniciales de la enfermedad, información que es desconocida para el profesional (MSP, 2016).

La investigación proyecta ofrecer datos específicos sobre los conocimientos que mantiene el profesional de enfermería de grado académico, que ya sea por falta de autoeducación o de recursos probablemente no estén capacitados para brindar un atención de calidad que contribuya a la mejora en el paciente diagnosticado con Alzheimer en las

Unidades Asistenciales Docentes de Salud (UADS-PUCE), con el fin de aportar a su formación como profesionales de salud tomando en cuenta que lo primordial es la atención digna y un trato justo ya que al detectar un diagnóstico de Alzheimer no solo destruye la vida de la persona con la enfermedad, sino influye también en la vida de sus familiares y amigos, es por eso que cada uno de los autores revisados anteriormente señala de manera esencial que nadie debe afrontar solo, ni la enfermedad de Alzheimer ni ninguna otra demencia (Yandú, 2018).

Se va a trabajar con todos los profesionales de enfermería de las UADS-PUCE debido a que son un número mínimo de personal, no se va a calcular la muestra, ya que todos son sujetos aptos de participación en el estudio.

El instrumento para utilizarse estará conformado por tres partes: la primera que constará de una guía de entrevista socio demográfica, la segunda parte conformada por un cuestionario sobre conocimientos de la enfermedad del Alzheimer y la tercera parte conformada por una escala de Likert, que en algunos casos serán de auto llenado.

1.3. Objetivos

Objetivo general

Determinar el nivel de conocimientos del profesional de enfermería de grado académico frente al paciente adulto mayor con Alzheimer en las Unidades Asistenciales Docentes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2019.

Objetivos específicos

- Determinar las características socios demográficos de los profesionales de enfermería que laboran en los diferentes Unidades Asistenciales del adulto mayor.
- Identificar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería que laboran en las Unidades Asistenciales. frente al Alzheimer.
- Especificar si el conocimiento determina los cuidados que el profesional proporciona al paciente con Alzheimer.

2. Capítulo II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

En los últimos años el conocimiento respecto al Alzheimer por parte del profesional de enfermería se ha mantenido como algo básico, se dice que la atención a pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) requiere un abordaje multidisciplinar, en el que participarán tanto profesionales como familiares de los pacientes. También ha de ser una atención integrada que garantice un tratamiento individualizado, es decir, según cada caso por las particularidades de cada paciente (y fase de la enfermedad). Recientes estudios por parte de la OMS registrados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (Ortega, 2017). (Quinta edición) y gracias al aporte del Psicólogo Rivadeneira Marcelo nos dice que algunos especialistas opinan que el deterioro cognitivo leve forma parte de manifestaciones pre-Alzheimer, frente a otros que consideran esas manifestaciones como un deterioro mental asociado al envejecimiento: así como nuestro páncreas o incluso el hígado disminuyen su actividad (este último hasta un 35% de su actividad inicial), el cerebro también presenta manifestaciones aisladas que no tienen por qué estar relacionadas con enfermedad alguna. Estos profesionales se basaron en la idea errónea por parte de algunos colegas, de que todas las enfermedades mentales debían ser tratadas de la misma manera, por lo que en particular el Alzheimer tenía un avance progresivo en el paciente y su deterioro era inevitable y sumamente rápido (Ortega, 2017).

A mediados del año 1980, se realizó una investigación en países de América Latina, donde surgieron resultados inesperados, en Centros que según la OMS se dedicaban al cuidado permanente y especializado del adulto mayor con Alzheimer, el personal profesional de enfermería carecía de conocimientos básicos sobre el tratamiento de la enfermedad y lo que fue sorprendente para los investigadores fue que el personal auxiliar tenía más claro el porqué, el cómo tratar y el manejo de dichos pacientes. En la actualidad se conoce que

alrededor del 50% de los profesionales no han tenido avances ni actualizaciones sobre el tema (Ortega, 2017).

En Ecuador, en el Psiquiátrico San Lázaro, se realizó un estudio prospectivo a 15 enfermeras que laboraban en esta casa de salud por más de 15 años, por lo que se obtuvo resultados impresionantes, de las 15 enfermeras 2 conocían a breves rasgos la fisiopatología, causas, y tratamiento de la enfermedad, mientras que 1 persona respondió: que La enfermera puede detectar mediante su trabajo diario, la presencia de síntomas neuropsiquiátricos en las etapas prodrómicas de demencia, con el fin de mejorar el diagnóstico clínico temprano del deterioro cognitivo y funcional. Y al mismo tiempo esta profesional se encontraba actualizada de dicha manera y supo explicar que hallazgos recientes han demostrado que síntomas como la depresión, ansiedad, apatía, irritabilidad, agitación, trastornos del sueño, entre otros síntomas, representan una fase prodrómica de demencia o, al menos, aumentan el riesgo para la conversión de trastorno neurocognitivo leve a trastorno neurocognitivo importante (Ortega, 2017).

2.2. Reseña Institucional

Unidades Asistenciales Docentes de Salud de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador (UADS - PUCE).

2.2.1. Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

En 1967 las Hermanas hospitalarias llegan a Ecuador. La Madre Superiora General, de aquel tiempo, en uno de sus viajes a Bolivia, realizó una escala en nuestra ciudad, Quito (Rochesr, 2016).

Las Hermanas hospitalarias de Pasto, fueron a recibirla y con ellas examinó la situación en la que se hallaba la Psiquiatría en el País. A partir de esta visita delegó a las hermanas de Pasto a que efectuaran las gestiones pertinentes para la fundación de una Clínica

de reposo en Quito para pacientes con enfermedades mentales. Así es como nace la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe que abre sus puertas el 24 de junio de 1967. La comunidad se instaló en febrero del mismo año en una casa que habían obtenido por medio del Banco Pichincha hasta la fecha de su inauguración realizaron los oportunos ajustes para el comienzo de sus diligencias hospitalarias (Rochesr, 2016).

La clínica desde sus inicios está ubicada en la Av. 10 de agosto, N. 27101 y Selva Alegre. En el año 1971, las Hermanas propagan su actividad y se sitúan en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón y en el año 2001 el Centro de Salud Mental Emmett Dalton en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas (Rochesr, 2016).

La Fraternidad de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, fue amparada en Ciempozuelos-Madrid, el 21 de Abril de 1878, por el glorioso San Benito Menii, en aquel tiempo sacerdote de la Orden de San Juan de Dios, en unión con María Josefa y Angustias Ximénez, electos por Dios para dar una solución a la realidad de substracción social de las mujeres con padecimiento mental de aquel tiempo, relacionando dos razonamientos esenciales: misericordia y sabiduría (Rochesr, 2016).

En aquella época, era muy común evidenciar casos de abandono de los enfermos mentales y la carencia de una apropiada asistencia sanitaria pública, resultaba más llamativo en el caso de las personas con padecimientos mentales que, de infantes con anomalías óseas, escrófulas, enfermedades crónicas transmisibles y otras patologías de dudosa procedencia (Rochesr, 2016).

Las aperturas son exclusivamente dificultosas, la dimensión de la sociedad, la falta de medios y de recursos financieros y asistenciales sólo logra ser remediada con la espléndida entrega y sacrificio de las hermanas y las ayudas personales y materiales de algunos colaboradores, benefactores y voluntarios (Rochesr, 2016).

El considerable avance del apoyo sanitario público, tanto en distribución y personal como en patrimonios materiales, esencialmente en las naciones desarrolladas, no afecta el acontecimiento original del período inicial de la Congregación: El ser humano que lamenta su condición día a día debido a la enfermedad y las prohibiciones de la propia sociedad para facilitar la vigilancia humana y asistencial que demanda (Rochesr, 2016).

Por eso el cometido y el espíritu corporativo de la Fraternidad no sólo se mantiene efectivo, sino que es puntual para favorecer en el difícil inconveniente asistencial de los individuos más desfavorecidos (Rochesr, 2016).

2.2.2. Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón

El Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, perteneciente a la Fundación Muñoz Vega, de atención privada. Tiene como Presidente al Arzobispo de Quito como consta en los Estatutos vigentes y admitidos el 13 de marzo de 1970 en aquel tiempo Ministerio de Previsión Social y Trabajo, por acuerdo No. 3997. La Fundación Muñoz Vega: Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón fue fundado en el antiguo seminario San Luis, en la vía a la Mitad del Mundo, ubicado en la Av. Manuel Córdova Galarza, Km. 1 de la ciudad de Quito, Provincia de Pichincha; con una capacidad situada de 247 camas para hospitalización en las diferentes áreas que cubren los numerosos aspectos de la Salud Mental (Roldán, 2014).

Desde sus inicios ha tenido entre sus objetivos prioritarios, proporcionar a los enfermos acogidos en el Instituto, una atención integral que abarca los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales; con una actitud intensamente humana, exquisita aptitud de trato y el máximo respeto a los derechos primordiales de la persona, favoreciendo en su reinserción social y en la defensa de su propia dignidad (Roldán, 2014).

La hospitalidad, entendida en el sentido bíblico de la misericordia y amor hacia las personas es el carisma que define la Congregación y el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón. La Misión sanadora de Jesús Consiste: en la Acogida, Asistencia, Cuidado

especializado y preferente a los enfermos mentales, a personas con discapacidad Física o Psíquica y otros enfermos, teniendo en cuenta las necesidades y exigencias de cada tiempo y lugar, con preferencia a los más pobres y marginados (Roldán, 2014).

Desde una Visión Humanista y cristiana de la persona, considerada en su unidad y dignidad inviolables, acoge a todos sin distinción alguna (Roldán, 2014).

Para el año 2018, el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón se constituye en el referente a nivel nacional en servicios de salud mental, tratamiento de adicciones y cuidados paliativos, en el ámbito de atención hospitalaria, ambulatoria, comunitaria y docente, acreditados en base a la mejora incesante y la investigación científica, transformando sus prestaciones con procesos seguros e inclusivos, encaminados a las necesidades de la población, dentro de un marco de identidad que respeta los valores de la comunidad hospitalaria (Roldán, 2014).

2.2.3. Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor

Es un hospital de referencia nacional especializado en Geriatría, que garantiza atención integral con calidad y calidez a la población adulta mayor, en el marco de las políticas del Estado Ecuatoriano, en las áreas de promoción, prevención, manejo y rehabilitación; con talento humano calificado, motivado y con experiencia fundamentada en el trabajo interdisciplinario (Salazar, 2016).

También es hospital de tercer nivel reconocido por la ciudadanía como una institución de salud accesible, que presta una atención integral de calidad, eficiente y solidaria que satisface las necesidades y expectativas de la población adulta mayor, que se sujeta a principios fundamentales de la salud pública y bioética utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente (Salazar, 2016).

2.2.4. Hospice San Camilo

El Hospice San Camilo es una obra de la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos – FECUPAL que tienen como lema principal Contigo, cuando más lo necesitas, contigo hasta el final. En el 2008 inició su edificación y luego de un arduo trabajo, acogió a su primer paciente en el año 2014. El Hospice San Camilo es la primera Unidad especializada en Cuidados Paliativos de Latinoamérica, un espacio que acoge a pacientes que no consiguen ser atendidos en sus casas de manera satisfactoria (Ortiz, 2016).

Hospice San Camilo cuenta con un equipo multiprofesional y multidisciplinario en las diferentes áreas de la salud: médico, profesional de enfermería, psicólogo, auxiliar en enfermería, nutricionista, fisioterapeuta, apoyo espiritual, emocional y voluntario (Ortiz, 2016).

La labor del Hospice San Camilo se centra en la integralidad de personas con dolencias crónicas, avanzadas, progresivas y con pronóstico de vida condicionada con una atención humanizada, holística y multidisciplinaria en un ambiente de acogida, respeto, comprensión, humildad y que compense las necesidades físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales, en cuidado de una vida plena hasta el final y un acompañamiento humano y apropiado a su familia (Ortiz, 2016).

2.2.5. Hospital Especializado San Juan de Dios

El Hospital Especializado San Juan de Dios en la ciudad de Quito es un Establecimiento, sin fines de lucro, en casos de afiliación, de la Congregación Hospitalaria San Juan. De hoy en día la institución oferta servicios asistenciales a pacientes con padecimiento mental, dipsomanía, fármaco dependencia y cuidado directo al adulto mayor, entregando servicios médicos, psicológicos y de orden espiritual, los cuales se brindan en las

áreas definidas como: Geriátría, Cuidados Paliativos, Adicciones y Psiquiatría (Pasquel, 2017).

San Juan de Dios, aborda sus acciones en el Ecuador en 1967 bajo el nombre de Casa de Reposo San Juan de Dios, como un Corporación Privada sin fines de lucro, autorizada por la Arquidiócesis de Quito, su funcionamiento comienza en la constitución ejecutiva 659 del 8 de junio de 1967. Su labor inicia en el Barrio El Inca, al norte de la Ciudad, trabajando con pacientes que pertenecían al Seguro Social Ecuatoriano, pacientes particulares y de quienes obtenía bonos de solidaridad o pobreza, así esta institución logró prestigio en un corto tiempo, lo que lleva a un acrecentamiento del número de pacientes, entonces resultó que la construcción era demasiado pequeña para abarcar a más pacientes, por lo que se ve la necesidad de edificar un edificio más amplio. Debido a todos estos acontecimientos en el año de 1976 la institución es trasladada al sector del Valle de los Chillos, espacio que fue donado por la Curia Arquidiocesana de ese entonces, en donde empieza la construcción de la actual Clínica Psiquiátrica. Después de esto en 1985 el establecimiento emprende un proyecto basándose en el área de Psicología y geriatría (Pasquel, 2017).

Hoy por hoy, la institución conserva acuerdos corporativos con las siguientes organizaciones: IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social), ISSFA (Instituto de Seguridad Social de Fuerzas Armadas) e ISSPOL (Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional) (Pasquel, 2017).

El Hospital Especializado San Juan de Dios actualmente ha conseguido un gran prestigio tanto a nivel nacional e internacional, en el cuidado directo de pacientes psiquiátricos, cuidado directo al adulto mayor, cuidados paliativos, vigilancia y tratamiento a pacientes con adicciones severas (Pasquel, 2017).

2.3. Bases teóricas

2.3.1. Factores Sociodemográficos de los profesionales de enfermería

El estado de salud y enfermedad por lo general no se dan de manera casual, sino es resultado de patrones donde subyacen las auténticas causas. La representación de estos permite estar al tanto de la distribución y progresión real del estado de salud y enfermedad, del igual modo, proporciona en el profesional una visión más amplia de los inconvenientes de salud que afectan a una determinada población, de esta manera acceden el desarrollo de programas que atiendan estas necesidades. Esta distribución de los escenarios de salud y enfermedad los cuales se encuentra íntimamente ligados a propiedades y particularidades propias de la persona. Estos factores se pueden especificar en variables: demográficas y sociales (Puente, 2016).

2.3.2. Factores sociales

Los factores sociales están establecidos por las interacciones que se dan entre las personas en las diferentes áreas de exposición social. Estos factores, también afectan la salud de las personas; están comprendidas por: el nivel socioeconómico, la ocupación, el estado civil, el origen y el tipo de familia del que proviene el individuo (Puente, 2016).

Ocupación: consiste en un trabajo remunerado, en asistencia de un empleador. También, es uno de los sumarios primordiales que sirven para establecer la posición social y económica de la persona. Las circunstancias habituales bajo las cuales trabaja una persona, por ejemplo, la cantidad de ejercicio físico, resistencia mental o alteración de la rutina relacionada con una clase definitiva de labor, puede desempeñar un papel definitivo en la aparición de enfermedades (Puente, 2016).

