

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

VICERECTORADO ACADEMICO

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES

ESCUELA DE POST GRADO



Impacto del programa educativo a cuidadores del adulto dependiente sobre cuidados básicos. Hospital Huacho 2016

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN EDUCACIÓN
CON MENCIÓN EN GESTIÓN Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

Autora:

Racacha Valladares, Delfina Benida

Asesor:

Dr. Cueva Valverde, William Honorio

Barranca – Perú

2019

ÍNDICE

	Página
Índice	ii
1. Palabras clave: en español e inglés y Líneas de Investigación	iii
2. Título del trabajo	iv
3. Resumen	v
4. Abstract	vi
5. Introducción	07
5.1. Antecedentes y Fundamentación Científica	07
A.- Antecedentes de Estudio Nacional e Internacional:	07
B.- Fundamentación Científico	10
b.1. Teorías	10
Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender	10
Teoría Social del Aprendizaje o del Modelado de Albert Bandura	10
b.2. Programa Educativo	12
Finalidad del Programa Educativo	12
Características del Programa Educativo	12
Impacto significativo del Programa Educativo	12
b.3. Adulto Mayor	12
Cambios en el Adulto Mayor	13
La dependencia en el Adulto Mayor	15
Tipos principales de dependencia	15
Clasificación de las Personas Según su Grado de Dependencia	16
b.4. Necesidades Básicas del Adulto Mayor	16
b.5. Un(a) Cuidador(a)	17
Aprendizaje en cuidadores del adulto mayor	18

b.6. Conocimiento	19
Nivel de conocimiento	19
Impacto de un programa educativo a cuidadores del adulto mayor dependiente sobre cuidados básicos	19
5.2 Justificación de la Investigación	20
5.3. Problema	21
Formulación del problema	22
5.4. Conceptualización y operacionalización de las variables	22
5.4.1. Variables	22
5.4.2. Definición conceptual de las variables	22
5.4.3. Definición operacional de las variables	23
5.5. Hipótesis	26
5.6. Objetivos	26
Objetivo General	26
Objetivos Específicos	26
6. Materiales y Métodos	27
6.1. Tipo y Diseño de la investigación	27
Tipo de investigación	27
Diseño de investigación	27
6.2. Población y muestra	28
Población	28
Criterios de Inclusión	28
Criterios de Exclusión	28
Determinación	28
Descripción	28
6.3. Técnicas e instrumentos de recolección de información	28
Determinamos a los cuidadores de los AMD	29
Determinación del Nivel de Conocimiento	29

Desarrollo del Programa Educativo	29
Técnicas instrumento de Análisis de documentos	30
Validez y Confiabilidad	30
6.4. Técnicas e instrumentos de procesamiento de información	31
7. Resultados	32
7.1. Análisis e Interpretación de Datos	32
7.1.1. Resultados del nivel de conocimiento sobre el cuidado del adulto mayor	32
7.1.2. Aplicación del Programa Educativo	35
7.1.3. Resultado de la Prueba de Salida	35
8. Análisis y discusión	38
9. Conclusiones y Recomendaciones	40
9.1. Conclusiones	40
9.2. Recomendaciones	41
10. Referencias bibliográficas	42
11. Anexos	47
Anexo N° 01: Instrumento de Recolección de datos	49
Anexo N° 02: Consentimiento informado	53
Anexo N° 03: Matriz de consistencia lógica	54
Anexo N° 04: Propuesta del programa educativo	55

1. PALABRAS CLAVE

TEMA	Cuidados básicos
ESPECIALIDAD	Educación

KEYWORDS

THEME	basic care
SPECIALTY	educational

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

OCDE		
Área	Sub área	Disciplina
Ciencias Sociales	Ciencias de la Educación	Educación General

2. TÍTULO

**IMPACTO DEL PROGRAMA EDUCATIVO A
CUIDADORES DEL ADULTO DEPENDIENTE
SOBRE CUIDADOS BÁSICOS. HOSPITAL
HUACHO 2016**

**IMPACT OF EDUCATIONAL PROGRAM TO
CAREGIVERS OF THE ELDERLY DEPENDENT
ON BASIC CARE. HUACHO HOSPITAL 2016.**

3. RESUMEN

El presente estudio se titula: Impacto del programa educativo a cuidadores del adulto dependiente sobre cuidados básicos en el Hospital de Huacho, 2016, cuyo propósito fundamental fue determinar el impacto del programa educativo en los cuidadores del adulto mayor dependiente sobre cuidados básicos. Se trabajó con una muestra de 30 cuidadores quienes fueron seleccionados a conveniencia del investigador y cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión los que aceptaron participar en el estudio. La investigación es experimental con un diseño pre - experimental de un solo grupo con pre y post aplicación del programa educativo. Al verificarse problemas en el cuidado del adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina; a través de cinco talleres educativos aplicados en seis meses y basada en la teoría por imitación de Bandura se aplicó el programa educativo a cuidadores sobre cuidados básicos; lográndose un nivel alto de conocimiento y atención. Viéndose reflejado en la calidad de servicio brindado al adulto mayor dependiente y en la autorrealización del cuidador.

4. ABSTRAC

This study is entitled: Impact of the educational program on dependent adult caregivers on basic care at Huacho Hospital, 2016, whose primary purpose was to determine the impact of the educational program on caregivers of the older adult dependent on basic care. We worked with a sample of 30 caregivers who were selected at the research's convenience and met the criteria of inclusion, exclusion and agreed to participate in the study. The type of research is experimental with a pre-experimental design of a single group with pre and post application of the educational program. When problems are checked in the care of the elderly hospitalized in the medical service; through five educational workshops implemented in six months and based on Bandura's imitation theory, the educational program was applied to caregivers on basic care; achieving a high level of knowledge and attention. Reflected in the quality of service provided to the dependent older adult and in the self-realization of the caregiver.

5. INTRODUCCIÓN

5.1. Antecedentes y fundamentación científica

A.- Antecedentes de estudio nacional e internacional: Teniendo en cuenta la importancia del estudio, se cuenta con los siguientes antecedentes Internacionales y Nacionales:

Agudelo G. E., et al. (2011) Resultados de la capacitación a cuidadores de adultos mayores en el departamento de Risaralda. *Revista Colombiana: investigación andina*. No. 27 vol. 15 (27). 134 pp. Tesis con abordaje cualitativo. Las personas responsables que participaron en el estudio estuvieron motivados e interesados en aprender las formas de compensar los requerimientos del adulto mayor hospitalizados. En la intervención educativa se resalta tres aspectos importantes como compañía, actividad física y protección para el mejoramiento de la calidad de vida de los AM.

Megret C., A, Naranjo A., Migdalia y Fong G. Y. (2002). Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Revista Cubana Enfermería*; 18 (1):43-9. Concluye: De los pacientes evaluados con nivel 1 son damas y mayores de 65 años; con patologías más comunes como: accidentes cerebro vasculares (ACV), demencia senil, fractura de caderas e hipertensión arterial (HTA) y convive con familiares jóvenes. Por ello es preciso adiestrar a los familiares cuidadores sobre la atención a personas dependientes, reduciendo el impacto económico, social y carga familiar.

Marante P, E., Casanova M, M., et al. (2014). Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 26(3):12 pp. De las personas examinadas con nivel 2 son masculinos que pasan los 65 años de edad; los cuales son cuidados por mujeres y la enfermedad asociada es la HTA, sirviendo de enlace para otras alteraciones. La intervención educativa es un elemento efectivo para disminuir el impacto económico, social y familiar.

Luengo M, Araneda P., G. y López E., M. (2010). Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. *Universidad del Bio Bio, Chillán, Chile. Índice de Enfermería*.19 (1) Granada ene.-mar. 2010. Versión impresa ISSN 1132-1296. El estudio recomienda crear un sistema de seguimiento para garantizar que las atenciones sobre los cuidados básicos en domicilio dados por el cuidador al usuario postrado en casa se cumplan; la enfermera debe monitorizar el cumplimiento. Esta labor justifica que se asigne más horas al enfermero en las distintas instituciones de salud del primer nivel. Estos cuidadores deben ser capacitados debidamente en cuidados básicos para desarrollar o potencializar habilidades y con el equipo de salud enseñar mecánica corporal, técnicas para enfrentar el estrés u otros temas. Así mismo; se determinó que cumplen moderadamente estos cuidados la mayoría de los familiares de personas postrados, que terminan con sobrecarga laboral. Este incumplimiento se ve afectado por: edad, escolaridad, tiempo a cargo del paciente y enfermedades crónicas no transmisibles sin síntomas de ansiedad.

Machado, R., Passoni, R. y Zimerman, J. (2016). Conocimiento de los cuidadores de pacientes ancianos postrados en cama acerca de lesiones por presión en un municipio de Paraná, Brasil. *Revista Varia Scientia - Ciencias de la Salud*. 2 Segundo Semestre.

El método de estudio cualitativo y descriptivo. Se trabajó con una población de 15 cuidadores. Se recolecto los de datos, a través de la entrevista presencial no grabada, para la aplicación de un cuestionario compuesto de dos partes, siendo la primera referente a la caracterización de los sujetos y la segunda parte presentaba relativas a las prácticas de cuidado de la salud. Las respuestas de los participantes fueron analizadas por la Comisión Técnica de análisis de contenido propuesta por Bardin que afirma que el conocimiento es medio; cuyas edades promedio fue de 51 años y el tiempo medio de permanencia con el paciente es de 14 horas y que el conocimiento proviene de su experiencia y de informaciones adquiridas de manera empírica.

Quispe A, V. (2007) *Efectividad de un Programa Educativo de enfermería Impartida al Cuidador sobre la atención Básica de Adulto Mayor Dependiente en los*

Servicios de Medicina del HNDAC diciembre del 2006". Tesis para optar título de licenciada en Enfermería. UNMSM. Lima Perú. Concluye:

Que el programa Educativo formulado, tiene una efectividad significativa en la variación de conocimiento del cuidador sobre atención básica al Adulto Mayor dependiente (AMD), con un nivel de significancia $t = 5.9$. Lo que significa que los cuidadores incrementan sus conocimientos sobre la atención básica al AMD., al recibir la educación de enfermería a través del Programa Educativo.

La diferencia de conocimiento que obtuvieron los cuidadores son significativos. Observándose que en la pre evaluación el 84% (21 cuidadores) presento un conocimiento de medio alto, mientras que en post evaluación aumentó al 100% (25 cuidadores). Un Programa Educativo secuencial permiten incrementar conocimientos y mejorar su servicio los cuidadores. El cual fue demostrado e incrementándose significativamente.

Lagos A., K. (2014) *Efectividad de la Estrategia Educativa en un Incremento de Conocimientos del Autocuidado en Adultos Mayores Hipertensos*. Centro De Atención del Adulto Mayor "TAYTA WASI" – VMT, Tesis Para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería. Lima Perú.

Los resultados obtenidos fueron:

1. Incremento del conocimiento de los adultos mayores hipertenso (AMHT), demostrado a través de la prueba de t de student (resultado fue 15,58 y su nivel de significancia de $\alpha: 0.05$); por tanto, se acepta la hipótesis de estudio.
2. 16 adulto AMHT mostraron conocimientos bajos sobre el autocuidado de la HTA; 12 presentaron conocimientos medios y solo 2 su conocimiento fue alto. El 48,3% desconocen su enfermedad y el 55,4% no tiene idea sobre los cuidados del HTA
3. Post la ejecución del test se observó que aumento a 21 hipertensos que conocen sobre autocuidado, siendo alto y de 9 es medio; permitiendo evitar riesgos mayores. 86% sabe sobre la HTA y el 82,6%, conoce sobre los cuidados de la HTA.

Arpasi Q., Orfelina, (2012). Estudio sobre "*Efectividad del programa educativo "Cuidando con amor" en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de úlceras por presión de los cuidadores de pacientes adultos mayores del Hospital*

San Isidro Labrador – EsSalud, Lima. Perú. Su finalidad fue determinar la efectividad del programa educativo “Cuidando con amor”. Su diseño pre experimental, de tipo cuantitativo. A quien se aplicó un pre y pos prueba. Muestreo no probabilístico, a conveniencia del investigador, la muestra lo conformaron 30 cuidadores. El programa se organizó en 15 sesiones educativas teórico-prácticas con una frecuencia de 2 veces por semana durante 4 meses. Para evaluar los conocimientos y actitudes se aplicó un cuestionario y para la práctica una guía de observación elaborados por la autora. El programa: “Cuidando con amor” mejoro el nivel de conocimiento, actitud y práctica sobre prevención de úlceras por presión en cuidadores de adultos mayores de la Institución.

B. Fundamentación Científica

b.1. Teorías: El tema a investigar por su complejidad cuenta con dos Teorías: La del Aprendizaje por Observación de Alberto Bandura y se apoya en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender.

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender: Está sustentada en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta. Por tanto; se Fundamenta en la enseñanza a las personas, sobre cómo cuidar y cuidarse; para lograr una vida saludable.

El Objetivo de este Modelo es integrar a la enfermera con el individuo, en relación a conductas que promueven el bienestar humano (físico, mental y social); siendo el enfermero el principal promotor, para que los pacientes mantengan su salud. En base a la guía de observación y exploración de los procesos biopsicosociales, promovidas por Pender, para mejorar conductas sobre la calidad de vida a nivel de la salud.

Teoría Social del Aprendizaje o Teoría del Modelado o Aprendizaje por Observación de Albert Bandura: Su teoría se basa en el conductismo.

Albert Bandura (1977) manifiesta, para lograr los conocimientos los cuidadores del adulto mayor necesitan de saberes previos, experiencias vividas y de motivación. Así

mismo; existen dos elementos fundamentales para el aprendizaje, el aprendiz (persona con ansias de aprender, conocer) y el entorno del cuidador (que es el lugar en donde interactúa la persona con su medio) el cual, está dado por situaciones vividos en el hospital y modificados por factores situacionales (personal de salud, paciente o familiares) si estos cuidadores han pasado por situaciones o experiencias previas lo cual tendrán una toma de decisiones que favorezca el cuidados básicos para prevenir complicaciones en el adulto mayor. (Guerri, M. 2012)

Para Bandura (2009) hay formas de aprendizaje. Una de ellas es por modelado; donde, el aprendizaje es fruto de la observación del comportamiento de otra persona, que sirve de modelo, y la retroalimentación que subsigue a ese comportamiento. Esta técnica de aprendizaje se enriquece con el número de prácticas. Los requisitos para instaurar son:

Primero: Que la persona atiende y capte el comportamiento que se estableciendo.

Segundo: El observador retenga la acción e imite al modelo.

Tercero: El cuidador presente las tareas del modelo supervisado y reforzado adecuadamente para continuar este comportamiento.

