

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**DESEMPEÑO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ENFOCADO EN LA
TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA SATISFACCIÓN
INTEGRAL DEL USUARIO GERIÁTRICO CON DEMENCIA SENIL TIPO
ALZHEIMER, EN LA CASA HOGAR HERMANA ESTEFANÍA. EDO.
MIRANDA, VENEZUELA**

Trabajo Especial de Grado presentado como requisito para optar al Título de
Licenciada en Enfermería.

Autoras:

T.S.U. Carreyó, Heliany.

C.I: 16.887.718

T.S.U. Tarazona, Ailim

C.I: 13.339.159

T.S.U. Vergano, Ángela

C.I: 17.079.414

Tutora:

Dra. Morazzani, Haydée

CARACAS, NOVIEMBRE DE 2011

**DESEMPEÑO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ENFOCADO EN LA
TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA SATISFACCIÓN
INTEGRAL DEL USUARIO GERIÁTRICO CON DEMENCIA SENIL TIPO
ALZHEIMER, EN LA CASA HOGAR HERMANA ESTEFANÍA. EDO.
MIRANDA, VENEZUELA**



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**DESEMPEÑO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ENFOCADO EN LA
TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA SATISFACCIÓN
INTEGRAL DEL USUARIO GERIÁTRICO CON DEMENCIA SENIL TIPO
ALZHEIMER, EN LA CASA HOGAR HERMANA ESTEFANÍA. EDO.
MIRANDA, VENEZUELA**

Trabajo Especial de Grado presentado como requisito para optar al Título de
Licenciada en Enfermería.

Autoras:

T.S.U. Carreyó, Heliany.

C.I: 16.887.718

T.S.U. Tarazona, Ailim

C.I: 13.339.159

T.S.U. Vergano, Ángela

C.I: 17.079.414

Tutora:

Dra. Morazzani, Haydée

CARACAS, NOVIEMBRE DE 2011

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, fuente de inspiración, en mis momentos de angustia, esmero, dedicación, alegría y tristeza que caracterizaron el tránsito por este camino que hoy veo realizado.

A mi esposo Miller, quien me brindo su amor, cariño y apoyo constante. Su ferviente paciencia y comprensión para culminar este trabajo son evidencia de su gran amor.

A mi papi Luciano (QEPD) y a mi mami Betty, quienes me han enseñado desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas. Mi triunfo es para ustedes.

A quienes nunca dudaron que lograría este triunfo, mis hermanos Gabrielle y Attilio.

Ángela Vergano.

A ustedes mis padres Germán y Carmen, quienes han sido fuente de energía e inspiración en mi vida.

A mi Hermano Gersi, quien me acompaño con su comprensión y apoyo.
Al más especial de todos, a ti mi Señor porque hiciste realidad este sueño, por todo el amor con el que me rodeas y porque me tienes en tus manos.

Ailim Tarazona.

A mi familia, por apoyarme en cada una de las etapas que he emprendido.

A mi esposo José, por su gratitud, apoyo y tolerancia a mis pretensiones intelectuales.

A mi hija Sinahy, ella es lo mejor que nunca me ha pasado, y ha venido a este mundo para darme el último empujón para terminar este trabajo.

A mis compañeras de trabajo Ángela y Ailim sin su ayuda no llevaría a cabo mis aspiraciones.

Heliany Carreyó.

AGRADECIMIENTOS

Estos tres últimos años han sido para nosotras uno de los más importantes, intensos y fascinantes de nuestra trayectoria profesional. En este tiempo hemos tenido la enorme suerte y satisfacción de conocer y de trabajar con personas que nos han ayudado mucho, en la consecución de un esfuerzo de investigación, que se recoge en el presente documento, y a la que estamos profundamente agradecidas. Aunque el hecho de exponer una lista de personas siempre, supone el riesgo de olvidar a alguna de ellas, si quisiéramos hacer una especial mención de agradecimiento para las siguientes.

En primer lugar quisiéramos mencionar a la Doctora Haydée Morazzani, quien ha sido para nosotras un auténtico privilegio y honor tenerla como tutora de este trabajo, y a quien nos gustaría agradecerle la gran oportunidad que nos ha dado y la confianza que ha depositado en nosotras durante el transcurso de este trabajo.

A la Profesora Carmen Jiménez quisiéramos agradecerle todo lo que nos enseñó este año, el tiempo dedicado, y sus continuos consejos para la elaboración de este trabajo.

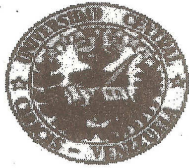
Al Ingeniero Miller Zambrano, compañero y amigo, le agradecemos todo su apoyo, confianza y su valiosa ayuda prestada en este trabajo.

A la Profesora Ana Ytriago, le deseamos agradecer su inestimable apoyo en los últimos meses.

De igual manera, le agradecemos a la Sra. Ana Moreno por sus oraciones y apoyo.

Le agradecemos a la Casa Hogar Hermana Estefanía y a la Fundación de Alzheimer de Venezuela por abrirnos las puertas y ayudarnos en todo momento del transcurrir de este trabajo.

Finalmente, agradecemos a la Universidad Central de Venezuela y en especial a la Escuela de Enfermería por la oportunidad de aprender y convertirnos en las profesionales que hoy somos.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE MEDICINA
 ESCUELA DE ENFERMERÍA
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



ACTA
 TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los reglamentos de la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, quienes suscriben Profesores designados como Jurados del Trabajo Especial de Grado, titulado:

Desempeño del Profesional de Enfermería enfocado en la Teoría de Virginia Henderson para la Satisfacción Integral del Usuario Geriátrico con Demencia Senil Tipo Alzheimer en la Casa Hogar Hermana Estefanía E. Miranda.

Presentado por las (os) Técnicos Superiores:

Apellidos y Nombres: Carreño, Heliany C.I. N° 16887718
 Apellidos y Nombres: Tarazona, Milim C.I. N° 13.339.159
 Apellidos y Nombres: Figueroa, Angéle C.I. N° 17.079.414

Como requisito parcial para optar al Título de: Licenciado (a) en Enfermería.

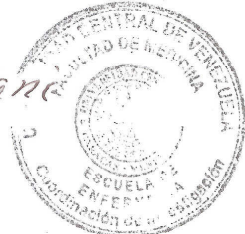
Deciden: Aprobación con Mención Honorífica

En Caracas, a los 31 días del mes de Enero de 2012

[Signature]
 Prof. (a) Julia Figueroa
 C. I. N° 2.741.819

Jurados,
[Signature]
 Prof. (a) Rosario Samolig
 C. I. N° 2865197

[Signature]
 Prof. (a) Haydee Morazzani
 C. I. N° 999.051



Va sin enmienda

ÍNDICE GENERAL

	Pp
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Acta de aprobación.....	v
Índice general.....	vi
Lista de cuadros.....	viii
Lista de gráficos	ix
Resumen.....	x
Introducción.....	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del Problema.....	3
1.2 Objetivo general.....	7
1.3 Objetivos específicos.....	7
1.4 Justificación.....	8
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	10
2.2 Bases Teóricas.....	13
2.2.1 Modelo de Atención Integral de Enfermería de Virginia Henderson.....	13
2.2.2 Usuarios Geriátricos.....	26
2.2.3 Demencia.....	31
2.2.4 Satisfacciones de las Necesidades en el Usuario Geriátrico.....	36
2.2.5 Enfermera y Comportamiento de los Usuarios.....	38
2.2.6 Malos Tratos a los Usuarios Geriátricos.....	40
2.3 Sistema de Variables.....	42

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	45
3.1 Tipo de Investigación.....	45
3.2 Diseño de la Investigación.....	46
3.3 Población y Muestra.....	46
3.4 Método, Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos.....	47
3.5 Validez y Confiabilidad del instrumento.....	47
3.6 Plan de Tabulación y Análisis de Datos.....	49
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	50
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
5.1 Conclusiones.....	64
5.2 Recomendaciones.....	65
Referencias bibliográficas.....	67
ANEXOS:	71
Anexo A. Instrumento de recolección de datos.....	72
Anexo B. Certificados de validación.....	77
Anexo C. Cálculos estadísticos.....	81

LISTA DE CUADROS

Cuadro		Pp
1	Distribución porcentual de la evaluación de los indicadores asociados a la dimensión de elementos fisiológicos.....	52
2	Distribución porcentual de la evaluación del indicador asociado a la dimensión de elementos de seguridad.....	55
3	Distribución porcentual de la evaluación de los indicadores asociados a la dimensión de elementos sociales.....	57
4	Distribución porcentual de la evaluación de la dimensión de elementos de estima.....	60
5	Distribución porcentual de la media aritmética de la evaluación por dimensión.....	62

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico		Pp
1	Distribución porcentual de las opciones para la dimensión Elementos Fisiológicos.....	53
2	Distribución porcentual de las opciones para la dimensión de Elementos de Seguridad.	55
3	Distribución porcentual de las opciones para la dimensión de Elementos Sociales.....	58
4	Distribución porcentual de las opciones para la dimensión de Elementos de Estima.....	60
5	Distribución porcentual de la media aritmética de la evaluación por dimensión.....	63

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

DESEMPEÑO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ENFOCADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA SATISFACCIÓN INTEGRAL DEL USUARIO GERIÁTRICO CON DEMENCIA SENIL TIPO ALZHEIMER, EN LA CASA HOGAR HERMANA ESTEFANÍA. EDO. MIRANDA, VENEZUELA

Autoras:

T.S.U. Carreyó, Heliany.

T.S.U. Tarazona, Ailim

T.S.U. Vergano, Ángela

Tutora: Dra. Morazzani Haydée

Fecha: Noviembre, 2011

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de investigación es determinar el desempeño del profesional de enfermería en la atención integral del usuario geriátrico con demencia senil tipo Alzheimer, de acuerdo al modelo de atención definido por Virginia Henderson, en la Casa Hogar Hermana Estefanía, ubicada en el sector Los Chorros, del municipio Sucre del Estado Miranda, durante el primer trimestre del año 2011. Se realizó una evaluación de desempeño por medio de una guía de observación que se comprende de sesenta y nueve (69) ítems tipo enunciados, los cuales describen la frecuencia del cumplimiento de ciertas actividades relacionadas con los elementos de atención de enfermería de Virginia Henderson. Fueron evaluadas 17 enfermeras corresponde al 85% del total de la población por razones de disponibilidad. El Alfa de Cronbach fue de 0.85 lo que indica un instrumento confiable y consistente. La evaluación del desempeño del profesional de enfermería mostró que las enfermeras cumplen parcialmente el modelo de Virginia Henderson de acuerdo a su experiencia, criterio propio y limitaciones ambientales. A partir de la investigación realizada se pueden dar cuatro recomendaciones: Diseñar un modelo de atención de enfermería basándose en la experiencia y conocimientos del profesional de enfermería especializado en gerontología. Evaluar el impacto sobre el usuario al poner en práctica un plan de cuidados basados en el modelo de Virginia Henderson. Reforzar por medio de talleres, dotación y reglamentación el uso de material de seguridad biológica por parte del personal de enfermería. Poner en práctica actividades recreativas, laborales y deportivas adaptándose al espacio disponible.

Descriptor: Enfermería, necesidades básicas, usuario geriátrico, demencia senil, Alzheimer, Virginia Henderson.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno progresivo del cerebro que produce un cambio dramático en la vida de quien lo sufre. Ocasionalmente el deterioro irreversible de la memoria, la destrucción de las funciones intelectuales, la capacidad de expresarse y comunicarse adecuadamente, de organizar la vida cotidiana y de llevar una vida familiar, laboral y social autónoma. Estos cambios conducen a un estado de dependencia total del usuario y finalmente a la muerte.

Es durante este proceso de dependencia que los profesionales de enfermería juegan un papel muy importante. Esto se debe que será en gran parte su responsabilidad ayudar a cubrir las necesidades interferidas por causa de la enfermedad de Alzheimer. En cuanto a este punto intervienen una serie de conceptos entre los cuales es importante citar a Virginia Henderson (1961), quien propuso que los cuidados básicos de enfermería se pueden dividir de acuerdo a catorce los elementos fundamentales.

En este orden de ideas se presenta el presente trabajo especial de grado donde ha buscado Determinar el desempeño del profesional de enfermería en la atención integral del usuario geriátrico con demencia senil tipo Alzheimer, de acuerdo al modelo de atención definido por Virginia Henderson, en una población de enfermeras que laboran en la Casa Hogar Hermana Estefanía, en el Municipio Sucre, Estado Miranda. Investigación realizada durante el primer trimestre del año 2011

Por otra parte, en su estructura el presente informe de investigación contiene seis (6) capítulos descritos de la siguiente manera:

El primer capítulo donde se plantea el problema, los objetivos y la justificación de la investigación. Le sigue el segundo capítulo que corresponde al marco teórico en donde se citan los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y el sistema de operacionalización de variables. En el tercer capítulo se tocará el marco metodológico, se describirá el tipo de investigación, la población y muestra, el

método e instrumento de recolección de datos, la validez y confiabilidad del instrumento y la técnica de análisis de los datos. En el capítulo cuarto se presentan los resultados obtenidos junto con los análisis correspondientes. Finalmente en el capítulo sexto se presentaran las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo especial de grado.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (2011), para este mismo año en Venezuela se estiman 2.647.400 personas mayores de 60 años, alrededor de un 9% de la población total (29.415.555 personas). Integrando con cifras aportadas por el Asociación de Alzheimer de Venezuela (2011), 140.000 venezolanos padecen de demencia senil tipo Alzheimer, lo que constituye un 5% de la población de adultos mayores y un 0.47% de la población total en Venezuela. Por lo que se puede advertir partiendo de estas cifras que aun cuando Venezuela se define como un país joven, se debe prestar gran atención a la investigación y cuidados de este sector de la población.

La demencia senil tipo Alzheimer, es definida por Guilló P., 2002, como un desorden progresivo, degenerativo e irreversible de las células cerebrales, causando deterioro gradual en las habilidades intelectuales, mentales, físicas y personales. Adicionalmente al proceso degenerativo propio de la enfermedad, los pacientes pueden desarrollar enfermedades asociadas a su grupo etario, tales como, hipertensión, diabetes, enfermedades coronarias y osteoporosis. Aunado a esto, en un estado avanzado de la enfermedad aumentan los riesgos de infecciones, deshidratación, úlceras por presión debido a la inmovilización y desnutrición. Por lo que se puede decir que la enfermedad de Alzheimer se caracteriza por la interferencia progresiva de las necesidades básicas del ser humano, haciéndole a este dependiente de los cuidados de terceros, bien sean, familiares o profesionales de enfermería.

Complicando aún más el cuadro anterior, de acuerdo con De Bartolo, D. (2000) en Venezuela alrededor de un 40% de la población de adultos mayores recibe algún tipo de maltrato, tales como, abusos físicos, psicológicos, y la negligencia activa o pasiva.

Esto incluye los maltratos por desconocimiento, omisión, inobservancia o cualquier acción que afecte la cobertura de las necesidades básicas humanas.

Adicionalmente, el desarrollo de la enfermedad se encuentra muy ligado con la edad avanzada del paciente, por lo que en algunos casos los síntomas son adjudicados a un proceso normal de la vejez. De esta manera, la enfermedad muchas veces es advertida cuando el paciente se encuentra en una etapa avanzada, donde depende totalmente de un cuidador. Esto genera que muchos familiares ante su incapacidad de cuidar al paciente opten por la atención especializada que brindan los geriátricos y hogares de cuidados. Lo que nos lleva a un escenario donde la atención es prestada por profesionales de la enfermería.

En el caso de los pacientes bajo el cuidado del personal de enfermería, depende mayormente de estas últimas la cobertura de las necesidades del anciano, y su cumplimiento va en función de garantizar el bienestar del paciente, aumentar la calidad de vida y disminuir la progresión de la enfermedad a través de una atención integral, donde se aborde al usuario como un ser bio-psico-social.

Sin embargo, al ser inexistente en Venezuela una guía oficial de los cuidados que deben ser proporcionados por el profesional de enfermería en la atención integral del usuario geriátrico con demencia senil tipo Alzheimer, aunado a la carencia de un mecanismo evaluador del desempeño del profesional de enfermería en esta área, se puede afectar directamente la cobertura de las necesidades básicas humanas del usuario geriátrico durante su permanencia en los centros gerontológicos.

En vista de lo anterior, surgió la necesidad de investigar cual es el labor que desempeña el profesional de enfermería en la atención integral del usuario geriátrico con demencia senil tipo Alzheimer, desarrollando para ello un instrumento que sirva de guía, a estudiantes y profesionales en el ejercicio de sus funciones como proveedores de los cuidados al usuario con Alzheimer. Para ello, se ha tomado en cuenta los elementos integrantes definidos por Virginia Henderson, los mismos se han adaptado al usuario geriátrico, los cuales hacen referencia a una atención integral dirigida al usuario.

De acuerdo con Henderson V. (1961), las raíces de la enfermería se encuentran en necesidades humanas fundamentales. Aun cuando, la enfermera nunca podrá comprender totalmente a una persona ni proporcionarle todo lo que esta necesita para su bienestar. La enfermera ha de tener presente que, invariablemente, el ser humano necesita alimentos, alberge, prendas de vestir, muestras de afecto y aprobación y ha de tener la sensación de que es útil en la dependencia mutua de las relaciones sociales. El profesional de enfermería debería ser capaz de observar las necesidades y estados patológicos del paciente gracias a su formación en ciencias biológicas y sociales. Adicionalmente, el profesional de enfermería debe poder determinar estas necesidades a medida que avanza la enfermedad para la mayor eficacia de los cuidados de enfermería.

Henderson también explica que, la enfermería básica se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona. Los elementos de cuidados básicos de enfermería se basan en las necesidades fundamentales del ser humano; por lo que nos hemos permitido en este trabajo dividir los elementos de cuidados básicos en cuatro grandes dimensiones: elementos fisiológicos, elementos de seguridad, elementos sociales y elementos de estima.

Por lo tanto, podemos decir que el modelo expuesto por Henderson está basado en una atención integral del paciente por parte del personal de enfermería. El cual tiene como objetivo poder ayudar en aquellas actividades que contribuyen a llevar al paciente a un estado de recuperación de la salud o convalecencia de una enfermedad o la muerte sin sufrimiento.

En este sentido, se realizó una evaluación de desempeño por medio de una guía de observación que evalúa la aplicación del modelo de Virginia Henderson en la atención integral del usuario geriátrico con demencia senil tipo Alzheimer. Este instrumento se aplicó en la Casa Hogar Hermana Estefanía, ubicada en el sector Los Chorros, del municipio Sucre del Estado Miranda, durante el primer trimestre del año 2011. En este recinto existe una población de 30 ancianas que padecen de demencia

senil tipo Alzheimer. Las cuales se encuentran en su mayoría en las etapas II y III de la enfermedad y dependen casi totalmente de los cuidados del personal de enfermería.

De acuerdo a todo lo antes referido, se plantean las siguientes preguntas:

1.- ¿Cuáles son los elementos fisiológicos de cuidados básicos aplicados por el profesional de enfermería en la atención del usuario con demencia senil tipo Alzheimer?