El nivel de actividad física que la responsabilidad demanda, también puede establecer un riesgo para la salud. Los trabajadores administrativos cuyas

responsabilidades no encierran actividad física están menos arriesgados al riesgo de enfermedad de cualquier tipo de etiología, en comparación con aquellos empleados con funciones activas (Puente, 2016).

Estado civil: es la situación de los individuos establecida por sus relaciones de familia, procedentes del matrimonio o del parentesco, que constituye ciertos derechos y deberes. Sin embargo, las situaciones del estado civil de una persona pueden modificar de una etapa a otra, la categorización de etapas civiles más tradicional es la siguiente: soltero/a, casado/a, divorciado/a, viudo/a, conviviente, separado/a (Puente, 2016).

Esta variable es muy manejada en numerosos estudios, a menudo se encuentra afín con la mortalidad y la morbilidad. La tasa ordinaria de mortalidad en hombres y mujeres es más alta entre divorciados, viudos y solteros, en balance con los que se encuentran casados que es considerablemente más baja (Puente, 2016).

2.3.3. Factores demográficos

Son particularidades propias del individuo que determinan la distribución de la salud y la enfermedad y son:

a) Edad: es el período de existencia acontecido desde el nacimiento de un individuo, a su vez se delimita como cada una de las etapas en que se considera dividida la vida humana. Este es uno de los componentes de mayor importancia en la aparición de enfermedades, pues los cambiantes dominios biológicos, o de conducta, varían los tipos de enfermedad a los cuales están expuestas los individuos (Puente, 2016).

b) Sexo: la percepción de sexo está afín a una serie de variantes que llevan a la diferenciación de las especies. El sexo es el carácter que se le implanta a una especie de modo específico, estas son las que conocemos como femenino y masculino. A su vez, simboliza también una taza poblacional significativa, ya que aparta a la especie humana en dos, concretando en cada una tareas y roles distintos (Puente, 2016).

c) **Estilo de vida:** Desde hace mucho tiempo atrás, ya se discutía de estilos de vida; en relación con esto se dice que es el hábito de vida o forma de vida que hace referencia a un conjunto de acciones periódicas elaboradas por las personas, algunas no saludables (Puente, 2016).

Se piensa como la unidad de lo general y lo individual, es la elaboración de la personalidad en la experiencia social diaria y en la solución de sus necesidades. Este se establece por métodos sociales, tradiciones, costumbres, conductas y comportamientos de los sujetos y grupos de población que sobrellevan a la complacencia de las necesidades humanas para conseguir la calidad de vida (Puente, 2016).

2.3.4. Enfermedad de Alzheimer

Definición

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia, un grupo de trastornos cerebrales que causa la pérdida de las habilidades intelectuales y sociales. En la enfermedad de Alzheimer, las células del cerebro se deterioran y mueren, lo que provoca una disminución de la capacidad de la memoria y de la función mental (Ortega, 2019).

El adulto mayor es el individuo comprendido entre la edad de 64 años en adelante, según consta en la Constitución de la República del Ecuador, en el capítulo tercero: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria y en la Sección primera Adultas y adultos mayores Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia (Ecuador, 2015).

Los repentinos cambios de memoria que dificultan la vida cotidiana, la dificultad para resolver problemas, el conflicto para desempeñar tareas usuales en casa, en su sitio de trabajo

o en su tiempo libre, la pérdida de orientación respecto al tiempo o lugar en donde se encuentran, el problema para comprender representaciones visuales y cómo los objetos se relacionan uno al otro en el ambiente, los nuevos inconvenientes con el uso de palabras en el habla o lo escrito, la colocación de objetos fuera de lugar y la falta de habilidad para retrasar sus pasos, la disminución o falta del buen juicio, la pérdida de iniciativa para tomar parte en el trabajo o en las actividades sociales y los cambios en el humor o la personalidad, constituyen los primeros signos y síntomas de esta patología, el no considerarlos a tiempo, únicamente determinará mayor afección en el sujeto que lo posee, por lo que es menester brindar atención oportuna a estos pacientes (Ortega, 2019).

2.3.5. Fases del Alzheimer

- **Primera Fase del Alzheimer: Fase Leve**

Esta etapa inicial tiene una persistencia aproximadamente de 3 años y en ella se puede visualizar un mínimo deterioro en la memoria episódica. El paciente desconoce eventos recientes, a pesar de que hayan pasado 15 o 20 minutos de un acontecimiento explícito.

De la misma manera, el discernimiento de su medio ambiente en donde desarrolla sus actividades se ve degradado, lo mismo que la memoria en cuanto al tiempo y el espacio (Brescané, 2017).

En el paciente empieza a surgir una representativa confusión de lo que lo rodea, no reconoce de manera correcta el lugar donde está. Es así que es muy habitual que la persona no recuerde cómo llegar a los lugares que siempre ha concurrido, saber dónde están las casas de sus familiares, a las que siempre ha visitado; qué dirección tomar para ir a su lugar de trabajo, o simplemente se le complica recordar el camino para retornar y llegar de vuelta a casa. Al citar actividades esenciales que puede presentar este tipo de paciente podemos decir que no recuerda la fecha, en el que se encuentra actualmente, desconoce la hora a pesar de

que observe que una mañana, para el paciente se presenta como noche o inversamente (Brescané, 2017).

De la misma manera nacen otros signos y síntomas como la depreciación en la concentración y fatiga que con el pasar del tiempo se vuelve más evidente. Se muestran con frecuencia cambios en el estado de ánimo y sintomatologías de depresión, falta de interés en realizar actividades que antes disfrutaba hacer. De igual manera la persona comienza a notarse molesta o inquieta y en ocasiones muestra conmoción e incertidumbre. Estos síntomas ocurren por lo general en el atardecer o por la noche. Por otra parte, la locución, las destrezas motoras y la percepción en esta etapa aún permanecen conservadas. El paciente tiene la capacidad de mantener una plática, percibe bien y maneja los instrumentos sociales de la comunicación (señas, modulación, locución y cualidades) de manera normal (Brescané, 2017).

- **Segunda Fase del Alzheimer: Fase Moderada**

En la segunda fase del Alzheimer, todos los ámbitos en la memoria del paciente comienzan a deteriorarse. Esta fase tiene una permanencia aproximada de 5 años, durante el cual se originan significativas transformaciones en la función cerebral con la presencia de síndromes más alarmantes. Empiezan a nacer dificultades en la locución, es decir, el habla (afasia), imposibilidad de ejecutar movimientos ya aprendidos (apraxia) y discapacidad para identificar personas u objetos (agnosia) (Brescané, 2017).

A pesar de que la discapacidad no es total, el paciente en esta fase todavía reconoce familiares y conserva la ubicación personal, es decir, el paciente recuerda su nombre, la edad que tienen en la actualidad y en algunos casos lograr describir el lugar en donde nació, pero con el pasar del tiempo sus alucinaciones son más frecuentes (Brescané, 2017).

Por otro lado, el paciente se muestra negligente en su higiene personal. No mantiene una imagen personal como solía tenerla, la pulcritud de su imagen con el pasar del tiempo se

va deteriorando, es visible el descuido y al momento en el que un familiar cercano le ofrece ayuda su enojo y frustración es notorio a simple vista (Brescané, 2017).

Surgen algunos signos y síntomas de prototipo psicótico. Supone que observa personas, escucha silbidos, voces y murmullos (Brescané, 2017).

Pregunta por personas que ya murieron y todas estas representaciones pictóricas que pasan por su imaginación, efectivamente inquietan y frustran al paciente. De la misma forma, la represión de emociones crece considerablemente (Brescané, 2017).

La dependencia en relación con un cuidador o familiar cercano se torna cada vez mayor. Las distracciones que solía disfrutar, las actividades en un grupo de amigos, o momentos de diversión pierden totalmente su valor, el paciente se muestra molesto, inactivo, indiferente o semidormido (Brescané, 2017).

En este período resulta indiscutible que la capacidad del enfermo para desarrollar un pensamiento coherente y la destreza para desarrollar operaciones de cálculo desvanecen por completo. El paciente está en la capacidad de ejecutar acciones u operaciones sencillas (Brescané, 2017).

- **Tercera Etapa del Alzheimer: Fase Crónica**

En esta tercera y última fase, se muestra una extensa y evidente afectación de todas y de las facultades intelectuales. Las sintomatologías cerebrales se complican severamente notándose sobre todo la dureza muscular, así como el rechazo al cambio de posición. Aparecen crisis epilépticas y palpitaciones (Brescané, 2017).

El paciente de Alzheimer en esta etapa ya no reconoce a sus seres más allegados e inclusive no identifica su propio rostro reflejado en el espejo. La personalidad cambia considerablemente. Se manifiestan indiferentes, perdiendo capacidades básicas alcanzadas como vestirse, lavarse los dientes caminar o comer, y muestran pérdida a la respuesta del dolor (Brescané, 2017).

Esta fase viene acompañada por incontinencia urinaria y fecal. En gran totalidad los pacientes terminan encamados y con una alimentación concurrida (Brescané, 2017).

2.3.6. Conocimientos del profesional de enfermería

Con la finalidad de analizar y explicar el nivel de conocimiento por parte del profesional de enfermería se destaca lo siguiente: el conocimiento ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología. Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, distingue 2 formas de definir el conocimiento: Primero, considerando el conocimiento como un acto, y segundo el conocimiento como un producto (Covey, 2017).

En la Primera definición asume que el conocimiento es un acto o proceso psíquico que realizamos en cuanto somos conscientes, y consiste en percibir, intuir y observar un hecho, propiedad o cosa del mundo, directamente por medio de los sentidos. En el conocer, el sujeto toma contacto con el objeto, pero de una manera no física, pues la aprehensión o capacitación cognoscitiva propiamente dicha es de naturaleza psíquica. Y en la segunda definición afirma que, el conocimiento es una formulación de los hechos, los caracteres o las propiedades de los objetos (Covey, 2017).

Dicho en otras palabras, el conocimiento desde este enfoque viene a ser el producto del acto de conocer. Los conocimientos entendidos como resultado, producto o contenido significativo, se puede adquirir, acumular, transmitir, examinar, medir y derivar unos de otros (Ortega, 2019).

Del mismo modo diferencia tres formas o niveles de conocimiento: el vulgar, el científico y el filosófico (Ortega, 2019).

a) Conocimiento Vulgar: los conocimientos se adquieren en forma espontánea o natural, están estrechamente vinculados con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos y por lo general se refieren a problemas inmediatos que la vida le

plantea. El sujeto trabaja con intuiciones vagas y razonamientos no sistemáticos, ganados un poco al azar. La organización metódica y sistemática del conocimiento permite pasar del saber vulgar al científico (Ortega, 2019).

b) Conocimiento Científico: se caracteriza por ser selectivo, metódico y sistemático, se basa constantemente en la experiencia y busca explicar racionalmente los fenómenos. Lo cual le da un carácter riguroso y objetivo, y hace que el, sin perder su esencia teórica, sea eficaz instrumento de dominio de la realidad. La ciencia es un saber que se apoya en observaciones metódicas en procesos racionales claramente definidos, precisos y ordenados. En este aspecto el conocimiento filosófico es exactamente igual al científico, con la diferencia que aborda problemas más difíciles de resolver, objetos más huidizos a la captación y además aplica permanentemente la crítica a sus propios métodos y principios (Ortega, 2019).

c) Conocimiento Filosófico: esclarece el trabajo de las ciencias y describe su fundamento de verdad; pone además a prueba todas las certezas y nos instruye sobre los alcances de nuestro saber. Se caracteriza por ser eminentemente problemático y crítico, incondicionado y de alcance universal, cuyos temas de investigación van más allá de la experiencia; ganando así un nivel superior de racionalidad gracias a la cual el hombre intenta dar una explicación integral del mundo y de la vida (Ortega, 2019).

El conocimiento es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce con el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se haya indisolublemente a la actividad práctica (Ortega, 2019).

Afanastev define conocimiento como: “La asimilación espiritual de la realidad, indispensable para la actividad práctica, en el proceso del cual se crean los conceptos y teorías. Esta asimilación refleja de manera creadora, racional y activa los fenómenos, las

propiedades y las leyes del mundo objetivo y tiene una existencia real en forma de sistema lingüístico” (Robles, 2017, p. 85).

Otras definiciones señalan: El conocimiento es: “Acción o efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia, razón natural. Cada una de las facultades sensoriales del hombre en la medida en que están activas. Noción, ciencia, sabiduría.” (Robles, 2017, p. 87).

Para Mario Bunge: “el conocimiento está constituido por un cuerpo un conjunto de ideas comunicables, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, fundados y coherentes o vagas y difusas” (Robles, 2017, p. 87).

2.4. Bases legales

Según el Código Civil del Adulto Mayor y enfermedades mentales progresivas.

Art 32. Derecho a recibir una atención digno con calidad y calidez

Análisis: Las personas de edad avanzada tienen derecho a recibir apoyo y cuidado de la familia, de acuerdo con la situación de ésta, además de tener derecho a recibir servicios de salud que les ayuden a mantener o volver a adquirir un nivel óptimo de bienestar físico y mental, y a impedir o retrasar las enfermedades (Ecuador, 2015)

Según el Código Civil del Adulto Mayor y enfermedades mentales progresivas.

Art 26. Derecho a conocer de la enfermedad en todos sus ámbitos.

Análisis: Uno de los derechos fundamentales del individuo que sufre Alzheimer es que se le hable con la verdad y se le informe del diagnóstico, pero en general el personal de salud se encuentra a menudo con un problema ético, más que legal, ya que muchos familiares solicitan que no se le comunique al enfermo lo que tiene; otros incluso llegar hacer amenazas, lo cual nos coloca entre la espada y la pared (Ecuador, 2015)

Según el Código Civil del Adulto Mayor y enfermedades mentales progresivas.

Art 18. Derecho a conocer de la enfermedad en todos sus ámbitos. Parte 2.

Análisis: Una de las situaciones más comunes es que el paciente sea invalidado legalmente para ceder sus propiedades mediante un testamento u otro tipo de acuerdo, lo que sucede en el momento que se establece el diagnóstico. Este ordenamiento puede ser discutible, pero el espíritu de la ley busca la protección del individuo y establece que debe nombrarse un tutor o albacea que se responsabilice de los bienes del afectado (Ecuador, 2015).

2.5. Definición de términos básicos

Alzheimer: “La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurológica encuadrada en el grupo de las neurodegenerativas (son las que producen degeneración de las células esenciales del sistema nervioso, las neuronas). Es la enfermedad que más frecuentemente causa demencia senil (pérdida de facultades mentales en el anciano)” (Naranjo, 2014, p. 26).

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

a) La informal: mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso Salud – Enfermedad y suele completarse con otros medios de información (Covey, 2016, p. 128).

b) La formal: viene a ser aquella que se imparte en las escuelas donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular (Covey, 2016, p. 128).

Profesional de Enfermería: La enfermería es una disciplina profesional que abarca cuidados autónomos y en colaboración que se ofrecen a las personas, familias y grupos poblacionales, enfermos o sanos; estos cuidados incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de las personas en condición de discapacidad e incluso moribundas (Suarez, 2018).

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), las funciones esenciales del profesional son: la indagación, la protección, brindar un ambiente seguro, la intervención en la estrategia de salud y administración en sistemas de salud (Suarez, 2018).

Deben ir anclados al uso de las teorías y modelos propios de la disciplina que se han generado para impactar de manera positiva sobre la vida de los pacientes y de sus cuidadores directos e indirectos, primarios y/o secundarios (Suarez, 2018).

2.6.Hipótesis

Los cuidados de enfermería para pacientes con Alzheimer, depende directamente del conocimiento que los profesionales tengan sobre la enfermedad.