Pasos del proceso del modelado: (Dr. Boeree C. George, 1998):

- 1. Atención.** Si quieres aprender sobre algún tema, requiere prestar atención. Hay factores que pueden influir sobre esta como la propiedad del modelo
- 2. Retención.** La persona que aprende observando, debe ser capaz de recordar todo el hecho. La imaginación (Imágenes mentales) y el lenguaje (descripciones verbales) juegan un importante papel para la representación del modelo.
- 3. Reproducción.** La persona debe ser capaz de recordar las imágenes o descripciones y traducirlo (Repetir) a través de la práctica todo el proceso de la tarea a imitar.
- 4. Motivación:** Deben tener buenas razones para hacerlo y cumplir con la actividad.

Al comprobar complicaciones en la atención del adulto; se aplicó un programa educativo sobre cuidados básicos al adulto mayor dependiente, basado en las teorías por imitación de Bandura y el modelo de Nola J. Pender; los talleres estaban dirigido a cuidadores de los mismos, donde se aplicaron los pasos del proceso de modelado,

permitiendo prevenir complicaciones en el adulto mayor dependiente hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Regional de Huacho.

b.2. Programa Educativo

Instrumento de gestión educativo que detalla un proceso pedagógico (contenido, metodología, estrategias, recursos, evaluación y competencias a lograr) donde se organiza actividades de enseñanza aprendizaje, sirviendo de guía al docente. Así mismo; deben fomentar los principios de: La equidad, la igualdad de oportunidades, a no discriminar ni a inclusión educativa.

Finalidad: Fomentar y potencializar el aprendizaje autónomo de los cuidadores, facilitando instrumentos cognitivos personalizados para la adquisición de nuevas habilidades y/o actitudes asegurar su eficacia.

Características:

Programables y flexible acodes con la situación o necesidad encontrada.

Abiertos, permiten la innovación de los contenidos.

Incluyen el proceso de evaluación, monitoreo (control) y continuidad de las actividades asignadas y programadas; reportando los logros y limitaciones de las mismas.

No es rígido; porque, permite la inclusión de actividades y materiales que complementen e integren actividades individuales y grupales.

Impacto significativo del Programa Educativo: Impacto educativo se emplea para puntualizar e incluir los criterios de eficiencia educativa, funcionalidad, desarrollo del claustro y la eficacia directiva; lo que engloba la dirección educacional (Aguilar M. Á. 2000 y Couturejuzón, 2004,5).

El Impacto está en función a los resultados obtenidos al finalizar cada taller dirigidos a cuidadores del AMD hospitalizado cuyo indicador es que ningún adulto mayor presente complicaciones.

b.3. Adulto Mayor: Se denomina a las personas mayores de los 60 años de edad.

Se observa deterioro del: cuerpo, las facultades cognitivas, sociales y psíquicas debido al envejecimiento progresivo e irreversible. Pero no todas las personas envejecen igual.

Existiendo tres Tipos de envejecimiento: *El exitoso*, adulto que a los 80-90 años se encuentran saludable, con capacidad funcional apropiada; *el segundo grupo llamado E. patológico* con múltiples anomalías crónicas llegando a la discapacidad en algunos casos y *el tercer grupo el normal* donde se encuentran la mayoría de las personas presentan alguna enfermedad crónica con menor o mayor grado de discapacidad.

La nueva visión de envejecimiento se centra en el ciclo vital, con una atención integral, proceso activo, saludable, actitud positiva, autoaceptación del mismo, permitiéndoles tener autoestima y desarrollar relaciones interpersonales positivas. Por ello, es preciso la formación de profesionales y promotores en salud comunitaria especializados en geriatría con un enfoque activo.

Cambios en el Adulto Mayor Según Gastron L, lo divide en trece, estos son:

a. Psicológicos: Los problemas que enfrentan este grupo de personas, son aspectos políticos y económico, que afectan su status y su posición social (Papalia, 1990). El trabajo del personal de salud es hacer que este grupo de personas con su amplia experiencia asuman y acepten este proceso de cambios o pérdidas en su vida como es: la jubilación, su condición física y fortaleza, así como la muerte (Hoffman, 1996).

b. Sociales: Muchas teorías quieren explicar el origen y las modificaciones psicosociales producidas el envejecimiento. Como es:

- El descenso paulatino o ausencia de actividad social a medida que pasa el tiempo.
- Al participar poco en sus eventos sociales, fortalece su valor y dedicación a su mantenimiento.
- Mejora la calidad de interacción con su grupo.

c. Fisiológico o Biológicos: Este proceso de vida que aparece más de los 35 años, se presentan con dos hechos: la evolución (crecimiento) y la involución (envejecimiento), donde existe disminución progresiva del funcionamiento de los órganos y sistemas: el corazón trabaja más, pero bombea menos sangre; absorben menos aire los pulmones; la piel pierde elasticidad, disminuye el tono muscular, se endurece los vasos sanguíneos, las glándulas endocrinas reducen su secreción hormonal y a medida que alcanza los 60 años el metabolismo es lento. Podemos hablar de un envejecimiento

natural, pudiendo ser de alto o bajo riesgo o envejecimiento exitoso y alta funcionalidad elevando su capacidad cognitiva.

d. Compartimentos corporales: La talla disminuye por la reducción del tamaño del hueso, número de células y de agua corporal. El aumento del tejido graso; origina que los fármacos liposolubles tienen mayor vida media, en cambio los hidrofílicos es más corta.

e. Masa de los órganos: Los órganos como el hígado, el bazo o el páncreas van experimentar cambios con el correr del tiempo. El flujo sanguíneo y la velocidad de filtración glomerular van disminuyendo de acuerdo a los años en la función renal. Ello implica un control permanente de la creatinina, electrolitos y la urea.

f. Sistema Nervioso Central: Algunas neuronas en el área grises se reducen, otras se atrofian en la sustancia blanca y aumenta relativamente el volumen del líquido cefalorraquídeo. Originando variaciones en la inteligencia "cristalizada" y en la inteligencia "fluida". El procesamiento de la información es más lento. Generando alteración en la velocidad de respuesta a determinado estímulo.

g. Sistema Nervioso Autónomo: Se degenera la neurona autónoma y se atrofia los ganglios; disminuyendo la sensibilidad de los receptores adrenérgicos, elevando la noradrenalina periférica, alterando los vasos receptores produciendo hipoxia u homeostasia térmica cayendo en shock térmico o hipotermia. Así mismo; origina la arritmia sinusal (produce un acortamiento del R-R durante la inspiración y un alargamiento en la espiración). En el anciano, la variabilidad de la frecuencia cardíaca puede servir como índice de la alteración del equilibrio simpático-vagal.

h. Endocrinológicos: A partir de los 60 años la glicemia en ayunas y postprandial se incrementa por pérdida de la sensibilidad a la insulina periférica, pero no significa ser diabético. Al reducir la hormona de crecimiento; origina la presencia de sarcopenia o pérdida de masa muscular. En mayores de 80 años, el andrógeno natural y del sulfato se alteran, produciendo que; el eje hipotálamo hipófisis-cortisol tiene un retardo en la retroalimentación y la tiroides reduce la T3 y la T4. Los cambios en la absorción del calcio, originan la osteoporosis, producto del aumento de la hormona paratiroidea.

i. Pulmonares: La distensión torácica se reduce, aumentando el volumen residual. El volumen de cierre de la vía aérea pequeña aumenta. La PaO₂ disminuye con la edad, agrandando la gradiente alvéolo-arterial. Hay espacios muertos o stunts pulmonar, por falta de oxígeno per fundidos en los alveolos. El volumen residual y la capacidad vital aumenta, la capacidad pulmonar total es menor.

j. Cardiovasculares: El endurecimiento de las arterias aumenta la presión de pulso, originando el pulso más "lleno" o fuerte cuando lo palpamos y aparece la hipertensión sistólica; siendo tratada, por tener riesgo cardiovascular. El ventrículo es menos distensible, originando que la fibrilación auricular entre en disnea rápidamente y disminuya su reserva fisiológica cardíaca.

k. De las funcionales globales: Las modificaciones se reflejan en sus actividades diarias como: caminar, transferirse, ir al baño, hacerse el aseo personal y comer; los tres primeros son la actividad más alterada. La capacidad cognitiva en varones, es el estar bien y en la mujer es la depresión o alteración afectiva.

Dependencia Adulto Mayor: Con el paso de los años se van deteriorando los órganos y sistemas, originando pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, sensorial o mixta, requiriendo apoyo, asistencia y cuidado para realizar sus actividades diarias. (Querejas. España. 2004). La OMS en 1980 considera la dependencia en aquellas personas que necesitan asistencia o ayuda para efectivizar y satisfacer sus requerimientos diarios.

Principales tipos de dependencia:

D. Física: La persona pierde el control de sus funciones corporales e interacción con los elementos físicos del entorno. Ejemplos la esclerosis múltiple, o consecuencias producidas por un traumatismo cerebral.

D. Psíquica o mental: Pierde la capacidad de resolver problemas y de tomar decisiones. Ejemplo: retraso mental, enfermedad de Alzheimer, etc.

D. Sensorial: Se afecta fundamentalmente la vista y el oído, repercutiendo en la capacidad para desarrollarse su vida cotidiana (desplazamientos, leer, realizar las tareas domésticas, conducir, trabajar, etc.).

D. Mixta: Se origina como secuela de una patología, creando dependencia física por afectación de la movilidad asociada a problemas sensoriales, alteraciones en el habla, dificultades para tragar y de comunicación.

Clasificación según su Grado de Dependencia de las Personas:

Autovalente: Aquel adulto que realizar sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en forma normal. Se baña, viste, usa inodoro, moviliza y alimenta solo.

Autovalente con Riesgo: Adultos que radican en la comunidad con alguna disminución de reserva fisiológica. Sufre daño psíquico o físico. Es dependiente en algo. Necesita ayuda para cubrir sus actividades diarias.

Dependiente o Postrada: Persona dañada física y/o psíquico. Dependiente absoluto. Incapacitado para hacer sus ABVD solo. Requiere de otra persona para satisfacer sus necesidades. (Leitón E., Zoila, 2014. Pag 22).

Adulto Mayor: Para fines del proyecto se utilizará el término “adulto mayor” para describir a los mayores de 60 años de edad, considerándose el término “vejez” como un estado del ser y “envejecimiento” como un proceso, por lo que se adoptarán estos términos para facilitar la conceptualización. El envejecimiento es parte continuo del ciclo vital del ser humano, sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse en forma paulatina y mostrar algunas características.

El Servicio de Medicina del Hospital Huacho Huaura Oyón S.B.S, cuenta con 40 camas de los cuales del 75 al 80 % son ocupados por Adultos Mayores con patologías crónicas degenerativas, siendo atendidos por el personal de salud y cuidadores (que pueden ser familiares o personas contratadas).

b.4. Necesidades Básicas del Adulto Mayor

Alimentación: Una dieta adecuada proporcionada a los mayores de edad les permite prevenir, mantener y recuperarse de enfermedades. El cual mantiene la salud, mejorando sus actividades diarias y su calidad de vida.

En la nutrición del adulto mayor se debe promover el consumo de alimentos ricos en proteína, fibras, calcio, cinc, folatos y vitamina A. así como reducir el consumo de sal

y de grasa de origen animal, por su contenido de colesterol en sangre e impregnarse en las paredes de los vasos sanguíneos produciéndose riesgos de arterioesclerosis.

Higiene: Es un indicador de autocuidado de las acciones diarias del ser humano como el baño, higiene del cuerpo y el aseo personal (valoración y cuidado de la piel, el cabello, las uñas, y la zona perianal y genital) del adulto mayor.

Movilización: La función musculo esquelético a través del movimiento constituye una importante y vital actividad para todo ser vivo, debido a que los órganos y sistemas funcionan con mayor eficacia al estar activos. Una persona imposibilitada de moverse podrá generar otras alteraciones como: Problemas digestivos (estreñimiento, indigestiones, flatulencias) Incontinencia urinaria, Malnutrición, Edemas en miembros inferiores, Dificultad de eliminar mucosidades, Contracturas, anquilosis muscular, Pérdida del equilibrio, con el siguiente riesgo de caídas, Mal regulación térmica, insomnio, etc.

Descanso y Sueño: Necesidades fisiológicas requerida por la persona; para recuperar el desgaste de energía. Las modificaciones que puedan sufrir alteran la conciencia, el control de las funciones orgánicas y el estilo de vida de todas las personas, en especial del adulto mayor. Esta necesidad se ve alterada, en donde existe un aumento del sueño ligero (etapas 1 y 2). Y una disminución en cantidad del sueño profundo (etapas 3 y 4), donde se considera que estas etapas más profundas del sueño son necesarias para el restablecimiento físico de las funciones corporales.

b.5. Un(a) Cuidador(a): Es el individuo (Familiar o persona contratada) que atiende a la persona mayor en el domicilio, o en una institución de salud, distinguido porque permanece con ella la mayor parte del tiempo, atendiendo las necesidades que por enfermedad o discapacidad la propia persona no pueda realizar como el suministro de medicamentos, vigilancia, aseo personal, curaciones, alimentación y otros que sean básicos para la vida"(Palacios E., X. y Jiménez S, K; 2008:38).

Cuando la tensión del (a) cuidador(a) es frecuente por la sobrecarga de funciones, problemas socio ambientales y psicológicos (Cerquera C. A.M., Granados L. F.J. y Buitrago M. A. M. 2012), cansancio, limitación de sus actividades, el Adulto mayor

se encuentra ante una situación de riesgo (probabilidad que tiene un individuo o un grupo de ellos(as) de sufrir en el futuro un daño de salud (física y/o mental).

Están asociados con los siguientes aspectos:

∴ Condiciones de vida, ambientales y de salud del adulto y su familia.

∴ Actitudes relacionadas con estilos de vida y forma en que la sociedad visualiza al(a) "anciano".

∴ Factores socioeconómicos y de apoyo social.

Existen dos tipos de cuidadores: formales e informales.

Cuidadores formales: Son capacitados, reciben pago a cambio de su trabajo y cumplen horarios fijos para acompañar a los adultos. Pueden ser auxiliares, técnicos, u otros personales de salud.

Cuidadores informales: Son voluntarios, no capacitados. Debido a su poco conocimiento, muchos de ellos sufren cuadros de depresiones y enfermedades psicosomáticas, correspondientes al síndrome de la “Sobrecarga” del cuidador, caracterizado por síntomas de estrés y tristeza. *El Mercurio, 18 de abril de 2013, Cuerpo A11. “El cansancio complica el rol del cuidador de un adulto mayor enfermo”*

Aprendizaje en cuidadores del adulto mayor: Proceso activo en el que sujeto tiene que realizar una serie de actividades para asimilar los contenidos informativos que recibe. Según repita, reproduzca o relaciones los conocimientos, realizará un aprendizaje repetitivo, reproductivo o significativo. Así mismo; la persona responsable se apropia del conocimiento adquiridos a través de las experiencias de la vida cotidiana o de su formación académica, en sus diferentes dimensiones: actitudes, conceptos, procedimientos y valores. Los intercambios con el medio, modifican las conductas. El aprendizaje permite cambios en la forma de pensar, sentir, percibir las cosas, producto de los cambios que se producen en el Sistema Nervioso; esto, permitirá adaptarnos al entorno, responder a los cambios y a acciones que lo producen.