2.- ¿Cuáles son los elementos de seguridad de cuidados básicos aplicados por el profesional de enfermería en la atención del usuario con demencia senil tipo Alzheimer?

3.- ¿Cuáles son los elementos sociales de cuidados básicos aplicados por el profesional de enfermería en la atención del usuario con demencia senil tipo Alzheimer?

4.- ¿Cuáles son los elementos de estima de cuidados básicos aplicados por el profesional de enfermería en la atención del usuario con demencia senil tipo Alzheimer?

En vista de lo anterior y enmarcado en la evaluación del desempeño del profesional de enfermería de la Casa Hogar Hermana Estefanía, en el Municipio Sucre, Estado Miranda, durante el primer trimestre del año 2011, se plantea la pregunta:

¿Cuál es el desempeño del profesional de enfermería en la atención integral al usuario geriátrico con demencia senil tipo Alzheimer, de acuerdo al modelo de atención definido por Virginia Henderson?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.2 Objetivo general

Determinar el desempeño del profesional de enfermería en la atención integral del usuario geriátrico con demencia senil tipo Alzheimer, de acuerdo al modelo de atención definido por Virginia Henderson.

1.3 Objetivos específicos

1. Describir los elementos fisiológicos de cuidados básicos aplicados por el profesional de enfermería en la atención del usuario con demencia senil tipo Alzheimer.
2. Describir los elementos de seguridad de cuidados básicos aplicados por el profesional de enfermería en la atención del usuario con demencia senil tipo Alzheimer.
3. Describir los elementos sociales de cuidados básicos aplicados por el profesional de enfermería en la atención del usuario con demencia senil tipo Alzheimer.
4. Describir los elementos de estima de cuidados básicos aplicados por el profesional de enfermería en la atención del usuario con demencia senil tipo Alzheimer.

1.4 Justificación.

Hasta la fecha, los trabajos realizados en nuestro país se enfocaban principalmente en los problemas que enfrentan familiares y cuidadores, así como, la orientación que se le debe brindar al familiar-cuidador para hacer frente a la demencia senil tipo Alzheimer. Por lo tanto, era imperioso realizar una investigación que se centrara en la actuación del personal de enfermería, para ello sería necesario realizar un diagnóstico mediante la aplicación de una base conceptual de enfermería; esta debería ser fácilmente aplicable y debería poder adaptarse al caso específico de estudio.

En otro orden de ideas, era necesario elaborar un estudio que sirviese de guía para el personal de enfermería y a los estudiantes en formación. De manera que estos pudiesen evaluar y reforzar sus áreas de acción, en lo que concierne al cuidado integral del usuario con la enfermedad de Alzheimer, teniendo a su alcance la información necesaria para el correcto cuidado y apoyo de la persona afectada.

El desarrollo de este trabajo especial de grado, incluye al personal de enfermería como un agente fundamental para la atención del paciente con demencia senil tipo Alzheimer que se encuentran en geriátricos. Por lo que es importante decir, que uno de los aspectos más significativos que justifican este trabajo especial de grado es la creación de un precedente en la aplicación de una metodología de evaluación de desempeño del profesional de enfermería en la atención integral al usuario geriátrico con demencia senil tipo Alzheimer, aplicando el modelo de Virginia Henderson.

La aplicación del modelo de Virginia Henderson se justifica debido a su fácil aplicación y a que define la actuación de enfermería en catorce elementos claramente delimitados. Adicionalmente, este modelo es flexible y abierto permitiendo la incorporación de nuevos conceptos.

En el modelo seleccionado, el personal de enfermería debe impartir una asistencia integral del usuario, viendo a este último como un ser bio-psico-social. No solo se trata de cubrir las necesidades biológicas del paciente, sino que, la enfermera debe

incorporar a su matriz de cuidados actividades dirigidas a satisfacer las necesidades de seguridad, protección, comunicación, trabajo, recreación, psicológicas y espirituales. Estos elementos de cuidados de enfermería, ayudan al paciente y a los familiares a sobrellevar la enfermedad; mejorando a su vez la calidad de vida, inclusive desacelerando la degeneración mental y física del usuario, permitiendo que las intervenciones realizadas en el usuario tengan éxito y puedan guiar cuidados futuros.

El estudio también se reviste de importancia ya que, permitirá al personal de enfermería, a la familia del afectado y a los estudiantes en formación a tener a su alcance la información necesaria para la proporción de cuidados integrales y apoyo de la persona afectada durante la evolución de la enfermedad.

En resumen y tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, el presente trabajo halla su justificación primero, en el precedente que genera en cuanto a la base teórica aplicada, segundo en la necesidad de una investigación centrada en el desempeño del personal de enfermería y tercero en la aplicabilidad de los resultados de la investigación y de la metodología planteada.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Son presentados tres antecedentes de investigación que demostraron gran similitud con el presente Trabajo de Grado. Como primer antecedente, se presenta el Trabajo Final de Grado de Brizuela B. y González L. (2008) para obtener el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Central de Venezuela, titulado “Intervención de la enfermera en la satisfacción de las necesidad básicas del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de medicina Interna del Hospital “Joaquina de Rotondaro” de Tinaquillo”; cuyo objetivo general es “Describir la intervención de la enfermera en la satisfacción de las necesidades básicas del adulto mayor hospitalizado en la Unidad de Medicina Interna del Hospital “Joaquina Rotondaro” de Tinaquillo Estado Cojedes.” (p. xi).

Este estudio es descriptivo, no experimental y el diseño de la investigación es un trabajo de campo. “La población y la muestra estuvo conformada por catorce (14) profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Medicina Interna.” (p. xi).

Basado en lo anterior, se identifican las siguientes aproximaciones:

- En términos del título entre los siguientes sintagmas; atención integral y satisfacción de necesidades básicas; usuario geriátrico y adulto mayor; profesional de enfermería y enfermera.
- La analogía entre los conceptos de los temas de ambas investigaciones, la relación entre los propósitos y las metas de los objetivos; “Desempeño del profesional de enfermería...” y “Describir la intervención de la enfermera...”.

- Finalmente, entre los hechos de los contextos del planteamiento de los problemas objeto de investigación de ambos estudios; "...el personal de enfermería, tiene la responsabilidad deontológica de garantizar la información a la usuaria afectada y los familiares de las mismas .."y"...el profesional de enfermería como ente promotor de salud debe servir de apoyo y de educador..."

La conclusión más relevante es "...en relación a la autonomía del adulto mayor hospitalizado, los profesionales que les brindan cuidado no satisfacen esta necesidad..." (p. 94).

Un segundo antecedente lo constituye la investigación desarrollada por Ibarra L., Liendo B. y Moreno M. (2003) en la Universidad Central de Venezuela, titulada "Participación de Enfermería en los cuidados proporcionados a los gerontes con demencia senil en la Unidad Geriátrica "Antonio Ramia", Turmero, Estado Aragua. El objetivo general es, "Determinar la Participación de Enfermería en los cuidados proporcionados a los gerontes con demencia senil en la Unidad Geriátrica "Antonio Ramia", Turmero, Estado Aragua". (p. xi). Se precisa que, "...la población estuvo conformada por 28 enfermeras que laboraban en la Unidad de referencia..." (p. xi).

El análisis de esta investigación se desarrolla en forma semejante a la anterior, por lo que se identificaron las siguientes aproximaciones:

- En términos del título entre los siguientes sintagmas; atención integral y cuidados proporcionados; usuario geriátrico y gerontes; profesional de enfermería y enfermera; desempeño del profesional de enfermería y participación de enfermería; Alzheimer y demencia senil.
- La analogía entre los conceptos de los temas de ambas investigaciones, la relación entre los propósitos y las metas de los objetivos; "Desempeño del profesional de enfermería..." y "Participación de la enfermería en los cuidados proporcionados..."

- Finalmente, entre los hechos de los contextos del planteamiento de los problemas objeto de investigación de ambos estudios; “...atención integral a usuario geriátricos con Alzheimer” y “...los cuidados de los gerontes con demencia senil...”.

La conclusión más notable es “...existían limitaciones en cumplir actividades acerca de la etapa de demencia del geronte...” (p. 47); que se corresponde con la Recomendación “Coordinar con la Dirección de la Unidad citada la realización de un taller de relación de ayuda al geronte.” (p. 48).

Se incluye un tercer antecedente conformado por el estudio culminado por Martínez M. y Gil D. (2008) en la Universidad Central de Venezuela, titulado “Cuidados de Enfermería para satisfacer las necesidades básicas del adulto mayor con deterioro cognoscitivo, recluido en la Unidad Gerontológica “María Auxiliadora, El Tigre Estado Anzoátegui”. El objetivo general es el siguiente: “Determinar los cuidados de Enfermería en la satisfacción de las necesidades básicas del Adulto mayor con deterioro cognoscitivo, recluido en la Unidad gerontológica “María Auxiliadora”. (p. xi).

La investigación se clasifica como descriptiva y su diseño es un estudio de campo. La población la constituyen ocho (08) enfermeras de la institución.

El análisis de esta investigación se desarrolla en forma análoga a las anteriores. Por lo que identificaron las siguientes aproximaciones:

- En términos del título entre los siguientes sintagmas; atención integral y cuidados de enfermería; usuario geriátrico y adulto mayor con deterioro cognitivo..
- La analogía entre los conceptos de los temas de ambas investigaciones, la relación entre los propósitos y las metas de los objetivos; “Desempeño del profesional de enfermería...” y “Cuidados de enfermería para satisfacer las necesidades...”.

- Finalmente, entre los hechos de los contextos del planteamiento de los problemas objeto de investigación de ambos estudios; y “...los cuidados de los gerontes con demencia senil...”.

La conclusión más notable es “...existían limitaciones en cumplir actividades acerca de la etapa de demencia del geronte...” (p. 47); que se corresponde con la Recomendación “Coordinar con la Dirección de la Unidad citada la realización de un taller de relación de ayuda al geronte.” (p. 48).

A continuación, se presentan una serie de conceptos que han sido de importancia para el desarrollo del presente trabajo de grado, cuyo enfoque será los cuidados gerontológicos proporcionados por el personal de enfermería hacia el usuario geriátrico con enfermedad de Alzheimer.

2.2 Bases Teóricas

A continuación se definen algunos conceptos de importación durante el desarrollo de este Trabajo Especial de Grado:

2.2.1 Modelo de Atención Integral de Enfermería de Virginia Henderson

Según Concha M. (2000) el modelo de atención de enfermería de Virginia Henderson conceptualiza la atención de enfermería dirigida a un ser bio-psico-social, es decir, que está conformado por cuerpo, mente y espíritu. El destinatario de los cuidados se define como una unidad funcional integrada en interacción con su medio y dentro de los límites de adaptación que mantiene o conduce hacia su equilibrio.

Por esta razón, el modelo de atención integral a seguir en este trabajo especial de grado será el planteado por Virginia Henderson en su libro Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería en el año 1961, este modelo revolucionó el concepto de atención de enfermería y es ampliamente aceptado en la actualidad.

2.2.1.1 Objetivo de la Atención de Enfermería

En este modelo Henderson V. (1961) destaca el concepto de la función propia de la enfermera:

La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. (p. 6).

Sobre lo expuesto en el párrafo anterior, es posible mencionar Henderson V. (1961) considera que el objetivo de la enfermera es “asistir” a esta persona y esto lo logra a través de aquellas actividades de la vida diaria que contribuyen a ese estado que para la persona significa salud o convalecencia de una enfermedad o la muerte sin sufrimiento.

En este sentido, cualquier régimen que se establezca para aplicar los cuidados básicos a una persona se debe fundar, idealmente, en las necesidades de este. Con frecuencia la enfermera deberá de ajustarse a las situaciones que no se le permitan aplicarlos. Ha de hacer énfasis en la autonomía y funcionalidad de las personas, para evitar complicaciones iatrogénicas derivadas de la institucionalización y que posteriormente puede exigir de la rehabilitación.

La enfermera para comprender al usuario, debe estar atenta a sus palabras y a sus gestos y ha de alentarle a manifestarse como pueda, lo que en cada momento sienta.

2.2.1.2 Relación Enfermera-Usuario

Henderson V. (1961) identifica que la enfermera puede establecer tres tipos de relaciones con el usuario, las que dependerán de la valoración de éste. La enfermera puede ser:

- Un sustituto: cuando la dependencia de individuo es total; incapaz de establecer sus necesidades en forma autónomas por no tener la fuerza, el valor o los conocimientos necesarios para ello. En esta situación la rehabilitación es fundamental para prevenir mayores complicaciones y fortalecer las capacidades remanentes.
- De ayuda: cuando apoya sus actividades, fomentando su funcionalidad a fin de mantener o motivar su independencia.
- Compañera: al actuar como consejera o asesora para que conserve su salud, dejándole en libertad de acción para tomar sus decisiones.

2.2.1.3 Elementos Integrantes de los Cuidados Básicos de Enfermería

De acuerdo con Henderson V. (1961), la enfermera deberá valorar las necesidades básicas fundamentales y los factores que puedan influirlas, adicionalmente tratará de satisfacerlas mediante la aplicación de los siguientes elementos de cuidados básicos, los cuales hemos adaptado al usuario geriátrico, incluyendo conceptos de Méndez R. y Molina E. (2006), Asociación de Alzheimer (2011) y Pinto J. (1999).

1. Ayuda al usuario en la función respiratoria

La enfermera debe observar debidamente el desarrollo de la función respiratoria. Hay que dar a conocer a los ancianos y a los familiares las posiciones que, al estar de pie, sentados o acostados, favorezcan más la expansión torácica y el uso de los músculos respiratorios. En los casos en que el usuario necesite ayuda para colocarse en esas posiciones, la enfermera seleccionará la cama o la silla más adecuada, almohadas, almohadillas y cojines para mantener la posición que promueve la respiración natural.

La enfermera debe vigilar los signos de obstrucción en las vías respiratorias y estar preparada para utilizar drenajes por succión y posturales. De igual forma debe

conocer los principios de la administración de oxígeno y otros gases. La enfermera ha de saber practicar la respiración artificial y manejar los respiradores ya que es la que ayuda al usuario a adaptarse a estar en un respirador.

La enfermera debe vigilar la temperatura ambiente y la humedad relativa, así como la presencia de sustancias irritantes en el aire y mantener una atmósfera saludable y agradable mediante ventilación natural y la limpieza.

2. Ayuda al usuario al comer y beber.

Ya que es la enfermera la que permanece más tiempo con el anciano con EA ella tiene oportunidad de tomar nota de los alimentos que complacen o desagradan al usuario, de observar y notificar cualquier ingestión inadecuada, debe alentar al usuario para que coma o beba y observar el grado de suficiencia de la comida. La enfermera ha de aconsejar sobre los niveles de talla y peso; sobre los requerimientos nutricionales, sobre la selección y preparación de las comidas. Debe conocer los hábitos alimentarios, los gustos, los tabús y los aspectos psicológicos de la alimentación.

Cuando el anciano con EA está en la fase terminal la enfermera debe administrarle los alimentos o hacer arreglos para que los familiares, amigos o personas voluntarias se encarguen de esta función. La enfermera debe de mantener una dieta de textura uniforme, aportando líquidos en forma de gelatinas y sólidos triturados con espesantes. Tanto la persona que administra los alimentos como la que los recibe han de sentirse a gusto. Debe colocar los alimentos de forma que tanto ella como el usuario vean la bandeja o la mesa. Lo mejor es que la alimentación este siempre a cargo de la misma persona, pues de esta forma hay mayor continuidad en el proceso de rehabilitación del enfermo. Debe estimularlo para que mantenga su independencia.

La enfermera debe procurar prescindir de todas las rutinas que perjudiquen o disgusten al anciano en cuanto a los hábitos alimenticios de este, es decir, la de comer

cuando sienta hambre y cuando no les sea posible prescindir de ellas, deben tratar de reducir al mínimo sus malos efectos.

Es conveniente que el anciano vaya al comedor, ya sea andando sin ayuda o utilizando muletas o silla de ruedas, mientras su estado de salud lo permita. Corresponde a la enfermera transmitir al personal dietético las órdenes médicas. Si la persona no posee adiestramiento la enfermera debe ayudar en la preparación de la comida del usuario geriátrico. Cuando el usuario requiere alimentación extra oral; la enfermera ha de saber introducir tubos en el estómago, boca y nariz. Asimismo debe conocer las distintas fórmulas su preparación para satisfacer las necesidades nutricionales del usuario.

3. Ayuda al usuario en las funciones de eliminación.

La enfermera debe conocer los límites de la eliminación urinaria y fecal, saber hasta qué punto es normal la sudoración y la respiración. La enfermera debe juzgar la función de la eliminación por el aspecto de las heces, y su conocimiento de los valores que aparecen en los análisis de excretas, le permite enjuiciar los informes de laboratorio, e interpretar, de acuerdo con ellos, las necesidades del anciano. Le corresponde a la enfermera determinar por el olor o aspecto de las excreciones si estas son anormales. De igual forma la enfermera debe obtener las muestras de las cavidades del organismo, para fines de diagnóstico y el análisis de laboratorio.

Durante la eliminación urinaria y fecal, el usuario geriátrico necesita privacidad y comodidad, de acuerdo con las exigencias de la edad, las condiciones físicas y las costumbres. Se debe recomendar al anciano la posición fisiológica que conduce a la eliminación normal. Se puede sustituir el empleo del urinal de cama por el instalado en una silla de ruedas o llevar al usuario al cuarto de baño. La enfermera debe guiar al anciano durante cada paso del baño, recordándole las áreas que necesita lavarse y completar parte del baño si es necesario. Esto se puede realizar planificando una rutina.

Al usuario geriátrico hay que protegerle la piel contra la irritación, así como las prendas de vestir y ropas de cama. El cuidado de la piel, las medidas de comodidad, el control de los olores y la prevención del enfriamiento, son problemas en los que el anciano necesita ayuda y ha de ser atendido por la enfermera para reducir al mínimo esas molestias. Le incumbe a la enfermera la función de ayudar al anciano a proteger a los demás del contacto de todas las eliminaciones del organismo y proporcionarle todos los medios y equipos para esta protección.

4. Ayuda al usuario para que mantenga la debida posición y para cambiar de postura.

Para que el anciano aprenda a permanecer en buena postura, hay que proporcionarle el tipo adecuado de cama, colchón y silla esto con el fin de prevenir deformidades y anormalidades en las funciones del usuario. La enfermera debe conocer los principios del equilibrio, alineación y apoyo. Debe saber colocar al organismo humano bien alineado y prestarle el apoyo necesario en todas las posiciones, lateral, supina y prona, así como al sentarse o incorporarse en la cama.

La enfermera ha de enseñar a otras personas que la ayuden a cambiar la posición al anciano con EA y ha de ayudar al usuario a recobrar independencia neuromotora mientras sea posible. Es conveniente el uso de sabanas de volteo y levantamiento del usuario y el empleo de dispositivos que faciliten el movimiento del cuerpo humano. La enfermera se asegura que el anciano en la fase terminal de la EA no permanezca en la misma posición durante un tiempo demasiado prolongado para evitar anquilosamiento de las extremidades y la pérdida progresiva de la movilidad articular.