2.7. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA
Factores sociodemográficos	Características esenciales de una población determinada (Manrique, 2019).	Edad	Número de años obtenidos desde el nacimiento hasta el día de la ejecución de la presente investigación.	Rango de: 20 a 25 años	Cualitativa Nominal
				Rango de: 26 a 31 años	
				Rango de: 32 a 37 años	
				Rango de: 37 a 43 años	
				Rango de: 44 a 49 años	
				Rango de: 50 a 55 años	
				Rango de: 55 y más años	
		Género	Conjunto de particularidades utilizadas en la sociedad para diferenciar entre masculinidad y feminidad.	Masculino	Cualitativa Nominal
				Femenino	
		Estado Conyugal	Situación de las personas en relación con su vida en pareja.	Soltero	Cualitativa Nominal
				Casado	
				Conviviente	
				Separado	
				Divorciado	
		Tiempo de servicio	Tiempo transcurrido desde que ingreso a la institución hasta la actualidad	0-12 meses	Cualitativa Ordinal
				1-3 años	
4-6 años					
7-10 años					
10 años y más					

		Asistencia a cursos de capacitación	Cuando el profesional de enfermería asiste o asistió a cursos o seminarios a cerca del cuidado del paciente con Alzheimer	Si asiste a cursos de capacitación	Cualitativa Nominal
				No asiste a cursos de capacitación	
		Especialización en el cuidado al adulto mayor	Cuando el profesional de enfermería tiene una especialización o estudios avanzados en cuidado al adulto mayor	Si tiene especialización	Cualitativa Nominal
				No tiene especialización	
Conocimientos sobre el Alzheimer	El conocimiento de la enfermedad de Alzheimer es una base fundamental para el diagnóstico precoz y para reducir el deterioro del paciente. El grado de conocimiento de la de la enfermedad de Alzheimer en los profesionales de salud y en la población general es primordial para perfeccionar la atención y en última instancia, perfeccionar la calidad de vida de las personas diagnosticadas con esta patología y a sus encargados, así como disminuir su sobrecarga (Salazar, 2016). Muchos estudios han confirmado que aquellas personas con mayor conocimiento	Alto	Es el conocimiento en el cual se determina que el profesional de enfermería conoce respecto a la patología, síntomas, diagnóstico, fases, tratamiento y evolución.	De 8 a 11 preguntas correctas establecidas en el cuestionario	Cualitativa Nominal
		Medio	Es el conocimiento en el cual se determina que el profesional de enfermería conoce de forma básica y general la patología, síntomas y tratamiento	De 5 a 7 preguntas correctas establecidas en el cuestionario	Cualitativa Nominal
		Bajo	Es el conocimiento en el cual se determina que el profesional de enfermería no conoce respecto a la patología.	De 0 a 4 preguntas correctas establecidas en el cuestionario	Cualitativa Nominal

	de la enfermedad están más aptas para identificarla tempranamente y buscar un tratamiento óptimo (Salazar, 2016). Conjuntamente, la formación y la instrucción con profesionales de la salud puede mejorar los resultados de los pacientes en ambientes de atención clínica y comunitaria y un mejor conocimiento de la enfermedad en la población puede disminuir el estigma y mejorar el apoyo de la colectividad (Salazar, 2016).				
Cuidados de enfermería	Los cuidados enfermeros se basan en aquellas atenciones que los profesionales brindan a sus pacientes. Cada paciente demanda un tipo de asistencia con características especiales, es por eso que los cuidados de enfermería están encaminados a supervisar el bienestar de los más necesitados (Santander, 2018).	Integrales	Los cuidados integrales están basados en el conocimiento científico, amplio y acertado sobre la enfermedad de Alzheimer, el cual están cimentado en el enfoque para atender todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas, en coordinación de esfuerzos para ayudar al paciente a tolerar el tratamiento, las pruebas y procedimientos médicos.	Porcentaje de profesionales en enfermería que proporcionan cuidados integrales al paciente con Alzheimer	Cualitativa Nominal
		No integrales	Son los cuidados que no están basados en un conocimiento científico y preciso, pero que a pesar de ello brinda ayuda y proporciona cuidados al paciente con Alzheimer.	Porcentaje de profesionales en enfermería que proporcionan cuidados no integrales al paciente con Alzheimer	
Unidades Asistenciales de Salud (UADS - PUCE)	Unidades Asistenciales Docentes de Salud de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, en donde se brinda cuidados directos al Adulto Mayor con diferentes patologías.	Privada	Institución de cuidado al adulto mayor, en donde sus dueños, socios y accionistas son personas no gubernamentales, en el cual el paciente cancela un rubro por la obtención del servicio.	4 instituciones	Cualitativa Nominal

		Pública	Institución de cuidado al adulto mayor que está controlada por entidades gubernamentales en donde el servicio a la salud es gratuito.	1 institución	Cualitativa Nominal
--	--	---------	---	---------------	---------------------

Tabla 1: Operacionalización de variables.

3. Capítulo III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Metodología

La investigación es de tipo descriptivo y de corte transversal, ya que se va a demostrar una realidad tal y como se presenta en un tiempo determinado, sobre los conocimientos por parte del profesional de enfermería sobre el Alzheimer en los adultos mayores de las Unidades Asistenciales Docentes de Salud de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador.

La investigación tendrá un enfoque cuantitativo porque permite medir o cuantificar la variable de estudio. El método utilizado es descriptivo ya que identifica características del profesional de enfermería, asociando las variables relacionadas con el conocimiento sobre el Alzheimer.

Dicha población está compuesta por los profesionales de enfermería de las Unidades Asistenciales Docentes de Salud de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador (UADS – PUCE), en donde se brinda cuidados directos al Adulto Mayor con diferentes patologías, entre las cuales son: Clínica Nuestra Señora de Guadalupe con 8 profesionales de enfermería, Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón con 17 profesionales de enfermería, Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor con 22 profesionales de enfermería, Hospice San Camilo con 8 profesionales de enfermería y el Hospital Especializado San Juan de Dios con 15 profesionales de enfermería, los cuales cumplen turnos de 8 horas y sus funciones son desempeñadas en Cuidados Paliativos y Psiquiatría respectivamente.

3.2. Criterios de Inclusión

- Enfermeras nombradas y contratadas que laboren en la institución seleccionada
- Enfermeras con participación voluntaria en la investigación.
- Enfermeras con título de tercer nivel o maestría.

3.3. Criterios de Exclusión

- Enfermeras que se encuentran de vacaciones o con diferente tipo de permiso autorizado.
- Personal técnico o auxiliar en enfermería.
- Personal de enfermería que se encuentre en calidad de pasantes en estos centros de cuidado.

Al momento de iniciar con el trabajo planteado se brindará las debidas recomendaciones y pasos a seguir, para la realización de la investigación se contará con el apoyo de los profesionales de enfermería, para ello previamente se tendrá una entrevista con cada profesional que participará en el estudio, quienes están descritas en los criterios de inclusión; para ello se hará firmar un documento de consentimiento informado (Anexo N.º 1) tomándose en cuenta los códigos internacionales de Ética aplicados y aceptados por la OMS y para recolectar los datos se utilizará la Técnica de Encuesta y como instrumentos el Cuestionario Semiestructurado y una escala modificada tipo Likert que se aplicará al personal de enfermería que laboran en los diferentes centro de cuidado, con el objetivo de obtener información sobre conocimientos y sus actitudes hacia la enfermedad de Alzheimer.

Para medir la variable conocimiento se utilizará un cuestionario con su instructivo respectivo, con datos generales y preguntas propias del tema de investigación (Anexo N.º 2).

Para medir la variable actitudes se utilizará la escala de Likert modificada (Anexo N.º 3).

Previo a la recolección de datos se realizará las respectivas coordinaciones: trámite administrativo solicitando campo clínico a través de un oficio para luego aplicar el instrumento, permaneciendo como estudiante de enfermería durante las horas necesarias, considerando una duración promedio de 15 a 20 minutos recolectando la información de manera directa y asegurando el resultado del instrumento aplicado.

Luego de concluir la recolección de datos, estos serán procesados de forma manual y a partir de ellos se elaborará la tabla Matriz de codificación tripartita sobre la base de códigos previamente establecidos, para dicho procesamiento se hará uso del programa Microsoft Excel (Anexo N.º 4 y 5).

Para la presentación de los resultados se utilizará gráficos estadísticos para su análisis e interpretación respectivos considerando el marco teórico.

Para proteger la identidad de los profesionales de enfermería en los diferentes Centros de Cuidado, no se recogieron las pruebas con nombres y apellidos, es decir los profesionales actuarán bajo el papel de anónimos, la encuesta se realizará al momento en que las enfermeras dispongan de su tiempo libre establecido.

Para garantizar que exista confidencialidad de la información recogida no se comentará ni se mostrará los resultados que se obtuvo a personas que tengan conocimiento del proceso de la investigación, todo esto será de único uso del grupo de personas que somos responsables de dicho trabajo.

Es de vital importancia expresar a los profesionales de forma verbal y escrita todas las condiciones con las que se llevará a cabo el desarrollo de la investigación, para evitar malos juicios o entendidos.

No se observa riesgo alguno al ser parte de la investigación, si se obtuviese beneficio al observar casos de mayor eventualidad se comunicará inmediatamente al tutor de esta investigación para poder obtener autorización e informar a cada participante.

3.4.Resultados

3.4.1. Resultados factores socio demográficos

Gráfico 1. Representa la edad de los profesionales de enfermería que participaron en el estudio y fue establecido por rangos de 5 años de diferencia.

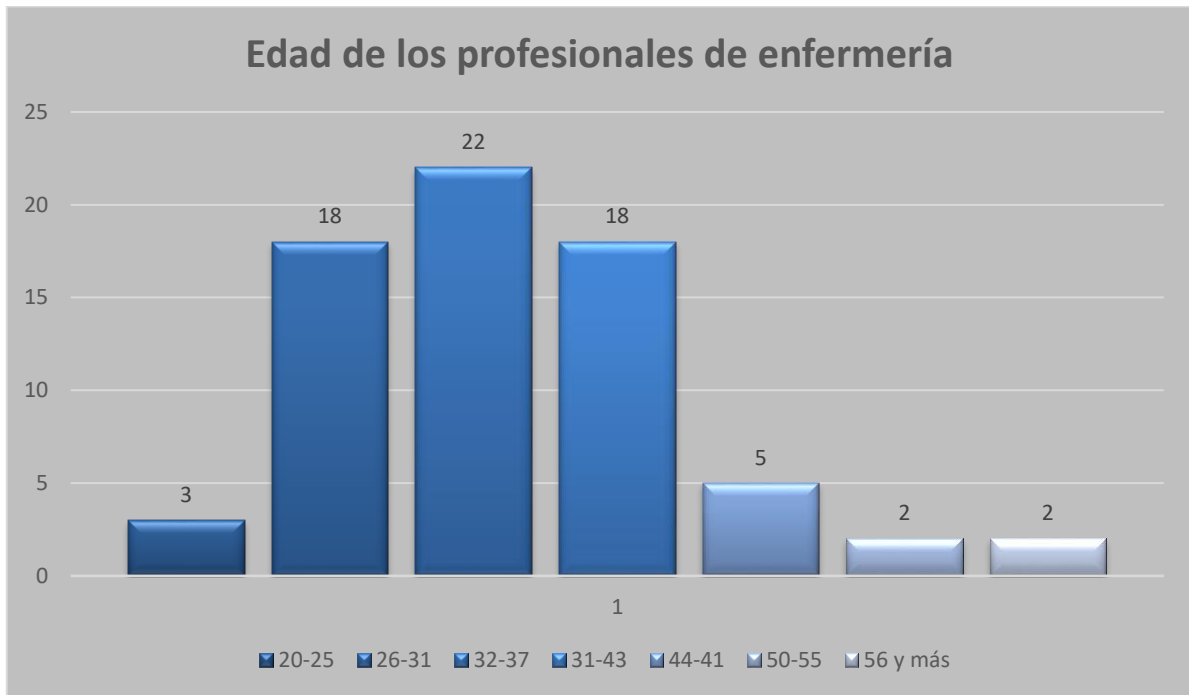


Gráfico 1: Edad de los profesionales de enfermería.

Gráfico 2. Representa el género de los profesionales de enfermería que participaron en el estudio y fue establecido en 2 grupos: masculino y femenino.



Gráfico 2: Género de los profesionales de enfermería.

Gráfico 3. Representa el estado conyugal de los profesionales de enfermería que participaron en el estudio y fue establecido en 6 grupos: solteros, casados, convivientes, separados, divorciados y viudos.

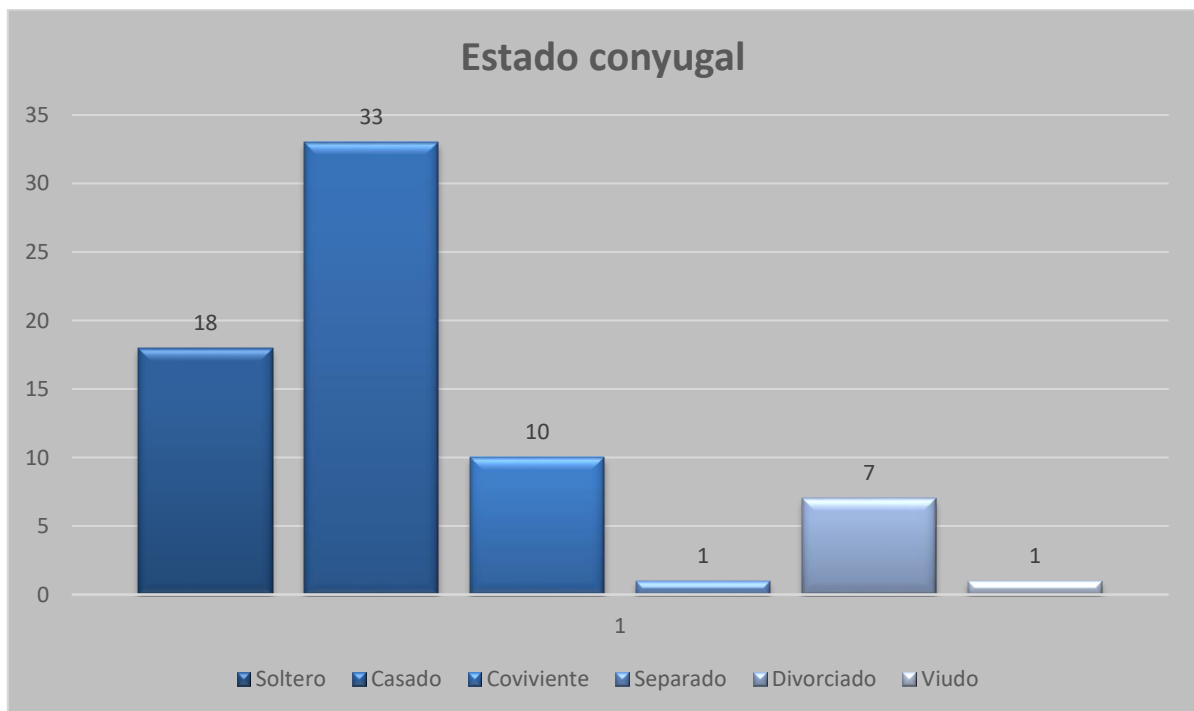


Gráfico 3: Estado conyugal de los profesionales de enfermería

Gráfico 4. Representa el tiempo de servicio de los profesionales de enfermería que participaron en el estudio y fue establecido por grupos de meses y años.