La enseñanza y el aprendizaje son la base del diálogo educativo (Freire, 2005). Bajo estas condiciones, los educandos pueden y deben participar activamente en el diseño de sus propios itinerarios de aprendizaje.

b.6. Conocimiento: La persona es experto en construir conocimiento. La interacción entre él y la realidad, le brindan la oportunidad de generar nuevas ideas o conocimiento sobre los hechos que le rodean, las cuales se incrementan y desarrollan de acuerdo a los adelantos tecnológicos y científicos. La salud es un proceso de bienestar mental y social, lo que significa, el conocimiento que el ser humano tenga influye en la toma de decisiones en relación a su salud. (Alva 2005, pág., 15)

La Real academia española (2014). Conocer es adquirir la noción de un hecho o acontecimiento, mediante el entendimiento. Acumulo de información en base a la experiencia o el aprendizaje. Mientras que Salazar Bondy, define el conocimiento como la adherencia de un hecho o proceso mental; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento: vulgar, científico y filosófico. (Salazar, B. 1988, pág. 297)

En nuestra investigación conocimiento: Es un proceso mediante el cual la persona o cuidador a través de sus sentidos recepciona las informaciones (ideas, conceptos, enunciados, etc.) de los hechos o acontecimientos sociales y se expresa mediante el lenguaje, valiéndonos de la experiencia y la tecnología será analítico, sistemático, verificable dando solución a los problemas.

Nivel de conocimiento: Proceso de enseñanza aprendizaje adquirido y estimado en una escala; este nivel puede ser cualitativa (ej. Excelente, bueno, regular, malo o Sabe o no sabe) o cuantitativa (ej. De 0 a 20). Para fines del presente estudio se empleará la escala cualitativa

Nivel de Conocimiento sobre Cuidados: Es el aprendizaje o entendimiento que tiene el cuidador sobre las atenciones básicos que requiere el Adulto Mayor Hospitalizado; el cual es una de las dificultades, además los aspectos preventivos promocionales; al cual nos enfrentamos para promover una mejor calidad de vida.

Impacto de un programa educativo a cuidadores no formales del adulto mayor dependiente sobre cuidados básicos permite, además

- Sistematizar lo observado mediante el registro y análisis de costumbres (positivas y negativas), comparando los datos de como inicio el grupo y como termina.

- Valorar el contexto socioeconómico y político en que se da la experiencia del cuidador; resaltando los costos beneficio el cual significaría para él y el usuario.
- Establecer aportes técnicos, a la sociedad mediante la difusión de la evaluación.
- Dar a conocer a los responsables de la toma de decisiones sobre los beneficios del programa en la institucional de salud.

El objetivo es que los cuidadores no formales (personas particulares o familiares) aprendan estrategias para enfrentar, mejor su tarea con actividades o intervenciones preventivas, tratamiento y rehabilitación que ofrezcan al adulto mayor sea agradable y con base científicas, las que se realizarán dentro de un programa estructurado que será ejecutado por profesionales capacitadas.

5.2. Justificación de la investigación

La Organización Panamericana de la Salud OPS), considera como Adulto Mayor a las personas con más de 60 años de edad, de acuerdo a la esperanza de vida de la población y la OMS en abril del 2012 hace referencia sobre envejecimiento de la población mundial como un indicador de mejora de la salud. Así mismo; que se han duplicado desde 1980, y se proyecta para el 2050 alcance los 2000 millones.

El MINSA en uno de los lineamientos de política para la atención integral de salud de las Personas Adultas Mayores 2002-2012 nos refiere que el envejecimiento es un proceso natural e irreversible, donde intervienen múltiples factores (biológicos, psíquicos y sociales) para su calidad de vida e incremento de su esperanza de vida.

La Educación para la Salud (EPS), menciona a la educación como un proceso fundamental a potenciar y promover los factores que inciden directamente en la salud-enfermedad de la población. Según el MINSA la enfermera, debe enseñar individual o grupal, a promover conductas positivas de salud; como el autocuidado, identificación precoz de alteraciones en el bienestar general y recuperación.

El envejecimiento es la etapa final de vida del individuo; por tanto, el cuidador debe estar preparado para brindar calidad y calidez en la atención integral del AMD, previniendo complicaciones. El proceso de adaptación y aceptación al envejecimiento no es fácil y requiere que los cuidadores formales o No Formales que participan en

el cuidado tengan competencias (Conocimiento, Actitudes y Aptitudes) sobre cuidados básicos (Alimentación, descanso y sueño, higiene y confort; Movilización y ejercicio en el adulto mayor) y que fortalezcan el respeto, autonomía y responsabilidad para brindar cuidados humanizados al adulto mayor dependiente (AMD); permitirá atender, detectar, prevenir situaciones de riesgo incidiendo directamente en su calidad de vida. En la medida que se trabaje con los cuidadores (oriente y asesore) se reducirá la carga familiar, costo económico y social, lo que significa el mantener a un AMD.

5.3. Problema

El envejecimiento es un proceso inevitable. La OMS en su publicación del 29 de Setiembre del 2011 manifiesta que en las naciones sub desarrollados para el 2050, la población mayor de 60 años pasará de 400 millones en 2000. El avance tecnológico en salud y el acceso universal a la educación, han producidos cambios demográficos. Un indicador de esta transformación es la reducción progresiva de la fecundidad (población mundial crece a una tasa anual de 1.7%) e incrementando la esperanza de vida (adultos mayores se incrementan al 2.5% anual). Así mismos estudios revelan el incremento en países desarrollados del 12 al 15%, y en países en vías de desarrollo es de 12% de esta población para el año 2025.

La prevalencia de enfermedades no transmisibles en adultos mayores, las enfermedades agudas y riesgo elevado de accidentes, muestran un incremento de las tasas de hospitalización (promedio de 2.4 veces más que la población) con una estadía de 12 días promedio a diferencia de los 8 días de la población general excluyendo a los menores de 1 año (MINSA 1998 Chile). Así mismo; el ministerio de Salud del Perú, menciona que dichas enfermedades crónicas degenerativas ocasionan en el ser humano problemas a nivel fisiológico, psicológico, social y espiritual, repercutiendo a que permanezca en cama por tiempo prolongado, limitando sus funciones motoras y déficit en su autocuidado (MINSA, 2014).

Podemos evitar o retardar la presencia de las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles a lo largo de la vida tomando las medidas provisorias, y de quienes padezcan enfermedades requieren cuidados y apoyo de forma prolongada. Uno de las poblaciones más vulnerables y que requieren de atención de salud son los AM. Los

servicios de salud y las instituciones educativas no se encuentran preparados para responder al incremento de la demanda; así como el cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya su recuperación, mejora la calidad de su vida y de su cuidador, por tanto, esto implica dedicación y abanico de estrategias para mejorar, prevenir complicaciones y mantener una buena relación con su familia.

Los cuidadores deben tener conocimientos básicos sobre su rol; cuidado y prevención de complicaciones en forma íntegra (biopsicosocial y espiritual). El Profesional de enfermería tendrá la responsabilidad de capacitar continuamente a los cuidadores informales sobre cuidados básicos al adulto mayor dependiente hospitalizado con el objetivo de que lleven y lleguen a tener una mejor calidad de vida. El hecho de que un familiar cuide a un ser querido no debería acarrear padecimiento adicional, ni afectar la estructura familiar, social y económica de nuestras sociedades.

Considerando lo anterior en base a las observaciones realizadas por el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional de Huacho y de la responsable del estudio se proponer el siguiente problema:

¿Cuál es el impacto de la aplicación de un programa educativo en cuidadores del adulto mayor dependiente sobre cuidados básicos en el Hospital Regional Huacho 2016?

5.4. Conceptualización y operacionalización de las variables

5.4.1. Variables:

Variable Independiente:

Programa educativo de modelado de Bandura

Variable Dependiente:

Cuidados básicos

5.4.2. Definición conceptual de las variables:

Programa educativo a cuidadores del adulto mayor dependiente

Son intervenciones sistematizadas de organización y desarrollo de la actividad por cuidadores, con el fin de lograr competencias en el cuidado del AMD. Su estructuración se realiza a partir de la necesidad de crear un manual para las personas

que estén a cargo de un adulto mayor y tengan la información necesaria para aplicar en la práctica con la persona a su cargo. Busca por medio de los temas y diferentes estrategias de intervención multidisciplinarias, lo que significa capacitar al cuidador (Familiar, Amigo, Conocido o Vecino) del AM hospitalizado.

Cuidados básicos en el adulto mayor hospitalizado:

Son propuestas Gerontológica para afrontar la atención y cuidado de los adultos mayores de manera dependiente. Los temas sobre patologías más frecuentes, higiene (cuidado de la piel), alimentación, estado emocional (descanso y sueño), necesidad de confort (movilización y cambios posturales), curaciones, rehabilitación y terapia ocupacional,

Nivel de Conocimiento sobre cuidados básicos a través del cual el cuidador o la persona responsable se apropia del conocimiento adquirido por la experiencia o de su formación académica, sea en conceptos, procedimientos, actitudes y valores

5.4.3. Definición operacional de las variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Variable dependiente: Cuidados Básicos en el Adulto mayor dependiente	Generalidades sobre AMD	1.2. - Sexo: 1.3.- Grado de Instrucción del Cuidador: 1.4.- ¿Qué parentesco tiene Ud., con el Paciente Hospitalizado? 1.6.- Labora en otra entidad 1.7.- Condición Laboral 1.8. Tiene Ud. Familiar o persona que cuida Hospitalizado en el servicio de medicina 1.9. Qué Edad tiene la persona a quien Ud., le está cuidando 1.10. Con quién vive el adulto mayor 1.11. La vivienda del adulto mayor es: 1.12. ¿Cómo usted percibe su estado de salud del AM? 1.13. Su familiar o Paciente depende de una tercera persona para satisfacer sus necesidades 1.14. Sabes si existen normas que protejan al adulto mayor 1.15. Conoces alguna norma que protegen al adulto mayor 1.16. Que enfermedad tiene tu paciente: 1.17. Señale que Complicaciones presenta el Adulto Mayor:

	A Alimentación	<p>1.18. Conoce Ud. que cambios sufre el Adulto Mayor:</p> <p>1.19. Sabe cómo se clasifica los Gados de Dependencia en el Adulto Mayor</p> <p>1.20. Su Paciente se encuentra en qué grado Dependencia:</p> <p>1.21. ¿Qué pasa en el cuerpo cuando se envejece?</p> <p>1.22 ¿Una necesidad es aquello que resulta indispensable para vivir y necesita ser satisfecha, efectiva y realizada para vivir en un estado de salud plena?</p> <p>1.23. ¿Cuáles son las Necesidades Básicas del Adulto Mayor?</p> <p>1.24. Sabe que es un cuidador</p> <p>1.25. Un(a) Cuidador (a) es el individuo (Familiar o persona contratada) que atiende las necesidades a la persona mayor en el domicilio, o en una institución.</p> <p>1. Alimentación es el proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir</p> <p>2. La Dieta es la ingesta de alimentos en forma equilibrada y según las necesidades dietéticas del organismo.</p> <p>3. La alimentación es, una de las actividades y procesos esenciales de los seres vivos ya que está directamente relacionada con la supervivencia</p> <p>4. El sentarlo bien evita que el AM se aspire o vomite; y puede asfixiarse con los alimentos.</p> <p>5. En la preparación de los alimentos (dietas) se debe tener en cuenta las enfermedades que tiene el AM</p>
	B. Descanso y Sueño	<p>6. Es importante que el A.M. duerma en el día.</p> <p>7. El AM debe dormir el tiempo necesario (8 Horas) .</p> <p>8. El AM. Duerme para recuperar energía y estar tranquilo</p> <p>9. Cree que, si no duerme bien el AM esta de mal humor, intranquilo.</p>
	C. Higiene y Confort	<p>10. Se debe lavar la mano al AM antes de cualquier actividad</p> <p>11. Se debe lavar los dientes o prótesis dental después de los alimentos</p> <p>12. Se debe de movilizar al AM cada 2 horas y/o Levantarlo en una silla o sillón</p> <p>13. Se debe cambiar ce ropa de cama cada y mantener seco y sin arruga</p> <p>14. Se debe bañar diario al AM y mantener hidratada la piel</p> <p>15. Demos dar masajes suaves la piel</p> <p>16. Mantener un correcto aseo y vestirse adecuadamente eleva la autoestima del anciano.</p> <p>17. Al paciente que usa Sonda vesical y/o usa pañal y/o realiza su necesidad fisiológica (Deposición y orina) se debe realizar higiene perineal de acuerdo a la necesidad o turno.</p>

		<p>18. Uno debe conversar con el AM y explicarle para cada procedimiento</p> <p>19. Debemos escuchar la opinión del AM</p> <p>20. Cree Ud., que debemos entregarle en el grupo familiar y/o social (amistad) favorece a su estado emocional.</p> <p>21. El Utilizar expresiones como: “por favor”, “gracias”. Le ayuda al AM para su estado emocional</p>
	D. Movilización y Ejercicios	<p>22. Las personas dependientes acorde al tipo de enfermedad que presenten pueden sufrir algún grado de inactividad</p> <p>23. Suspender ejercicios si presenta si el AM presenta: Dolor en el pecho. Falta de aire. Mareo, fatiga, intensa. Taquicardia</p> <p>24. Se debe Permitir que tome las decisiones que le afectan (si es posible).</p> <p>25. Una de las consecuencias de la discapacidad es la inmovilidad la cual debemos prevenir siguiendo las siguientes orientaciones</p> <p>26. En muchas ocasiones el grado de inmovilidad va aumentando poco a poco, de modo que los familiares se van acostumbrando a ella y cuando deciden hacer algo el grado de inmovilidad es ya muy elevado y las posibilidades para intervenir son escasas</p> <p>27. Aproveche y cree oportunidades para fomentar la movilidad y los desplazamientos del paciente o familiar</p> <p>28. Mantenga siempre que sea posible su autonomía procurando la participación en las tareas u actividades diarias como vestirse, comer, asearse, ir al baño, etc., propiciándole ayuda necesaria pero nunca realizar estas por el propio paciente, simplificando la actividad y logrando bien el objetivo</p>

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Variable Independiente: Programa educativo a cuidadores del adulto mayor dependiente basado en la teoría por	a. Datos informativos	-Son suficientes -Son los básicos
	b. Justificación	¿Por qué? ¿Para qué?
	c. Diagnóstico y estrategia de solución	-Fortalezas -Debilidades -Amenazas -Oportunidades
	d. Definición de los materiales educativos	-Identificación de los materiales educativos. - Objetivos. -Orientaciones metodológicas

modelaje de Bandura		-Materiales, técnicas e instrumentos -Evaluación de los materiales educativos.
	e. Definición de los materiales educativos	-Integrador -Coherente con el problema detectado.
	f. Programación	-Objetivos -Contenidos -Actividades -Recursos y otros materiales didácticos -Evaluación. -Cronograma

Para evaluar el nivel de conocimiento sobre cuidados Básicos a cuidadores del AMD hospitalizados; se le aplicó un pre test, luego se codifico cada uno de los indicadores de cada uno de las dimensiones de las variables estudiadas; es decir se le asignaron los siguientes valores: Sabe = 1; No sabe = 0, Blanco = 0

5.5. Hipótesis:

El efecto de la aplicación de un programa educativo en los cuidadores del adulto mayor dependiente, mejora significativamente los cuidados básicos, aplicando el método de aprendizaje por modelado de Bandura; en el Hospital Regional Huacho abril 2016.