Se debe incentivar siempre que se pueda a dar unos cuantos pasos diariamente, por un breve periodo. La prevención de úlceras de decúbito, en usuarios que están en cama se puede conseguir mediante la limpieza y frecuentes cambios de posición.

5. Ayuda al usuario en el descanso y en el sueño.

Puesto que el descanso y el sueño dependen en parte de la relajación muscular, la enfermera debe prevenir tensiones por medio de períodos adecuados de relajación, es decir, de descanso y sueño. Todo lo que contribuye a que el anciano con EA sienta que ha aprovechado el día aumenta las posibilidades del sueño natural. La eliminación de factores irritantes, como son los ruidos, olores o escenas desagradables, contribuirá a provocar el sueño. También favorecerá la satisfacción del hambre e incluso evitar las noticias agradables a la hora de dormir. El masaje es calmante al igual que los sonidos rítmicos y suaves, y los movimientos de balanceo.

Muchas veces el trastorno del sueño se une a la desorientación general del usuario y particularmente a la desorientación temporal, que provoca que la persona se despierte sin tener conciencia de la hora y el lugar en que se hallan. Ante esta situación la enfermera debe tranquilizarle sin discutir, es preferible que el usuario se quede en el sofá tranquilo que discutir con él para que vuelva a la cama.

El lavado de la cara y las manos, así como los dientes, el peinado y el arreglo de la cama deberían llevarse a cabo antes de la hora de dormir. La presencia de la enfermera en la habitación a la hora de dormir y alguna frase atenta y alentadora contribuye considerablemente a vencer la ansiedad que se produce después que los visitantes se retiran y el usuario se queda solo con sus preocupaciones.

6. Ayuda al usuario en la selección de ropas de cama, y al vestirse y desvestirse.

El acto cotidiano de vestirse, es una actividad compleja, ya que precisa la coordinación de diversas funciones cerebrales. Los ancianos con EA empiezan a tener dificultades para arreglarse solos en la fase intermedia de la enfermedad: no saben escoger la ropa adecuada al clima, no la saben encontrar, no recuerdan la última vez que se cambiaron.

La ropa es un medio de protección contra los ambientes fríos y calurosos. La enfermera tiene la función de ayudar al anciano a seleccionar debidamente las ropas,

colocarla en orden en que deben ponérsela y ayudarle también a que haga el mejor uso posible de las mismas. En caso de personas en fase terminal de EA, la enfermera se ve obligada a seleccionar las ropas y a vigilar su conservación. Por otra parte, la imposición de ropas incompatibles con el usuario puede deprimirle o perturbarle considerablemente. La manera de vestir puede aumentar el respeto propio, expresar su individualidad y la elegancia. La enfermera debe proporcionar la fuerza física que necesite al anciano con EA al vestirse y desnudarse y dar el tiempo necesario para arreglarse sin prisa.

7. Ayuda al usuario a mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites de la normalidad.

Entre los cuidados de la enfermera figura el de mantener la temperatura del usuario dentro de los límites normales, siempre que esto sea posible. Ha de tratar de mantener las condiciones ambientales dentro de los márgenes de la comodidad. La enfermera debe conocer los principios fisiológicos de la producción y pérdida de calor y saber promover estos procesos mediante la alteración de la temperatura, la humedad o el movimiento de aire, la actividad física o el uso de ropa adecuada. La enfermera ha de estar en condiciones de aconsejar o de administrar baños apropiados, envolturas y otros medios para elevar o reducir la temperatura corporal. La enfermera debe conocer las medidas para proteger los ojos y la piel contra la luz del sol, y las extremidades contra el frío.

8. Ayuda al usuario en la higiene y aseo personal y en la protección de la piel.

Se debe proporcionar a todo usuario geriátrico el material, medios y ayuda necesaria para la limpieza de la piel, cabello, uñas, nariz, boca y dientes. Con esto se busca que el usuario no se vea obligado a reducir el nivel higiénico a que esté acostumbrado, por el hecho de encontrarse enfermo. Lo ideal, es que el número de baños completos se determine de acuerdo con las necesidades físicas y la voluntad del

anciano. El baño frecuente permite que el usuario tenga un aspecto limpio y aseado, y para combatir los malos olores del cuerpo y proteger la piel contra la maceración y otras formas de irritación.

Siempre que las instalaciones tengan dotación de baños privados o duchas colectivas, y las condiciones del usuario lo permitan, la enfermera debe promover el baño de inmersión o la ducha ya que es más completo que el baño en cama. Es frecuente que el anciano con EA sienta miedo a la hora del baño la enfermera no lo debe dejar solo, debe mantener la temperatura del agua y debe asegurarse de que el baño tenga barras o un asiento para detenerse. Al bañar al usuario en la cama, se debe hacer todo lo posible para sumergir sus manos y pies para que no quede rastro de jabón.

El cabello del usuario se debe cepillar y peinar por lo menos una vez al día, en la forma acostumbrada por este. Igualmente debe ayudar, en la forma necesaria, a todos los usuarios en el cuidado de las uñas y de las cutículas. Si no se dispone de un barbero la enfermera debe atender esa necesidad. Es importante que la enfermera limpie la boca y los dientes de los ancianos imposibilitados por lo menos dos veces al día. De igual manera la enfermera debe desalojar las excreciones de la nariz con un aplicador con algodón humedecido con agua u otra solución prescrita. La enfermera puede aplicar talco para el cuerpo o una loción en donde la piel se dobla para mantenerla suave y flexible.

9. Ayuda al usuario para evitar los peligros ambientales y a terceros de peligros derivados del propio usuario.

Algunas veces, la persona con la EA podría sentirse confuso y asustado. La enfermera puede ayudarlo a sentirse más relajado, creando un ambiente de seguridad y comodidad. Es importante destacar que el comportamiento de la persona puede influir en la seguridad de los demás familiares y ancianos.

La enfermera debe proteger al usuario contra traumatismos, como las caídas; contra los peligros materiales, como el fuego; contra los productos químicos tóxicos; contra los insectos y otros animales y contra los microorganismos patógenos siempre presentes en el ambiente. La enfermera debe estar en condiciones de aconsejar sobre la compra de equipo de seguridad que reduzcan a un mínimo los riesgos de lesiones físicas.

El atragantamiento o envenenamiento son una amenaza real. La persona de Alzheimer no entiende las consecuencias que pueden suceder al comer o ingerir sustancias extrañas. La enfermera debe ser prudente acerca de los artículos medicinales, del aseo personal y del cuarto del baño y guardara los medicamentos bajo llave y lejos de la persona.

Cuanto mejor informada esté la enfermera de los verdaderos peligros y de los que se cree que existen por causa de las costumbres y creencias religiosas, más probabilidades tendrá de eliminarlos, de controlarlos, o, por lo menos de ofrecer explicaciones tranquilizadoras. Cuanto mejor sea el servicio de enfermería que disponga el cliente, menos probable será que necesite medidas de restricción física o contención verbal, que deben evitarse siempre que sea posible.

La enfermera debe asegurarse de que las vajillas, los artículos de tocador y las ropas de cama que se suministran hayan sido sometidos a altas temperaturas. Igualmente todos los objetos que entre en contacto con una herida sea esterilizado siguiendo las medidas apropiadas. Los servicios de enfermería deben ofrecer a cada usuario una protección máxima. El lavado de las manos por parte de la enfermera, el uso de máscaras, batas y guantes, cuando sea indicado, y la provisión de equipos y suministros utilizables una sola vez, desinfectados o estériles, son aspectos de esta protección.

10. Ayuda al usuario a comunicarse con otros para expresar sus necesidades y sentimientos.

La comunicación del usuario con EA va deteriorándose a medida que avanza la enfermedad. El lenguaje espontáneo disminuye y las conversaciones cada vez se hacen más cortas, afectándose tanto la producción como la comprensión del lenguaje verbal. La enfermera que demuestra más comprensión y capte la confianza del usuario y de sus familiares, mejor podrá ayudar al usuario a vencer los peligros psicológicos que acarrea la enfermedad. La enfermera desempeña la labor de interprete-comunicante, y aprovecha la oportunidad de estar con el usuario y conocer a las personas relacionadas con él. Igualmente puede servir de mediadora para conseguir que un familiar, amigo o sacerdote visite al usuario.

La enfermera tiene la obligación de ayudar al usuario a mantener y desarrollar adecuados medios de expresión de sus necesidades, intereses y deseos. Cuando no pueda comunicarse correctamente el anciano; la enfermera le puede pedir que señale las cosas o que gesticule para expresar aquello que nos quiere decir. Con una simple caricia podemos transmitir que le queremos. También la enfermera tiene función como intermediaria en la comunicación del usuario con el médico, y esto promueve el bienestar total del mismo.

11. Ayuda al usuario a practicar su religión o a actuar de acuerdo con sus ideas del bien y del mal.

El respecto a las necesidades espirituales del usuario con EA y la ayuda para que pueda satisfacer esta necesidad forma parte de las funciones de enfermería teniendo en cuenta que esta no debe inculcar sus ideas y creencias. Si las prácticas religiosas son esenciales para el bienestar del hombre en estado de salud, son todavía más indispensables en caso de enfermedad. Este concepto de hacer lo posible para que el usuario pueda practicar su religión se puede realizar con una serie de actividades alguna de estas son:

Ayudar al usuario a ir al oratorio, hacer que el sacerdote de su religión lo visite, darle facilidades para que pueda hablar con el sacerdote en privado, permitirle que reciba los sacramentos que forman parte de su vida religiosa. Cuando mayores sean los conocimientos religiosos de las enfermeras y su confianza en la influencia curativa de la religión, su formación espiritual y su tolerancia para todo los credos, mejor servicio prestará a los usuarios geriátricos.

12. Ayuda al usuario para que trabaje o tenga una ocupación productiva.

Las actividades diarias para la persona con EA cambiarán, así como la enfermedad progresa. La EA tiende a limitar la concentración y causa dificultad para seguir las indicaciones. Estos factores pueden hacer más difícil las actividades simples. Frecuentemente, las personas que sufren de la enfermedad Alzheimer no inician o planean actividades por sí mismos.

La enfermera debe ayudar al usuario a planear sus actividades del día, puede también alentar para que haga cualquier trabajo que le interese, y facilitarle el desarrollo de cierta labor productiva. La enfermera debe tomar en cuenta las actividades pasadas del anciano y sus pasatiempos y buscar la forma de adaptarlas o igualarlas a las actividades del anciano. La enfermera debe estar alerta para captar las señales de interés en cualquier actividad, por parte del usuario, si posee los conocimientos, experiencias y habilidades, le ofrecerá la mayor variedad posible de actividades a éste para despertar el interés por un trabajo y le dé la sensación de ser útil.

13. Ayuda al usuario en las actividades recreativas.

Con frecuencia la EA priva a su víctima de oportunidades de esparcimiento y cambio de ambiente. Es por ello que la selección de actividades dependerá de la edad, sexo, inteligencia y gustos del anciano, así como su estado, o la gravedad de la enfermedad, de lo que agrade, el ejercicio y naturalmente, de los recursos disponibles

en cuanto a juegos y compañía. Los ancianos conservan la memoria lejana y también parte de lo que aprendieron antes de la EA.

La enfermera debe planificar las actividades y establecer horarios para tratar de mejorar los estímulos y los medios de hacer ejercicios. Conviene que la institución tenga pasamanos y rampas, para facilitar el movimiento de las personas que sufren alguna incapacidad. Salones de recreo donde el usuario se sienta acompañado y tenga la oportunidad de oír música, bailar, practicar algún juego o participar en una serie de actividades. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del usuario a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

Si bien hay actividades que antes hacían que ya no podrán volver hacer nunca más, seguro les gustará hacer otras cosas que estén relacionadas con ellas. Es importante que la enfermera anime y le aplauda, aunque no de una manera que pueda ser fingida o excesiva.

14. Ayuda al usuario a adquirir conocimientos.

Es frecuente que el individuo enferme por desconocer. En estos casos, el restablecimiento o la detención de la enfermedad dependen de la reeducación. La misión educativa de la enfermera en materia de salud es de enseñar con el ejemplo y con las respuestas que da a las preguntas que constantemente se le formulan. Lo puede realizar con un sistema creativo o de repetición.

La enfermera debe estar preparada para tratar, plena, libremente y con competencia las cuestiones relativas a cuidados básicos. Fortalece y complementa las instrucciones del médico, sin introducir ningún elemento contradictorio en lo que se viene enseñando al usuario, familiares y amigos.

2.2.2 Usuarios Geriátricos

De acuerdo con la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG, 2005), el usuario geriátrico es aquel usuario de edad avanzada, presenta pluripatología, su enfermedad tiene carácter crónica y evolucionada, ya existe discapacidad de forma evidente. Estos usuarios son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, requieren ayuda de otros y con frecuencia presentan alteración mental y problemática social. Las dificultades de sus cuidadores e incluso el riesgo de deteriorarse durante un ingreso hospitalario son elevadas.

En otras palabras, podría decirse que el llamado usuario geriátrico es el anciano en quien el equilibrio entre sus necesidades y la capacidad del entorno de cubrirlas se ha roto y el usuario se ha vuelto dependiente y con discapacidad.

Por ello, precisan un tipo de atención integral y especializada para su correcta asistencia y son los que tienen mayor necesidad de una adecuada coordinación de los servicios sociales y sanitarios.

2.2.2.1 Características de las Enfermedades en los Usuarios Geriátricos.

Salgado A. (2003) expone una serie de características de los procesos geriátricos cuyo enfoque se dirige hacia aquellas enfermedades y factores de riesgo cuya detección y tratamiento pueda aportar el mayor beneficio.

- Una característica de la enfermedad en el anciano es su mayor prevalencia, lo que les hace necesitar con mayor frecuencia la asistencia por parte de los servicios sanitarios.
- Las enfermedades más frecuentes en este grupo de edad son las cardiovasculares, pulmonares, neoplásicas, accidentes, infecciosas, diabetes, trastornos de la marcha, alteraciones de los sentidos y demencia, principales causas de morbilidad y mortalidad en el anciano.
- Tienen una gran trascendencia a esta edad la discapacidad funcional y la dependencia que las enfermedades generan. Siendo entonces la discapacidad directamente proporcional a la edad del longevo.

- Todo lo anterior hace que los mayores de 60 años tengan un mayor consumo de recursos.

2.2.2.2 Características Psico Sociales del Usuario Geriátrico

La vejez confronta una época que se podría llamar crisis psicológica, tal como lo indica Morazzani H. (1998) esto se debe a factores intrínsecos y extrínsecos. Entre los factores intrínsecos o personales figura:

- La propia historia subjetiva. Esto resulta de las experiencias, adaptaciones, aprendizajes realizados, de la salud o la enfermedad, de cuanto ha disfrutado y padecido, etc.
- El pesimismo. Es un sentimiento, que emerge ante la expectativa de un futuro desconocido y de límites más cortos que todo el pasado andado. El usuario geriátrico no ve el futuro solo como consciencia del tiempo sino como percepción de su propio estado y se observa: añoso, fatigado, postergado, solo y con minusvalías de todo tipo.
- La soledad. El usuario geriátrico va a presentar sentimientos y actitudes poco felices. Esto se deriva de factores subjetivos tales como: la sordera, comportamiento social y factores objetivos tales como: pérdida de trabajo y vida en convivencia.
- La devaluación cultural. Resulta de las relaciones cada vez menos estrechas y constantes entre la actividad del anciano y su medio ambiente. Manifestándose como decaimiento del ánimo y debilitamiento de la voluntad.
- El contorno humano. Se ve manifestado por el empobrecimiento de las relaciones sociales, el desinterés y el aspecto cultural. Esto hace que el anciano se muestre indiferente, reservado, desconfiado y cauteloso ante la irrupción de cambios.

Con respecto a los factores extrínsecos o ambientales de tipo cultural Morazzani H. (1998) explica que lo cultural tiene una raíz social y todo lo personal es vida compartida. La autora antes mencionada describe alguno de estos factores:

- La pérdida afectiva de amigos, familiares y compañeros, junto a la pérdida de trabajo y status económico, son causales de la desintegración moral y del debilitamiento de toda la estructura personal.
- Adaptación a un nuevo tipo de vida ya que las condiciones existenciales han cambiado.
- Modificación de actitud respecto a sí mismo. La disminución de las potencialidades mentales y físicas, hacen más difícil su readaptación a las nuevas circunstancias, quedando hasta cierto punto incomunicado respecto a la dinámica socio-cultural.
- La sociabilidad se degrada con los años; de allí que el anciano tienda a aislarse y así la sociedad hace más penosa su vida.

Como lo expresa Morazzani H (1998) en nuestro país el anciano se ve marginado de la vida de sus semejantes, triste por el aislamiento social que sufre y por ende sin capacidad para el diálogo, desvalido por sus limitaciones y sin recursos, es presa fácil de todo tipo de enfermedades.

2.2.2.3 El Usuario Geriátrico como Integrante de un Grupo Familiar

De acuerdo con la SEEGG (2005), el envejecimiento transforma el rol del individuo en el seno familiar. Suele ser la familia la principal proveedora de los cuidados informales a los usuarios geriátricos. El anciano no suele vivir con sus hijos y nietos, ya que las características de la estructura familiar y los problemas de espacio en las viviendas no lo facilitan.

Sin embargo, cuando el usuario geriátrico se encuentra en la fase intermedia de alguna enfermedad es cuando va a presentar los síntomas más complicados y difíciles

para convivir con él. Los miembros de la familia suelen manifestar problemas, tales como el cansancio psicofísico, el enfado, la ira y el rechazo en convivencia disonante con la culpa y la pena.

Mientras que en una fase avanzada, suele presentar dos posibles situaciones opuestas, ya que se produce una superación del problema y una cierta adaptación a la situación que se está viviendo, o bien todo lo contrario, el empeoramiento de la situación y la consiguiente desestructuración familiar. La planificación de la futura discapacidad por parte del usuario y de la familia puede evitar muchos de los traumas y conflictos que pudieran surgir durante la larga evolución de la enfermedad.

2.2.2.4 El Usuario Geriátrico y los Centros Gerontológicos de Atención Permanente.

De acuerdo con Simons A. y Compton L (1996), los centros gerontológicos de atención permanente son viviendas para usuarios geriátricos con dependencia, en donde se presta asistencia integral, que pretende actuar frente a la enfermedad desacelerando su evolución y se libera al cuidador de la carga asumida, permitiéndole seguir con sus relaciones familiares o laborales. La enfermera que presta cuidados de salud en estos centros tiene la responsabilidad de la conservación de la salud mental de sus residentes. La vida comunitaria en estos lugares con personas desconocidas requiere de muchos ajustes y los sentimientos de falta de control sobre sí mismo y el medio pueden contribuir al desarrollo de problemas mentales y emocionales.

Adicionalmente, Stanley M. *et al* (2005) menciona que es indispensable que en el ingreso de estos usuarios a los centros gerontológicos se realice una introducción eficaz, sobre los programas de orientación para que el usuario conozca lo que tiene que esperar y pueda adaptarse. Mucho de estos usuarios no saben que esperar de estas instituciones y pueden temer lo peor. La enfermera debe animarlos y darles apoyo

especial durante las primeras 24 a 48 horas esto sirve para calmar sus preocupaciones y evitar más tarde que surjan problemas.