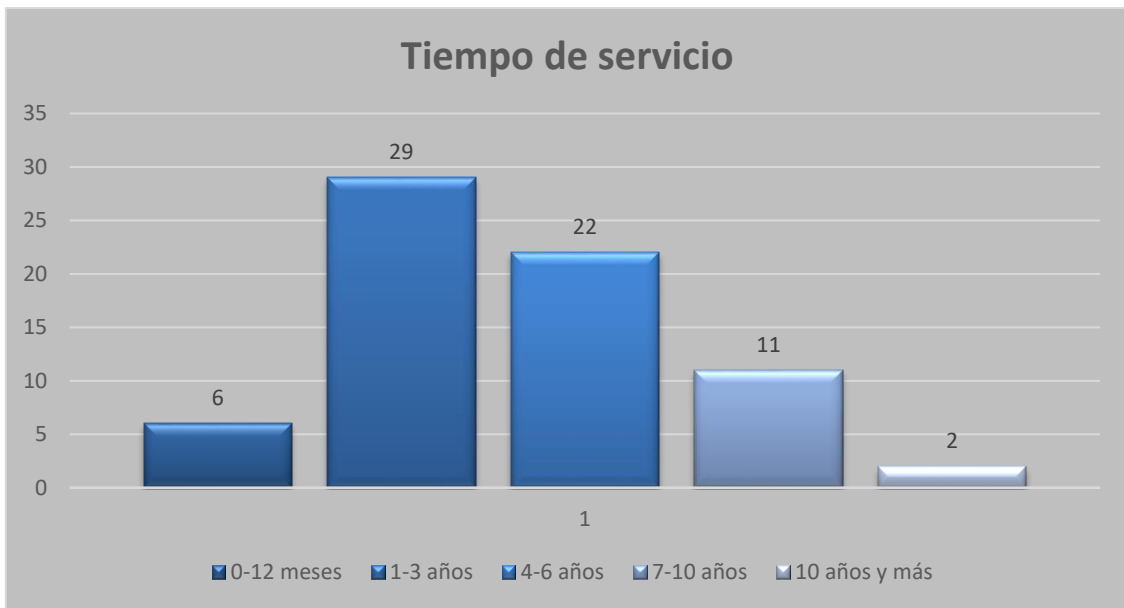


Gráfico 4: Tiempo de servicio de los profesionales de enfermería

3.4.2. Resultados de Conocimiento

Gráfico 5. Representa si los profesionales de enfermería asienten o no a cursos de capacitación del adulto mayor con enfermedad de Alzheimer y fue establecido en grupos.

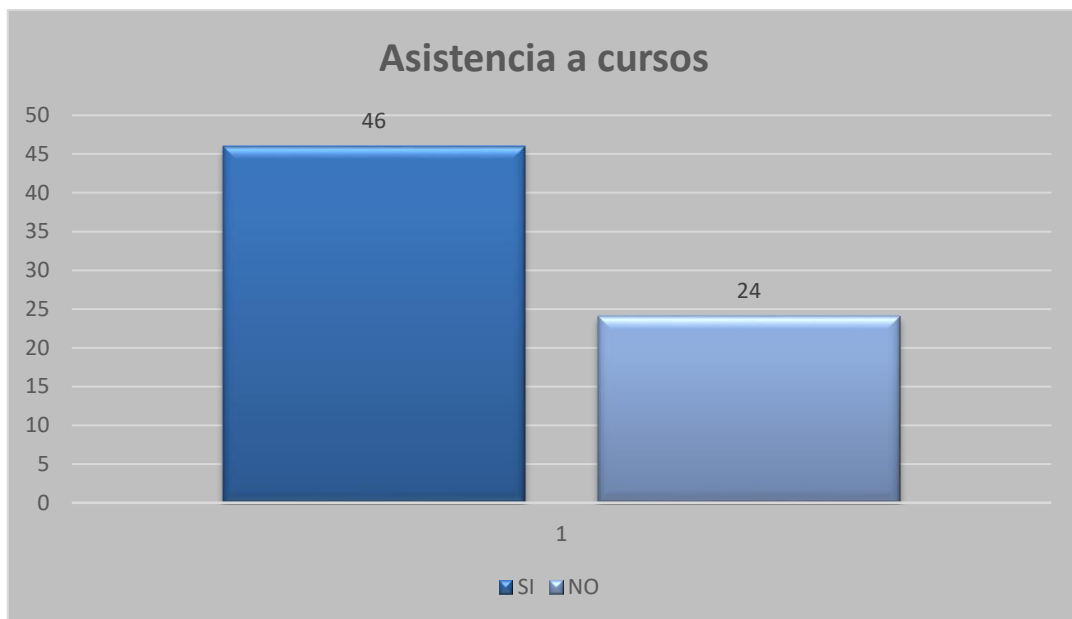


Gráfico 5: Asisten o no los profesionales de enfermería a cursos de capacitación del adulto mayor con enfermedad de Alzheimer.

Gráfico 6. Representa si los profesionales de enfermería tienen o no especialización en el cuidado del adulto mayor y fue establecido en grupos.

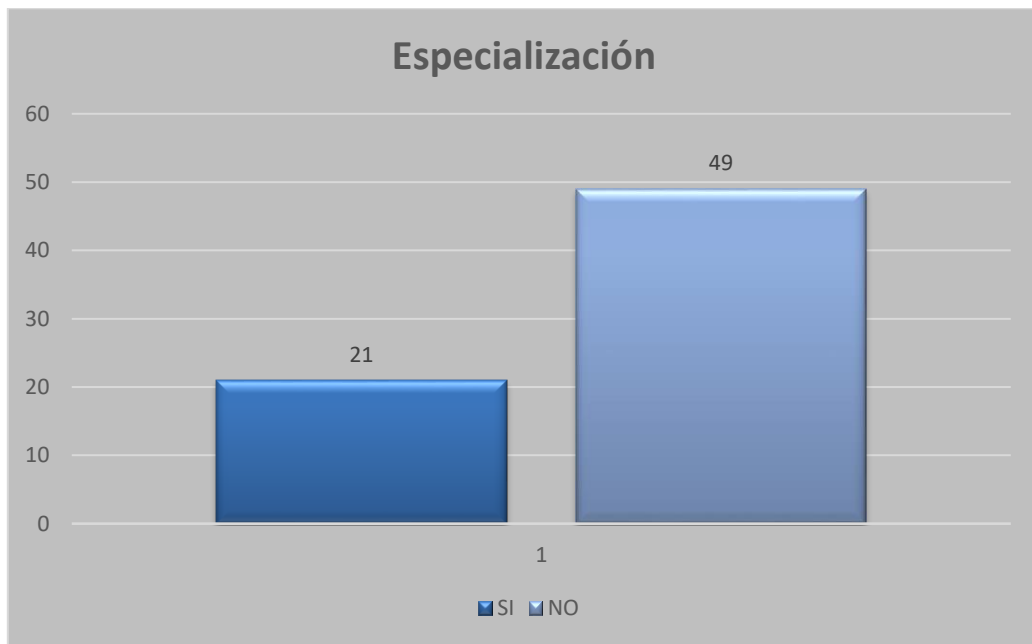


Gráfico 6: Si los profesionales de enfermería tienen o no especialización en el cuidado del adulto mayor.

Gráfico 7. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre la definición de demencia.



Gráfico 7: Definición de demencia

Gráfico 8. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre la definición de Alzheimer.

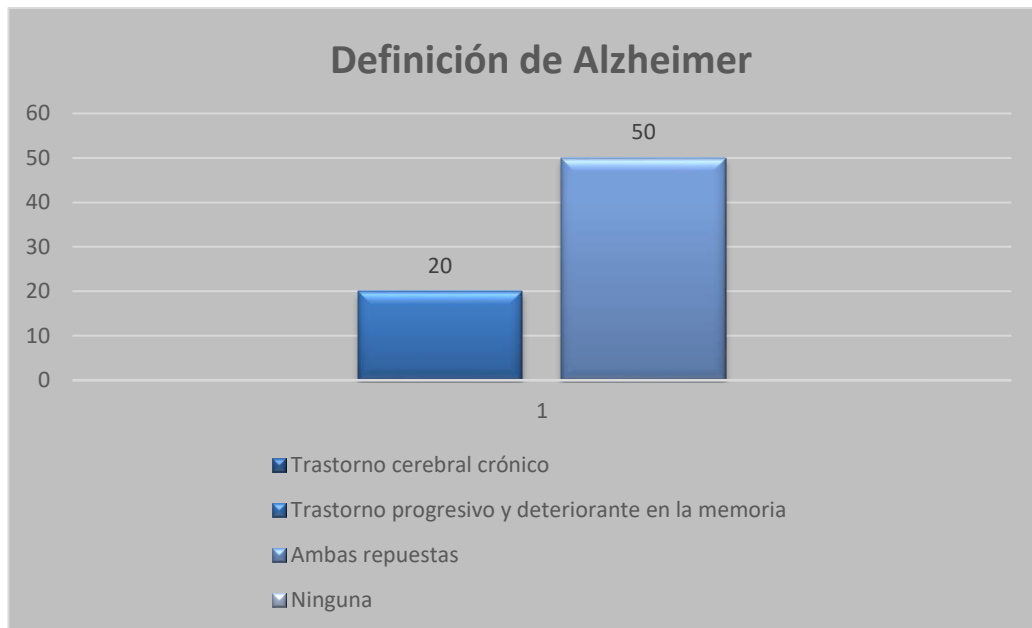


Gráfico 8: Definición de Alzheimer.

Gráfico 9. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre los síntomas que acompañan al Alzheimer.

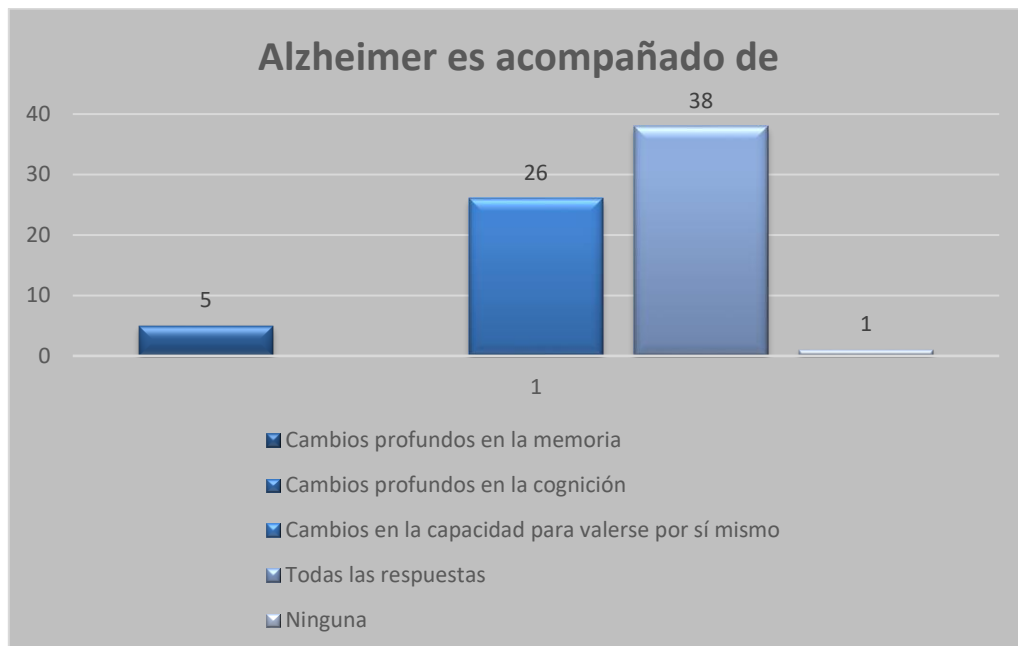


Gráfico 9: Que acompaña a la enfermedad de Alzheimer.

Gráfico 10. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre síntomas de la enfermedad de Alzheimer.

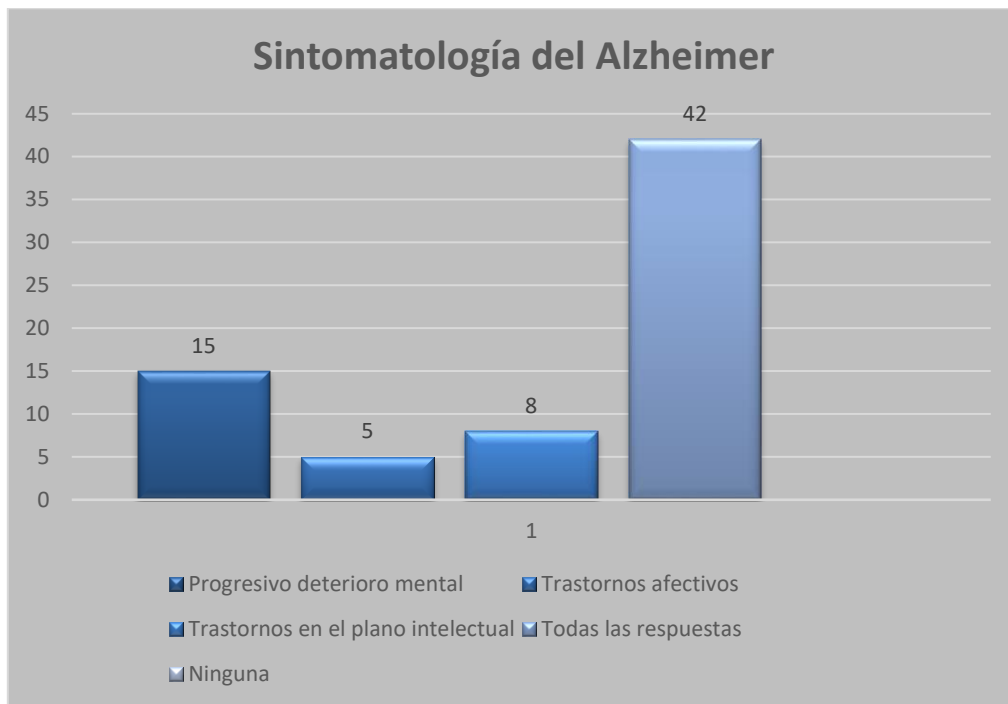


Gráfico 10: Sintomatología de la enfermedad de Alzheimer.

Gráfico 11. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre las capacidades que tiene el paciente Alzheimer.

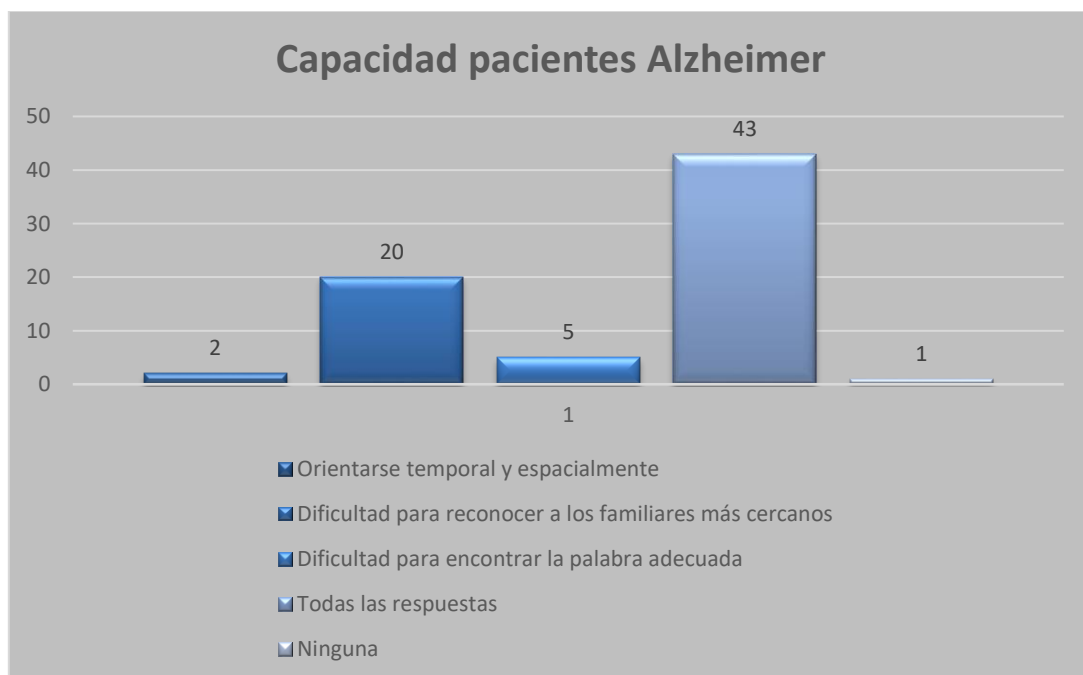


Gráfico 11: Capacidades del paciente con Alzheimer.