5.6. Objetivos

5.6.1. Objetivo General

Determinar el impacto del programa educativo en los cuidadores del adulto mayor dependiente sobre cuidados básicos en el Hospital Regional Huacho 2016.

5.6.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento en los cuidadores del adulto mayor dependiente sobre cuidados básicos en el Hospital al inicio del estudio.

- Evaluar el nivel de conocimiento en los cuidadores del AMD, después de la aplicación del programa educativo apoyado en el método de aprendizaje por modelado de Bandura
- Comparar los resultados obtenidos antes y después de la aplicación del programa educativo basado en el método de aprendizaje por modelado de Bandura en los cuidadores del adulto mayor, sobre cuidados básicos.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. Tipo y Diseño de la investigación

Tipo de investigación

Aplicativo, experimental, cuyo nivel es pre - experimental con un enfoque cuantitativo; por su medición que se da, en categorías y niveles; además, identifica, describe, analiza el comportamiento de la variable Independiente (Impacto del programa educativo con aplicación del método por demostración y re demostración en cuidadores del adulto mayor dependiente) y comprueba la variable Dependiente (Nivel de conocimiento de los cuidadores sobre los cuidados básicos del A.M. Dependiente). Según la naturaleza es Transversal; porque, se hizo un corte en el tiempo para la elección de la muestra y aplicación de los instrumentos en el presente estudio. (Hernández, Fernández y Badipista 2010 pág. 80, 148 - 151)

Diseño de la investigación: Estudio pre experimental, con un enfoque cualitativo o analítico – Cuantitativo, por su medición que se da, en categorías y niveles; para medir ambas Variables.

Formula:

$$GE = O_1 X O_2$$

Dónde:

GE = Grupo Experimental

O₁ = Pre test

X = Aplicación de la Variable Independiente

O₂ = Post Test

6.2. Población

Población: El estudio estuvo representado por 30 cuidadores del AMD atendidos en el servicio de medicina del Hospital Regional Huacho; que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Para la investigación se utilizó el muestreo no probabilístico, por conveniencia del autor. (Hungler, 2005: pag.271).

Criterio de elegibilidad

Inclusión:

- Cuidadores no formales de AMD.
- Cuidadores que autorizan participar en el estudio y firman el documento de consentimiento informado.

Exclusión:

AM que son independientes

Cuidadores que no desean participar y no autorizaron el consentimiento informado.

Determinación. - Para determinar la población de cuidadores de AMD Hospitalizados en el servicio de Medicina del HRH entre marzo y abril en el 2016 se aplicó los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Descripción. - Considerando los objetivos y la magnitud de la población (30 Cuidadores de AMD, equivalente al 100%) en estudio; el tamaño de la muestra fue de 30 cuidadores no formales (Familiares y personas contratadas) en los meses de marzo a abril del 2016.

6.3. Técnicas e instrumentos de recolección de información

La elección de las técnicas e instrumentos para la elaboración y aplicación, según sea el caso, se ha realizado teniendo en cuenta la exigencia del nivel de la investigación, así como los objetivos, la variable y sus dimensiones.

Del total de pacientes hospitalizados entre los meses de marzo y abril en el servicio de medicina, 62 eran mayores de 60 años; de los cuales 34 eran AMD con cuidadores (familiares y personas contratadas); pero solo aceptaron ingresar al programa educativo 30 cuidadores, quienes firmaron el consentimiento informado.

Determinación del Nivel de Conocimiento en los cuidadores del adulto mayor dependiente sobre cuidados básicos se aplicó un cuestionario debidamente estructurado sobre cuidados básicos del adulto mayor dependiente, el cual nos permitió recolectar dichos datos y comprobar el cumplimiento de los objetivos.

A los cuidadores en estudio, se les aplicó una encuesta (pre test) elaborada por la autora, debidamente estructurada a través de su instrumento el cuestionario conformada por 52 ítems, cuya calificación fue de 0 a 1 (sabe = 1; No sabe = 0), siendo preguntas de carácter cerradas, nos permitió valorar las dimensiones establecidas. Las preguntas estaban referidas a aspectos concretos que valoran el nivel de conocimiento sobre cuidados básicos del adulto mayor.

Desarrollo del Programa Educativo: En la experiencia pedagógica se aplicó 10 sesiones de aprendizaje sobre los cuidados básicos del AMD, posteriormente se reforzaron los conocimientos mediante el método de demostración y de re demostración; donde se les enseñó a las personas los cuidados básicos, empleando el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, luego se observó y supervisó a cada cuidador la aplicación de la técnica de re demostración (Método de aprendizaje o modelado de Bandura).

Control y evaluación del proceso de aprendizaje se realizó de acuerdo a lo planificado y con fines de retroalimentación se tuvo especial cuidado en observar el trabajo de los cuidadores para brindarle asesoramiento preciso y oportuno. Se aplica nuevamente la encuesta (Post test) para comparar los resultados con el pre test y determinar el Impacto del Programa Educativo.

Después de la aplicación del cuestionario, se procedió a la corrección y tabulación de los datos obtenidos, con el propósito de agrupar toda la información, de acuerdo a la necesidad que impone el estudio.

Técnicas e Instrumento de Análises de documentos

TECNICAS	INSTRUMENTO
Pre Evaluación y Post Demostración (Aprendizaje por el Método Modelaje)	Cuestionario estructurado para determinar el nivel de conocimiento de los cuidadores del AMD con 52 preguntas. Re Demostración por parte de los cuidadores de los AMD

Para el procesamiento de datos se emplearon técnicas estadísticas debidamente representadas a través de gráficos

Para la validación fue sometido a 02 Expertos en pedagogía (doctores), 02 enfermeras con grado de magister y un estadístico del HRH profesional con experiencia a quienes se les alcanzo la matriz del plan de tesis, cuestionario y ficha hecho por la autora del estudio para su análisis, críticas y sugerencias. Teniendo en cuenta la opinión de los expertos, se hicieron las correcciones y reajustes en el cuestionario. Finalmente usamos la prueba binomial donde se obtuvo una concordancia para $p < 0.05$.

Formula de la Prueba Binomial:

$$b(x) = \frac{n!}{x!(n-x)!} p^x \cdot q^{n-x}$$

Dónde:

n: Numero de jueces

x: Numero de éxitos.

p: probabilidad de obtener éxito

q: probabilidad de tener fracaso

Para el acopio de la información se contó con un cuestionario, confiable y válido. La confiabilidad se logró aplicando el cuestionario a 10 cuidadores previamente seleccionados, para luego de 05 días ser procesada; obteniéndose, a través de la aplicación a los resultados Coeficiente Alfa de Cronbach, un grado de confiabilidad elevada (entre 95 a 100%).

Formula:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum S^2_{is}}{S^2_T} \right]$$

Donde:

- α : Coeficiente Alfa de Cronbach
- K : Es el Numero de Ítems.
- ΣS^2i : Sumatoria de Varianzas de los Ítems
- S^2T : Varianza de la suma de los ítems.

6.4. Técnicas e instrumentos de procesamiento de la información:

La Información fue almacenada en una matriz en Excel, asignándole a cada cuestionario un número del 01 al 52, a los ítems un código para la facilitación del paloteo, luego se agruparon los datos de los instrumentos empleados.

El procesamiento y análisis de datos, se empleó la estadística descriptiva, no probabilística y sus técnicas estadísticas representadas a través de tablas y figuras.

Para medir la Variable Nivel de conocimiento de los cuidadores sobre cuidados básicos del AMH se le asignó 1 punto por cada respuesta correcta y 0 por cada respuesta incorrecta, posteriormente se categorizo 41 preguntas según la escala de Stanones:

Dónde: $A = \bar{x} - 0.75(D.S)$ $B = \bar{x} + 0.75(D.S)$

A y B: es el valor deseado.

\bar{X} : Promedio

(D. S): Desviación estándar.

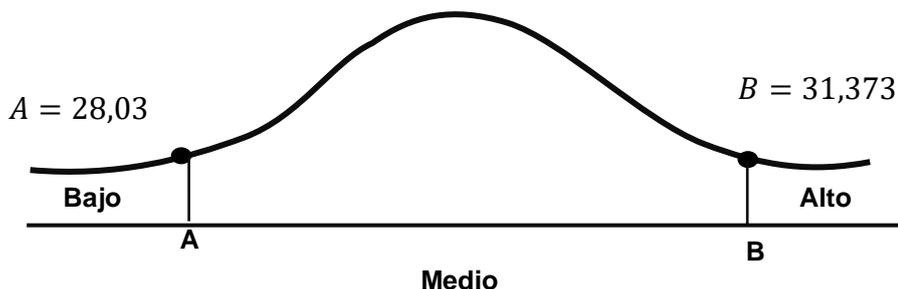
REEMPLAZANDO:

Promedio: $\bar{x}=29,70$

Desviación Estándar: 2,230664

$A = 29,70 - 0.75(2,230664)$

$B = 29,70 + 0.75(2,230664)$



Resultado de la Aplicación de Stanones:

Nivel de Conocimiento Alto	= > 31
Nivel de Conocimiento Medio	= 28 - 30
Nivel de Conocimiento Bajo	= < 28

7. RESULTADOS:

7.1. Análisis e Interpretación de Datos: Para el análisis de la información cuantitativa obtenida en el estudio nos hemos valido de la estadística descriptiva

7.1.1. Resultados del nivel de conocimiento sobre el cuidado del adulto mayor:

Tabla N° 01: Cuidadores del adulto mayor dependiente hospitalizado en el servicio de medicina del HRH 2016. Según Sexo

Cuidadores del AMD por Sexo	fi	f%
Masculino	4	13.3
Femenino	26	86.6
Total	30	100.0

Fuente: Firma de consentimiento informado para participar en el estudio 2016.

En la Tabla N° 01, observamos que la mayoría de los cuidadores son de sexo femenino (86,6%), mientras que solo 4 de sexo masculino (13,3%).

Tabla N° 02: Grado de instrucción de los cuidadores del adulto mayor dependiente hospitalizados en el servicio de medicina del HRH 2016.

Fuente: Firma de Consentimiento Informado para participar en el estudio 2016

Grado de Instrucción del Cuidador	fi	f%
a) Primaria	5	16,67
b) Secundaria	19	63,33
c) Técnico	0	0
d) Superior	4	13,33
e) Iltrado	2	6,67
TOTAL	30	100

El 63,33% de los cuidadores tienen estudios secundarios, seguido del nivel primario con un 16,67% y solo el 6,67% son Ilustrados (Según Tabla N° 02).

Tabla N° 03: Parentesco de los cuidadores del adulto mayor dependiente hospitalizados en el servicio de medicina del HRH 2016.

¿Qué parentesco tiene Ud., con el Paciente Hospitalizado?	fi	f%
a) Hijo	18	60,0
b) Hermano	2	6,67
c) Familiar	4	13,33
d) Cuidador Particulares (Asalariados)	6	20,00
TOTAL	30	100,00

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores del AMD Hospitalizado HRH 2016.

La mayoría de los cuidadores son los hijos (60%); seguido de cuidadores particulares un 20%; los hermanos y familiares sumados equivalen al 20% (ver Tabla N° 03).

Tabla N° 04: Cuidadores del adulto mayor dependiente hospitalizados en el servicio de medicina del HRH 2016 por edad.

Edad del cuidador	fi	f%
a) 20 a 30 años	5	16,67
b) 31 a 40 años	2	6,67
c) 41 a 50 años	8	26,67
d) 51 a 60 años	5	16,67
e) Mas de 61 años	10	33,33
TOTAL	30	100,00

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores del AMD Hospitalizado HRH 2016.

Debemos resaltar que el mayor porcentaje (33,33%), de cuidadores son adultos mayores (mayores de 60 años de edad), seguido de 41 años a 50 años de edad con un 26.7% y solo un 6.67% son tienen de 31 a 40 años. (Ver Tabla N° 04).

7.1.2. Prueba de Entrada (Aplicación del Pre Test a cuidadores):

Para identificar el nivel de conocimiento previos de los cuidadores del adulto mayor dependiente sobre cuidados básicos; se elaboró y aplicó el pre test con 41 preguntas.

Tabla N° 05: Resultado del pre test sobre nivel conocimiento a los cuidadores del adulto mayor dependiente sobre cuidados básicos en el Hospital Regional Huacho 2016.

Pre test sobre Nivel Conocimiento		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	BAJO	3	10,0
	MEDIO	22	73,3
	ALTO	5	16,7
	Total	30	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores del AMD Hospitalizado HRH 2016.

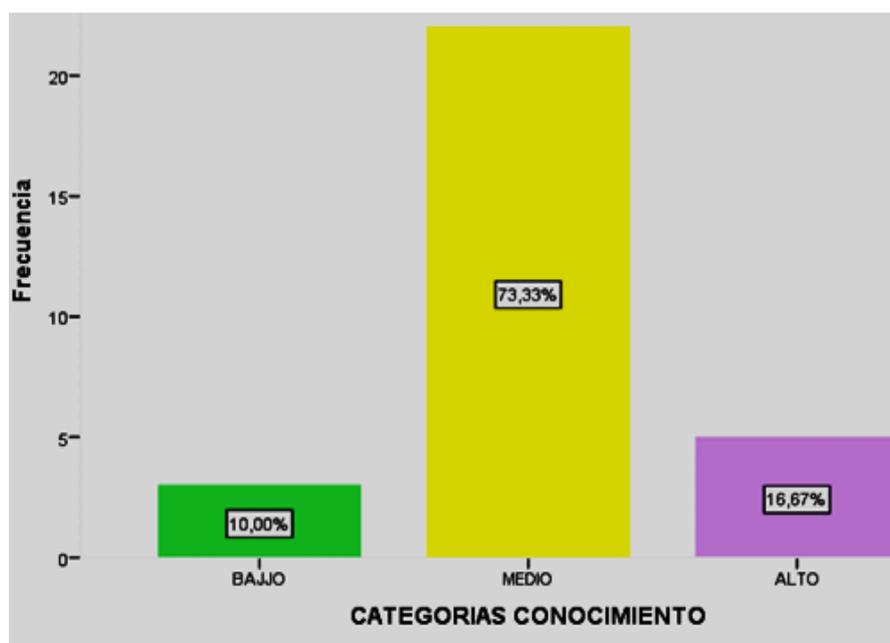


Figura N° 01: Nivel conocimiento de los cuidadores del adulto mayor dependiente sobre cuidados básicos - Hospital Regional Huacho 2016.