Gran parte de la insatisfacción, enojo y hostilidad de los usuarios que residen en estos centros geriátricos se debe a una comunicación inadecuada con el personal. Los usuarios deben ser informados acerca de los cuidados específicos para ellos. Además, es necesario procurar lo más posible que el personal de enfermería promueva un ambiente familiar en las habitaciones de cada usuario.

El autor anterior plantea que los sentimientos de soledad y depresión también son problemas comunes en los centros gerontológicos sobre todos los usuarios que tienen cierto grado de inmovilidad y aquellos que reciben pocas visitas y carecen de otros sistemas de apoyo. Los recuerdos, la motivación, la música, el ejercicio y otras actividades grupales, son útiles. La comunicación eficaz y el apoyo debe ser la primera meta de todo el personal de los centros gerontológicos. Muchos empleados de estas instituciones se convierten en familia adoptivas para los usuarios de largo plazo. La estabilidad de la asignación del anciano es fundamental para que se produzca este proceso de vinculación.

2.2.3 Demencia

Una de las formas más simplificadas de definir el concepto médico y científico de la demencia lo describe Peña Casanova J. (1999) la demencia es una disminución de la capacidad intelectual en comparación con el nivel previo de función. Normalmente, esta disminución va acompañada de cambios psicológicos y del comportamiento y da lugar a una alteración de las capacidades sociales y laborales de quien la padece.

Principalmente el autor sugiere que la demencia constituye un empobrecimiento generalmente progresivo de las capacidades mentales, que va afectando de forma gradual a la memoria, el lenguaje y la capacidad de reconocer y actuar, y que llega incluso a alterar las capacidades más básicas del individuo, como vestirse, controlar las deposiciones o andar. El usuario va perdiendo su independencia, no puede desarrollar una vida autónoma y finalmente requiere una ayuda constante y la supervisión de otras personas.

Además indica que existen más de setenta causas y enfermedades diversas que pueden hacer que una persona presente una demencia. En la actualidad, la causa más frecuente de los trastornos cerebrales más comunes es el Alzheimer. .

2.2.3.1 La Enfermedad de Alzheimer.

De acuerdo con Peña Casanova J. (1999) y Guilló P. (2002), la Enfermedad de Alzheimer (EA) es un trastorno progresivo del cerebro, caracterizado por cambios degenerativos de las células nerviosas corticales y de las terminaciones nerviosas cerebrales. Este proceso produce un deterioro irreversible de la memoria, la destrucción de las funciones intelectuales, la capacidad de expresarse y comunicarse adecuadamente, de organizar la vida cotidiana y de llevar una vida familiar, laboral y social autónoma. Conduce a un estado de dependencia total y finalmente, a la muerte.

Simplificando el Alzheimer Sabbagh M. (2009) sostiene que “es una enfermedad cerebral, no un proceso normal del envejecimiento. Afecta la función cognitiva del cerebro.” (p.23)

Resulta de utilidad saber que la enfermedad de Alzheimer es relativamente nueva entre los trastornos cerebrales degenerativos que se conocen. Konrad M. y Ulrike M. (2006) Reseñan que en 1906, el patólogo y neurólogo alemán Alois Alzheimer descubrió a una mujer de cincuenta y un años de edad, Auguste D. “...con un proceso curioso que él mismo caracterizo como una enfermedad peculiar hasta entonces desconocida, cuyo signo anatómico más llamativo consistía en la sedimentación de sustancias particulares en la corteza cerebral y la transformación de las fibrillas en gruesos fascículos y plexos.” (p.267) Muere tras cuatro años de enfermedad en el hospital por complicaciones de ulcera de decúbito y atrofia cerebral.

2.2.3.2 Los Diez Síntomas del Alzheimer

De acuerdo la Asociación de Alzheimer (2011), los 10 signos de alarma de la enfermedad de Alzheimer son:

1. Pérdida de memoria que afecta a la capacidad laboral. (Citas, nombres, números de teléfono).
2. Dificultad para llevar a cabo tareas familiares. (Problemas para preparar la comida).
3. Problemas con el lenguaje. (Olvido y sustitución de palabras).
4. Desorientación en tiempo y lugar. (Olvida la fecha, se pierde).
5. Juicio pobre o disminuido. (Se viste con ropa inapropiada, sigue conductas anómalas).
6. Problemas con el pensamiento abstracto. (Olvida el significado del dinero. Aparecen problemas de evaluación de semejanzas, de comprensión de refranes).
7. Cosas colocadas en lugares erróneos. (Coloca la plancha en la nevera, el reloj en el azucarero).
8. Cambios en el humor o en el comportamiento. (El estado de ánimo sufre cambios frecuentes e inesperados).
9. Cambios en la personalidad. (Cambios recientes: suspicacia, temor).
10. Pérdida de iniciativa. (Se encuentra muy pasivo y necesita estímulos constantes).

2.2.3.3 Fases de la enfermedad de Alzheimer.

Sabbagh M. (2009) La enfermedad de Alzheimer, cuyo curso normal es uniforme y progresivo, se clasifica según las manifestaciones de la sintomatología que marca el estado degenerativo del anciano y lo describe en el siguiente esquema.

	Fase Inicial. Alzheimer Ligero	Fase Intermedia Alzheimer Moderado	Fase Avanzada Alzheimer Severo
	<i>Se suele confundir con el envejecimiento</i>	<i>Síntomas más patentes. Formas de cuidar al anciano.</i>	<i>Depende de los demás para su cuidado más básico.</i>
Memoria	Escasa retención de información: Pérdida de memoria a corto plazo, conserva la memoria a largo plazo.	Memoria remota: olvida acontecimientos del pasado lejano y confunde el pasado con el presente.	Memoria a largo y corto plazo: deja de reconocer los seres queridos, olvida épocas muy largas de su vida.
Lenguaje	Anomia: dificultad para recordar las palabras y los nombres. Pérdida ligera de la fluidez: tiende a hablar cada vez menos.	Falta de fluidez: pérdida progresiva del lenguaje. Escasa comprensión: dificultad para seguir una conversación o instrucciones.	Pérdida de la producción lingüística: no expresan sus necesidades claramente.
Visoespacial	Pérdida de objetos: Dificultad a la hora de conducir:	Perdersse: el sentido de dirección disminuye.	
Conducta	Depresión: se pierde interés por realizar muchas actividades. Carece de iniciativa. Deterior cognitivo. Ansiedad: ante situaciones que no son rutinarias.	Ilusiones: cree que han sucedido cosas que en realidad no han ocurrido. Depresión: pérdida de interés por las actividades que desempeñaba. Agitación: violencia verbal, amenaza física y resistencia. Sueño: perturbado	Agitación: suele inquietarse, hay agresión física, resistencia Deambulación. Pérdida de la percepción: no reconoce ni percibe que haya nada erróneo. Paranoia.
Neurológico		Reflejos involuntarios frontales: aferrar Síntomas extra piramidales: rigidez o lentitud de movimiento. Trastornos no específicos al caminar: andar más lentamente.	Incontinencia total Reflejos involuntarios frontales: reflejos infantiles Rigidez: se mueve más lento. Pérdida de movilidad: Dificultades alimenticias: olvida comer y masticar

2.2.3.4 El Alzheimer y el Cerebro

El cerebro de una persona con Alzheimer sufre muchos cambios. Algunos de ellos suceden individualmente, otros ocurren simultáneamente y no son parte normal del proceso de envejecimiento. No hay un único responsable de esta enfermedad. Por el contrario, el Alzheimer es consecuencia de una serie específica de acontecimientos que provocan la destrucción o el deterioro de las células nerviosas y su funcionamiento. Conforme con Sabbagh M. (2009) entre esos cambios se puede observar:

- Reducción excesiva del cerebro.
- Pérdida de las células cerebrales, principalmente neuronas.
- Pérdida de conexión entre las células nerviosas.
- Acumulación de placas seniles.
- Acumulación de ovillos neurofibrilares.
- Acumulación de la inflamación en el cerebro.

Estos cambios son consecuencia directa de la presencia y acumulación de la β -amiloide, provocando lo que se llama placas seniles.

Sabbagh M. (2009) refiere que la placa cerebral está formada por residuos celulares que se han acumulado en los extremos exteriores de las células. Esos residuos están hechos de proteínas llamadas amiloides, de moléculas inflamatorias llamadas citosinas y de otros componentes procedentes de la descomposición celular.

A su vez indica que la amiloide es una sección de una molécula mayor llamada Proteína Precursora del Amiloide (APP). En un cerebro normal la APP se degrada normalmente, en este proceso interviene una enzima llamada Alfasecretasa que se encarga de dividir la molécula de APP. Eso permite que la proteína sea fácilmente procesada como un residuo normal del mantenimiento interno y externo de las células cerebrales.

En el cerebro de un paciente con Alzheimer, el autor antes citado señala que la Alfasecretasa se vuelve menos activa, permitiendo que otras enzimas (secretasa beta

y gama) alteren el curso normal de los acontecimientos. Estas enzimas producen los fragmentos amiloides anormales llamado β -amiloide que se acumulan en el cerebro del enfermo. Dichos fragmentos no son tan fáciles de eliminar como los residuos. Una vez que la placa madura, su presencia provoca muchos factores que dañan las células cerebrales.

Peña Casanova J. (1999) describe que otro cambio que ocurre es la acumulación de los ovillos neurofibrilares. Estas son lesiones caracterizadas por una serie de filamentos que forman una especie de maraña u ovillo dentro de las neuronas afectadas. Estos ovillos están constituidos por pares de filamentos que se enrollan en forma de hélice. Estos filamentos están constituidos principalmente por agregaciones anormales de una proteína llamada *tau*. La proteína *tau* está relacionada con una serie de túbulos que constituyen el esqueleto interno de la neurona.

Cuando la proteína *tau* empieza a perder la forma, se adhiere, haciendo que todas las moléculas que se mueven a través de los microtúbulos retrocedan porque no pueden atravesar esa obstrucción. Finalmente, eso hace que la neurona se corte, lo que causa una interrupción en la cadena de comunicación de la que forma parte dicha neurona.

Sabbagh M. (2009) indica que el daño sináptico es también un síntoma de la patología del Alzheimer. Las sinapsis son las manos y los pies de las células cerebrales que se conectan con otras neuronas para comunicarse entre sí. En la enfermedad de Alzheimer, el nivel de daño de las sinapsis va en proporción directa con el nivel de demencia. Cuanto mayor sea la pérdida de sinapsis, más grave es la demencia. El daño que se observa puede estar causado por los grupos de amiloides que flotan libremente en lugar de por las placas amiloide.

No obstante, el autor muestra que hay otro cambio en el cerebro que es la pérdida de los químicos cerebrales llamados neurotransmisores. El que mejor se conoce y que se pierde con el Alzheimer es la acetilcolina. La pérdida de la acetilcolina es una de las principales razones por las cuales se produce esa pérdida de memoria tan característica del Alzheimer. Sin este químico, la memoria no se asienta en el cerebro.

Además de no guardarse los nuevos recuerdos se pierden los antiguos. En la se pierde la acetilcolina porque las células cerebrales que las producen mueren en la fase inicial de la enfermedad.

2.2.3.5 Factores de Riesgo en la Enfermedad de Alzheimer

De acuerdo con Sabbagh M. (2009), Existen algunos factores de riesgo claramente identificables para el desarrollo de Alzheimer. Reconocer estos riesgos supone dar el primer paso para empezar a realizar algunas actividades que contrarresten su desarrollo. Algunos de ellos se pueden modificar y otros no, a continuación se enumeran estos riesgos.

- Riesgos inmodificables: La edad, las influencias genéticas, como herencia o historia familiar, el estatus APOE y el género femenino.
- Modificables: La hipertensión, un nivel elevado de colesterol, un nivel elevado de homocisteína, la diabetes, las enfermedades coronarias, los golpes en la cabeza, la exposición medio ambiental a las toxinas, la deficiencia de ácido fólico vitamínico y la obesidad.

2.2.4 Satisfacciones de las Necesidades en el Usuario Geriátrico.

Los procesos de la vida humana continúan mientras esta existe. Así lo indica García M. y Torres M. (2006) Los individuos de cualquier edad experimentan todo un abanico de necesidades. Los cambios biológicos, psicológicos y sociales que se producen a lo largo del proceso de envejecimiento influyen de forma directa en la resolución de las necesidades del anciano, condicionando en su satisfacción la dependencia o la independencia. La intervención e implicación de factores de índole biopsicosocial hacen difícil la determinación del termino independencia en el anciano; sin embargo, se considera que el “estado óptimo funcional” es aquel que permite un mantenimiento del equilibrio funcional y adapta las capacidades o limitaciones individuales a las propias necesidades.

Para dar respuesta a las necesidades del anciano señala las autoras antes mencionada que es preciso conocerlas y saber aquello que es capaz de realizar por sí solo y aquello que, con un mínimo de ayuda, le permitirá funcionar de forma autónoma, teniendo en cuenta que cada individuo establecerá su jerarquía según su escala de valores. Los cuidados de enfermería, por lo tanto, deberán adaptarse a la idiosincrasia del individuo a quien vayan dirigidos.

Una de las teorías más ampliamente mencionada es la Teoría de la Jerarquía de las Necesidades, establecida por el psicólogo Abraham Maslow, a partir de observaciones clínicas (Maslow, 1943). Este autor identifica una jerarquía de cinco necesidades, desde las necesidades fisiológicas básicas hasta las necesidades más altas de realización personal. Las cinco necesidades son necesidades fisiológicas, necesidades de seguridad, necesidades sociales, necesidades de estima y necesidades de autorrealización.

Según Maslow, las personas tendrán motivos para satisfacer cualquiera de las necesidades que les resulten más predominantes o poderosas en un momento dado. El predominio de una necesidad dependerá de la situación presente de la persona y de sus experiencias recientes. A partir de las necesidades fisiológicas, que son las básicas, se debe ir satisfaciendo cada necesidad, antes de que la persona desee satisfacer la necesidad del siguiente nivel superior

Para la elaboración de este trabajo especial de grado se ha seguido el mismo esquema para desarrollar cada una de las necesidades del individuo, adaptando el modelo de cuidados (Henderson, 1961) que permita y favorezca el sentido de independencia o autonomía del propio anciano para satisfacer sus necesidades vitales, basado en la individualidad del proceso de envejecimiento y en los factores capaces de influir positivamente en el desarrollo de dicho proceso.

García M. y Torres M. (2006) establecen que para el análisis de las necesidades del anciano hay que tener en cuenta:

1. Los cambios fisiológicos inherentes al proceso de envejecimiento.
2. Las manifestaciones que determinaran la capacidad de independencia del propio anciano.
3. Los factores (físicos, psíquicos y sociales) capaces de intervenir en la satisfacción de las necesidades y que condicionaran la autonomía del anciano hasta tal punto que el estado físico será responsable de que el anciano “pueda hacer” el estado psíquico será condición indispensable para que el anciano “quiera hacer” y la situación social le “permitirá hacer”, siendo el conjunto de ellos el motor que le hará actuar de forma independiente.
4. Los principios en que debe basarse la actuación de enfermería para potenciar o ayudar al anciano en el mantenimiento de esta independencia.
5. Se debe analizar las manifestaciones de dependencia dando una visión de todos aquellos problemas que convierten al anciano en individuo necesitado de cuidados.

2.2.5 Enfermera y Comportamiento de los Usuarios

De acuerdo con Burgener S. (1998), existe una relación entre el comportamiento del cuidador y el del usuario con demencia, en este caso el cuidador es la enfermera gerontológica.

El autor explica que el comportamiento agresivo en los usuarios está conectado generalmente con la pérdida de libertad de elección. Adicionalmente, la mayoría del comportamiento agresivo de los usuarios es precedido por contacto o invasión del espacio personal asociado a los cuidados, tales como, al mover, al vestir o al llevar al baño.

Un adecuado patrón de acercamiento al Usuario con Enfermedad de Alzheimer puede disminuir los episodios de agresividad. Estas técnicas incluyen manipulación por el cuidador, tareas o componentes socioculturales del ambiente. El autor explica que el comportamiento del cuidador que facilita la respuesta positiva del usuario es aquel que incluye un acercamiento al usuario no exigente, calmado y lento. El autor sugiere usar un tono de voz calmado y suave, frases concretas al dar instrucciones al usuario, ser relajado, flexible, mostrar buen humor y sonreír. En el siguiente esquema, se presenta un resumen del comportamiento adecuados durante algunas situaciones que se presentan en el cuidado del usuario con demencia.

Situaciones	Comportamiento de acercamiento
Durante el baño	Tener cuidado de no usar fuerza física. Use pistas visuales, tales como movimiento de manos, para mostrar al usuario lo que usted quiere hacerle. Permita al usuario participar de su baño tanto como sea posible.
Al vestirse	Cuando toque al usuario hágalo de forma delicada. Felicite al usuario, usando un tono de voz adulto.
Usando el sanitario	Sea flexible. No use fuerza física para ayudar al usuario en el sanitario. Si ocurre un episodio de incontinencia, no regañe al usuario.
Durante la alimentación	Propicie un tiempo de alimentación agradable y relajada. Remueva objetos inseguros, tales como cuchillos, de áreas de fácilmente accesibles.
Cuando esconde o pierde objetos	Use un lenguaje motivador y sonría para fortalecer el comportamiento positivo.
Cuando realiza acciones repetitivas	Si el usuario necesita manipular objetos con sus manos, encuentre una actividad útil usando el mismo movimiento, tales como doblar ropa o secar platos.
Cuando presenta pérdida de interés en actividades	Simplifique las actividades que el usuario ha hecho previamente para mantenerlo interesado, permitiéndole tener una sensación de propósito y éxito al completar sus actividades.

2.2.6 Malos Tratos a los Usuarios Geriátricos

La Action on Elder Abuse (2011) define el maltrato al anciano como “un acto único o reiterado u omisión, que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en el seno de cualquier relación donde existan expectativas de confianza”

Los ancianos son un sector muy vulnerable por su mayor grado de dependencia, soledad, escasos conocimientos de los recursos sociales disponibles, escasez de información. De acuerdo con Burke M. y Walsh M. (1998) se pueden establecer cuatro categorías del maltrato de las personas de edad:

- Maltrato Físico: todo acto que ocasiona dolor o lesiones corporales; lesiones físicas, pegar, empujar, posiciones incorrectas, uso inadecuado de sujeciones mecánicas, forzar la alimentación. Las agresiones sexuales suelen estar clasificadas dentro de los abusos físicos: todo contacto sexual sin consentimiento, el atentado al pudor por parte de los encargados del cuidado de la persona de edad.
- Maltrato Psicológico/Emocionales: consiste en procurar de manera intencionada diversas condiciones que originen malestar emocional o mental, suele manifestarse con agresiones verbales, gritos, amenazas, rechazo, indiferencia, falta de respeto por la intimidad. Es decir incluyen todas las interacciones que denigran a las personas de edad, y que hieren y disminuyen su identidad, dignidad y autoestima.
- Maltrato Económico o malos tratos materiales: robos, abuso de dinero, explotación ilegal de los fondos, modificación forzada del testamento u otros documentos jurídicos.
- Maltrato por Abandono: falta de atención para cubrir las necesidades de una persona de edad, que puede manifestarse de la siguiente forma: no proveer de alimentos adecuados, ropa limpia, un lugar seguro y cómodo para vivir, privar a la persona de contactos sociales, o no prestarle la supervisión necesaria.