Gráfico 12. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el proceso del Alzheimer y para quien se torna más doloroso.

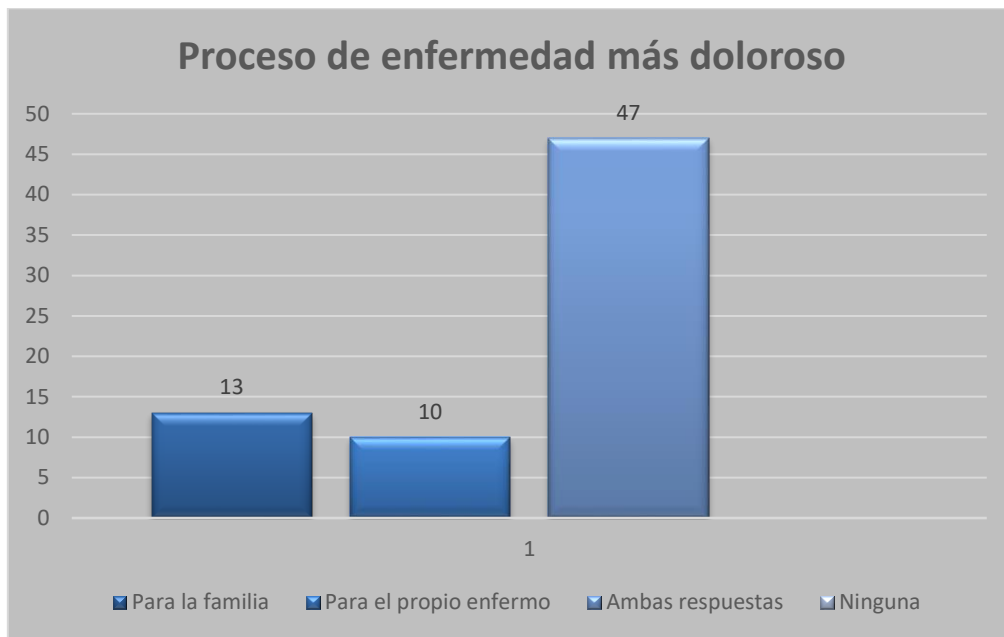


Gráfico 12: Para quién se torna más doloroso el proceso de la enfermedad del Alzheimer.

Gráfico 13. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre la relación que existen entre las exploraciones como la tomografía computarizada y por resonancia magnética.

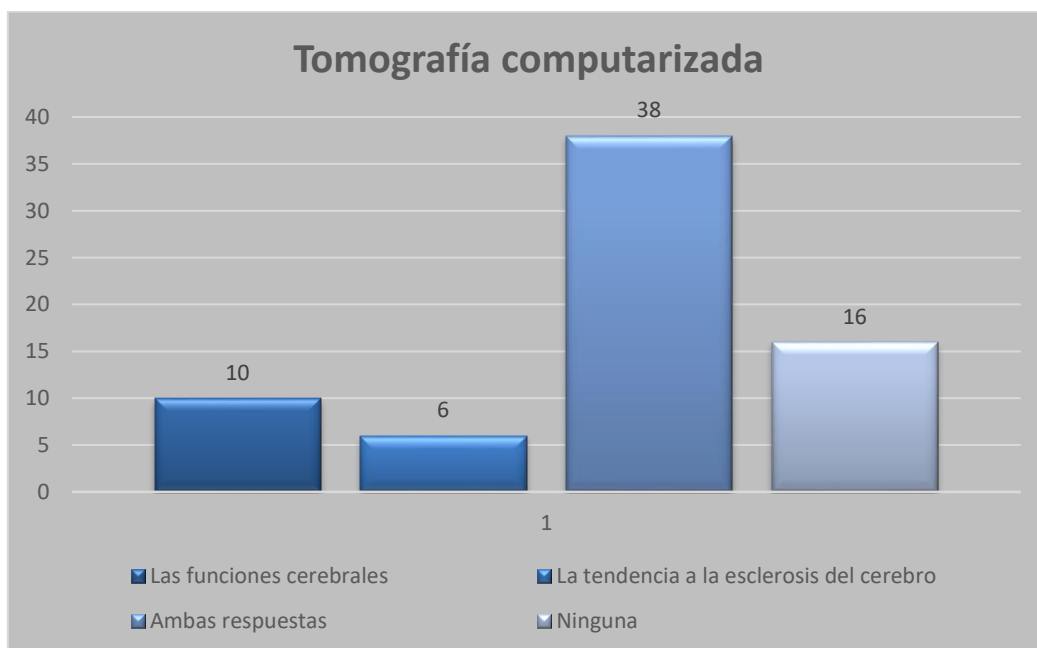


Gráfico 13: Las exploraciones como la tomografía computarizada y por resonancia magnética no han podido establecer ninguna relación

Gráfico 14. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre las maneras que se puede utilizar para descartar otras causas de demencia.

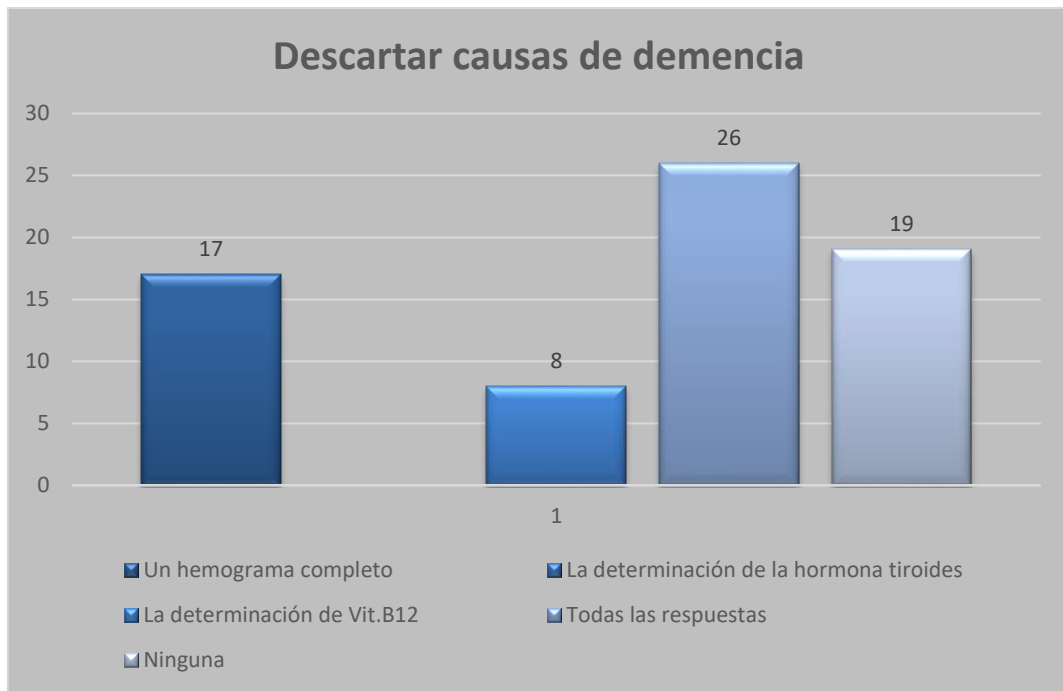


Gráfico 14: Maneras para descartar otras causas de demencia.

Gráfico 15. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre las sustancias que contribuyen al rápido progreso de la enfermedad de Alzheimer.

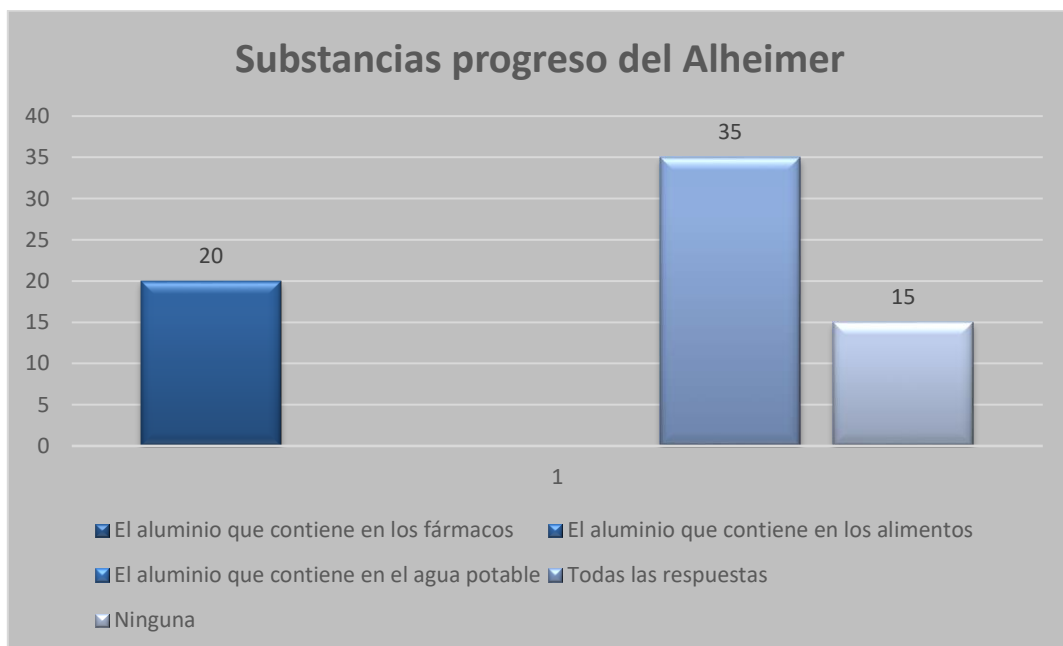


Gráfico 15: Sustancias que contribuyen al rápido progreso de la enfermedad de Alzheimer.

Gráfico 16. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre las enzimas que intervienen en los diferentes procesos biológicos.

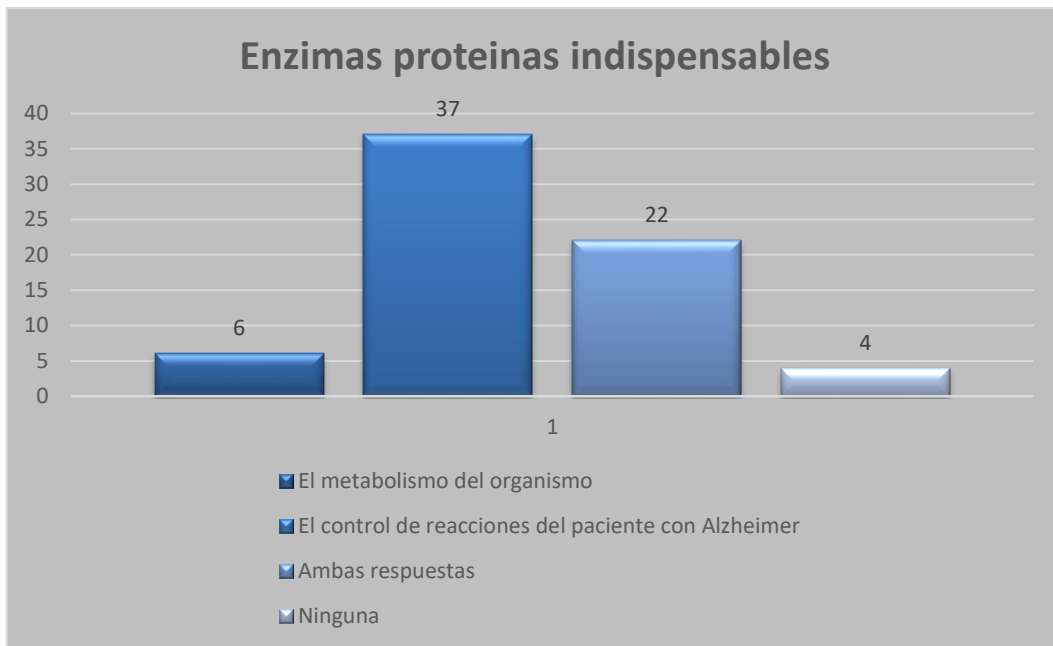


Gráfico 16: Las enzimas son indispensables para las deficiencias detalladas.

Gráfico 17. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre las alteraciones metabólicas cerebrales a causa de un fallo en la regulación enzimática.

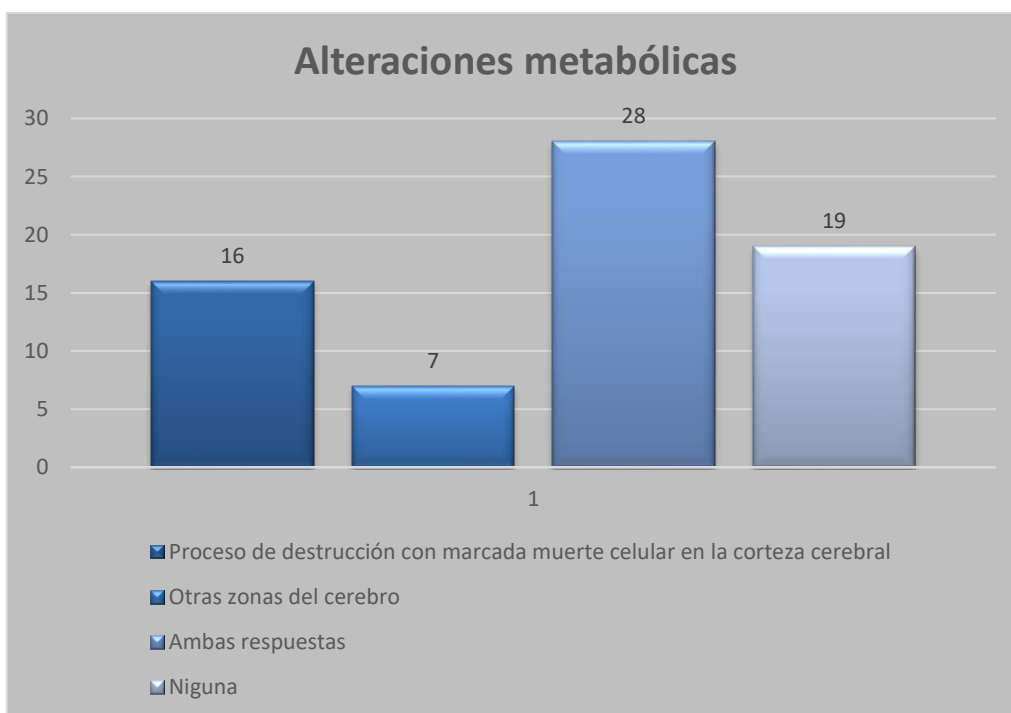


Gráfico 17: A que pueden llevar las alteraciones metabólicas cerebrales a causa de un fallo en la regulación enzimática.

3.4.3. Resultados de Cuidado

- **Cuidados Integrales**

Son los cuidados que están basados en el conocimiento científico, amplio y acertado sobre la enfermedad de Alzheimer, el cual están cimentado en el enfoque para atender todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas, en coordinación de esfuerzos para ayudar al paciente a tolerar el tratamiento, las pruebas y procedimientos médicos (Dancel, 2019).