En la Tabla N° 05 y Figura N° 01 se observa que 22 cuidadores (73.3%) obtuvieron el nivel del cuidado básicos medio; sin embargo, 3 cuidadores que representan el 10% su nivel es bajo.

7.1.2. Aplicación del Programa Educativo a cuidadores: Aplicación del Método por Demostración y Re demostración (Etapa de Proceso):

En la experiencia pedagógica se empleó 10 sesiones de aprendizaje cuya Estrategias Metodológicas aplicada se realizó en un escenario formativo tipo curso/taller por demostración donde se buscó facilitar el desarrollo de los objetivos y su correspondiente relevancia como capacitación sobre los cuidados básicos del AM.

El Programa Educativo de 06 meses estuvo dividido en 5 Talleres de Aprendizaje que duraron 12 horas cada una de ellas, las mismas que se brindaron en dos días de clase cada unidad:

- Taller I: Generalidad sobre el AMD – Importancia de la Comunicación;
- Taller II: La Necesidad de Alimentación en el A.M.D.;
- Taller III: Necesidad de descanso y sueño en el AMD;
- Taller IV: Necesidad de higiene y confort en el AMD y
- Taller V: Necesidad de movilización y ejercicio en el AMD.

La metodología utilizada fue educación para adultos, en el que después de la explicación de cada tema se procedió a aplicar una demostración con el paciente. Luego cada participante practicaba lo aprendido empleando el método de demostración y re demostración, (Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender). Posteriormente se realizó la fase de evaluación a cada cuidador de aplicación de la técnica de re demostración (Método de aprendizaje a través de la observación o modelado de Bandura).

7.1.3. Resultado de la Prueba a cuidadores del AMD después de la aplicación del Programa Educativo (Aplicación del Post Test):

Al finalizar de las sesiones de aprendizaje se reevaluó nuevamente a los cuidadores que participaron en el programa educativo sobre cuidados básicos del adulto mayor dependiente; aplicándole la post evaluación.

Etapa de Evaluación del Impacto del Programa Educativo: Se compararon los resultados de puntajes promedios obtenidos en el pre test y post test de los

cuidadores evaluados sobre cuidados básicos (Alimentación, descanso - sueño, higiene - confort; Movilización y ejercicio) en el AMD.

Tabla N° 06: Resultado del post test del nivel conocimiento de los cuidadores del adulto mayor dependiente sobre cuidados básicos en el Hospital Regional Huacho 2016

NIVEL DE CONOCIMIENTO		fi	%
Válidos	ALTO	30	100
	MEDIO	0	0
	BAJO	0	0
TOTAL		30	100

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores del AMD Hospitalizado HRH 2016

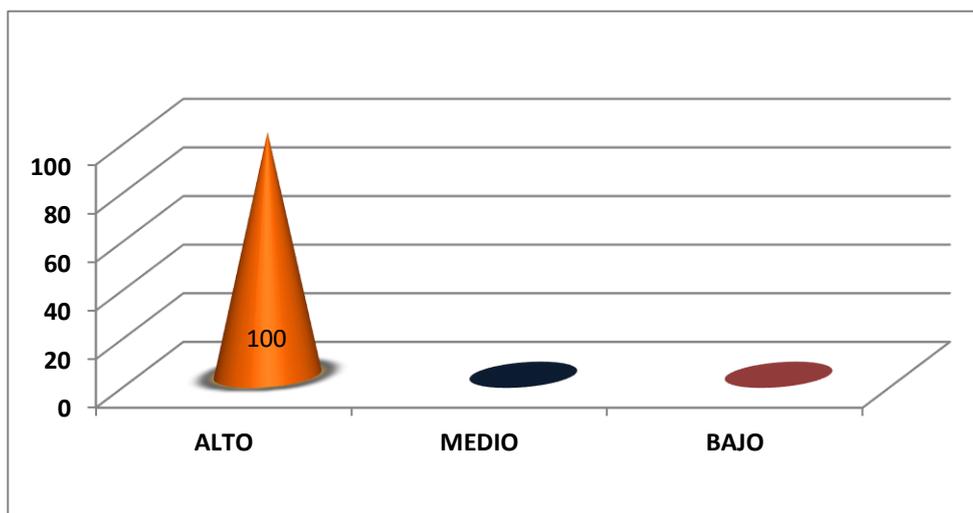


Figura N° 02: Resultado de los posts test aplicados a cuidadores del AMD 2016

En la Tabla N° 06 y figura N° 02 podemos observar que 100% de los cuidadores evaluados mejoró su nivel de conocimiento de los cuidados básicos; por lo tanto, el nivel de los cuidados básicos fue alto.

Tabla N° 07: Comparativo del puntaje obtenido entre el Pre y Post Test sobre cuidados básicos en el Hospital Regional Huacho 2016.

CUIADORES DEL AMD	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	ALTO		MEDIO		BAJO	
	fi	%	fi	%	fi	%
Post Test	30	100	0	0	0	0
Pre test	5	16,67	22	73,33	3	10

Fuente: Cuestionario de Pre y Post Test aplicado a cuidadores del AMD Hospitalizado HRH 2016

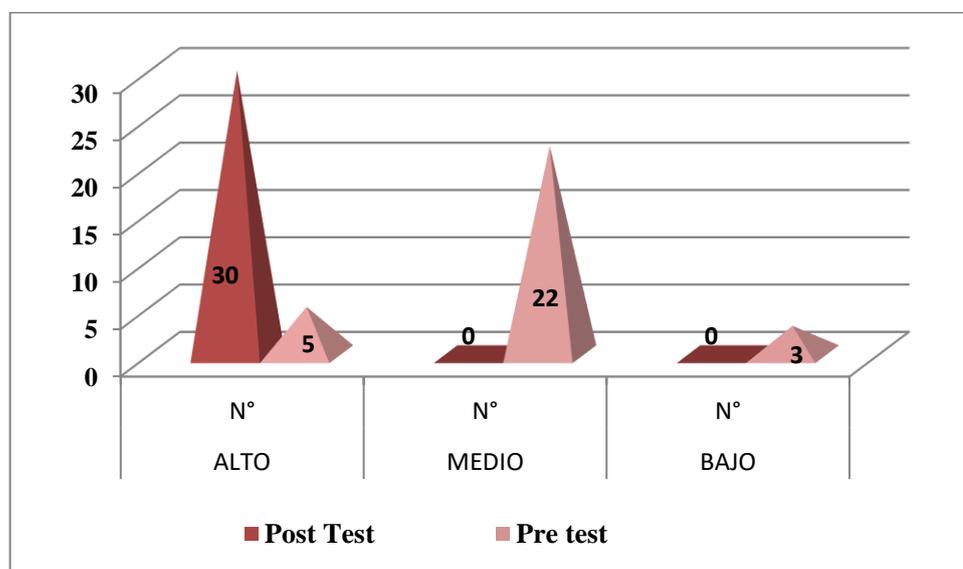


Figura N° 03: Resultados de los post test aplicados a cuidadores del AMD 2016

Se compararon los puntajes promedios obtenidos en el pre test y post test de los cuidadores evaluados, observándose que existe diferencias entre ambas, lo que demuestra que la metodología aplicada por demostración, Re demostración y /o imitación de Bandura mejora el nivel de conocimiento sobre los cuidados en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina. (Según Tabla N° 07 y figura N° 03).

8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El nivel de satisfacción del adulto mayor está representado por la calidad de vida que lleva; cuidado y protección por la familia, con dignidad, afecto, respeto y por sus bienes materiales, ayudándole a lograr sus metas, permitiéndole ejercer su derecho de libre expresión, comunicación y decisión en relación a él. La Psicóloga Teresa Orosa Fraíz en su tesis de maestría del 2003 precisa que: la etapa del AM constituye el desarrollo individual, por lo que debe tenerse en cuenta la relación familiar. Su investigación refuerza nuestro estudio; porque, según la tabla N° 03 la mayoría de los cuidadores (24 personas) son familiares (hijos, hermanos y otros integrantes); lo que significa que el tener cierto grado de parentesco contribuye en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Si observamos la Tabla N° 07 donde se compara los puntajes promedios sacados en el pre test que más del 73,3% tuvo un conocimiento de medio alto (22 cuidadores) y en el post test después de aplicado el programa educativo; veremos que los 30 participantes han mejorado su nivel de conocimiento significativamente al 100% sobre los cuidados del adulto mayor dependiente; demostrando que la metodología aplicada por demostración, re demostración y/o imitación de Bandura mejoro su nivel de conocimiento sobre los cuidados en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina. Según lo demostrado y observado en el grafico N° 03. Lo que es corroborado por los estudios de Quispe Arones (Perú 2007) y Arpasi Quispe, Orfelina, (Perú 2012), donde el primero nos manifiesta que existe diferencia de conocimiento en los cuidadores antes (84% lo que equivale a 21 personas) y después (100% siendo 25 personas) de participar en el programa educativo de enfermería, y la segunda autora cuyo estudio fue pre experimental, de tipo cuantitativo, con muestreo no probabilístico, a conveniencia del investigador previamente establecidos. La muestra estuvo conformada por 30 cuidadores a quien se aplicó una pre y post prueba concluyo que el programa “Cuidando con amor” aumento el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de úlceras por presión en los cuidadores de adultos mayores del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

El Plan de Acción Internacional (Madrid 2002); establece que la calidad de vida se debe a los adelantos obtenidos en las tres áreas: desarrollo personal, fomento del bienestar y/o salud y la formación de un entorno favorables. Por lo tanto, el Programa Educativo permitió que los cuidadores fortalezcan y perfeccionen sus conocimientos de manera significativa; con un aprendizaje de manera secuencial y básica sobre cuidados al AMD hospitalizado del HRH.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1. Conclusiones:

- a) Se Identificaron que el nivel de atención en los 30 cuidadores del adulto mayor dependiente sobre cuidados básicos, 22 de ellos (73.3%) obtuvieron el nivel del cuidado básicos medio y de 3 cuidadores (10%) su nivel es bajo. Lo que significa que la atención de los cuidadores sobre los cuidados básicos es de nivel medio.
- b) Al efectuar el programa educativo a cuidadores sobre cuidados básicos al adulto mayor dependiente basado en el método por modelado, quedando constituido de la siguiente manera: Datos informativos, justificación, diagnóstico y estrategias de solución, definición de los materiales educativos, plan de acción y programación.
- c) Al ejecutar el programa educativo, se pudo lograr el efecto, demostrando que el 100% de los cuidadores evaluados mejoro su nivel de conocimiento; por lo tanto, el nivel de los cuidados básicos fue alto. Comprobándose de esta manera la hipótesis que *el efecto de la aplicación de un programa educativo a cuidadores del adulto mayor dependiente, mejora significativamente los cuidados básicos.*
- d) Al comparar los resultados de los puntajes promedios obtenidos en el pre test y post test de los cuidadores evaluados, podemos determinar que existe diferencias entre ambas, lo que demuestra que el programa educativo sobre cuidados básicos al adulto mayor dependiente aplicada por demostración y Re demostración de Bandura eleva el aspecto cognitivo, disciplinario y de responsabilidad del cuidador; lo que significa que, el impacto del programa educativo se reflejado en la calidad de servicio brindado al adulto mayor dependiente y en la autorrealización del cuidador.

9.2. Recomendaciones:

Considerando que la presente investigación permitió mejorar el nivel de conocimiento del cuidador del AMD hospitalizada y establecer una mejor relación cuidador, paciente y enfermera, se propone como alternativa la aplicación del método por demostración y re demostración en los diversos grupos etarios y los pacientes con enfermedades no transmisibles, en especial de las crónicas degenerativas.

- a. Continuar con la aplicación de los programas educativos a profesionales de la salud y cuidadores en la atención del AMD, en futuras investigaciones.
- b. Se recomienda que a nivel central se tome como modelo, para que pueda aplicarse y dote de recursos tanto humanos como de equipos y materiales.
- c. La Familia debe ser incluida en proceso del cuidado, rehabilitación e incorporación a la sociedad del paciente ya que viene hacer el soporte.
- d. Promover programas de capacitaciones a los pacientes y familias sobre temas específicos y puntuales; para promover cambio de actitudes y aptitudes en la familia, a fin de evitar recaídas, incremento de costo económico, social y emocional; así como la disminución en duración, frecuencia e intensidad de las enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alva D., M. (2005). Promocionando la Salud 1ra edición, Perú. Editorial Impresiones S.A.
- Agudelo G. E., Ríos I, M.; González P. M; Rivera R. E y Vélez B. H. (2011) Resultados de la capacitación a cuidadores de adultos mayores en el departamento de Risaralda. *Revista Colombiana: investigación andina. No. 27 vol. 15 (27)*. 134 pp.
- Aguilar A. Miguel Á. (2000). El impacto de la carrera de economía de la Buap en el mercado laboral: la visión de los egresados de la generación 1995-2000. El www.eumed.net › libros-gratis
- Arpasi Q., Orfelina, (2012). Estudio sobre “Efectividad del programa educativo “Cuidando con amor” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de úlceras por presión de los cuidadores de pacientes adultos mayores del Hospital San Isidro Labrador – EsSalud, Lima. Perú.
- Arrieta, V., Ramos, M. y Díaz, C. (2011). “Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores”. Universidad de Cartagena. Colombia. *Revista Clin Medicina Familia. 5(1):9-16. Albacete feb. 2012*
- Bunge, M. (1988). La Ciencia y su Método y Filosofía. Buenos Aires. Argentina. Editorial siglo XX, pág. 308.
- Burns, Nancy y Grove S K. (2004) *Investigación en enfermería* Madrid España. (3^a Ed). Madrid: Elsevier.
- Boeree C. George (1998) Teorías de la personalidad: Biografía de Albert Bandura. La Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura. <https://psicologiaymente.com> › bandura-teoria-aprendizaje-cognitivo-social
- Brunner-Smeltzer (2008) *Enfermería médico Quirúrgico*, Edit. Interamericana-México. 16ta. Edic.
- Cerquera C. A.M., Granados L. F.J. y Buitrago M. A. M. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes com demencia tipo Alzheimer. *Red de Revistas*

- Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Avances de la disciplina. 6 (1), enero-junio, 2012, pp. 35-45*
- Du Gass (2000) *Tratado de enfermería práctica*. México. 4ta edición, Edit. Interamericana. 138-163pp
- Du G., B. (2000) *Tratado de Enfermería Práctica*. México. Editorial Mc Graw – Hill. 4ª edición.
- Fernández, S.; Cordero, J. y Córdoba, A. (2002). *Estadística Descriptiva*. Madrid, España. Editorial ESIC, 2da edición.
- Guerri, M. (2012) La Teoría del Aprendizaje Social de Bandura. <https://www.psycoactiva.com › blog › la-teoría-del-aprendizaje-social-Bandura>
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México. 5ta edición. pág.176
- Lagos A., K. (2014) *Efectividad de la Estrategia Educativa en un Incremento de Conocimientos del Autocuidado en Adultos Mayores Hipertensos*. Centro De Atención del Adulto Mayor “TAYTA WASI” – VMT, Tesis Para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería. Lima Perú.
- Leitón E, Z, (2014). Práctica de autocuidado para una vejez con bienestar relacionado con independencia funcional y depresión del adulto mayor. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo Perú. *Revista Peruana Enfermería investigación y desarrollo, enero-junio, 12(1): 32-46* Pag. <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/facenf>
- Luengo M, Araneda P., G. y López E., M. (2010). Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. *Universidad del Bio Bio, Chillán, Chile. Índex de Enfermería*.19 (1) Granada ene.-mar. 2010. Versión impresa ISSN 1132-1296
- Luis C., J. (2013). *El Aprendizaje de cuidados familiares a Pacientes con Alzheimer*. Tesis. Escuela Universitaria de Alicante departamento de enfermería 2008
- Machado, R., Passoni, R. y Zimerman, J. (2016). Conocimiento de los cuidadores de pacientes ancianos postrados en cama acerca de lesiones por presión en un municipio de Paraná, Brasil. *Revista Varia Scientia - Ciencias de la Salud. 2 Segundo Semestre*.