Adicionalmente, los autores anteriores especifican otras formas concretas de maltrato, entre las que se encuentran:

- El Abuso de medicamentos: significa el uso indebido, ya sea deliberado o accidental, de medicamentos recetados por el medico u otro tipo de fármacos administrados en dosis que puedan sedar o provocar daño físico.
- La Pérdida de Respeto: que es percibida por las personas de edad en comportamientos irrespetuosos, deshonorosos o insultantes.

Las personas responsables del abuso pueden ser un familiar, amigo, otros residentes, los profesionales y la propia institución esto debido a malas instalaciones, masificación, barreras arquitectónicas. Tal como lo reporta De Bartolo D. (2000) a partir de un estudio realizado en la Unidad Geriátrica "Carlos Fragachán", Ciudad Bolívar. El autor pone de manifiesto que el maltrato en los adultos mayores es mucho más alto en Venezuela que en otros países tales como Inglaterra, Canadá, Estados Unidos y España. Adicionalmente, el autor muestra con sus datos que por lo menos un 80% de los ancianos recibe algún tipo de maltrato en relación al abuso físico, psíquico, sexual, económico y la negligencia tanto activa como pasiva por parte del cuidador, el entorno y las propias víctimas.

El profesional de enfermería por su proximidad con los usuarios, tiene una situación privilegiada para detectar el maltrato, debido a que la valoración del usuario geriátrico, ofrece información muy valiosa sobre todo con su lenguaje no verbal.

2.3 Sistema de Variables

2.3.1 Variable única:

Desempeño del profesional de enfermería en la atención integral del usuario geriátrico con demencia senil tipo Alzheimer en la casa hogar Hermana Estefanía, Edo. Miranda, Venezuela, de acuerdo a los elementos de cuidados básicos de enfermería definidos por Virginia Henderson.

2.3.2 Definición conceptual:

Basándose en el Modelo de Virginia Henderson, la atención integral de enfermería comprende el conjunto de elementos de cuidados al usuario con demencia senil tipo Alzheimer que van dirigidos a satisfacer las necesidades básicas humanas.

Este modelo incluye catorce elementos, los cuales consisten en la: asistencia o aportación de medios que le permitan: al paciente las funciones que se enumeran a continuación: 1) respirar normalmente; 2) comer y beber adecuadamente; 3) eliminar por todas las vías; 4) moverse y mantener una posición conveniente; 5) dormir y descansar; 6) seleccionar prendas de vestir adecuadas, vestirse y desvestirse; 7) mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales; 8) mantener la higiene, el aseo personal y proteger el integumento; 9) evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas; 10) comunicarse con otros para expresar necesidades y sentimientos; 11) practicar su religión o creencia; 12) realizar una actividad que de la sensación de utilidad; 13) participar en diversas actividades recreativas y 14) aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y la salud normalmente.

2.3.3 Definición operacional:

Actividades realizadas por el profesional de enfermería que están dirigidas a mejorar la calidad de vida del usuario geriátrico por medio de la satisfacción de las necesidades: fisiológicas, de seguridad, sociales y de estima.

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ITEMS
Elementos Fisiológicos	Ayuda al paciente en la función respiratoria. Actividades que favorecen el intercambio gaseoso y una ventilación adecuada.	Observación del desarrollo de la función respiratoria.	1, 2
		Posición que promueve la expansión torácica.	3
		Mantenimiento de la vía respiratoria permeable.	4
		Aplicación de respiración y ventilación asistida.	5
		Atmosfera ventilada y limpia.	6
	Ayuda al paciente al comer y beber. Actividades que aseguran la correcta alimentación e hidratación del paciente.	Apoyo a que el paciente coma o beba adecuadamente.	7, 8, 9
		Vigilancia de los patrones alimenticios.	10, 11, 12
		Conocimiento de los hábitos alimenticios y gustos.	13
		Transmisión de las órdenes médicas al personal dietético.	14
		Aplicación de alimentación extra oral cuando requiera.	15
	Ayuda al paciente en las funciones de eliminación. Actividades y rutinas que controlan y facilitan una correcta eliminación de los desechos.	Identificación de desordenes en la eliminación de desechos.	16, 17
		Promoción de la independencia en la eliminación urinaria y fecal.	18
		Ambiente de intimidad y comodidad.	19
		Protección de la piel en caso de incontinencia o uso de pañal.	20, 21
		Promoción de la higiene y seguridad en cuanto a desechos orgánicos.	22
	Ayuda al paciente a mantener la temperatura corporal. Técnicas aplicadas para mantener la temperatura corporal en los límites normales.	Acondicionamiento de la temperatura del entorno.	23
		Empleo de ropa adecuada.	24
		Empleo de medios para elevar o disminuir la temperatura corporal.	25
		Control de la temperatura corporal.	26
	Ayuda al paciente en la higiene, aseo personal y protección de la piel. Actividades y técnicas dirigidas a la higiene personal del paciente.	Cuidado y evaluación de la higiene y aseo personal del paciente.	27, 28, 29
		Motivación a la independencia en cuanto a higiene y arreglo personal.	30, 31
		Limpieza y cremas anti escaras a pacientes en cama.	32
	Ayuda al paciente a mantener la debida posición y cambiar de postura. Técnicas aplicadas para prevenir lesiones y deformidades por falta de movimiento o reposo.	Mantenimiento de una buena postura corporal.	33
		Cambios posturales a los pacientes con limitaciones.	34
		Apoyo en la independencia motora.	35, 36
	Ayuda al paciente en el descanso y el sueño. Condiciones generadas para propiciar un adecuado descanso y sueño del paciente.	Evaluación de calidad de sueño del paciente.	37
Promoción de un ambiente agradable para el sueño y descanso.		38	
Apoyo en la relajación antes de la hora de dormir.		39, 40	
Ayuda al paciente en la selección de su ropa y al vestirse y desvestirse. Técnicas y asesorías en el vestido del paciente.	Colaboración con los pacientes en la selección de su ropa.	58, 59	
	Independencia en cuanto a vestirse y desvestirse.	60	

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (Continuación)

44

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ITEMS
Elementos de Seguridad	Ayuda al paciente a evitar los peligros ambientales y a terceros de peligros derivados del propio paciente. Técnicas y medidas para la prevención de riesgos y peligros.	Protección contra traumatismos físicos.	41, 42, 43
		Generación y promoción de un ambiente seguro.	44
		Uso de mecanismos de protección cuando lo amerite.	45
		Asegura al paciente violento para que no sea un peligro a otros.	46
Elementos Sociales	Ayuda al paciente a comunicarse con otros para expresar sus necesidades y sentimientos. Técnicas de comunicación efectiva.	Expresión adecuada de necesidades, intereses y deseos.	47, 48, 49
		Promoción de una comunicación efectiva.	50, 51, 52, 53
	Ayuda al paciente a practicar su religión o creencias. Actitudes de respeto y colaboración en las actividades religiosas.	Respeto a las necesidades espirituales del paciente.	68
Elementos de Estima	Ayuda al paciente a adquirir conocimientos. Actividades de educación y asesoría de pacientes y familiares.	Ayuda al paciente a realizar sus actividades religiosas	69
		Información adecuada y veraz al paciente y familiares.	54
	Ayuda al paciente a trabajar o realizar una activa productiva. Actividades que proporcionan un sentido de utilidad.	Educación a familiares y paciente en relación a su cuidado y evolución.	55, 56, 57
		Promoción de tareas con sentido de logro.	61, 62
	Ayuda al paciente en las actividades recreativas. Actividades que proporcionan diversión y relajación.	Asistencia al paciente en la planificación de sus actividades diarias.	63
Promoción de actividades recreativas y de esparcimiento.		64, 65, 66	
		Planificación de actividades de bajo impacto para pacientes con limitaciones.	67

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Según Balestrini (2002), en relación al concepto de marco metodológico, menciona que se refiere “al conjunto de procedimientos lógicos, tecno- operacionales implícitos en todo proceso de investigación, con el objeto de ponerlos de manifiesto y sistematizarlos; a propósito de permitir descubrir y analizar los datos” (p.124).

3.1 Tipo de Investigación.

El tipo de investigación según análisis y alcance de los resultados, es de tipo descriptiva, pues solo se busca identificar los elementos integrantes de los cuidados básicos de enfermería en la atención integral del usuario geriátrico con demencia senil tipo Alzheimer, de acuerdo al modelo de atención definido por Virginia Henderson, de igual manera la investigación se puede considerar transversal pues se realizó en el primer trimestre del año 2011.

Con respecto a los estudios descriptivos, Pineda, E., *et al* (1994) refiere que: “son aquellos dirigidos a determinar “cómo es” o “cómo esta” la situación de las variables que se estudian en una población; la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia), y a quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno”. (p. 82). El mismo autor menciona que una investigación “es transversal cuando se estudian las variables en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo”. (p. 81).

3.2 Diseño de la Investigación.

El estudio que se presenta a continuación se encuentra enmarcado dentro de lo que se conoce como Investigación de Campo. Según Hurtado de Barrera J. (1994), “el diseño se refiere a donde y cuando se recopila la información” (p. 147).

Los datos obtenidos fueron recolectados a través de una guía de evaluación de la conducta observable del personal de enfermería, dicha evaluación fue realizada en la Casa Hogar Hermana Estefanía, ubicada en el sector Los Chorros, del municipio Sucre del Estado Miranda, durante el primer trimestre del año 2011.

3.3 Población y Muestra.

La población es definida por Hurtado de Barrera J. (1994) como “el conjunto de seres que poseen las características o eventos a estudiar y que se enmarcan dentro de los criterios de inclusión”. (p. 140). La misma autora hace referencia sobre la muestra indicando que es una selección que conserva las características de la población.

El presente estudio se enfocó en la población definida por el equipo de profesionales de enfermería que se desenvuelven en la Casa Hogar Hermana Estefanía.

El total de la población es de 20 enfermeras repartidas en tres turnos, sin embargo fue evaluado 17 del total de ellas debido a que el remanente no se encontró disponible. La muestra corresponde al 85% de la población estudiada; de acuerdo con Balestrini, M (2002), este número puede representar al total de la población.

3.4 Método, Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

Pineda, E., *et al* (1994), describe que “El método representa la estrategia concreta e integral del trabajo para el análisis de un problema o cuestión coherente con la definición teórica del mismo y con los objetivos de la investigación”. (p. 125).

De acuerdo con lo anterior el método utilizado para la recolección de datos de la presente investigación será la evaluación de la conducta observable de la población de enfermeras, para ello se utilizará una guía de evaluación, cuyo objetivo es medir el cumplimiento por parte del profesional de enfermería de los elementos integrantes de los cuidados básicos de enfermería durante la atención integral del usuario geriátrico con demencia senil tipo Alzheimer, los cuales tienen como base teórica a Virginia Henderson . La guía de evaluación se comprende de sesenta y nueve (69) ítems tipo enunciados, los cuales describen cierta actividad que puede realizar el evaluado, las alternativas de respuesta van referidas a frecuencias en que se realiza dicha actividad; siendo las opciones: 1) Nunca, 2) Alguna veces y 3), Siempre.

3.5 Validez y Confiabilidad del instrumento

Como se explicó anteriormente los ítems corresponden a las conductas observables las cuales darán una medida de la conducta inobservable que son los elementos integrantes de los cuidados básicos de enfermería. Por lo que fue necesario verificar la validez y confiabilidad del instrumento.

Pineda, E., *et al* (1994), definen validez como “el grado en que un instrumento logra medir lo que pretende medir” (p.140). Por lo tanto para verificar la validez del instrumento, éste fue sometido al juicio de tres (3) expertos, dos de ellos en el área de metodología de la investigación y uno en el área de geriatría. Quienes certificaron la relación que existe entre cada uno de los ítems del instrumento con los indicadores y a su vez con los objetivos planteados en la investigación.

De igual manera, el autor antes mencionado define confiabilidad como “la capacidad del instrumento para arrojar datos o mediciones que correspondan a la realidad que se pretende conocer, es decir, la exactitud de la medición, así como a la consistencia o estabilidad de la medición en diferentes momentos”. (p.139).

La confiabilidad de un instrumento puede ser medida a través del coeficiente Alfa de Cronbach, este coeficiente permite cuantificar el nivel de confiabilidad de una escala de medida para la magnitud inobservable construida a partir de las n variables observadas. Este se basa en el grado de consistencia interna. El Alfa de Cronbach se define de la siguiente manera:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

dónde:

S_i^2 es la varianza del ítem i ,

S_t^2 es la varianza de la suma de todos los ítems y

k es el número de preguntas o ítems

Lo deseable para crear un instrumento o escala confiable es que los ítems estén muy correlacionados entre si generando un valor cercano a 1. Se considera que valores de Alfa de Cronbach superiores a 0.7 indican un instrumento confiable.

En este sentido, se aplicó el coeficiente de Alfa de Cronbach, para verificar que cada uno de los ítems correspondiera al indicador que quería medirse.

El resultado de la evaluación de confiabilidad dado por el Alfa de Cronbach fue de $\alpha = 0.85$, indicando que el instrumento genera datos confiables y consistentes.

3.6 Plan de Tabulación y Análisis de Datos

El plan de tabulación según Pineda, E., *et al* (1994), consiste en: “determinar qué resultados de las variables se presentarán y qué entre las variables de estudio necesitan ser analizadas, a fin de dar respuesta al problema y a los objetivos planteados”. (p. 157). De igual modo los mismos autores señalan que el plan de análisis es:...”lo que determinará si se dará respuesta a la hipótesis o a las preguntas de investigación” (p158).

En vista de lo anterior se definió que para dar respuesta a los objetivos planteados era necesario analizar los datos compilados en los indicadores. En este sentido, se procedió a agrupar el valor adjudicado a los ítems en el indicador correspondiente, mediante la media aritmética; justificando este procedimiento en el análisis de confiabilidad del instrumento. La agrupación de datos se realizó en una hoja de cálculo de acuerdo al siguiente esquema:

$$\text{Indicador}_j = \overline{X} \left(\begin{array}{c} \text{Subindicador}_1 \\ \vdots \\ \text{Subindicador}_n \end{array} \right) = \overline{X} \left(\begin{array}{c} \text{Item}_1 \\ \vdots \\ \text{Item}_i \end{array} \right)$$

Los resultados serán mostrados, a través, histogramas de frecuencias que indican el porcentaje de individuos que son evaluados con cada una de las opciones (1- Nunca, 2-Alguna veces y 3- Siempre.) según el indicador correspondiente. De esta manera se observara la tendencia según opción y se podrá realizar una conclusión adecuada. Cumpliendo de esta manera con los objetivos planteados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para el análisis de los datos se decidió dividir los elementos básicos de enfermería de Virginia Henderson en cuatro grandes dimensiones: elementos fisiológicos, elementos de seguridad, elementos sociales y elementos de estima.

DIMENSIÓN ELEMENTOS FISIOLÓGICOS

Dentro de esta categoría, hemos calificado los siguientes elementos básicos de cuidados de enfermería.

1. Ayuda al usuario en la función respiratoria.
2. Ayuda al usuario al comer y beber.
3. Ayuda al usuario en las funciones de eliminación.
4. Ayuda al usuario a mantener la temperatura corporal.
5. Ayuda al usuario en la higiene, aseo personal y protección de la piel.
6. Ayuda al usuario a mantener la debida posición y cambiar de postura.
7. Ayuda al usuario en el descanso y el sueño.
8. Ayuda al usuario en la selección de su ropa y al vestirse y desvestirse.

Con la aplicación del instrumento se presentan las mayoría enfermeras cumplen siempre con estos elementos. Estos resultados ponen en manifiesto la gran importancia que tiene para la enfermera cubrir las necesidades fisiológicas. Esto puede deberse por un lado a que son necesidades palpables, medibles y fácilmente identificables. Por otro lado de la cobertura de estas necesidades dependerá directamente la vida del usuario y el buen funcionamiento de su cuerpo.

Una de las preguntas que surgió durante el análisis de los resultados fue por que sí es tan importante la cobertura de las necesidades fisiológicas, no todas las enfermeras

cumplieron siempre con los ítems propuestos. Es por ello que realizamos un detalle en los ítems 7, 13, asociados al indicador “ayuda al usuario al comer y beber”, de igual manera en el ítem 30 que se encuentra en el indicador “ayuda al usuario en la higiene, aseo personal y protección de la piel” y el ítem 40 descrito en el indicador “ayuda al usuario en el descanso y el sueño”.

En los ítems 7 (Se asegura de una presentación y temperatura apetitosa de los alimentos) y 13 (Conoce los hábitos alimenticios y gustos del anciano), se pone en evidencia que la enfermera tiene una participación parcial en la alimentación del paciente, restringiéndose a los usuarios que no pueden comer por su propia cuenta. Durante la evaluación, se pudo recoger las quejas de algunos usuarios con respecto a la calidad de los alimentos.

De igual manera, se encontró que algunas veces las enfermeras no verificaban la temperatura a la que se encontraban los alimentos. Esto puede tener su raíz en que las enfermeras deben atender cierto número de usuarios y no pueden detenerse en unos pocos. Adicionalmente, la alimentación viene coordinada por los profesionales en nutrición y por la administración del centro.

En el ítem 30 (Suministra materiales para la higiene personal) se pudo observar un conflicto con los elementos de seguridad, debido a que puede resultar riesgoso la dotación de ciertos elementos tales como afeitadoras, jabones y champó ya que podrían ser peligrosos dependiendo de la fase de la enfermedad en que se encuentra el usuario geriátrico.

Para el ítem 40 (Emplea palabras alentadoras que faciliten el descanso del usuario) el resultado fue que la mayoría de las enfermeras lo realiza algunas veces. Esto evidencia la separación de los planos fisiológicos y psicológicos que va en contra a la interrelación de los elementos de Virginia Henderson. De esta manera, la afectación de los niveles superiores de las necesidades tal como la comunicación repercutirá sobre las necesidades aún más básicas tal como el sueño.

Cuadro 1

Distribución porcentual de la evaluación de los indicadores asociados a la dimensión de elementos fisiológicos.