- **Cuidados no integrales**

Son los cuidados que no están basados en un conocimiento científico y preciso, pero que a pesar de ello brinda ayuda y proporciona cuidados al paciente con Alzheimer (Dancel, 2019).

3.4.4. Resultados Tipos de Unidades Asistenciales Docentes de Salud de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador (UADS - PUCE)

Unidades Asistenciales Docentes de Salud de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, en donde los estudiantes en proceso de formación brindan cuidados directos al Adulto Mayor con diferentes patologías (Santillan, 2019).

- **Privadas**

Institución de cuidado al adulto mayor, en donde sus dueños, socios y accionistas son personas no gubernamentales, en el cual el paciente cancela un rubro por la obtención del servicio (Santillan, 2019).

- **Públicas**

Institución de cuidado al adulto mayor que está controlada por entidades gubernamentales en donde el servicio a la salud es gratuito (Santillan, 2019).

3.5. Discusión

3.5.1. Discusión factores socio demográficos

Discusión 1

Según Nuria Esandi Larramendi Máster de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Navarra en España nos dice que cuidar de un familiar o paciente con Alzheimer es complejo y dependiente de diversos factores que, en ocasiones, van a afectar la calidad de vida de profesional que esté a cargo de estos pacientes. Muchos de los profesionales de enfermería que cuidan de estos pacientes, deben adoptar nuevos estilos de vida para poder afrontar las necesidades y la nueva situación, que en algunos casos es bien aceptada, mientras que en otros es percibida como impuesta, por lo que sugiere que la edad promedio de los profesionales debería estar establecida entre los 25 y 35 años, debido a que empiezan su vida laboral y resalta que en ellos prevalece la paciencia y el carisma hacia estos pacientes (Esandi, 2016).

Mientras que en el estudio se encontró que el rango de edad que cuida a un adulto mayor con Alzheimer es de 32 a 37 años, los cuales son considerados como adultos jóvenes y se cree que es una edad adecuada ya que a esta edad se mantiene aún un buen estado físico y su energía es fundamental para el buen desempeño de su trabajo y el cuidado integral del paciente. Los adultos jóvenes se caracterizan por su fuerza, seguridad, poder, dominio, energía y resistencia física, un funcionamiento intelectual consolidado, pensamiento coherente y control de emociones, características indispensables para estos profesionales al momento de desenvolverse en su trabajo (Andragogia, 2015).

Discusión 2

Ana García Profesora de la Escuela de Enfermería del Servicio Andaluz de Salud de Cádiz, en un estudio aplicado a las enfermeras dedicadas al cuidado del paciente psiquiátrico explica que los hombres son de Marte y las mujeres de Venus pero que pesar de los estereotipos de la sociedad la prueba para saber si puedes hacer un trabajo o no, no debería depender de la organización de los cromosomas y además que los que quieren ser enfermeros por vocación están preparados porque saben desde el primer momento en qué consiste la profesión, es ahí cuando resalta la labor de la mujer enfermera. Basándome en los resultados del estudio estos arrojaron una cantidad mayor al género femenino debido a ello me acoplo al argumento de esta reconocida profesional. La femineidad, ha estado siempre ligada a las prácticas humanas en relación a la salud, de hecho, en la mayoría de las culturas de la antigüedad el cuidado de los niños, las parturientas y los enfermos en general, han sido responsabilidad de las mujeres, mientras que el tratamiento de la enfermedad o curación, generalmente fueron asignados a determinados hombres de la medicina o sacerdotes. La enfermera, a través del profundo conocimiento que tienen del enfermo y su entorno, son capaces de detectar cualquier cambio en él que indicase que la sintomatología crónica y personal de cada paciente está impactando en su día a día (Ronday, 2016).

Resaltando una frase muy importante de Robinson Voltee en 1946, "La mujer es una enfermera instintiva, formada por la madre naturaleza" entonces podemos decir que esta profesional cuenta con una visión holística, global, del paciente e incluye la educación para el mismo y los que le rodean. Las mujeres, debido a su instinto maternal, visto como parte de su naturaleza, han sido consideradas enfermeras natas con principios tradicionales de vocación, caridad, altruismo, feminidad, nobleza y amor hacia el prójimo. El hombre por el hecho de estar liberado fisiológicamente de esta condición reproductora parece quedar libre de toda relación con la naturaleza y por tanto circunscribirse al ámbito cultural (García, 2016).

Discusión 3

Según Amarilis Saldaña enfermera especialista en psicología familiar, en su artículo: La profesión de enfermería y su relación en la desintegración familiar, explica que desde esta etapa de la familia, se observa una demarcación de las actividades que realiza cada género, mientras la mujer se plantea acciones en el cuidado cotidiano de la pareja, los hijos y los bienes; el hombre vela por cubrir las necesidades de provisión de bienes y servicios. Muchas de las enfermeras llegan a divorciarse por lo incomprensión de sus parejas al no compartir momentos especiales y de unidad familiar o simplemente por el hecho del turno de madrugada; eso sucede a menudo cuando la enfermera no está casada con otro personal de salud lo que hace difícil la convivencia en pareja (Saldaña, 2017).

Sin embargo, la base de la relación se unifica cuando desde el inicio de toda relación se comienza contando lo que nos incomoda de uno del otro así sea nuestros gusto y hasta nuestra profesión (Saldaña, 2017).

Nuestra profesión de enfermera nos impide compartir con nuestras parejas un aniversario, cumpleaños de familiares allegados hasta el nuestro propio; unas de las cosas que les molesta es tener que dormir solos, tener que cocinarse muchas veces y en fin tener que realizar actividades domésticas que creen son obligaciones de la mujer exclusivamente, lo que conlleva a que sean infieles llegando así al divorcio (Saldaña, 2017).

En el presente estudio los resultados fueron totalmente diferentes, ya que al momento de realizar la encuesta las profesionales expresaban su satisfacción de estar casadas, ya que para ellas su pareja representa un apoyo fundamental en su profesión y con más razón sus hijos, ellas explicaron verbalmente que ellos son el motor y el motivo de seguir ejerciendo esta noble profesión y explican además que el tener un hogar funcional hace que en ellas permanezca la vocación y el amor al prójimo, comprenden el sufrimiento de una madre al tener a su hijo hospitalizado o de una esposa al escuchar que su esposo se encuentra en estado

crítico. En conclusión, expresaron que el ser enfermeras no les ha impedido ser madres, amigas o esposas (Saldaña, 2017).

Discusión 4

En artículo: Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile, la licenciada Mónica Alarcón atribuye a que los profesionales de enfermería trabajan de 1 a 4 años en el área de psiquiatría y cuidados paliativos debido a que la responsabilidad a los factores de tipo psicosocial son los principales causantes de malestar en los profesionales de Enfermería (Alarcón, 2016).

Entre estas causas destacan el estrés producto de observar el sufrimiento de los usuarios y el tener que realizar procedimientos que suponen experiencias dolorosas, el estrés y la molestia que generan el tener que realizar tareas no relacionadas con la enfermería, el desgaste emocional, la fatiga física y psicológica, la elevada carga mental y el malestar psicofisiológico producto de la sobrecarga laboral, la insuficiente cantidad de personal para cubrir adecuadamente el trabajo en las unidades y la falta de tiempo para realizar las labores de Enfermería (Alarcón, 2016).

Después de revisar el artículo se puede decir que existe coherencia entre lo establecido por la profesional Alarcón y lo observado en los resultados de la presente investigación, debido a que se contabilizó que la mayoría de los profesionales en enfermería mantiene de 1 a 3 años de servicio en las áreas de psiquiatría y cuidados paliativos (Alarcón, 2016).

3.5.2. Discusión de Conocimiento

Discusión 5

En la presente investigación se determinó que la mayoría de profesional de enfermería asisten a cursos de capacitación del adulto mayor con Alzheimer y revisando el artículo de Maritza Alcaraz, médico en psicología clínica se puede concluir que un acercamiento

educativo al diagnóstico, la naturaleza y el pronóstico de la demencia puede ayudar al cuidador a entender la enfermedad y los cambios conductuales; de hecho, la terapia familiar suele mejorar la carga del cuidador y su autocontrol. Los problemas comunes de los cuidadores incluyen: pérdida de los objetivos vitales, frustración, ansiedad, tristeza y culpa. El conflicto entre miembros de la familia respecto a las responsabilidades y la institucionalización en residencias es también frecuente. La depresión puede reducirse mediante la participación en grupos de apoyo, terapia individual o medicación (Alcaráz, 2016).

Discusión 6

Según la OMS determina que la atención directa a un paciente con Alzheimer es un escenario importante para los cuidados de larga duración. La Organización Mundial de la Salud la definió en el 2012 como un sistema de actividades desarrolladas por cuidadores informales o profesionales para garantizar que una persona incapaz de valerse por sí misma, pueda llevar una vida con mayor calidad, independencia y autonomía, por lo que oferto diferentes cursos y seminarios a nivel mundial a cerca de los cuidados integrales que un paciente con patologías psiquiátricas debe tener (OMS, 2013).

Dos años después de haber enviado la convocatoria se realizó un censo y se estableció que un 65% de la población de profesionales de enfermería en países desarrollados acogió de manera satisfactoria el llamado a participar de estos seminarios los cuales otorgaban certificados avalados por las clínicas de especialidades psiquiátricas a nivel mundial (OMS, 2013).

Mientras que en el presente estudio se estableció que la mayoría de los profesionales en enfermería no tienen especialización en el cuidado del adulto mayor. Debido a que en nuestro país se establece que la enfermera que ejerce sus funciones con pacientes psiquiátricos no mantiene una remuneración acorde a su trabajo, el desgaste del profesional

es más sacrificado que en otras áreas, por lo que no existe un interés de los profesionales a especializarse en este tipo de patología, teniendo en cuenta que en nuestro país existen instituciones abalizadas y especializadas en otorgar especialidades de este tipo (OMS, 2013).

Discusión 7

Según la psicóloga clínica Alba Durán la demencia es un síndrome que implica el deterioro de la mente, la inteligencia, y la conducta, en conclusión, determina que es el retroceso de la mente (Durán, 2017).

En la presente investigación los profesionales en enfermería que participaron en el estudio afirman que demencia es la pérdida de las capacidades mentales y una limitación para funcionar como persona independiente y como ser social. Según la OMS establece que La demencia es un síndrome –generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. 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 suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación. Por lo que la respuesta que mayor acogida tuvo es la correcta basándonos en la definición de la OMS (Montoya, 2019).

Discusión 8

Según Roberto Andrade, médico psiquiatra dice en su artículo: Vida del adulto mayor, que el mal de Alzheimer es la manera más frecuente de demencia entre los pacientes de edad avanzada, que con el pasar del tiempo va deteriorando la vida de los pacientes y de su familia. En el presente estudio los resultados expresan que la enfermedad de Alzheimer es un trastorno progresivo y deteriorante de la memoria que hace que las células del cerebro declinen y mueran (Andrade, 2017).

El Alzheimer induce a una depreciación permanente de las destrezas del pensamiento y conducta que perturba la capacidad de un individuo para actuar de modo autónomo. La demencia es un disturbio cerebral crónico que afecta de manera grave a la capacidad del paciente para desarrollarse en las actividades de su vida diaria (Andrade, 2017).

Discusión 9

Según la guía de salud respecto al cuidado de personas con Alzheimer define que esta enfermedad viene acompañada de síntomas neuropsiquiátricos, como indiferencia, pérdida del control de las emociones, depresión o cambios en el apetito. Al progresar la enfermedad pueden aparecer alucinaciones, ideas delirantes, agitación y movimientos sin objetivo, como la deambulación errática (Cabezas, 2018).

En el estudio realizado a profesionales en enfermería se establece que la enfermedad del Alzheimer viene acompañada por cambios profundos en la memoria, cambios profundos en la cognición, cambios en la capacidad para valerse por sí mismo, en conclusión se establece que la respuesta correcta es: Todas las respuestas, la cual abarca a estas tres características antes detalladas (Cabezas, 2018).

Discusión 10

Según el psiquiatra Roberto Andrade explica que los síntomas precoces de la enfermedad de Alzheimer pueden incluir: la dificultad para realizar tareas que exigen pensar, pero que frecuentaban ser fáciles, tales como llevar dinero en la billetera, participar en juego tradicionales y aprender nuevas rutinas, inconvenientes del lenguaje, como tener problemas para recordar los nombres de cosas o familiares, perder interés en actividades que anticipadamente regocijaba y tener un estado anímicamente diferente y sobre todo cambios de personalidad y quebranto de habilidades sociales (Andrade, 2017).

En la presente investigación se plantea 5 alternativas de las cuales 3 se destacan por representar los síntomas específicos de la enfermedad del Alzheimer, y una opción descrita como: todas las respuestas es la que resalta debido a que el Alzheimer se diferencia de otras patologías mentales por traer consigo un progresivo deterioro mental, trastornos afectivos y trastornos en el plano intelectual, por ello la enfermedad de Alzheimer es responsable de entre un 60 y 80% de los casos de demencia, entonces se puede decir que el Alzheimer no es una característica normal del envejecimiento y que el factor de riesgo destacado más significativo es el aumento de la edad ya que la mayoría de las personas con Alzheimer son mayores de 65 años (Andrade, 2017).

Discusión 11

Según Rosa Brescané psicóloga clínica, redacta en su artículo: Know Alzheimer, que la persona que padece de Alzheimer desconoce acontecimientos recientes, sin tomar en cuenta que hayan pasado 6 o 7 minutos de un hecho establecido. El paciente puede olvidar cosas básicas de la vida, como que ha ido al baño, ha bebido o comido, ha conversado con alguien cercano etc. De la misma manera la percepción de su entorno se ve muy afectada, y con mayor razón la estabilidad mental respecto al espacio y tiempo. Comienza a surgir un gran desconcierto de lo que mantiene en su entorno, sin reconocer de manera adecuada el sitio donde se está (Brescané, 2018).

En el estudio realizado se resalta que las capacidades del paciente con Alzheimer en la etapa inicial apalea una duración de la enfermedad alrededor de 4 años y es aquí donde se evidencia una avería en la memoria instantánea pero con la ventaja que puede aún orientarse temporal y espacialmente pero que con el progreso de la enfermedad aparecerá la dificultad para reconocer a los familiares más cercanos y dificultad para encontrar la palabra adecuada,

en donde es indispensable el no solo apoyo físico sino especialmente el apoyo emocional para que el paciente pueda pelear con su enfermedad de mejor manera (Brescané, 2018).

Discusión 12

Según Ángel Gallardo en su artículo: "El enfermo de Alzheimer pocas veces sufre", nos dice que el paciente es el menos afectado en el proceso de su enfermedad ya que la demencia es un gran aliado para evitar el sufrimiento. Relata además que el paciente sufre en los pocos momentos en el que es cociente de sus acciones, debido a que la desesperación y la angustia son sus mejores aliados. Este psicólogo señala que más de un 90% de los enfermos con Alzheimer nunca visitarían al médico por los síntomas que padecen, puesto que ellos no reconocen ni valoran sus fallos de memoria, son trasladados al centro de atención por sus familias. Cuando ingresan a la consulta, todos o en su gran mayoría me expresan: "Me encuentro muy bien, doctor. No sé porque estoy aquí sino tengo ninguna molestia". Ellos no tienen percepción de su enfermedad. Entonces, concluye que el paciente no tiene momentos de dolor mientras se encuentre divagando en su mundo y aclara que la familia es la principal afectada, debido a que ellos perciben de manera directa el sufrimiento de la persona con Alzheimer (Gallardo, 2018).