- Marante P, E., Casanova M, M., Núñez L, E; Pozo A, L.; e Maricela Trasancos Delgado; Max Ramiro Ochoa Ortega. (2014). Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 26(3):12 pp
- Megret C., A, Naranjo A., M. y Fong G. Y. (2002). Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Revista Cubana Enfermería* 2002; 18 (1):43-9.
- Meiriño, J. L., Vásquez, M. M., Simonetti, C. y Palacio, M. M. (2012) Biografía de Nola Pender. *El cuidado 12 de junio 2012*. [https://es.slideshare.net > nola-pender-13302121](https://es.slideshare.net/nola-pender-13302121)
- Orosa F., T. (2003) La tercera edad y la familia. Tesis de maestría del 2003. Cuba. Editorial Félix Varela.
- Palacios E., X. y Jiménez S, K. (2008). Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Vol. 26, Núm. 2 (2008)
- Polit, D. Hungler, B. (2003) Investigación científica en ciencias de la salud. México. (6ª Ed). México: McGraw- Hill Interamericana.
- Potter P. y Perry G. . (2004) *Fundamentos de Enfermería* Ediciones Harcourt S.A. 5ª edic. Tomo I _II- III y Tomo IV
- Querejas G.M. (2004) *Discapacidad/Dependencia: Unificación de Criterios de Valoración y clasificación*. Responsable del equipo local en GIPUZKOA de la red española de colaboración con la OMS para el estudio de la discapacidad (RECEDIS). España. Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad IMSERSO España.18pp
- Quispe A, V. (2007) *Efectividad de un Programa Educativo de enfermería Impartida al Cuidador sobre la atención Básica de Adulto Mayor Dependiente en los Servicios de Medicina del HNDAC diciembre del 2006*”. Tesis para optar título de licenciada en Enfermería. UNMSM. Lima Perú.
- Rayón Esperanza (2002) *Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica*. México. Editorial Síntesis S.A. 1ª edic.

- Rodríguez M, y Landeros-P (2012). Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. Universidad de Guanajuato, México. *Revista Enfermería Universitaria*. Vol.11. N° 03 Julio a set. 2014.
- Salazar A. (1988). *El punto de Vista Filosófico*. Lima-Perú. Primera edición, Editorial Alce pág. 308
- Salech M. Felipe, DR. Jara L. Rafael y DR. Michea A. L., (2012). Cambios Fisiológicos Asociados al Envejecimiento. *Rev. Medicina Clínica Condes - 2012; 23(1) 19-29*. Email: fhsalech@gmail.com
- Sampieri, R. (2010). Metodología de la investigación. 5ta edic. pág. 173-174 México.
- Torres E, P; Ballesteros P, E. y Sánchez C, P. (2008). *Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España*. Gerokomos. Vol..19 (1) Madrid mar. 2008.
- Vera, M (2007). “significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia”, Facultad de Medicina; 68(3):284-290.
- Valle G, A. y Poterico, J. A. (2013). Cuidadores Informales de Pacientes con Enfermedades Cerebrovasculares. *Revista Perú Medica Experiencia en Salud Publica*. 2014; 31(1):169-80.
- Constitución Política del Perú. Congreso de la Republica
- Cuadernos de Promoción de la Salud N°5. Red de Municipios y Comunidades Saludables del Perú. Ministerio de Salud. OPS, 2003.
- Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. CEPAL, 2004.
- Estado de la Población Peruana 2013 - INEI.
- “El cansancio complica el rol del cuidador de un adulto mayor Revista el Mercurio, 18 de abril de 2013, Cuerpo A11.
- Programa del Adulto Mayor 2013 – 2017- Lima Perú
- Ley del Adulto Mayor N°28830. Lima Perú.
- Lineamientos de Política para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores 2002-2012. MINSA

DEDICATORIA

A mis padres Sergio y a mi Madre que me guía e ilumina desde lo alto, mi hija Marilyn, hermanos, Sobrinas y Nietos, que con sacrificio y comprensión me alentaron en el duro camino de la vida y en el logro de este objetivo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la fuerza y razón para seguir adelante logrando mis objetivos y estar conmigo en cada momento de mi vida.

A todos los Maestros por sus enseñanzas y aliento; a mi asesor Dr. William Cueva Valverde, jurados, amigos y estudiantes que contribuyeron en el presente trabajo.

A los Adultos mayores vulnerables y cuidadores que participaron en el estudio

APÉNDICES Y ANEXOS

Anexo N° 01:

Instrumento de Recolección de datos

CUESTIONARIO

Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento de los cuidadores del adulto mayor dependiente sobre cuidados básicos en el hospital Regional Huacho 2016

Para ello Solicitamos su colaboración en brindarnos la información y sugerencias, agradecemos anticipadamente su respuesta el siguiente cuestionario, la misma que tiene un alto carácter de confidencialidad.

Instrucciones: Marque la respuesta correcta con un aspa (X) y responda con letra clara y sencilla las preguntas siguientes.

I.- DATOS GENERALES:

1.1.- Datos del Cuidador: -----

1.2. - Sexo: a) Femenino () b) Masculino ()

1.3.- Grado de Instrucción del Cuidador:

a) Primaria b) Secundaria c) Técnico d) Superior e) Iltrado

1.4.- ¿Qué parentesco tiene Ud., con el Paciente Hospitalizado?

a) Hijo b) Hermano c) Otro Familiar d) Cuidador

1.5. Edad: a) 20 a 30 años b) 31 a 40 años c) 41 a 50 años d) 51 a 60 años e) Más de 61 años

1.6.- Labora en otra entidad: a) Si () b) No ()

1.7.- Condición Laboral: a) Nombrado b) Contratado c) Eventual

1.8. Tiene Ud. Familiar o persona que cuida Hospitalizado en el servicio de medicina a) Si () b) No ()

1.9. Qué Edad tiene la persona a quien Ud., le está cuidando:

a) 60 a 65 años b) 66 a 70 años c) 71 a 75 años d) 76 a 80 años e) 81 a más años

1.10. Con quién vive el adulto mayor: a) Vecinos o amigos b) Familiares c) Hijos d) Solo e) Asilo

1.11. La vivienda del adulto mayor es: a) Propia b) alquilada c) Asilo o Casa Reposo d) Otros

1.12. ¿Cómo usted percibe su estado de salud del AM? a) Sano b) enfermo.

1.13. Su familiar o Paciente depende de una tercera persona para satisfacer sus necesidades: Si () No ()

1.14. Sabes si existen normas que protejan al adulto mayor SI () No ()

1.15. Conoces alguna norma que protegen al adulto mayor SI () No ()

1.16. Que enfermedad tiene tu paciente:

a) Diabetes b) Presión Alta c) Secuela de ACV o derrame

d) Ulceras por presión o escaras e) Osteoporosis f) NA g) TA

- 1.17. Señale que Complicaciones presenta el Adulto Mayor:
- a) Postración c) Aspiraciones e) Dependencia g) Ulceras por Presión (UPP) b)
 Desnutrición d) Anquilosis f) Alteración del sueño h) TA
- 1.18. Conoce Ud. que cambios sufre el Adulto Mayor:
- a) Biológicos c) Sociales e) Sistema Nerviosa g) Pulmonares
 b) Psicológicos d) Fisiológicos f) Endocrinológico h) Cardiovasculares
- 1.19. Sabe cómo se clasifica los Gados de Dependencia en el Adulto Mayor
- a) Si b) No
- 1.20. Su Paciente se encuentra en qué grado Dependencia:
- a) Autovalente b) Autovalente con Riesgo (Daño físico y psicológico) c) Dependiente
- 1.21. ¿Qué pasa en el cuerpo cuando se envejece? a) Disminuye sus potencialidades
 b) Disminuye la marcha c) Disminuye sus sentidos d) disminuye su memoria e) TA
- 1.22. ¿Una necesidad es aquello que resulta indispensable para vivir y necesita ser satisfecha, efectiva y realizada para vivir en un estado de salud plena?
- a) Verdadero () Falso ()
- 1.23. ¿Cuáles son las Necesidades Básicas del Adulto Mayor?
- a) Alimentación b) Higiene c) Movilización d) Descanso y sueño e) TA
- 1.24. Sabe que es un cuidador
- a) Si b) No
- 1.25. Un(a) Cuidador (a) es el individuo (Familiar o persona contratada) que atiende las necesidades a la persona mayor en el domicilio, o en una institución.
- a) Verdadero () b) Falso ()

II. CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS BÁSICAS EN EL ADULTO MAYOR

marque con un aspa (X) sus respuestas en lo verdadero () o falso ()

A.- NECESIDAD DE ALIMENTACION EN EL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE

1. Alimentación es el proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir
- a) Verdadero () b) Falso ()
2. La Dieta es la ingesta de alimentos en forma equilibrada y según las necesidades dietéticas del organismo.
- a) Verdadero () b) Falso ()
3. La alimentación es, una de las actividades y procesos esenciales de los seres vivos ya que está directamente relacionada con la supervivencia
- a) Verdadero () b) Falso ()
4. El sentarlo bien evita que el AM se aspire o vomite; y puede asfixiarse con los alimentos.
- a) Verdadero () b) Falso ()
5. En la preparación de los alimentos (dietas) se debe tener en cuenta las enfermedades que tiene el AM



ANEXO N° 02
UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE EDUCACION ESCUELA DE POST GRADO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA
EDUCATIVO A CUIDADORES DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE**

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en el estudio titulado “Impacto de un Programa Educativo a Cuidadores del Adulto Mayor Dependiente sobre Cuidados Básicos al Adulto Mayor Hospitalizado en el Servicio de Medicina en el 2016” para optar el título Doctorado en Gestión y Ciencias de la Educación.

Habiendo sido informado del propósito y de los objetivos del estudio; gozando de mis facultades y teniendo la plena confianza de que la información que el instrumento vierta, será solo y exclusivamente para fines de estudio, además confió que los datos obtenidos para la investigación se utilizarán adecuadamente y asegurándome que la información personal tendrá la máxima confidencialidad, y estando de acuerdo ambas partes acepto participar, para lo cual firmo la autorización.

Mg. Delfina Racacha Valladares

Firma del Cuidador del AMD

MATRIZ DE CONSISTENCIA LÓGICA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSION	METODOLOGIA
<p>Formulación del problema:</p> <p>¿Cuál es el impacto de la aplicación de un programa educativo en los cuidadores del adulto mayor dependiente sobre cuidados básicos en el Hospital Regional Huacho 2016?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar el impacto del programa educativo en los cuidadores del adulto mayor dependiente sobre cuidados básicos en el Hospital Regional Huacho 2016.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de conocimiento en los cuidadores del adulto mayor dependiente sobre cuidados básicos en el Hospital al inicio de la investigación. • Evaluar el nivel de conocimiento en los cuidadores del adulto mayor, después de la aplicación del programa educativo apoyado en el método de aprendizaje por modelado de Bandura • Comparar los resultados obtenidos antes y después de la aplicación del programa educativo basado en el método de aprendizaje por modelado de Bandura en los cuidadores del adulto mayor, sobre cuidados básicos 	<p>Hipótesis General:</p> <p>El efecto de la aplicación de un programa educativo en los cuidadores del adulto mayor dependiente, mejora significativamente los cuidados básicos, aplicando el método de aprendizaje por modelado de Bandura; en el Hospital Regional Huacho abril 2016.</p>	<p>Variable Dependiente:</p> <p>Cuidados básicos en el adulto mayor</p> <p>Variable Independiente:</p> <p>Programa educativo de modelado de</p>	<p>• Generalidades sobre AMD – Comunicación</p> <p>A Alimentación</p> <p>B. Descanso y Sueño</p> <p>C. Higiene y Confort</p> <p>D. Movilización y Ejercicios</p> <p>a. Datos informativos</p> <p>b. Justificación</p> <p>c. Diagnóstico y estrategia de solución</p> <p>d. Definición de los materiales educativos</p> <p>e. Definición de los materiales educativos</p> <p>f. Programación</p>	<p>Diseño: Pre Experimental</p> <p>Tipo: Investigación Aplicada</p> <p>Población y Muestra: 30 cuidadores de AMD hospitalizados.</p> <p>Tipo de Muestreo: No Probabilístico por conveniencia.</p> <p>Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:</p> <p>Cuestionario Estructurado con 52 preguntas para determinar el Nivel de conocimiento de los cuidadores del AMD.</p> <p>Demostración y Re Demostración.</p> <p>Técnica de Análisis de Datos:</p> <p>Se empleará Cuestionario</p>



Anexo N° 04:
PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO
UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERECTORADO ACADEMICO
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
ESCUELA DE POST GRADO

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO A CUIDADORES DEL ADULTO
MAYOR DEPENDIENTE SOBRE CUIDADOS BÁSICOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HUACHO 2016**

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales o familiares que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etario, lo que se traduce en una actitud que resulta valores como: el respeto por el otro, la autonomía y el compromiso para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores. El personal de Salud tiene la responsabilidad de favorecer un proceso educativo que coloque en el centro de su accionar a los pacientes, familiares y sociedad y les de las condiciones para actuar con eficacia, creatividad, ética y sentido crítico, para responder al entorno.