INDICADORES DE DIMENSIÓN ELEMENTOS FISIOLÓGICOS	Nunca	Algunas	Siempre
	%	Veces	%
		%	%
Ayuda al usuario en la función respiratoria.	0.0	25.5	74.5
Ayuda al usuario al comer y beber.	0.0	28.8	71.2
Ayuda al usuario en las funciones de eliminación.	0.0	20.2	79.8
Ayuda al usuario a mantener la temperatura corporal.	0.0	10.3	89.7
Ayuda al usuario en la higiene, aseo personal y protección de la piel.	0.0	23.5	76.5
Ayuda al usuario a mantener la debida posición y cambiar de postura.	0.0	23.5	76.5
Ayuda al usuario en el descanso y el sueño.	2.9	30.9	66.2
Ayuda al usuario en la selección de su ropa y al vestirse y desvestirse.	0.0	17.6	82.4

Fuente: elaboración propia

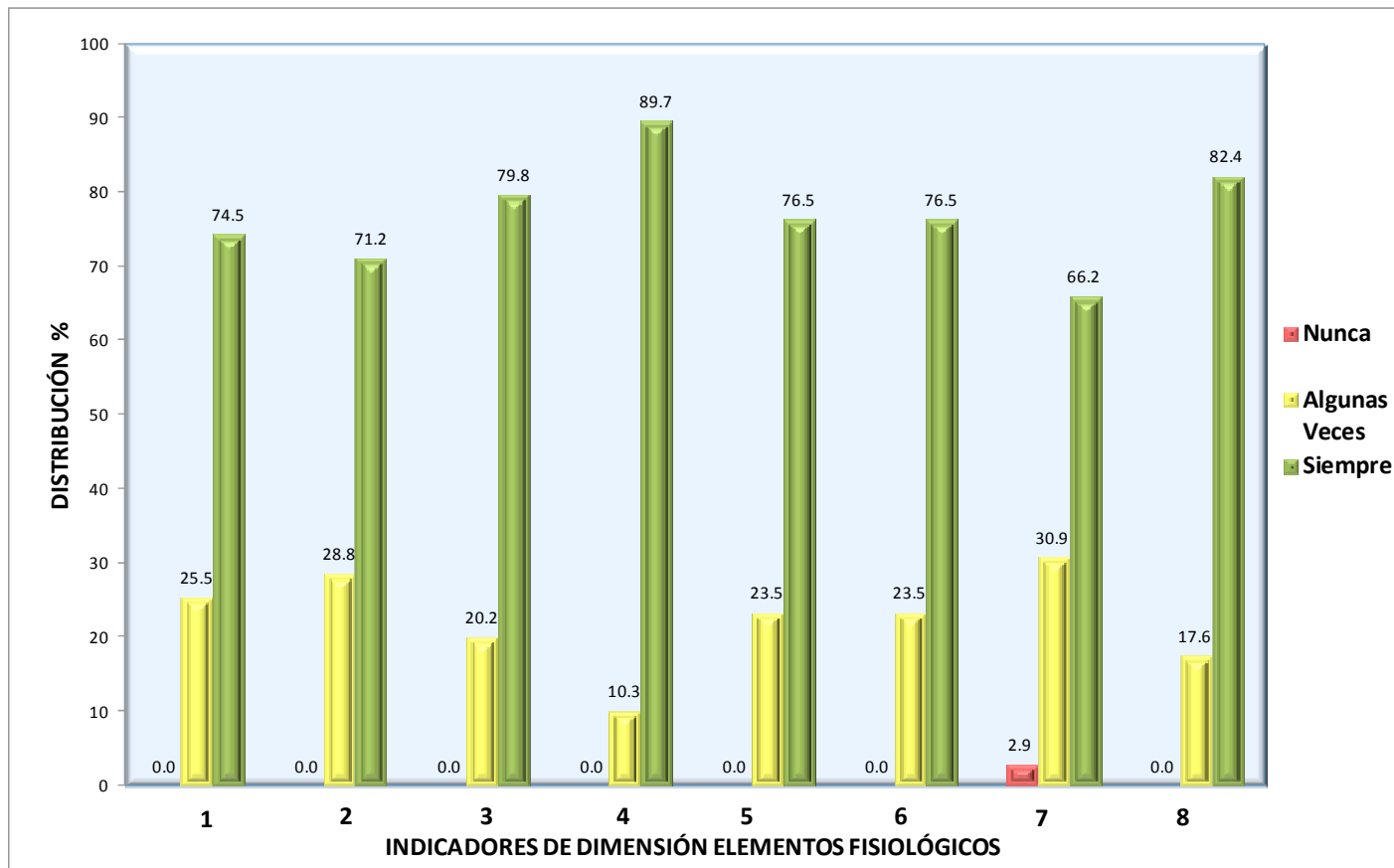


Gráfico 1. Distribución porcentual de las opciones para la dimensión Elementos Fisiológicos. Fuente: elaboración propia.

DIMENSIÓN ELEMENTOS DE SEGURIDAD

En esta dimensión incluimos un elemento de cuidados básicos de enfermería propuesto por Virginia Henderson que se encuentra asociado a las necesidades de seguridad definidas por Abraham Maslow.

9. Ayuda al usuario a evitar los peligros ambientales y a terceros de peligros derivados del propio.

A partir de los resultados de la guía de observación se pudo medir que en promedio un 64.7% de las enfermeras evaluadas siempre cumplen con los ítems planteados. Esto sugiere un porcentaje más bajo que el de la dimensión anterior, por lo que fue necesario verificar la razón de esta variación.

Principalmente, este indicador fue afectado por la evaluación de dos ítems. El primero de ellos, el ítem 43 (Acompaña al paciente durante la deambulaci3n si lo requiere). Este ítem present3 que solo un 35.3% de las evaluadas siempre realizaba esta actividad. A partir de la observaci3n se puede decir que las enfermeras acompaaban a los pacientes con dificultad motora, sin embargo, decidimos evaluar como algunas veces debido a que la deambulaci3n de todos los usuarios con demencia sea supervisada. Este criterio fue tomado de esta manera ya que los usuarios pueden resultar de riesgo para s3 mismo o para los dem3s debido a su condici3n. El resultado de la evaluaci3n se ve respaldado de igual manera en la historia del centro, donde se conoci3 que una usuaria se hab3a escapado unos meses atr3s.

El segundo ítem que influy3 en los resultados de la evaluaci3n fue el 45 (Usa mecanismos de protecci3n cuando lo amerite, para evitar contaminaci3n biol3gica). Se pudo evidenciar que solo el 35.3% siempre cumple con este ítem. De acuerdo con la experiencia de las autoras en el centro esta conducta puede ser el producto del exceso de confianza por parte del personal de enfermer3a. Adicionalmente, el uso de algunos mecanismos de protecci3n les genera molestias o incomodidad. Es importante destacar que las enfermeras hac3an uso de estos materiales cuando sab3an de antemano que estar3an en contacto con alg3n contaminante biol3gico.

Cuadro 2

Distribución porcentual de la evaluación del indicador asociado a la dimensión de elementos de seguridad.

INDICADORES DE DIMENSIÓN ELEMENTOS DE SEGURIDAD	Nunca	Algunas Veces	Siempre
	%	%	%
Ayuda al usuario a evitar los peligros ambientales y a terceros de peligros derivados del propio usuario.	0.0	35.3	64.7

Fuente: elaboración propia

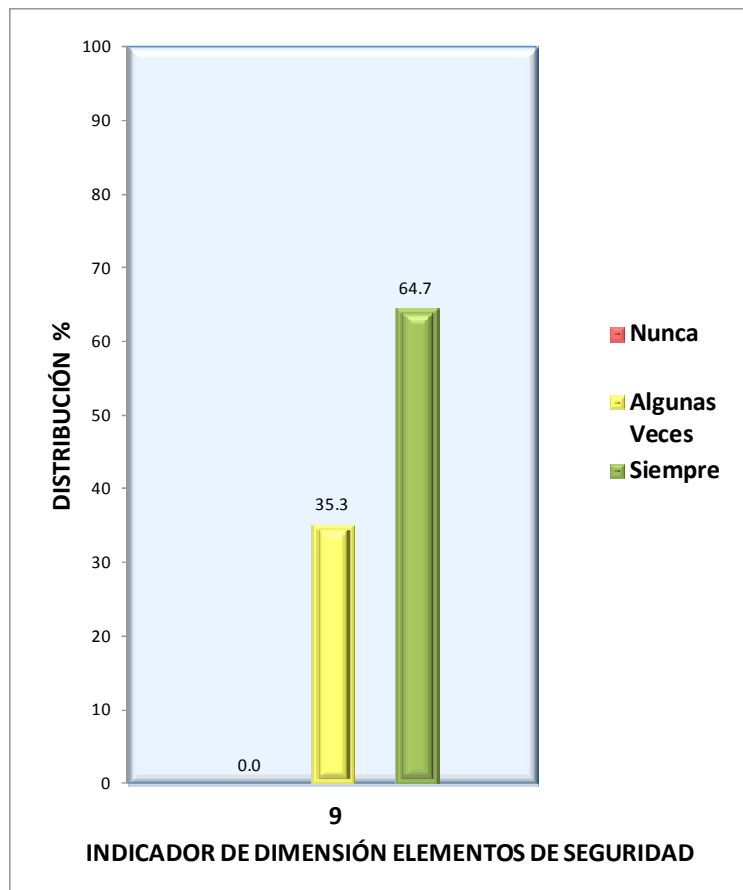


Gráfico 2. Distribución porcentual de las opciones para la dimensión de Elementos de Seguridad. Fuente: elaboración propia.

DIMENSIÓN ELEMENTOS SOCIALES

Los elementos sociales de los cuidados básicos de enfermería pueden relacionarse con el tercer nivel en la pirámide de Maslow, y de acuerdo con Henderson estos se encuentran interrelacionados con todos los demás. En esta dimensión se han clasificado dos indicadores:

10. Ayuda al usuario a comunicarse con otros para expresar sus necesidades y sentimientos.
11. Ayuda al usuario a practicar su religión o creencias.

Los elementos sociales son de gran valor durante la enfermedad de Alzheimer debido a que la enfermedad afectara primeramente las necesidades sociales y psicológicas del usuario. Por lo que éste requerirá por parte de la enfermera una excelente comunicación y ayuda espiritual. Esto se ve evidenciado en la evaluación realizada donde se midió que un 72.7% de las enfermeras siempre cumplen con los ítems propuestos para esta dimensión.

Es por ello que la mayoría de las evaluadas (74.8%) siempre cumplían con los ítems planteados para el indicador “Ayuda al usuario a comunicarse con otros para expresar sus necesidades y sentimientos”. Durante la evaluación, se pudo apreciar que la enfermera habla a los usuarios de forma lenta, con claridad, completa todas las frases y siempre le da la cara a la anciana. Además, la enfermera utiliza expresiones faciales y contacto físico para que el usuario comprenda el mensaje. Se observó que cuando el usuario tenía la voz débil la enfermera lo estimulaba para que se tomara todo el tiempo que necesitara para hablar y expresar sus necesidades.

Adicionalmente, se constató que la enfermera cuando genera un ambiente de confianza para el usuario que esta frustrado o deprimido, movilizándolo a la sala de estar, transforma su personalidad, tiene de que hablar y tiene compañía. De esta forma la enfermera rompe muchas barreras de comunicación.

Por otro lado, uno de los factores más importantes para sobrellevar la enfermedad es el factor religioso ya que ayuda al usuario va afrontar mejor los dolores, los

sufrimientos y las angustias. Pues la persona enferma puede encontrar en la Biblia, textos religiosos, que sirven para aceptar y soportar la enfermedad. Los resultados del instrumento demostraron que el personal de enfermería en su mayoría (70.6%) siempre ayuda al usuario a practicar su religión o creencia. Así como lo indica Henderson se respeta las necesidades espirituales del anciano y se asegura de que se pueda satisfacer en todas las circunstancias.

Cuadro 3

Distribución porcentual de la evaluación de los indicadores asociados a la dimensión de elementos sociales.

INDICADORES DE DIMENSIÓN ELEMENTOS SOCIALES	Nunca	Algunas	Siempre
	%	Veces	%
Ayuda al usuario a comunicarse con otros para expresar sus necesidades y sentimientos.	3.4	21.8	74.8
Ayuda al usuario a practicar su religión o creencias.	2.9	26.5	70.6

Fuente: elaboración propia

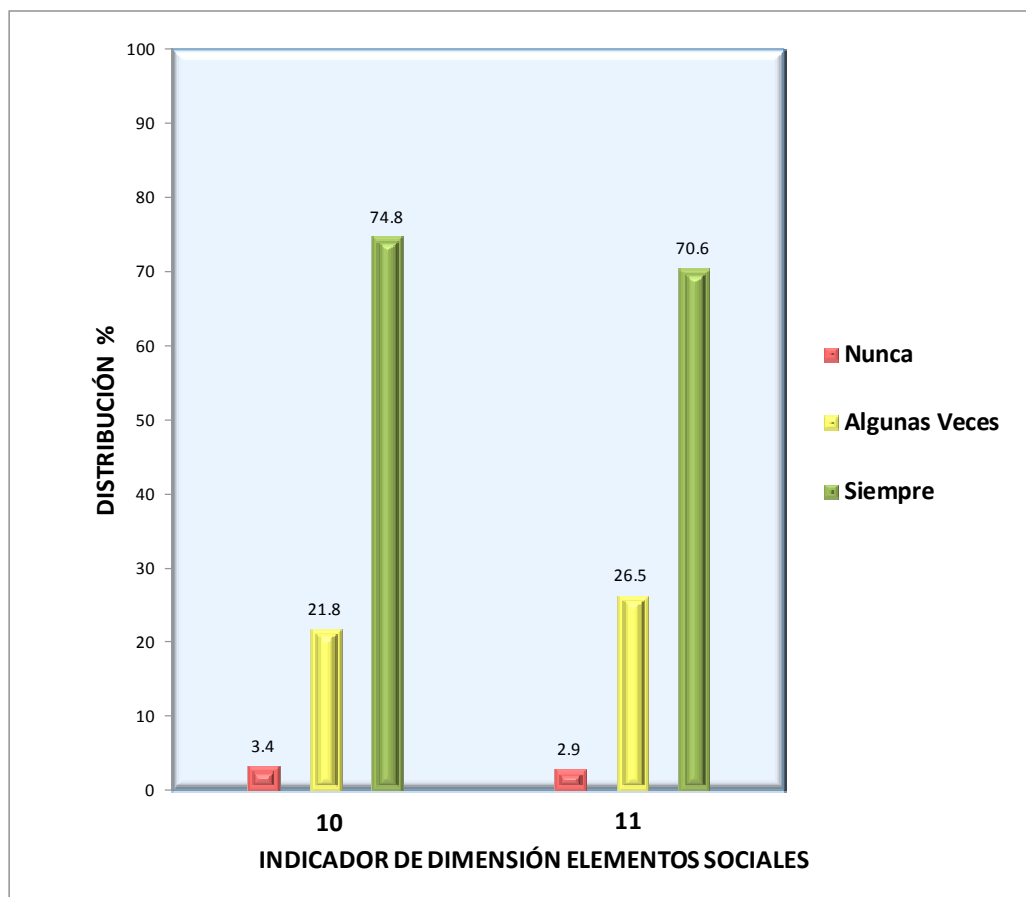


Gráfico 3. Distribución porcentual de las opciones para la dimensión de Elementos Sociales. Fuente: elaboración propia.

DIMENSIÓN ELEMENTOS DE ESTIMA

Esta dimensión se encuentra muy relacionada con el cuarto nivel de necesidades de Maslow. Por lo que para su evaluación se tomaron en cuenta tres elementos de los cuidados básicos de la enfermería que ayudan al usuario a sentirse útil, comprendido y aceptado por quienes le rodean. Estos elementos son:

12. Ayuda al usuario a adquirir conocimientos.
13. Ayuda al usuario a trabajar o realizar una activa productiva.
14. Ayuda al usuario en las actividades recreativas.

Lo que las autoras notaron durante el análisis fue que el cumplimiento de los ítems asociados a estos elementos disminuye drásticamente con respecto a las otras dimensiones antes expuestas.

El indicador “Ayuda al usuario a adquirir conocimientos” presentó un comportamiento mucho más alto que los otros dos indicadores. Correspondiendo a un 73.5% de enfermeras que siempre cumplen con los ítems planteados. Estos valores pueden indicar el compromiso de la enfermera en su papel de educación tanto al usuario como a familiares (ver cuadro 4). Los otros dos indicadores podemos decir que también reflejan otro factor que no depende directamente de la enfermera, el cual es el espacio físico.

Cuadro 4

Distribución porcentual de la evaluación de la dimensión de elementos de estima.

INDICADORES DE DIMENSIÓN ELEMENTOS DE ESTIMA	Algunas		
	Nunca	Veces	Siempre
	%	%	%
Ayuda al usuario a adquirir conocimientos.	2.9	23.5	73.5
Ayuda al usuario a trabajar o realizar una activa productiva.	17.6	58.8	23.5
Ayuda al usuario en las actividades recreativas.	14.7	51.5	33.8

Fuente: elaboración propia

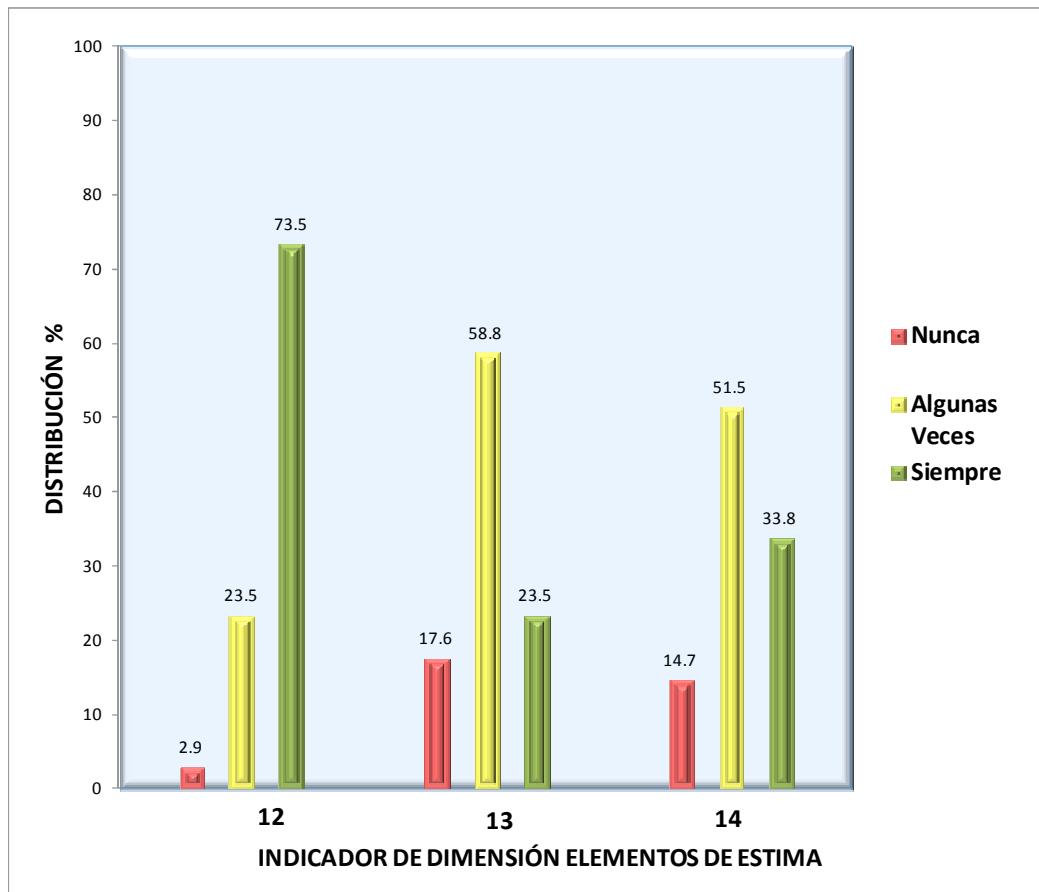


Gráfico 4. Distribución porcentual de las opciones para la dimensión de Elementos de Estima. Fuente: elaboración propia.