Discrepo totalmente del profesional, debido a que los resultados son evidentes. El Alzheimer es uno de los padecimientos más desgastantes. Destruye a la persona que la sufre y a la familia que sobrelleva las consecuencias. Según algunos estudios se ha podido concluir que aproximadamente 59 millones de individuos sobrellevan cierto tipo de patología mental, lo que determina a estos tipos de enfermedades como un problema de crisis de salud universal que debe tratarse con tal prontitud. Esta enfermedad no solo afecta al que la padece, sino a su entorno más cercano. La familia se encuentra también enferma debido a este mal porque se ve atrapada por la enfermedad las 24 horas del día. Es necesario estar pendientes de estos pacientes, lo que obliga una dependencia incondicional para el cuidador. Es una carga

excesiva para la familia debido a que no existen los recursos públicos necesarios para que se atienda satisfactoriamente al enfermo con Alzheimer (Gallardo, 2018).

Tradicionalmente en los grupos familiares siempre ha habido algún miembro que ya sea por el afecto y las ideologías sociales, ha estado listo para asumir la responsabilidad de los cuidados y atenciones de estas personas dependientes, por lo general la esposa, hija o hermana, por lo que se debería decir que ellas cumplen un rol fundamental en la vida del paciente (Gallardo, 2018).

Es importante destacar el rol que desempeña la familia del paciente en el progreso de la enfermedad, ya que los cuidados y atenciones hacia el enfermo por parte de su entorno pueden favorecer a su bienestar y, por ende, proporcionarle una mejor calidad de vida a medida que el deterioro se hace más evidente. Nadie debe enfrentar el mal de Alzheimer ni ninguna otra demencia solo. Por esto se concluye que lo último que pierde un enfermo de Alzheimer es la memoria afectiva. Por ello es sumamente importante que el paciente se sienta querido y protegido y que no sienta que es una carga o una molestia para los suyos (Gallardo, 2018).

Discusión 13

La Tomografía Computarizada (TAC) y la Resonancia Magnética (RM) son dos pruebas diagnósticas que se basan en la imagen. Debido a que permiten inspeccionar y detectar enfermedades de forma no invasiva, se han convertido en exámenes indispensables para corroborar o descartar, en caso de sospecha de que el paciente sufra alguna patología (Villafuerte, 2018).

Igualmente, con estas pruebas a menudo se revelan tumores cancerosos (malignos) o no cancerosos (benignos). Del mismo modo se pueden descubrir variaciones en los vasos sanguíneos. También es evidente la presencia de inflamación, por ejemplo, del apéndice

(apendicitis) o de los divertículos (diverticulitis). Entonces podemos decir que únicamente la resonancia magnética puede establecer una relación entre las funciones cerebrales y la tendencia a la esclerosis del cerebro debido a que la RM es una de las pruebas de diagnóstico más reciente, que logra imágenes muy minuciosas del cerebro y la médula espinal, señalando cualquier zona existente de esclerosis (lesiones o placas) (Villafuerte, 2018).

Si bien es la única prueba en la que se consiguen ver las lesiones de las esclerosis cerebrales, no obstante no puede considerarse como incuestionable, en particular porque no todas las lesiones pueden ser captadas por el escáner y porque muchos otros padecimientos pueden originar anomalías semejantes (Villafuerte, 2018).

Discusión 14

Según Saara Merlow, neurocirujana del Johns Hopkins Hospital explica que existen algunas maneras clínicas para poder diagnosticar el porqué de la demencia y sus derivados, entre los cuales se observa que los resultados del presente estudio concuerdan con la profesional entonces se puede decir que debe realizar una bioquímica sérica completa que incluya glucosa, función renal y hepática, función tiroidea y vitamina B12. Es poco habitual que la demencia se comprometa a un hipotiroidismo o al déficit de vitamina B12, pero ambos son trastornos frecuentes para los que habría que establecer un tratamiento específico debido a que las disfunciones tiroideas pueden originar síntomas cognitivos y psiquiátricos y confundirse con las demencias, no obstante, el tratamiento de las variaciones tiroideas no siempre revierten los déficits cognitivos. No hay certeza de que el tratamiento con B12 o folato optimice la función cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo con niveles bajos de B12 o folato (Merlow, 2017).

Es necesario realizarse también un hemograma completo, serología de lúes si el paciente tiene factores de riesgo determinados (la Sociedad Española de Neurología recomienda su ejecución frecuente) y un análisis básico de orina (urocultivo) (Merlow, 2017).

Discusión 15

Según Friendch Losawing químico especialista y director de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), el adulto promedio en los EE. UU consume alrededor de 7 a 10 mg de aluminio al día mediante los alimentos y una cantidad menor del aire y el agua (Losawing, 2018).

En el 2015 en Nicaragua se evidenció un incidente industrial, en el cual se expulsó 20 toneladas métricas de sulfato de aluminio en el agua potable local. Después de este acto insólito estudios demostraron que existían personas de ese lugar con niveles elevados de aluminio las cuales mostraban una amplia diversidad de síntomas neurológicos. Tiempo después cuando la contaminación por aluminio fue analizada en laboratorios especializados, se encontró en una gran mayoría de productos en el mercado, desde alimentos y bebidas hasta medicamentos, lo que propone que el proceso de fabricación por sí mismo es una parte transcendental del problema (Losawing, 2018).

El aluminio es encontrado en una cifra asombrosa de alimentos y productos para el consumidor, entre los cuales tenemos: polvo para hornear, levadura, sal, fórmula para bebés y alimentos procesados. Medicamentos, tales como antiácidos, analgésicos, antidiarreicos y otros. Productos para el cuidado personal y cosméticos como desodorantes antitranspirantes, perfumes, bloqueadores solares y shampoo. Productos incluyendo papel de aluminio, latas y jugos embotellados (Losawing, 2018).

Cabe resaltar que la humanidad desconoce por completo este tipo de información y en la actualidad el resultado es insólito, debido a que se piensa que el Alzheimer o cualquier otro tipo de patología mental es ocasionado por la edad, traumas craneoencefálicos o simplemente por alguna alteración cerebral, pero todo esto es el resultado de la inconciencia del productor y del desconocimiento del consumidor (Losawing, 2018).

Discusión 16 y 17

Según Jhoanell Angulo, químico biólogo, en Holanda explica que las enzimas son moléculas biológicas, generalmente proteínas que admiten que ciertas reacciones químicas sucedan mucho más rápido de lo que ocurrirían por si solas. Las enzimas actúan como catalizadores lo que representa que aligeren la velocidad a la que los procesos y reacciones metabólicas se originan en los organismos vivos (Angulo, 2017).

Son esenciales para la vida y sirven a una extensa gama de funciones significativas en el cuerpo, tales como ayudar en la digestión y en el metabolismo (Angulo, 2017).

Algunas enzimas ayudan a fragmentar moléculas grandes en partes más pequeñas que inmediatamente son absorbidas con más facilidad por el cuerpo. Las enzimas son catalizadores muy selectivos, lo que representa que cada enzima sólo tiene efecto sobre una reacción específica (Angulo, 2017).

Basándonos en el estudio de Li-Huei Tsai investigadora del Instituto Médico Howard Hughes y científica de la Facultad de Medicina de Harvard, se puede decir que se ha identificado una enzima que responde a los ataques tóxicos a las células cerebrales e impulsa a una neurodegeneración relacionada con la que se observa en pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer (Angulo, 2017).

El hallazgo, publicado en marzo de 2017, propone una correlación de mecanismos habituales entre las lesiones de las células cerebrales asociadas a la enfermedad de Alzheimer y causas identificadas de daño por la neurotoxicidad, que incluyen al estrés oxidativo a químicos excitó tóxicos y a la falta de oxígeno. En este estudio los profesionales explican que la enzima Calpaína podría ser un blanco de ataque para las drogas planteadas para aplazar o para detener la progresión del daño cerebral originado por la enfermedad de Alzheimer (Angulo, 2017).

Se dice que la calpaína fragmenta a una enzima reguladora llamada p35 que ayuda en el desarrollo del tejido nervioso. La calpaína fracciona a p35 en dos proteínas: p10 y p25. La presencia de p25 en las células cerebrales activa a la formación de malezas mortales de proteínas que son las causantes de dañar o matar a las principales neuronas cerebrales, entonces podemos decir que la formación de estas placas en las células cerebrales se considera una de las características distintivas de la enfermedad de Alzheimer y por consecuencia esto contribuye a la muerte de las células proyectándose a cualquier otro tipo de patología mental. (Angulo, 2017).

Además de estos datos específicos se puede decir que las pruebas de diagnóstico para detectar la presencia de p25 en el fluido cerebroespinal pueden proporcionar un indicador de la presencia del Alzheimer en las primeras etapas de la enfermedad y permitiría a los médicos especialistas a emprender un tratamiento adecuado en los primeros estadios del padecimiento (Angulo, 2017).

3.5.3. Discusión de Cuidado

Discusión cuidados integrales y no integrales

Según Dancel en su artículo: Cuidados hacia el paciente con Alzheimer, explica que los cuidados integrales se definen por ser oportunos, requieren de preparaciones previas, que estén basados en un fundamento científico y sobre todo estos deben realizarse con humildad y respeto (Dancel, 2019).

De acuerdo a lo establecido por Dancel, se pueden decir que el profesional que posee un conocimiento amplio y acertado respecto al Alzheimer, su etiología, fisiopatología, síntomas y tratamiento, está en la capacidad de proporcionar un cuidado integral al paciente,

no solo centrándose en lo físico, sino brindando ayuda al enfermo de manera holística (Dancel, 2019).

Este tipo de cuidado está ligado a las necesidades del paciente. Para atender de manera integral es necesario conocer lo que la otra persona requiere y como conseguimos brindarle ayuda, ser dócil, sin hacer del cuidado una costumbre ya que este involucra el educarse y modificar conductas a partir de experiencias. Conjuntamente utilizar las metodologías y procedimientos apropiados para un cuidado integral y óptimo (Dancel, 2019).

3.5.4. Discusión Tipos de Unidades Asistenciales Docentes de Salud de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador (UADS - PUCE)

Discusión instituciones privadas y públicas.

Para el estudio se utilizaron 5 Unidades Asistenciales Docentes de Salud, de las cuales 4 son origen privado, es decir, los familiares o el paciente directamente cancelan un rubro establecido para recibir atención y una Institución de origen público, en el cual en el transcurso de la investigación se evidenció que el paciente no cancela un rubro establecido, ya sea por mantener algún tipo de seguro o alguna otra condición pero si debe proporcionar una cantidad económica para recibir cuidados (Santillan, 2019).

4. Conclusiones

- Los factores socio demográficos influyen en el conocimiento de los profesionales de enfermería que laboran en los diferentes UADS, los cuales brindan cuidado directo a los mismos, entre los resultados más importantes tenemos la edad, ya que la mayoría de profesionales son adultos jóvenes característica fundamental para el desarrollo de su labor, ya que un paciente con Alzheimer demanda demasiado trabajo, tanto físico como psicológico. Asimismo, su estado conyugal influye de manera considerable su labor diaria. Las profesionales expresaron su complacencia al estar casadas, debido a que su pareja simboliza un soporte primordial en su profesión y especialmente sus hijos, ya que el motivo de seguir ejerciendo esta noble profesión y manifiestan además que un hogar funcional hace que en ellas persista la vocación y el amor al prójimo
- Los profesionales de enfermería que laboran en las Unidades Asistenciales del adulto mayor en su mayoría poseen un conocimiento medio respecto a la enfermedad de Alzheimer, esto se relaciona a que gran parte de los profesionales no ha tenido capacitaciones en los últimos años y su interés por conocer más acerca de los trastornos mentales ha sido mínimo, motivo por el cual, no responden a la detección temprana de la enfermedad, ya que no reciben capacitaciones al respecto, debido a que no existe un estímulo por parte de los profesionales líderes de las UADS.
- Los profesionales de enfermería que laboran en las UADS muestran actitudes de inseguridad hacia los pacientes con Alzheimer, estas actitudes están relacionadas con el período de trabajo, menor a 3 años en los que el profesional no se siente identificado con la institución y menos con la atención al adulto mayor, por lo que podemos concluir que las actitudes de los profesionales de enfermería frente a los

pacientes con Alzheimer están relacionados directamente con el conocimiento que poseen sobre la enfermedad.

5. Recomendaciones

- Desde las instituciones de salud encargadas del cuidado de los pacientes con patologías mentales es preciso que se tenga en cuenta las necesidades de los profesionales de enfermería, que abarquen las dimensiones físicas, psíquicas y sociales de los mismos. Entre las instancias de atención se debería destacar una adecuada información desde el inicio de la enfermedad hasta la etapa final, la orientación y observación sobre el desarrollo de habilidades para realizar el cuidado diario del enfermo y el afrontamiento de situaciones complejas, que faciliten la organización de su vida y evitar así inconvenientes tanto profesionales como personales del colaborador.
- Sería factible efectuar vinculaciones y conferencias permanentes entre los profesionales de enfermería y el personal administrativo con el objetivo de conocer los motivos por los cuales la mayoría de los profesionales demuestran actitudes de inseguridad hacia la enfermedad de Alzheimer, con el fin de llegar a conocer sus necesidades tanto personales como profesionales y lograr así una armonía entre el profesional y paciente.
- Sería de gran utilidad que las autoridades correspondientes de las Unidades Asistenciales Docentes de Salud de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador (UADS - PUCE) consideren las conclusiones del presente estudio, a fin de mejorar las estrategias de capacitación que se brinda a los profesionales de enfermería, pues ya sea por la carga horaria o por factores diversos su personal no consigue asistir a los seminarios educativos que se realizan en cada institución respectivamente y considere procurar manuales de atención para la actualización constante, para lo cual como

investigadora propongo elaborar una guía dirigida a los profesionales de enfermería que dedican su trabajo al adulto mayor sobre el cuidado, tratamiento y la detección temprana de signos y síntomas de la enfermedad de Alzheimer, con el fin de brindar y fortalecer los conocimientos del personal.

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

6. Bibliografía

- Alarcón, M. (09 de Enero de 2016). *Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1698706316300215>
- Alcaráz, M. (22 de Julio de 2016). *Capacitación a personas cuidadoras de pacientes con Alzheimer*. Obtenido de http://psicologia-enfermera.sld.cu/php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000200004
- Aldaz, F. M. (19 de Noviembre de 2018). *Tercera Edad. Alzheimer*. Obtenido de <http://www.tercera-edad.org/salud/alzheimer.asp>
- Andrade, R. (01 de Abril de 2017). *Alzheimer's Association*. Obtenido de <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/enfermedad-de-alzheimer?lang=es-MX>
- Andragogia. (Diciembre de 2015). *Etapas de la Vida Adulta*. Recuperado el 5 de Junio de 2019, de <https://andragogia2015.wordpress.com/etapas/>
- Angulo, J. (25 de Marzo de 2017). *Hallazgo de una enzima desencadenante de la enfermedad de Alzheimer*. Obtenido de <https://www.hhmi.org/news/hallazgo-enzima-que-desencadena-la-enfermedad-de-alzheimer>
- Armijos, M. (14 de Junio de 2019). *El paciente con Alzheimer. Abordaje y cuidados enfermeros*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4408270>
- Barbecho, M., & Ochoa, M. (2014). *Prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de enfermería del servicio de emergencias del Hospital Eugenio Espejo*. Quito: UCE.
- Beltrán, A., Pando, M., & Salazar, J. (2016). Confiabilidad y validación de la escala Maslach en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte*, 218 - 227.
- Brescané, R. (17 de Julio de 2017). *Know Alzheimer. Fases en el Alzheimer y características*. Obtenido de <https://knowalzheimer.com/cuantas-etapas-tiene-el-alzheimer-y-que-caracteristicas-tiene-cada-una/>
- Brescané, R. (06 de Julio de 2018). *Know Alzheimer*. Obtenido de <https://knowalzheimer.com/cuantas-etapas-tiene-el-alzheimer-y-caracteristicas-tiene-cada-una/>
- Cabezas, A. (11 de Mayo de 2018). *Guía de Práctica Clínica. Pacientes con Alzheimer*. Obtenido de http://www.guiasalud.es/egpc/alzheimer/pacientes/que_es_alzheimer.html
- Carrillo-Esper, R., Gómez, K., & Espinoza, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 579 - 584.
- Dancel, R. (11 de Febrero de 2019). *Cuidados hacia el paciente con Alzheimer*. Obtenido de <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/B98B9569-C54A-48C3-925D->

FCDFB89BDE1F/bd3aa726-ae0f-43a6-b056-71fbf6cad9b0/bd3aa726-ae0f-43a6-b056-71fbf6cad9b0.pdf

Durán, A. (16 de Enero de 2017). *Pacientes con Enfermedad de Alzheimer y sus cuidados esenciales*. Obtenido de <http://www.salud.es/egpc/alzheimer/completa/apartado04/definicion.html>

Ecuador, A. C. (Enero de 2015). *Constitucion de la Republica del Ecuador*. Obtenido de <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>

El Sahili-González, L. F. (2015). *Burnout: Consecuencias y soluciones*. México, D.F.: El Manual Moderno S.A. de C.V.
ERNESTO, R. (s.f.).