Nos encontramos en un mundo cambiante. El Perú no es ajeno a ello y los procesos educativos tampoco. Por lo que se requiere educar humanista menté y moderno que ofrezca a todas las personas de diferentes grupos etarios un conjunto de capacidades, conocimientos, valores y actitudes debidamente articulados e integrados. Es necesario que todos los profesionales de la salud sean maestros para promover cambios de actitudes, cognitivos y aptitudes en las personas sobre cuidados básicos, sin dejar de tener en cuenta la riqueza social y cultural y los recursos de nuestros pueblos y comunidades.

Según se ha demostrado en variadas encuestas nacionales de salud, el 10,4% de los adultos mayores de 65 años presenta algún deterioro cognitivo, y cerca de un 4,5% un deterioro cognitivo asociado a alguna discapacidad. Esto significa que necesitan encontrar apoyo en terceros para realizar sus actividades día a día, que por lo general son familiares cercanos,

esposos, hijas, etc. En Chile, existen muchas personas que asumen este rol sin estar capacitados, con el costo emocional que esto implica.

La aplicación del programa de educativa contribuyó de forma significativa a elevar la percepción de riesgo de complicaciones y seriedad en relación al Cuidado del Adulto Mayor, el conocimiento acerca de la importancia de las medidas de prevención y manejo de las intervenciones en el adulto mayor por el cuidador y/o familiar; debido a que cada uno es diferente y depende del cuidador para cubrir sus necesidades básicas, el cual permite mejorar el estado de salud y si a ello añadimos una dosis de cariño y atención, para que ellos vivan en un ambiente seguro y feliz, su calidad de vida mejorará, del adulto mayor.

El Estudio se basa en la Aplicación del Modelo socio cultural de Bandura (teoría del Modelaje) y el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender. Nuestro objetivo es Determinar el Impacto del Programa Educativo a Cuidadores del Adulto Mayor Dependiente sobre cuidados Básicos en el Hospital Regional Huacho 2016. El propósito del trabajo de investigación es ayudar al adulto mayor y a sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, como un proceso natural, adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder. El tipo de investigación, por su alcance de sus resultados es Relacional, cuyo nivel es pre - experimental con un enfoque cuantitativo; porque, determinara si existe Impacto del Programa Educativo a Cuidadores del Adulto Mayor Dependiente (V. Independiente) sobre los cuidados Básicos del A.M. Dependiente (V. Dependiente). Según la naturaleza es Transversal; porque, se hará un corte en el tiempo para la elección de la muestra y aplicación de los instrumentos en el presente estudio.

2. Objetivos

- a. Seleccionar y sistematizar los principios de las teorías que dan fundamento al Enfoque ético dialogal y del constructivismo del comportamiento moral de los cuidadores del AMD.
- b. Organizar la propuesta para resolver la problemática de comportamiento moral que tenga como fundamento el Enfoque ético dialogal y del constructivismo.
- c. Estructurar la propuesta en base talleres pedagógicos como opción básica para mejorar el comportamiento moral de los cuidadores del AMD.



**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CUIDADOS
BÁSICOS A CUIDADORES DEL ADULTO MAYOR
DEPENDIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2016.**

ÍNDICE

**UNIDAD I: NECESIDAD DE ALIMENTACION EN EL ADULTO MAYOR
DEPENDIENTE**

- ¿Qué es la alimentación?
- ¿Qué entiendes por dieta y cuáles son los tipos que conoces?
- ¿Por qué es importante la administrar asistida de la dieta y vigilar su tolerancia en el Adulto Mayor?
- ¿Cómo debemos alimentar al Adulto Mayor?
- ¿Cuáles son las consideraciones que debemos tener en cuenta al alimentar al Adulto Mayor?

**UNIDAD II: NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO EN EL ADULTO
MAYOR DEPENDIENTE**

- ¿Qué entiendes por descanso y sueño?
- ¿Cuál es la Importancia del descanso y sueño en el AM?
- ¿Cuáles son los factores que pueden alterar el descanso y sueño en el Adulto Mayor?
- ¿Cuáles son las consideraciones que debemos tener en cuenta en el descanso y sueño del Adulto Mayor?

**UNIDAD III: NECESIDAD DE HIGIENE Y CONFORT EN EL ADULTO
MAYOR DEPENDIENTE**

- ¿Qué entiende Ud. ¿Por higiene y cuáles son los tipos que conoces?
- ¿Cuál es la Importancia de mantener limpia la piel del AM?

¿Cómo se realiza la higiene parcial?

¿Cuáles son las consideraciones que debemos tener en cuenta en la higiene al Adulto Mayor?

**UNIDAD IV: NECESIDAD DE COMUNICACIÓN PERMANENTE EN EL
ADULTO MAYOR DEPENDIENTE**

- ¿Qué entiende Ud. ¿Por comunicación?
- ¿Cuál es la Importancia de la comunicación con el AM?
- ¿Cómo se realiza la comunicación y las técnicas empleadas en el AM?
- ¿Qué complicaciones trae la falta de una buena comunicación en el AM?
- ¿Cuáles son las consideraciones que debemos tener en cuenta en la comunicación en el Adulto Mayor?

UNIDAD IV: MOVILIZACIÓN Y EJERCICIOS

INTRODUCCIÓN

La salud del adulto ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica y el deterioro de la calidad de vida producida por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud del adulto.

Una estrategia para abordar el problema de salud y aspectos sociales de la población del adulto mayor, y obtener una respuesta más integral a este importante núcleo de la población, es lo que se refiere a su permanencia en Centros Institucionalizados.

La población mundial envejece aceleradamente. Entre sus causas fundamentales está la disminución de la mortalidad, lo que ha traído como consecuencia una mayor esperanza de vida. Y se ve cada vez más numeroso grupo de personas mayores de 60 años.

Se conoce que todavía, con el aumento de la esperanza de vida, aumenta el número de enfermedades, principalmente las enfermedades crónicas. Más el aumento considerable de la vulnerabilidad física, social y psicológica asociada al envejecimiento hace, a este grupo de edad, más susceptible de enfermar.

¿Cuáles son las enfermedades crónicas más frecuentes en estas personas?

- ✓ Enfermedades respiratorias crónicas
- ✓ Cáncer
- ✓ Enfermedades cardiovasculares
- ✓ Trastornos osteoarticulares
- ✓ Trastornos sensoriales
- ✓ Enfermedades del Sistema Nervioso
- ✓ Enfermedades metabólicas
- ✓ Enfermedades digestivas

¿Es posible ser saludable a esta edad?

Es poco común encontrar a una persona mayor que no padezca, al menos, una enfermedad crónica. Pero lo más importante, no es la presencia de alguna enfermedad sino las limitaciones que nos produzca la misma, quiere decir que lo más importante para un anciano no es el diagnóstico de una enfermedad determinada, sino en cuanto lo limita para mantener su autonomía o independencia funcional, o sea, en conservar la capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria por sí mismo.

No sólo la enfermedad que padece una persona mayor lo lleva a la discapacidad, es decir, a la imposibilidad de mantenerse independiente para desempeñar sus tareas, esto depende también de diferentes factores sociales, psicológicos, económicos, físicos y ambientales; que provocan que una misma enfermedad lleve a un anciano a la discapacidad y a otros no.

¿Envejecimiento y vejez son sinónimos?

El envejecimiento es un proceso de cambios que tiene el organismo a través del tiempo, que comienza mucho antes de los 60 años. Su característica fundamental es la disminución de la capacidad fisiológica de reserva y por tanto para adaptarse a los cambios que le impone la vida. La vejez es la última etapa del ciclo vital, que se asume comienza justamente a los 60 años y tiene características biológicas, psicológicas y sociales especiales.

¿Es el envejecimiento un proceso individual?

Con frecuencia escuchamos la frase: “Cada cual envejece tal y como ha vivido”. Esta frase expresa una verdad relacionada con la diferencia que tiene el envejecimiento de un individuo a otro, donde su historia y su vida anterior, determinan en gran medida el modo en que envejece. Por esa razón no hay nada más diferente que un adulto mayor y otro. Sin embargo, existen características comunes desde el punto de vista físico, psicológico y social.

Modificaciones morfológicas y funcionales de los órganos y sistemas siguientes:

- β Sistema nervioso
- β Sistema endocrino
- β Sistema inmunológico
- β Sistema cardiovascular
- β Aparato respiratorio
- β Aparato digestivo
- β Aparato genito-urinario
- β Aparato locomotor
- β Visión
- β Oído

¿Cuáles son características físicas importantes?

- β Modificaciones corporales
- β Disminución de la masa muscular
- β Disminución del agua corporal
- β Aumento de la grasa corporal
- β Disminución de la estatura
- β Aumento de la curvatura de la espalda (cifosis)

β Pelo cano

β Piel laxa

β Arrugas

β Pecas

β Disminución de la velocidad de la marcha

¿Cuáles son características psicológicas relevantes?

β La percepción se afecta por la alteración de los órganos de los sentidos.

Esto provoca dificultades para procesar estímulos e informaciones que reciben del entorno, pérdida de la velocidad de reacción, disminución en la capacidad de coordinación.

β En la memoria el proceso de evocación es el más afectado, muestran cansancio y agotamiento.

β El recuerdo de hechos remotos conserva mayor agudeza y facilidad que el de hechos recientes.

β Conservación y en ocasiones incremento de las habilidades verbales.

β Las habilidades de ejecución declinan.

β La capacidad para resolver problemas nuevos disminuye

¿Se modifica la personalidad con el envejecimiento?

En las personas mayores psíquicamente sanas, la personalidad apenas se modifica, pero se acentúan los rasgos del carácter debido a experiencias vividas. Existen una serie de situaciones que no están asociadas al envejecimiento normal, que pueden ser frecuentes en las personas mayores y provocar un deterioro de la personalidad. Entre ellas:

β Cambios en el pensamiento, en la afectividad o en la conducta diaria

β Tendencia a la introversión

β Insatisfacción por la vida

β Pérdida de la autonomía

β Insatisfacción y desajustes sexuales

β Pérdida de roles familiares y sociales

β Rechazo e inadaptación a la vejez

β Inconformidad con su imagen corporal

β Aislamiento o disminución de las relaciones humanas

OBJETIVOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO

1. Facilitar a los cuidadores, herramientas y estrategias para el cuidado del adulto mayor, con fines de mejorar su calidad de vida tanto emocional como física.
2. Generar integración de conocimientos con los cuidadores asistentes al programa, con el fin de socializar conocimientos y experiencias útiles para el cuidado del adulto mayor.
3. Actualizar y Fortalecer los conocimientos a los cuidadores sobre cuidados básicos del Adulto Mayor Dependiente Hospitalizado.
4. Promover un cuidado integral del Adulto Mayor Dependiente Hospitalizado, a través de sus cuidadores.
5. Promover y mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor Dependiente; previniendo complicaciones

METODOLOGÍA DEL PROGRAMA EDUCATIVO:

Se aplicará el modelo de aprendizaje de Bandura donde se generará un escenario formativo tipo curso/taller, para luego realizar la demostración (modelo el investigador) y re demostración 03 veces por cada procedimiento (el Observador o cuidador) permitirá lograr los objetivos y su correspondiente relevancia como capacitación frente al tema del cuidado del adulto mayor.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO: Se tendrá en cuenta:

1. Se aplicará un Pre test (antes del Taller) y Post test después de la capacitación.
2. Compresión y puesta en escena del aprendizaje logrado a través de los Talleres de Demostración y re demostración del cuidado del Adulto Mayor.
3. Un indicador para evaluar al cuidador, es la valoración del adulto mayor al finalizar el programa, si mejoro o no su cuidado o presento complicaciones.

UNIDAD I: NECESIDAD DE ALIMENTACION EN EL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE

TALLER N° 1

1. Denominación

“Conozcamos como se alimenta al adulto mayor”

2. Capacidad

Efectivice su función en el proceso de alimentación del adulto mayor dependiente a evitando complicaciones como la aspiración mediante guías de como alimentar con calidad y calidez.

3. Actitud

Asume con responsabilidad y humanismo el cuidado del adulto mayor dependiente.

Tiempo: 6 horas

4. Módulo N° 1

¿Qué es la alimentación?

Alimentación es el proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir. Estos nutrientes son los que luego se transforman en energía y proveen al organismo vivo que sea de aquellos elementos que requiere para vivir.

La alimentación siempre es un acto voluntario y por lo general, llevado a cabo ante la necesidad fisiológica o biológica de incorporar nuevos nutrientes y energía para funcionar correctamente

¿Qué entiendes por dieta y cuáles son los tipos que conoces?

La Dieta es la ingesta de alimentos en forma equilibrada y según las necesidades dietéticas del organismo. Una dieta adecuada es el pilar de un estilo de vida saludable. Junto con el ejercicio, constituyen la manera más adecuada y duradera de lograr un control de peso. Los Tipos de Dieta para el AM según su consistencia pueden ser: Líquida, semilíquida, Blanda, Semisólida, sólida, Completa, para edéntulo. Con fibra.

¿Por qué es importante la administrar asistida de la dieta y vigilar su tolerancia en el Adulto Mayor?

La alimentación es, una de las actividades y procesos esenciales de los seres vivos ya que está directamente relacionada con la supervivencia. Sentarlo bien para darle su dieta.

¿Cómo debemos alimentar al Adulto Mayor?

Semi sólido para edéntulo o licuado si tiene Sonda.

El paciente necesita que se le dé de comer en la boca:

β Si el paciente presenta incapacidad para llevarse la comida a la boca hay que darle de comer.

β Sentarlo completamente recto y proveerle de un babero o delantal.

β Sentarse frente a él y si está inclinado hacia delante, hacerlo en un nivel ligeramente inferior.

β Administrar la comida en la textura que este pueda admitir triturando si es preciso.

β Administrar lentamente y vigilar que ha tragado una porción antes de dar la siguiente.

El paciente presenta problemas para masticar:

β Recurrir a la alimentación triturada, pero recordando que debe continuar siendo completa, variada y equilibrada.

β Administrar con cuchara, jeringa o con biberón según sea preciso, pero siempre cuidar la preparación, la temperatura, la velocidad de la ingesta, etc.

β Colocar al enfermo en la postura que soporte lo más natural para comer (lo más incorporado posible o sentado).