Para el indicador Ayuda al usuario a trabajar o realizar una actividad productiva. Se pone en manifiesto que solo el 29.4% de las enfermeras siempre incentiva al usuario para que realice alguna actividad de su preferencia. Se observó que entre las actividades que realizan los usuarios con mayor frecuencia es ver televisión, escuchar música y leer el periódico o revistas. Los usuarios con demencia tipo Alzheimer van a tener disminuidas sus capacidades para coordinar, analizar y pensar de una forma lógica. Adicionalmente, las actividades que pueden realizar no solo se ven limitadas por su condición, su dolencia y el espacio físico de la institución sino también por el interés que posea cada usuario de sentirse incluido dentro de una actividad.

Otro indicador evaluado que está dentro de este conjunto es Ayuda al usuario en las actividades recreativas. En donde se pudo apreciar que es normal la visita en la sala de estar y en las habitaciones. Estas son diarias y no representan dificultad en el desempeño de su labor por parte de la enfermera. Se apreció que el 88.2% de las enfermeras estimula a los familiares para que compartan los cuidados del usuario, por ejemplo alimentándolos, cuidándoles el cabello, ropa. Indagando con los familiares y estos se sienten seguros de cualquier accidente que pueda ocurrir. La enfermera estimulaba a los familiares a traer cartas u otro tipo de juego para distraer al usuario. Pudimos apreciar que la enfermera involucra a los usuarios que no reciben visitas continuas con otros en los temas de conversación y actividades.

COMPORTAMIENTO GENERAL

La evaluación general consiste en comparar el comportamiento de las cuatro dimensiones evaluadas. Tal como se puede observar en el cuadro 5, la enfermera focaliza sus esfuerzos en los elementos fisiológicos y sociales; superando el 72% el número de enfermeras que siempre cumplen con los elementos de estas dimensiones. Por otro lado, los elementos de seguridad se encuentran con una evaluación menor asociada mayormente al riesgo a que se expone la enfermera durante la atención de enfermería. Finalmente, vemos que los elementos de estima presentan valores similares para las opciones algunas veces y siempre. Este comportamiento podría

indicar que no se encuentra un criterio claro por parte de la enfermera en cuanto al cumplimiento de los elementos asociados a esta dimensión.

Cuadro 5

Distribución porcentual de la media aritmética de la evaluación por dimensión.

DIMENSIONES	Nunca	Algunas	Siempre
	%	Veces	%
Elementos fisiológicos	0.4	22.5	77.1
Elementos de seguridad	0.0	35.3	64.7
Elementos sociales	3.2	24.2	72.7
Elementos de estima	11.8	44.6	43.6

Fuente: elaboración propia.

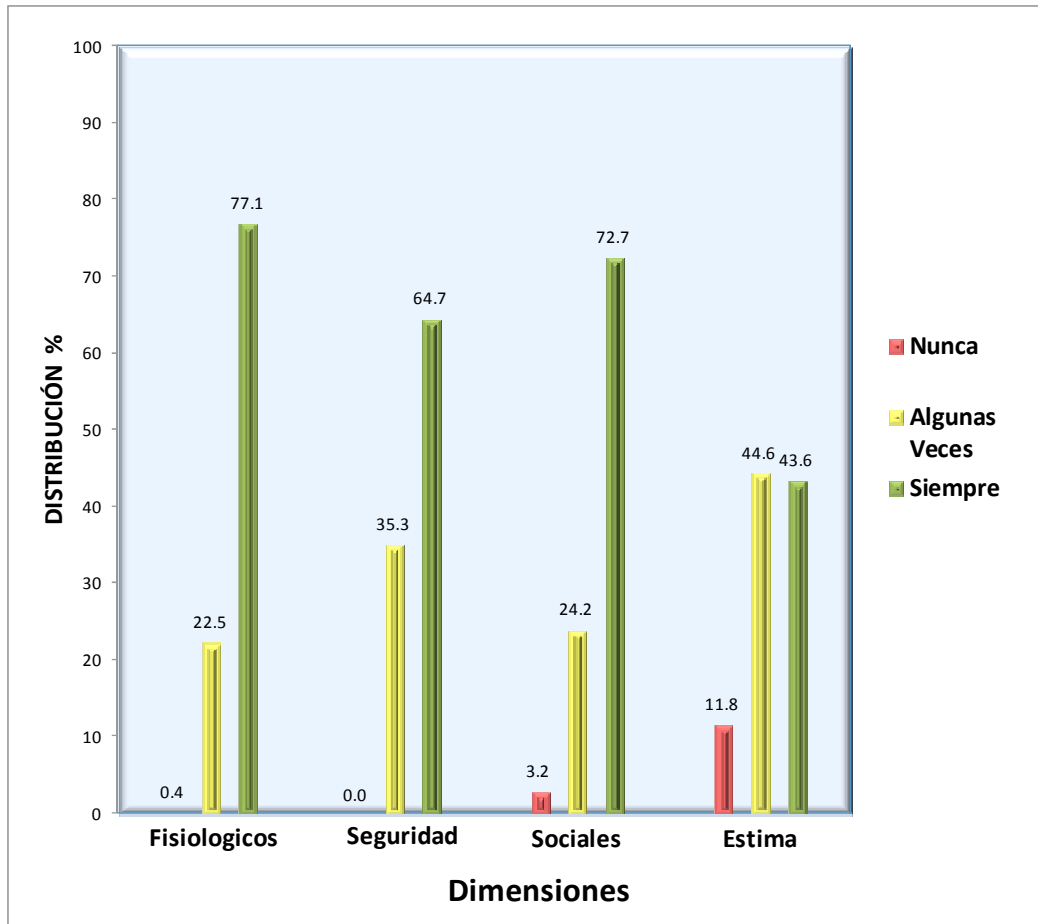


Gráfico 5. Distribución porcentual de la media aritmética de la evaluación por dimensión. Fuente: elaboración propia.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

El desempeño del profesional de enfermería en la atención integral del usuario geriátrico con demencia senil tipo Alzheimer mostró que las enfermeras cumplen el modelo Virginia Henderson parcialmente. Mostrando un comportamiento jerarquizado de acuerdo a su experiencia, criterio propio y limitaciones ambientales. Lo cual no corresponde directamente al modelo de atención de enfermería definido por Henderson, donde se les da igual importancia a todos los elementos y se basa en un cuidado integral.

Con respecto a los elementos fisiológicos, se determinó que para la enfermera es de mayor importancia cubrir las necesidades fisiológicas del usuario. Esto debido a dos factores: primero estos elementos son extremadamente necesarios para garantizar la vida del usuario y el funcionamiento de los sistemas vitales; segundo se pueden identificar y medir fácilmente las necesidades asociadas.

Para el siguiente punto asociado con los elementos de seguridad, se pudo constatar que el desempeño del personal de enfermería estuvo muy por debajo de los elementos planteados. El bajo desempeño de las enfermeras en cuanto a la cobertura de las necesidades de seguridad se debe a que solo un porcentaje menor de las enfermeras usa mecanismos de protección cuando lo amerite, para evitar contaminación biológica.

En relación con los elementos sociales, se evaluó que los elementos sociales son de gran valor para el personal de enfermería. La mayoría de las enfermeras superaron la guía de evaluación. Se puede adicionar que las enfermeras son conscientes que la enfermedad de Alzheimer afecta primeramente las necesidades sociales y

psicológicas del usuario. Por lo las enfermeras proporcionan en la práctica una excelente comunicación y ayuda espiritual.

Con respecto a los elementos de estima. El resultado general de la evaluación de desempeño fue muy deficiente. Sin embargo, hay que resaltar que el indicador “Ayuda al usuario a adquirir conocimientos” presentó un comportamiento mucho más alto que los otros dos indicadores evaluados en esta dimensión. Lo que indica el compromiso de la enfermera en su papel en la educación tanto al usuario como a familiares. Los otros dos indicadores reflejan que hay un factor determinante para el cumplimiento de los elementos de enfermería el cual es el ambiente. Debido a que el espacio físico presentó limitaciones para el cumplimiento de los elementos de: ayuda al usuario a trabajar o realizar una actividad productiva y ayuda al usuario en las actividades recreativas.

5.2 Recomendaciones

A partir de la investigación realizada se pueden dar cuatro recomendaciones que a continuación se describen:

Diseñar un modelo de atención de enfermería basándose en la experiencia y conocimientos del profesional de enfermería especializado en gerontología. Esto con el fin de separar en el futuro dos factores que pueden influir en la respuesta de la evaluación de desempeño: el criterio profesional y las fallas por desconocimiento, omisión o inobservancia.

Evaluar el impacto sobre usuario al poner en práctica un plan de cuidados basados en el modelo de Virginia Henderson.

Reforzar por medio de talleres, dotación y reglamentación el uso de material de seguridad biológica por parte del personal de enfermería. De igual manera, remarcar la importancia de la seguridad hacia el usuario así como evitar daños a terceros o al cuidador.

Una recomendación final es poner en práctica actividades recreativas, laborales y deportivas adaptándose al espacio disponible. Por lo que esto requerirá de posteriores investigaciones, planificaciones y evaluaciones. El impacto que ocasionarían estas acciones sería muy importante en cuanto a la autoestima del usuario, ayudándole a sobrellevar la enfermedad y a vivir sus últimos días de una manera digna y humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Action on Elder Abuse. (2011). **What is Elder Abuse?** Reino Unido.
<http://www.elderabuse.org.uk/Index.htm>
- Asociación de Alzheimer (2011). **Los 10 Síntomas de Alzhéimer**. Chicago. Estados Unidos.
http://www.alz.org/espanol/signs_and_symptoms/las_10_senales.asp.
- Balestrini, M. (2002). **Como se Elabora un Proyecto de Investigación**. Editorial Servicio. Caracas. Venezuela.
- Betancourt, L.; Jiménez, C.; Piña, E.; Padrón, M. y Santos, F. (1999). **Normas y Procedimientos para la Elaboración del Trabajo Especial de Grado**. Tercera Versión. Escuela Experimental de Enfermería. UCV.
- Brizuela, B. y González L. (2008). **Intervención de las Enfermeras en la Satisfacción de las Necesidades Básicas del Adulto Mayor Hospitalizado en la Unidad de Medicina Interna en el Hospital Joaquina de Rotondaro de Tinaquillo, Estado Cojedes**. Tesis de Grado. Universidad Central de Venezuela. Escuela de Enfermería.
- Burgener, S. y Bakas, T. (1998). **Effective Caregiving Approaches for Patients with Alzheimer's disease**. Enfermería Geriátrica. Volumen 19, Numero 3. Estados Unidos.
- Burn, E. e Isaacs, B. (1999). **Enfermería Geriátrica**. Tercera Edición. Ediciones Morata. Madrid España.
- Burke, M. y Walsh, M. (1998). **Enfermería Gerontológica. Cuidados Integrales del Adulto Mayor**. Harcourt Brace. España.
- Concha, M. (2000). **Manual de Geriátria. Enfermería Geriátrica**. Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina.

- De Bartolo, D. (2000). **Evaluación del Maltrato en el Adulto Mayor en la Unidad Geriátrica. Carlos Fragachan. Ciudad Bolívar.** Magister en Geriatria y Gerontología. Universidad Central de Venezuela.
- Fundación Alzhéimer de Venezuela. (2011). **Boletín Informativo Digital.** Volumen 14. Nº 3. Caracas. Venezuela. <http://www.alzheimer.org.ve>
- García, M. y Torres, M. (2006). **Enfermería Geriátrica.** Segunda Edición. Masson. Barcelona España.
- Guilló, P. (2002). **Comprender el Alzhéimer. Profesionales.** Primera Edición. Generalitat Valenciana. España.
- Hurtado de Barrera, J. (2007). **El proyecto de investigación. Metodología de la investigación holística.** Quinta edición. Ediciones Quirón, Sypal. Caracas. Venezuela
- Ibarra, L. Liendo, B. y Moreno, M. (2003). **Participación de Enfermería en los Cuidados Proporcionados a los Gerontes con Demencia Senil en la Unidad Geriátrica Antonio Raima, Turmero, Estado Aragua.** Tesis de Grado. Universidad Central de Venezuela. Escuela de Enfermería.
- Instituto Nacional de Estadística.** (2011). Población Total 2000 – 2015. Proyección de la Población. Caracas. Venezuela. <http://www.ine.gov.ve/>
- Kaschak, D. y Jakovac, D. (1994). **Planes de Cuidados en Geriatria.** Segunda Edición. Mosby/Doymar Libros. Barcelona. España.
- Konrad, M. y Ulrike, M. (2006). **Alzhéimer. La Vida de un Médico. La historia de una enfermedad.** Segunda Edición. Ediciones Díaz de Santos. España.
- Martínez, M. y Gil, D. (2008). **Cuidados de Enfermería para Satisfacer las Necesidades Básicas del Adulto Mayor con Deterioro Cognoscitivo, Recluido en la Unidad Gerontológica María Auxiliadora, El Tigre, Estado Anzoátegui.** Tesis de Grado. Universidad Central de Venezuela. Escuela de Enfermería.
- Maslow, A. (1994). **Una teoría de la Motivación Humana. En Hitos en la Gestión Empresarial.** McKinsey & Company Ediciones Apóstrofe. España.

- Mc. Closkey, y Bulechek, G. (2001). **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) Proyecto de Intervenciones IOWA**. Tercera Edición. Harcourt. Mosby. España.
- Méndez, R. y Molina, E. (2006). **Guía para Familiares de Enfermedad de Alzheimer: Querer Cuidar Saber Hacerlo**. Área de Gobierno de Empleo y Servicio a la Ciudadanía. Dirección General de Mayores. Madrid. España.
- Morazzani, H. (1998). **Características Generales de los Ancianos**. Ministerio de la Familia. Caracas. Venezuela.
- Peña Casanova, J. (1999). **Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos**. Fundación “La Caixa”. Barcelona. España.
- Pineda, E.; Alvarado, E. y Canales, F. (1994). **Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud**. Segunda Edición. OPS. Washington. DC.
- Pinto, J. (1999). **Mantener la Autonomía de los Enfermos de Alzheimer. Guía de Consejos Prácticos para Vivir el Día a Día**. Fundación “La Caixa”. Barcelona. España.
- Sabbagh, M. (2009). **Alzheimer. Guía Práctica**. Segunda Edición. Ediciones Robinbook. Barcelona. España.
- Salgado, A. (2003). **Manual de Geriátrica**. Tercera Edición. Masson. Barcelona España.
- Simons, A. y Compton, L. (1996). **Essentials of Gerontological Nursing: Adaptation to the Aging Process**. Segunda Edición. Lippincott Williams and Wilkins. Estados Unidos.
- Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica**. (2005). Temas de Enfermería Gerontológicas. España.
http://www.arrakis.es/~seegg/publicaciones_libro.htm
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia. (2006). **Tratado de Geriatria para Residentes**. International Marketing y Communication. Madrid. España.

- Staab, A. y Hodges, L. (1996). **Enfermería Gerontológica.** *Adaptación al Proceso de Envejecimiento.* McGraw-Hill/Interamericana México.
- Stanley, M. (2005). **Enfermería Geriátrica.** Tercera Edición. McGraw-Hill/Interamericana México.
- Virginia, H. (1961). **Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. (CIE).** Organización Panamericana de la Salud. Segunda Edición. Washington. Estados Unidos.

ANEXOS

ANEXO A

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL USUARIO GERIÁTRICO CON DEMENCIA SENIL TIPO ALZHEIMER,

Autoras:

T.S.U. Carreyó, Heliany; T.S.U. Tarazona, Ailim; T.S.U. Vergano, Ángela

Tutora:

Dra. Morazzani, Haydée

Presentación

La presente guía de observación tiene como propósito obtener información sobre el desempeño del profesional de enfermería en la atención integral del usuario geriátrico con demencia senil tipo Alzheimer en la Casa Hogar Hermana Estefanía.

La información adquirida solo será utilizada para el presente trabajo especial de grado y será de total confidencialidad.

Instrucciones

1. Se llenaran los datos correspondientes a cada evaluada, así como, el turno, la fecha de inicio y final de la recolección de los datos.
2. La guía se compone de 69 ítems los cuales deben de evaluarse, en caso de alguna eventualidad se colocara una nota de observación a pie de página.
3. Se observara de manera detenida y objetiva la situación a registrar

4. Las observaciones se realizaran durante el tiempo necesario para tener un criterio de evaluación. Si es necesario se completará la evaluación en diferentes secciones.
5. La conducta observable se medirá en función de la frecuencia siendo las opciones Siempre, Algunas Veces y Nunca
6. Se registrará en el instrumento la evaluación de cada ítem colocando una equis (X) en la opción correspondiente

Guía de observación

Nombre de evaluada _____ Turno: _____

Fecha inicio: ____ / ____ / ____ Fecha final: ____ / ____ / ____

Nombre del observador: _____

ITEMS		Siempre	Algunas Veces	Nunca
1	Controla la frecuencia respiratoria			
2	Evalúa la existencia de disnea.			
3	Coloca al paciente en una posición que promueve la expansión torácica.			
4	Se asegura de mantener una vía aérea permeable			
5	Inicia y mantiene suplemento de oxígeno, según prescripción			
6	Promueve atmósfera ventilada y limpia.			
7	Se asegura de una presentación y temperatura apetitosa de los alimentos			
8	Informa al usuario la importancia de comer y beber adecuadamente			
9	Suministra líquidos para mantener la hidratación del usuario			
10	Se asegura de la correcta alimentación y nutrición del anciano			
11	Evalúa síntomas de deshidratación			
12	Realiza seguimiento del peso del paciente.			
13	Conoce los hábitos alimenticios y gustos del anciano.			
14	Transmite las órdenes médicas al personal dietético.			
15	Aplica la alimentación extra oral (intravenosa, nasal) cuando requiera.			
16	Identifica anomalías cualitativas o cuantitativas de las excreciones.			
17	Interpreta adecuadamente los análisis físico, químico y biológico de las excreciones			
18	Establece rutinas del uso del sanitario para disminuir el uso anticipado del pañal			
19	Promueve un ambiente donde el paciente se sienta cómodo al realizar la eliminación			
20	Realiza limpieza y cambios del pañal según lo requiera el paciente.			