Esandi, N. (12 de Junio de 2016). *Profesionales en Enfermería, familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer*. Recuperado el 5 de Junio de 2019, de http://salud.isciii.es/alzheimer.phpscript=sci_arttext&pid=S1134-928X2011200002

Gallardo, À. (13 de Septiembre de 2018). *El paciente con Alzheimer pocas veces sufre*. Recuperado el 6 de Junio de 2019, de <https://www.periodico.com/es/opinion/2071023/el-enfermo-de-alzheimer-pocas-veces-sufre-5489751>

García, A. (11 de Octubre de 2016). *La enfermería vista desde el género y su labor con pacientes psiquiátricos*. Recuperado el 5 de Junio de 2019, de <https://www.educa.com/profesion/enfermero-especialistas-salud-mental-505/>

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. Bogota: McGraw Hill.

Hernandez, C. (12 de Abril de 2015). *Alzheimer. Guía práctica para conocer, comprender y convivir con la enfermedad*. Obtenido de <http://www.edicionesnobel.com/catalogo/9788484597308/alzheimer--guia-practica-para-conocer--comprender-y-convivir-con-la-enfermedad>

Losawing, F. (11 de Abril de 2018). *Relación Entre el Alzheimer y la Toxicidad por Aluminio*. Obtenido de <https://articulos.mercola.com/sitios/articulos/archivo-toxicidad-de-aluminio-y-el-alzheimer.aspx>

Manrique, O. (08 de Enero de 2019). *Factores sociodemograficos de la población*. Obtenido de http://www.sociedad.org.mx/.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000//

Merlow, S. (15 de Febrero de 2017). *Medios de diagnostico para detectar a tiempo cualquier tipo de demencia*. Obtenido de <http://www.salud.es/egpc/alzheimer/completa/documentos/apartado08/diagnostico.pdf>

Montoya, L. (14 de Mayo de 2019). *Demencia y otras patologías relacionadas con el adulto mayor*. Obtenido de <https://www.oms.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

- MSP. (11 de Septiembre de 2016). *Seminarios y Especialización sobre el cuidado al paciente con patologías mentales*. Obtenido de <https://www.salud.psiquiatrica-gob.ec/capacitacion-virtual-salud-en-trabajo/>
- Ochoa, M. (02 de Agosto de 2018). *Alzheimer, apoyo ante la enfermedad*. Obtenido de <https://www.brightfocus.org/espanol/la-enfermedad-de-alzheimer-y-la-demencia/enfermedad-de-alzheimer-sintomas-y-etapas>
- OMS. (28 de Agosto de 2013). *Training for care givers of patients with dementia* . Obtenido de http://OMS-sld.cu/pacientes-and-dementia.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000200004
- OMS. (14 de Mayo de 2019). Obtenido de Demencia y otras patologías relacionadas con el adulto mayor.: <https://www.oms.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Ortega, C. (12 de Abril de 2019). *Alzheimer. Guía práctica para conocer, comprender y convivir con la enfermedad*. Obtenido de <http://www.edicionesnobel.com/catalogo/9788484597308/alzheimer--guia-practica-para-conocer--comprender-y-convivir-con-la-enfermedad>
- Ortiz, Z. (20 de Febrero de 2016). *Hospice San Camilo* . Obtenido de <http://fecupal.com/wordpress2013/hospice-san-camilo/>
- Oviedo, H., & Campo, A. (2015). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 572 - 580.
- Pasquel, S. (11 de Julio de 2017). *Hospital Especializado San Juan de Dios*. Obtenido de <http://www.hospitalsanjuandedios.com.ec/quienes-somos-presentacion//>
- Pontificia Universidad Católica del Ecuador. (2017). *Dominios Académicos y Líneas de investigación*. Quito: PUCE.
- Puente, P. (09 de Septiembre de 2016). *Factores Sociodemograficos Profesionales de enfermería*.
- ROBLES, E. (2015). *El valor de la enfermería*. Valencia: Spiral.
- Rochesr, E. (27 de Septiembre de 2016). *Clinica Nuestra Señora de Guadalupe. Historia*. Obtenido de <https://www.hospitalarias.org/index.php/historia>
- Rodríguez, A., & Méndez, A. (2016). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de áreas críticas en un hospital de tercer nivel. *Gaceta Médica de Bilbao*, 99 - 104.
- Roldán, N. (02 de Agosto de 2014). *Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón*. Obtenido de <http://www.hospitalariasec.org/IP/es/nuestro-instituto>
- Ronday, M. (26 de Julio de 2016). *La Enfermería y pacientes psiquiátricos: “una profesión de hombres y mujeres”*. Recuperado el 5 de Junio de 2019, de <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-enfermeria-una-profesion-de-hombres-y-mujeres-enfermeros-desmontan-topicos-DDIMPORT-039280/>

- Saenz, M. (Junio de 2016). *El adulto mayor y el alzheimer. Cuidados y prevencion*. Obtenido de <https://www.brightfocus.org/espanol/la-enfermedad-de-alzheimer-y-la-demencia/factores-de-riesgo-de-la-enfermedad-de-alzheimer>
- Salazar, A. (25 de Enero de 2016). *Conocimiento de la enfermedad de Alzheimer* . Obtenido de <https://www.revista-neurologia-295-avance-resumen-nivel-conocimiento-enfermedad-alzheimer-cuidadores-S0213485318300896>
- Salazar, O. (29 de Abril de 2016). *Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor*. Obtenido de <http://www.haiam.gob.ec/index.php/hospital/historia.valores>
- Saldaña, A. (27 de Septiembre de 2017). *La profesión de enfermería y su relación en la desintegración familiar*. Obtenido de <https://www./profesion-enfermeria-y-su-relacion-desintegracion-familiar/profesion-enfermeria-y-su-relacion-desintegracion-familiar2.shtml>
- Santander, D. (10 de Octubre de 2018). *Cuidados de enfermería y sus principales conceptos*. Obtenido de <https://www.educativo.net/articulos/los-cuidados-de-enfermeria-y-sus-principales-conceptos-739.html>
- Santillan, A. (02 de Mayo de 2019). *Instituciones Publicas y privadas. Características y definiciones*. Obtenido de <https://conceptodefinicion.de/empresa-privada/>
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017 - 2021*. Quito: SENPLADES.
- Seguel, F., & Valenzuela, S. (2014). Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. *Enfermería Universitaria*, 119- 127.
- Suarez, Z. (13 de Marzo de 2018). *Role of nursing professionals in the health system*. Obtenido de <http://www.cniorg.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>
- Villafuerte, A. (18 de Diciembre de 2018). *Vida y salud complementaria*. Obtenido de <https://cuidateplus.com/enfermedades/neurologicas/esclerosis-multiple.html>
- Yandú, A. (15 de Enero de 2018). *Alzheimer's Association*. Obtenido de <https://www.alz.org/es/demencia-alzheimer-espa%C3%B1a.asp>

7. Anexos

7.1. Cronograma y plan de trabajo

Actividades	marzo 2019				abril 2019				mayo 2019				junio 2019				julio 2019				agoto 2019			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4
Designación de director de la disertación	■	■																						
Revisión de plan de disertación por parte del director de esta.		■	■																					
Aprobación del centro donde se va a realizar el levantamiento de la información.				■	■	■	■	■																
Aplicación de Guía de entrevista sociodemográfica y cultural del profesional de enfermería. Cuestionario sobre conocimientos de la enfermedad del Alzheimer y Escala de Likert la muestra seleccionada.									■	■	■	■												
Elaboración de base de datos									■	■	■	■	■	■										
Presentación de los resultados														■	■									
Análisis e interpretación de resultados														■	■									
Elaboración de la discusión															■	■								
Elaboración de Conclusiones y recomendaciones															■	■								
Revisión general del documento de la disertación.																■	■	■						
Elaboración final del documento de disertación																■	■							
Presentación de disertación a autoridades de la Facultad																	■	■						
Solicitud para presentación a grado																		■	■					
Elaboración de diapositivas para defensa de disertación																			■	■				
Defensa de disertación																				■	■			

7.2. Presupuesto

RECURSOS ECONÓMICOS	VALOR
FASE 1 Recopilación de bibliografía y diversas fuentes de consulta.	
Gastos de traslado de un lugar a otro	\$15
Uso de luz e internet	\$15
FASE 2 Análisis y desarrollo de la teoría de la investigación.	
Uso de luz e internet	\$15
FASE 3 Recolección de información.	
Gasto en impresiones	\$40
Gastos de traslado de un lugar a otro	\$15
FASE 4 Desarrollo y procesamiento de la información adquirida.	
Gastos de traslado de un lugar a otro	\$15
FASE 5 Culminación, análisis y descripción de lo obtenido	
Gastos en impresiones	\$60
TOTAL	\$175

7.3. Consentimiento Informado

Título de la investigación: Conocimientos sobre el Alzheimer por parte del profesional de enfermería para la atención del adulto mayor en los Centros de Cuidado del Distrito Metropolitano de Quito en el año 2019.

Institución/e: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Investigadores: Carmen Nathaly Pillajo Pachacama.

Objetivo de la investigación: Determinar el nivel de conocimientos y la actitud del profesional de enfermería frente al paciente adulto mayor con Alzheimer en los Centros de Cuidado del Distrito Metropolitano de Quito en el año 2019.

La presente investigación es conducida por Nathaly Pillajo P., Estudiante de la Carrera de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La meta de este estudio es: Determinar el nivel de conocimientos y la actitud del profesional de enfermería frente al paciente adulto mayor con Alzheimer en los Centros de Cuidado del Distrito Metropolitano de Quito.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta, esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

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

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

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Nathaly Pillajo P. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es: Determinar el nivel de conocimientos y la actitud del profesional de enfermería frente al paciente adulto mayor con Alzheimer en los Centros de Cuidado del Distrito Metropolitano de Quito.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a: Mgtr. Mónica Villalobos E. directora de la investigación. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Av. 12 de octubre 1076 y Roca, Quito, Edificio de profesores piso 3, oficina 321, teléfono 0984535592.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar con la Mgtr. Mónica Villalobos E., al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(En letras de imprenta)

7.4. Guía de entrevista sociodemográfico y cultural del profesional de enfermería

Título de la investigación: Conocimientos sobre el Alzheimer por parte del profesional de enfermería para la atención del adulto mayor en los Centros de Cuidado del Distrito Metropolitano de Quito en el año 2019.

Instrucciones: Estimado Profesional en Enfermería. Esta primera sección corresponde a las características sociodemográfica, sírvase registrar mediante una equis (x), en los paréntesis correspondientes o llenar los espacios en blanco con la información solicitada.

La información proporcionada es confidencial.

Gracias por su colaboración.

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

7.5. Cuestionario sobre conocimientos de la enfermedad del Alzheimer

Título de la investigación: Conocimientos sobre el Alzheimer por parte del profesional de enfermería para la atención del adulto mayor en los Centros de Cuidado del Distrito Metropolitano de Quito en el año 2019.

Instrucciones: Estimado Profesional en Enfermería. El presente cuestionario forma parte de un estudio de investigación que tiene por finalidad establecer el nivel de conocimiento sobre la enfermedad del Alzheimer que presenta el adulto mayor, Usted encontrará una serie de preguntas las cuales deberá responder marcando con una equis (x) la respuesta que considere correcta.

La información proporcionada es confidencial.

Gracias por su colaboración.

Datos sobre conocimiento de la enfermedad de Alzheimer

1. Demencia significa

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

2. ¿Diga Ud., que es la enfermedad de Alzheimer?

- Trastorno cerebral crónico.
- Trastorno progresivo y deteriorante en la memoria.
- Ambas respuestas.
- Ninguno.

3. La enfermedad de Alzheimer es acompañada por.

- Cambios profundos en la memoria.
- Cambios profundos en la cognición.
- Cambios en la capacidad para valerse por sí mismo.
- Todas las respuestas.
- Ninguna

4. Dentro de la sintomatología de la enfermedad del Alzheimer se producen:

- Progresivo deterioro mental.
- Trastornos afectivos.
- Trastornos en el plano intelectual.
- Todas las respuestas.
- Ninguna.

5. Los pacientes con Alzheimer son capaces de:

- Orientarse temporal y especialmente.
- Dificultad para reconocer a los familiares más cercanos.
- Dificultad para encontrar la palabra adecuada.
- Todas las respuestas.
- Ninguna.

6. Generalmente, el proceso de la enfermedad es más doloroso:

- Para la familia.

- Para el propio enfermo.
- Ambas respuestas.
- Ninguna.

7. Las exploraciones con ayuda de la tomografía computarizada y por resonancia magnética no ha podido hasta el momento establecer ninguna relación entre:

- Las funciones cerebrales.
- La tendencia a la esclerosis del cerebro.
- Ambas respuestas.
- Ninguna.

8. Con el fin de descartar otras causas de demencia se debe hacer:

- Un hemograma completo.
- La determinación de la hormona tiroides.
- La determinación de Vit.B12.
- Todas las respuestas.
- Ninguna.

9. ¿Cuáles son las sustancias que contribuyen al rápido progreso de la enfermedad de alzhéimer?

- El aluminio que contiene en los fármacos.
- El aluminio que contiene en los alimentos.
- El aluminio que contiene en el agua potable.
- Todas las respuestas.
- Ninguna.

10. Las enzimas son proteínas indispensables para:

- El metabolismo del organismo.
- El control de reacciones del paciente con Alzhéimer.
- Ambas respuestas.
- Ninguna.

11. Las alteraciones metabólicas cerebrales a causa de un fallo en la regulación enzimática pueden llevar a:

- Proceso de destrucción con marcada muerte celular en la corteza cerebral.
- Otras zonas del cerebro.
- Ambas respuestas.
- Ninguna

7.6. Escala de Likert

Título de la investigación: Conocimientos sobre el Alzheimer por parte del profesional de enfermería para la atención del adulto mayor en los Centros de Cuidado del Distrito Metropolitano de Quito en el año 2019.

Instrucciones: Estimado Profesional en Enfermería. Por favor marcar con una equis (x) el casillero que considere correcto, esto será de útil para medir la actitud sobre la enfermedad de Alzheimer que presenta el Adulto Mayor.

Indicadores:

TA : Totalmente de acuerdo (5)

A : De acuerdo (4)

I : Indeciso (3)

D : En desacuerdo (2)

TD : Totalmente en desacuerdo (1)

La información proporcionada es confidencial.

Gracias por su colaboración.

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