ITEMS		Siempre	Algunas Veces	Nunca
21	Aplica cremas antimicóticas para evitar la irritación en la piel.			
22	Evita que terceros tenga contacto con los desechos orgánicos del paciente.			
23	Mantiene y regula la temperatura del entorno para evitar perdida del calor corporal o incomodidad			
24	Se asegura que el paciente vista ropa adecuada a la temperatura o clima del entorno.			
25	Utiliza o aconseja medidas para elevar o disminuir la temperatura corporal.			
26	Controla la temperatura corporal del paciente por medio de termómetro.			
27	Promociona, si es posible, la inmersión o la ducha como método de baño.			
28	Aplica baños en cama en pacientes con limitaciones.			
29	Realiza higiene bucal			
30	Suministra materiales para la higiene personal.			
31	Promociona del arreglo personal del usuario			
32	Realiza o vigila el lavado perianal del usuario			
33	Vigila y corrige la postura corporal al caminar, levantarse y reposar.			
34	Realiza cambios posturales frecuentes a los pacientes con limitaciones para la prevención de úlceras.			
35	Realiza terapias de ejercitación activa y pasiva de los miembros para evitar anomalías en sus funciones			
36	Incentiva a realizar paseos cortos y la deambulación supervisada.			
37	Verifica niveles de tensión o síntomas relacionados a la falta de sueño			
38	Promueve la eliminación de factores irritantes (ruidos, olores) contribuyendo a la relajación			
39	Promueve en lavado de la cara y boca antes de dormir.			
40	Emplea palabras alentadoras que faciliten su descanso			
41	Utiliza barandas en la cama y freno en silla de ruedas			
42	Aplica normas de seguridad para evitar caídas durante la movilización y baño.			
43	Acompaña al paciente durante la deambulación si lo requiere			
44	Mantiene fuera del alcance del usuario objetos y sustancias que puedan resultar peligrosos			
45	Usa mecanismos de protección (guantes, mascarás) cuando lo amerite, para evitar contaminación biológica.			

	ITEMS	Siempre	Algunas Veces	Nunca
46	Aplica medidas para que los pacientes no agredan a terceros durante episodios violentos			
47	Escucha atentamente las necesidades del paciente.			
48	Proporciona respuestas oportunas y a tiempo que satisfagan al paciente.			
49	Ayuda al paciente a mantener y desarrollar adecuados medios de expresión			
50	Promueve y mantiene una comunicación efectiva con el usuario			
51	Utiliza la comunicación no verbal y el contacto físico			
52	Genera un ambiente de confianza con usuario y familiares.			
53	Usa un tono de voz adecuado y trato respetuoso.			
54	Proporciona información adecuada y veraz al paciente y familiares.			
55	Incorpora a los familiares en los planes de enseñanza para el cuidado en el hogar			
56	Educa al paciente para sobrellevar el proceso de la enfermedad			
57	Aplica la ejemplificación y repetición en la educación del paciente.			
58	Ayuda al paciente a seleccionar debidamente su ropa			
59	Ayuda a los pacientes con limitaciones.			
60	Incentiva la independencia en cuanto a vestirse y desvestirse para aumentar el autorespeto			
61	Alienta al paciente a que realice actividades de su interés.			
62	Establece sistemas de motivación para que el paciente se sienta útil.			
63	Ayuda al paciente a planificar sus actividades diarias.			
64	Promueve actividades recreativas y de esparcimiento.			
65	Incentiva la participación en juegos y paseos.			
66	Incentiva a los familiares a traer fotografías y objetos personales del usuario			
67	Incentiva a los pacientes con limitación a leer, oír música, ver televisión y participar en conversaciones.			
68	Respeto las creencias espirituales y religiosas del paciente			
69	Colabora e incentiva al paciente a realizar sus actividades religiosas			

Observaciones:

ANEXO B

CERTIFICADOS DE VALIDACIÓN

A continuación se presentan los certificados de validación del instrumento mostrado en el Anexo A.

Las profesoras encargadas de la validación fueron:

- Prof. Carmen Jiménez
- Prof. María Mata
- Prof. Emma Acevedo



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

Yo: Carmen E Jimena C.I. 2592023 de profesión Docente por medio de la presente certifico que he leído y analizado el borrador del cuestionario elaborado por las T.S.U.: Carreyó Heliany, Tarazona Ailim y Vergano Ángela del programa de Licenciados en Enfermería de la Universidad Central de Venezuela de la Facultad de Medicina de la Escuela de Enfermería. A ser utilizado como instrumento de recolección de datos del Trabajo de Especial Grado Titulado:

DESEMPEÑO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL USUARIO GERIÁTRICO CON DEMENCIA SENIL TIPO ALZHEIMER, EN LA CASA HOGAR HERMANA ESTEFANÍA. EDO. MIRANDA, VENEZUELA

En consecuencia manifiesto que una vez ajustadas las observaciones realizadas por mí, el instrumento es considerado válido y puede ser aplicado como instrumento definitivo para dicha investigación.

Firma del Experto: [Firma]
Fecha de Validación: 16.11.11.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

Yo: Yolvia Hata C.I. 28.343.09 de profesión Profesora por medio de la presente certifico que he leído y analizado el borrador del cuestionario elaborado por las T.S.U.: Carreyó Heliany, Tarazona Ailim y Vergano Ángela del programa de Licenciados en Enfermería de la Universidad Central de Venezuela de la Facultad de Medicina de la Escuela de Enfermería. A ser utilizado como instrumento de recolección de datos del Trabajo de Especial Grado Titulado:

DESEMPEÑO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL USUARIO GERIÁTRICO CON DEMENCIA SENIL TIPO ALZHEIMER, EN LA CASA HOGAR HERMANA ESTEFANÍA. EDO. MIRANDA, VENEZUELA

En consecuencia manifiesto que una vez ajustadas las observaciones realizadas por mí, el instrumento es considerado válido y puede ser aplicado como instrumento definitivo para dicha investigación.

Firma del Experto: Yolvia Hata
Fecha de Validación: 16-11-2011



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA




CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

Yo: EMMA Acevedo C.I. 3/22836 de profesión _____ por medio de la presente certifico que he leído y analizado el borrador del cuestionario elaborado por las T.S.U.: Carreyó Heliany, Tarazona Ailim y Vergano Ángela del programa de Licenciados en Enfermería de la Universidad Central de Venezuela de la Facultad de Medicina de la Escuela de Enfermería. A ser utilizado como instrumento de recolección de datos del Trabajo de Especial Grado Titulado:

DESEMPEÑO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL USUARIO GERIÁTRICO CON DEMENCIA SENIL TIPO ALZHEIMER, EN LA CASA HOGAR HERMANA ESTEFANÍA. EDO. MIRANDA, VENEZUELA

En consecuencia manifiesto que una vez ajustadas las observaciones realizadas por mí, el instrumento es considerado válido y puede ser aplicado como instrumento definitivo para dicha investigación.

Firma del Experto: 

Fecha de Validación: 28/11/2011

ANEXO C

CÁLCULOS ESTADÍSTICOS

A continuación se presentan los cálculos estadísticos por indicador e ítems, en este sentido se mostraran en el siguiente orden:

C.1.- Confiabilidad del instrumento dado por el Alfa de Cronbach.

C.2.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario en la función respiratoria”.

C.3.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario al comer y beber”.

C.4.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario en las funciones de eliminación”

C.5.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario a mantener la temperatura corporal”.

C.6.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario en la higiene, aseo personal y protección de la piel”.

C.7.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario a mantener la debida posición y cambiar de postura”.

C.8.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario en el descanso y el sueño”.

C.9.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario en la selección de su ropa y al vestirse y desvestirse”.

C.10.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario a evitar los peligros ambientales y a terceros de peligros derivados del propio usuario”.

C.11.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario a comunicarse con otros para expresar sus necesidades y sentimientos”.

C.12.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario a practicar su religión o creencias”.

C.13.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario a adquirir conocimientos”.

C.14.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario a trabajar o realizar una activa productiva”.

C.15.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario en las actividades recreativas”.

C.1.- Confiabilidad del instrumento dado por el Alfa de Cronbach.

INDICADORES	Ítems	α
Ayuda al paciente en la función respiratoria.	1-6	0.97
Ayuda al paciente al comer y beber.	7-15	0.86
Ayuda al paciente en las funciones de eliminación.	16-22	0.83
Ayuda al paciente a mantener la temperatura corporal.	23-26	0.89
Ayuda al paciente en la higiene, aseo personal y protección de la piel.	27-32	0.83
Ayuda al paciente a mantener la debida posición y cambiar de postura.	33-36	0.83
Ayuda al paciente en el descanso y el sueño.	37-40	0.85
Ayuda al paciente a evitar los peligros ambientales y a terceros de peligros derivados del propio paciente.	41-46	0.85
Ayuda al paciente a comunicarse con otros para expresar sus necesidades y sentimientos.	47-53	0.83
Ayuda al paciente a adquirir conocimientos.	54-57	0.84
Ayuda al paciente en la selección de su ropa y al vestirse y desvestirse.	58-60	0.87
Ayuda al paciente a trabajar o realizar una activa productiva.	61-63	0.84
Ayuda al paciente en las actividades recreativas.	64-67	0.82
Ayuda al paciente a practicar su religión o creencias.	68-69	0.82

Fuente: elaboración propia

C.2.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario en la función respiratoria”.

ITEMS	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
1 Controla la frecuencia respiratoria	0	0.0	5	29.4	12	70.6
2 Evalúa la existencia de disnea.	0	0.0	5	29.4	12	70.6
3 Coloca al paciente en una posición que promueve la expansión torácica.	0	0.0	5	29.4	12	70.6
4 Se asegura de mantener una vía aérea permeable	0	0.0	5	29.4	12	70.6
5 Inicia y mantiene suplemento de oxígeno, según prescripción	0	0.0	1	5.9	16	94.1
6 Promueve atmosfera ventilada y limpia.	0	0.0	5	29.4	12	70.6
Ayuda al usuario en la función respiratoria.		0.0		25.5		74.5

Fuente: elaboración propia

C.3.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario al comer y beber”.

ITEMS	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
7 Se asegura de una presentación y temperatura apetitosa de los alimentos	0	0.0	10	58.8	7	41.2
8 Informa al usuario la importancia de comer y beber adecuadamente	0	0.0	2	11.8	15	88.2
9 Sumistra líquidos para mantener la hidratación del usuario	0	0.0	5	29.4	12	70.6
10 Se asegura de la correcta alimentación y nutrición del anciano	0	0.0	5	29.4	12	70.6
11 Evalúa síntomas de deshidratación	0	0.0	6	35.3	11	64.7
12 Realiza seguimiento del peso del paciente.	0	0.0	5	29.4	12	70.6
13 Conoce los hábitos alimenticios y gustos del anciano.	0	0.0	8	47.1	9	52.9
14 Transmite las órdenes médicas al personal dietético.	0	0.0	1	5.9	16	94.1
15 Aplica de alimentación extra oral (intravenosa, nasal) cuando requiera.	0	0.0	2	11.8	15	88.2
Ayuda al usuario al comer y beber.		0.0		28.8		71.2

Fuente: elaboración propia

C.4.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario en las funciones de eliminación”

ITEMS	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
16 Identifica anomalías cualitativas o cuantitativas de los excreciones.	0	0.0	5	29.4	12	70.6
17 Interpreta adecuadamente los análisis físico, químico y biológico de las excreciones	0	0.0	5	29.4	12	70.6
18 Establece rutinas del uso del sanitario para disminuir el uso anticipado del pañal	0	0.0	5	29.4	12	70.6
19 Promueve un ambiente donde el paciente se sienta cómodo al realizar la eliminación	0	0.0	3	17.6	14	82.4
20 Realiza limpieza y cambios del pañal según lo requiera el paciente.	0	0.0	2	11.8	15	88.2
21 Aplica cremas antimicóticas para evitar la irritación en la piel.	0	0.0	3	17.6	14	82.4
22 Evita que terceros tenga contacto con los desechos orgánicos del paciente.	0	0.0	1	5.9	16	94.1
Ayuda al usuario en las funciones de eliminación.		0.0		20.2		79.8

Fuente: elaboración propia

C.5.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario a mantener la temperatura corporal”.

ITEMS	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
23 Mantiene y regula la temperatura del entorno para evitar perdida del calor corporal o incomodidad	0	0.0	2	11.8	15	88.2
24 Se asegura que el paciente vista ropa adecuada a la temperatura o clima del entorno.	0	0.0	2	11.8	15	88.2
25 Utiliza o aconseja medidas para elevar o disminuir la temperatura corporal.	0	0.0	2	11.8	15	88.2
26 Controla la temperatura corporal del paciente por medio de termómetro.	0	0.0	1	5.9	16	94.1
Ayuda al usuario a mantener la temperatura corporal.		0.0		10.3		89.7

Fuente: elaboración propia

C.6.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario en la higiene, aseo personal y protección de la piel”.

ITEMS	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
27 Promociona si es posible la inmersión o la ducha como método de baño.	0	0.0	5	29.4	12	70.6
28 Aplica baños en cama en pacientes con limitaciones.	0	0.0	6	35.3	11	64.7
29 Realiza higiene bucal	0	0.0	2	11.8	15	88.2
30 Suministra materiales para la higiene personal.	0	0.0	8	47.1	9	52.9
31 Promociona el arreglo personal del usuario	0	0.0	1	5.9	16	94.1
32 Realiza o vigila el lavado perianal del usuario	0	0.0	2	11.8	15	88.2
Ayuda al usuario en la higiene, aseo personal y protección de la piel.		0.0		23.5		76.5

Fuente: elaboración propia

C.7.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario a mantener la debida posición y cambiar de postura”.

ITEMS	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
33 Vigila y corrige la postura corporal al caminar, levantarse y reposar.	0	0.0	2	11.8	15	88.2
34 Realiza cambios posturales frecuentes a los pacientes con limitaciones para la prevención de úlceras.	0	0.0	1	5.9	16	94.1
35 Realiza terapias de ejercitación activa y pasiva de los miembros para evitar anomalías en sus funciones	0	0.0	8	47.1	9	52.9
36 Incentiva a realizar paseos cortos y la deambulaci3n supervisada.	0	0.0	5	29.4	12	70.6
Ayuda al usuario a mantener la debida posici3n y cambiar de postura.		0.0		23.5		76.5

Fuente: elaboración propia

C.8.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario en el descanso y el sueño”.

ITEMS	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
37 Verifica niveles de tensión o síntomas relacionados a la falta de sueño	0	0.0	3	17.6	14	82.4
38 Promueve la eliminación de factores irritantes (ruidos, olores) contribuyendo a la relajación	0	0.0	3	17.6	14	82.4
39 Promueve el lavado de la cara y boca antes de dormir.	0	0.0	3	17.6	14	82.4
40 Emplea palabras alentadoras que faciliten su descanso	2	11.8	12	70.6	3	17.6
Ayuda al usuario en el descanso y el sueño.		2.9		30.9		66.2

Fuente: elaboración propia

C.9.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario en la selección de su ropa y al vestirse y desvestirse”.

ITEMS	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
58 Ayuda al paciente a seleccionar debidamente su ropa	0	0.0	4	23.5	13	76.5
59 Ayuda a los pacientes con limitaciones.	0	0.0	2	11.8	15	88.2
60 Incentiva la independencia en cuanto a vestirse y desvestirse para aumentar el auto respeto	0	0.0	3	17.6	14	82.4
Ayuda al usuario en la selección de su ropa y al vestirse y desvestirse.		0.0		17.6		82.4

Fuente: elaboración propia

C.10.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario a evitar los peligros ambientales y a terceros de peligros derivados del propio usuario”.

ITEMS	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
41 Utiliza barandas en la cama y freno en silla de ruedas	0	0.0	1	5.9	16	94.1
42 Aplica normas de seguridad para evitar caídas durante la movilización y baño.	0	0.0	6	35.3	11	64.7
43 Acompaña al paciente durante la deambulaci3n si lo requiere	0	0.0	11	64.7	6	35.3
44 Mantiene fuera del alcance del usuario objetos y sustancias que puedan resultar peligrosos	0	0.0	6	35.3	11	64.7
45 Usa mecanismos de protecci3n (guantes, mascarar) cuando lo amerite, para evitar contaminaci3n biol3gica.	0	0.0	11	64.7	6	35.3
46 Aplica medidas para que los pacientes no agredan a terceros durante episodios violentos	0	0.0	1	5.9	16	94.1
Ayuda al usuario a evitar los peligros ambientales y a terceros de peligros derivados del propio usuario.		0.0		35.3		64.7

Fuente: elaboraci3n propia

C.11.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario a comunicarse con otros para expresar sus necesidades y sentimientos”.

ITEMS	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
47 Escucha atentamente las necesidades del paciente.	1	5.9	5	29.4	11	64.7
48 Proporciona respuestas oportunas y a tiempo que satisfagan al paciente.	1	5.9	5	29.4	11	64.7
49 Ayuda al paciente a mantener y desarrollar adecuados medios de expresión	0	0.0	5	29.4	12	70.6
50 Promueve y mantiene una comunicación efectiva con el usuario	1	5.9	5	29.4	11	64.7
51 Utiliza la comunicación no verbal y el contacto físico	1	5.9	2	11.8	14	82.4
52 Genera un ambiente de confianza con usuario y familiares.	0	0.0	2	11.8	15	88.2
53 Usa un tono de voz adecuado y trato respetuoso.	0	0.0	2	11.8	15	88.2
Ayuda al usuario a comunicarse con otros para expresar sus necesidades y sentimientos.		3.4		21.8		74.8

Fuente: elaboración propia

C.12.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario a practicar su religión o creencias”.

ITEMS	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
68 Respeto las creencias espirituales y religiosas del paciente	0	0.0	4	23.5	13	76.5
69 Colabora e incentiva al paciente a realizar sus actividades religiosas	1	5.9	5	29.4	11	64.7
Ayuda al usuario a practicar su religión o creencias.		2.9		26.5		70.6

Fuente: elaboración propia

C.13.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario a adquirir conocimientos”.

ITEMS	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
54 Proporciona información adecuada y veraz al paciente y familiares.	0	0.0	5	29.4	12	70.6
55 Incorpora a los familiares en los planes de enseñanza para el cuidado en el hogar	1	5.9	4	23.5	12	70.6
56 Educa al paciente para sobrellevar el proceso de la enfermedad	1	5.9	5	29.4	11	64.7
57 Aplica la ejemplificación y repetición en la educación del paciente.	0	0.0	2	11.8	15	88.2
Ayuda al usuario a adquirir conocimientos.		2.9		23.5		73.5

Fuente: elaboración propia

C.14.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario a trabajar o realizar una activa productiva”.

ITEMS	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
61 Alienta al paciente a que realice actividades de su interés.	3	17.6	9	52.9	5	29.4
62 Establece sistemas de motivación para que el paciente se sienta útil.	3	17.6	10	58.8	4	23.5
63 Ayuda al paciente a planificar sus actividades diarias.	3	17.6	11	64.7	3	17.6
Ayuda al usuario a trabajar o realizar una activa productiva.		17.6		58.8		23.5

Fuente: elaboración propia

C.15.- Distribución porcentual de la evaluación del indicador “Ayuda al usuario en las actividades recreativas”.

ITEMS	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
64 Promueve actividades recreativas y de esparcimiento.	5	29.4	10	58.8	2	11.8
65 Incentiva la participación en juegos y paseos.	4	23.5	10	58.8	3	17.6
66 Incentiva a los familiares a traer fotografías y objetos personales del usuario	0	0.0	2	11.8	15	88.2
67 Incentiva a los pacientes con limitación a leer, oír música, ver televisión y participar en conversaciones.	1	5.9	13	76.5	3	17.6
Ayuda al usuario en las actividades recreativas.		14.7		51.5		33.8

Fuente: elaboración propia