β Si la administración es con jeringa colocarlo en el interior de la boca y en el centro de la lengua y administrar presionando ligeramente hacia abajo.

El paciente tiene dificultades para tragar:

β Utilizar alimentos pastosos o espesados, ya que los atragantamientos son más frecuentes con los líquidos.

β En caso de atragantamiento intentar extraer el alimento de la zona faríngea con los dedos o si es preciso cogiendo al paciente desde atrás y golpeándole con ambos puños en la punta del esternón.

β Valorar la conveniencia de solicitar que se le coloque una sonda nasogástrica.

Alimentación enteral:

β Paciente con dependencia funcional total y postración:

β Las ventajas teóricas de este tipo de alimentación son el asegurar un completo aporte de nutrientes. Además, disminuyen el riesgo de infección pulmonar (neumonía) por impedir la broncoaspiración. Se emplean métodos de alimentación por medio de sondas nasogástricas, o por agujeros creados quirúrgicamente sobre el estómago (Gastro o yeyunostomías), para a través de ellos, pasar alimentos en forma líquida o semilíquida.

β Se realiza por indicación médica, exclusivamente.

Alimentación por Sonda:

Consiste en introducir alimentos líquidos al estómago por medio de una sonda (tubo fino de plástico o goma flexible) que el profesional de la salud introduce por la nariz o en determinado órgano por cirugías pequeñas.

Las mezclas alimenticias para administrar están preparadas comercialmente.

El alimento puede prepararse en el hogar, debe ser líquido y contener una variedad de nutrientes (nutrientes básicos) dependiendo de las órdenes del médico.

La frecuencia de las tomas y las cantidades que se administran dependen de las indicaciones médicas. Un adulto a menudo necesita 300 c/c. de mezcla por toma (una tasa).

Técnica para la alimentación por sonda:

β El paciente debe ser colocado en posición fowler 15 minutos antes y 30 minutos después.

β Deben extremarse las medidas de higiene en la preparación y conservación de los alimentos.

β Evite manchar al paciente durante la alimentación.

β La alimentación nunca debe ser administrada hasta confirmar que la sonda este en su lugar.

La vía más segura para confirmar este hecho es extrayendo algún contenido por la sonda con una jeringa.

β Se instila 10 ó 15 ml de agua a través de la sonda, para asegurar que esté permeable.

β Medir el contenido gástrico residual (sustancia aspirada con la jeringuilla por la sonda) antes de cada toma. Suspender la alimentación si la aspiración es mayor de 100 mililitros.

β Fijada la sonda se administra la mezcla lentamente. La mezcla de alimentación debe estar a la temperatura ambiente o ligeramente tibia, porque los líquidos calientes o fríos pueden irritar la mucosa gástrica. Es importante que no se administre la alimentación con una presión indebida, que puede producir el reflejo del vómito. Se debe administrar el líquido de sobrealimentación forzada con una jeringa lentamente y con una presión mínima.

β A continuación de la alimentación se administra 50 ml. de agua. El agua limpia los restos alimenticios y previenen obstrucciones futuras.

β Se pinza la sonda para prevenir que entre aire. El final del tubo se cubre con una gasa que se sujeta con un esparadrapo. La sonda se fija a la ropa del paciente.

β Periódicamente se cambiará el esparadrapo que sujeta la sonda por higiene, y para prevenir ulceraciones o lesiones.

β Deseche la sobra de alimentos, lave y conserve el material utilizado.



¿Cuáles son las consideraciones que debemos tener en cuenta al alimentar al Adulto Mayor?

- ◆ La disfagia es la dificultad para la deglución, y puede asociarse a frecuentes atragantamientos con paso del alimento al pulmón.
- ◆ La persona mayor debe de estar siempre sentada o incorporada, no insistir si hay tos,

- ◆ Las gelatinas y los purés espesos se toleran mejor, tomas frecuentes y en pequeñas cantidades
- ◆ El enfermo debe estar sentado o semisentado.
- ◆ Detectar precozmente una bronco aspiración (paso del alimento al pulmón), ya que en muchos casos sus manifestaciones pueden no ser evidentes (tos intensa y disnea, es decir, dificultad para respirar, para meter aire en los pulmones). Algunos síntomas son la fiebre o febrícula, o una respiración más rápida de lo habitual. En el anciano, el ritmo normal es de 20-25 inspiraciones por minuto. Dado que suele ser una respiración muy superficial, para medir su frecuencia es preciso poner la mano sobre el pecho del paciente y contar las veces que se mueve durante un minuto completo.
- ◆ Cómo actuar ante un vómito alimenticio: Cuando sea posible, el paciente debe sentarse. Si está en la cama, se coloca en decúbito lateral (de lado) o se gira su cabeza hacia un lado. Asear al paciente una vez haya terminado el vómito. Cambiar la ropa de la cama y del paciente si procede. Ayudarle a enjuagarse la boca. Lavarse las manos.

5. Estrategias didácticas

- Diálogo con los cuidadores sobre bel la alimentación
- Aplicó el pre test para determinar el nivel de conocimiento de los cuidadores si conocían o no como alimentar al adulto mayor.
- Explicación con ayudas didácticas sobre el cuidado.
- Se hizo la demostración con adultos dependientes (pacientes). De cómo se debe dar la dieta a los pacientes.
- Luego los cuidadores hacen la réplica con otros pacientes bajo la supervisión de la investigadora.
- La investigadora vuelve hacer las recomendaciones para la atención del paciente.

6. Evaluación

- Se aplicó el post test a los pacientes para determinar el cuidado de los cuidadores a los pacientes
- De igual manera también se evaluó en base a indicadores lo que hayan podido comprender a los cuidadores.

UNIDAD II: NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO EN EL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE

TALLER N°2

1. Denominación

“Promoviendo el descanso Recuperativo en el adulto mayor”

2. Capacidad

Adquirirá conocimientos básicos para valorar la necesidad de descanso y sueño en el adulto mayor dependiente y evitar la alteración emocional y física. Mediante guías de como promover un descanso recuperador con calidad y calidez.

3. Actitud

Asume con responsabilidad y humanismo el cuidado del adulto mayor dependiente.

Tiempo: 6 horas

4. Módulo N° 2

¿Qué entiendes por descanso y sueño?

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad.

La vigilia prolongada va acompañada de trastorno progresivo de la mente, comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos, irritabilidad y psicosis. El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del SNC, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales.

El sueño es un estado fisiológico de aparición periódica caracterizado por la supresión casi completa de la actividad consciente y de relación y la depresión de las funciones vegetativas.

No es una situación pasiva, ni la falta de vigilia, sino un estado activo con cambios hormonales, metabólicos, de temperatura y bioquímicos imprescindibles para el buen funcionamiento del ser humano

Parece que el incremento de la edad disminuye la capacidad para mantener el sueño: cuesta más dormir sin interrupciones y disminuye la capacidad para mantener la vigilia, es decir, cuesta más permanecer despierto

La “eficacia del sueño” es el concepto resultante de dividir el tiempo total pasado en la cama por el total de tiempo que se está dormido. Es evidente que a medida que aumenta la edad disminuye el tiempo dormido y permanece estable o aumenta el tiempo pasado en la cama, por lo que la “eficacia del sueño” será menor en el anciano que en el adulto. Normalmente el adulto duerme todas las horas que está en la cama, mientras que el anciano pasa muchas horas de vela en ésta.

¿Cuál es la Importancia del descanso y sueño en el AM?

Dentro de los cambios que ocurren en nuestro organismo con el envejecimiento se encuentra involucrado el ritmo sueño-vigilia o “reloj biológico”. Conforme envejecemos la estructura del sueño se modifica con una tendencia a tener un sueño más fragmentado, con múltiples despertares, y con un aumento del tiempo de sueño liviano, que resulta de alteraciones y/o modificaciones neuro hormonales que a su vez ocasionan cambios en las distintas etapas del sueño.

Es así como por lo general el adulto mayor suele demorar más tiempo en iniciar el sueño, siendo además la conciliación del sueño más temprana (es frecuente que se acuesten más temprano), y se despiertan más fácilmente.

Otra de las modificaciones que ocurren en la vejez es que el sueño profundo o reparador disminuye con un aumento del número de siestas diurnas compensatorias.

¿Cuáles son los factores que pueden alterar el descanso y sueño en el Adulto Mayor?

Ruidos

Estado emocional

Un ambiente hostil

Una cama dura o mal tendida

¿Cuáles son las consideraciones que debemos tener en cuenta en el descanso y sueño del Adulto Mayor?

-Realizar una cena liviana que permita una fácil digestión.

-Evitar la ingesta de café, alcohol y tabaco antes del descanso nocturno (se recomienda incluso no ingerir estas sustancias luego de las 17 hs).

-Regular el horario de despertar.

-Realizar la mayor actividad física en las horas de la mañana, no se recomienda la realización de actividad física en horario vespertino o próximo al descanso nocturno.

-Consumir la cantidad de líquido indicada por su médico hasta las 17 hs (luego ingerir lo necesario para acompañar las comidas o toma de medicación), esto reducirá la diuresis nocturna.

-Medidas ambientales: temperatura adecuada, libre de estímulos lumínicos o ruidosos.

- Tener una cama bien tendida y generar un ambiente físico adecuado y conocido.

5. Estrategias didácticas

- Diálogo con los cuidadores sobre la Importancia del descanso y sueño.
- Aplicó el pre test para determinar el nivel de conocimiento de los cuidadores sobre el descanso y sueño en el adulto mayor.
- Explicación con ayudas didácticas sobre el cuidado.
- Se hizo la demostración con adultos dependientes (pacientes). De cómo se debe dar la comodidad y los cambios de posiciones a los pacientes.
- Luego los cuidadores hacen la réplica con otros pacientes bajo la supervisión de la investigadora.
- La investigadora vuelve hacer las recomendaciones para la atención del paciente.

6. Evaluación

- Se aplicó el post test a los pacientes para determinar el cuidado de los cuidadores a los pacientes
- De igual manera también se evaluó en base a indicadores lo que hayan podido comprender a los cuidadores.

UNIDAD III - V: NECESIDAD DE HIGIENE Y MOVILIZACION EN EL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE

TALLER N°3

1. Denominación

“Promoviendo una salud con Piel limpia en el adulto mayor dependiente”

2. Capacidad

Efective su función en el proceso de higiene y confort del adulto mayor dependiente evitando complicaciones como las úlceras por presión mediante guías de cómo realizar el baño al paciente con calidad y calidez.

3. Actitud

Asume con responsabilidad y humanismo el cuidado del adulto mayor dependiente.

Tiempo: 6 horas

4. Módulo N° 3

¿Qué entiende Ud. ¿Por higiene y cuáles son los tipos que conoces?

La palabra **higiene** proviene del término griego “**Higieya**”, la cual representa la diosa de la salud en la antigua Grecia.

La higiene es toda serie de hábitos relacionados con el cuidado personal que inciden positivamente en la salud y que previene posibles enfermedades; asimismo, es la parte de la medicina o ciencia que trata de los medios de prolongar la vida, y conservar la salud de los hombres.

La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud.

Su objetivo es mejorar la salud, conservarla y prevenir las enfermedades o infecciones en la persona. Contribuye en eleva el Autoestima en el Adulto Mayor Dependiente.

La higiene personal es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano.

Dos grandes segmentos, Higiene Privado e Higiene Público.

La Higiene Privado tiene que ver con el cuidado personal, el baño, la higiene bucal, su apariencia personal, cuidado de las manos, la limpieza de la ropa y hasta la forma de comportarse en un grupo social, porque la higiene privada sirve para mantener un aspecto agradable y limpio ante los demás.

La Higiene Publico más que el cuidado es una responsabilidad para todos, todos los ciudadanos de una población deben cumplir con las normativas y condiciones dictadas por una te gubernamental que indican el cuidado, protección, aseo y preservación de las áreas comunes de una localidad. Las normas de higiene de una comunidad comprenden la colocación de la basura en lugares determinados, la prohibición de tirar basura en lugares públicos, mantener parques y áreas verdes en un estado óptimo para el disfrute y la recreación de la familia y más.



EL ASEO: Las condiciones de salud y la limpieza de la piel están indirectamente relacionadas entre sí, ya que la limpieza implica hábitos que influyen sobre la salud. La limpieza corporal en general es importante desde el punto de vista higiénico y estético, y la de algunas partes del cuerpo, es especialmente importante:

LIMPIEZA DE LAS MANOS: Es uno de los hábitos más importantes, ya que ellas sirven de intermediarias entre las cavidades naturales del cuerpo y otras personas, las manos sucias y contaminadas son un eslabón importante en la transmisión de enfermedades. De ahí la importancia del aseo de las manos después de defecar, antes de manipular los alimentos y después de estar en contacto con cualquier elemento contaminado.

ASEO DEL CABELLO: Importante en la prevención de pediculosis y otras enfermedades.

HIGIENE DE LOS OJOS: Los ojos deben ser limpiados con cuidado. Debe ser aplicado un paño limpio y húmedo para arrancar hacia fuera, las secreciones acumuladas durante el sueño. Si éstas están muy pegadas puede usarse fomentos de agua hervida minutos antes.

HIGIENE BUCAL: La limpieza bucal debe hacerse después de las comidas, lo más importante es la calidad del cepillo, éste no debe irritar las encías. La función es la remoción de los restos de alimentos que pueden constituir un medio de cultivo para los microorganismos.

La técnica del cepillado debe hacerse transversalmente, pasándolo por las coronas y la parte posterior de los dientes para remover el sarro y los restos de comida que queden entre los mismos.

LAS ROPAS:

La ropa que está en contacto con la piel debe mantenerse seca, ha de cambiarse con frecuencia (preferiblemente a diario), pues en ella se acumulan las secreciones de la piel y bacterias.

EL BAÑO: Además de efectuar la limpieza del cuerpo, actúa como estimulante orgánico, sedante, antitérmico y terapéutico, según la temperatura y composición química del agua y la frecuencia de los baños.

La práctica del baño debe ser diaria y la limpieza del cabello debe hacerse por lo menos dos veces a la semana.

Bañar a una persona discapacitada no es una tarea mecánica, sino que requiere de ciertas habilidades, destreza, amabilidad, flexibilidad y paciencia por parte del cuidador.

Recomendaciones para la hora del baño:

β Mantener la privacidad (puertas cerradas).

β Tener preparado todo lo necesario con anterioridad (toalla, jabón, agua a temperatura adecuada entre otras).

β Música suave que ayude a relajar a la persona.

β Evitar ruidos intensos y molestos.

β Hablar suavemente.

β Utilizar sillas para personas que no pueden estar de pie o con peligro de caídas.

β Es útil colocar una barra en la pared.

β Se debe poner una goma antideslizante dentro de la bañera y una alfombra, también antideslizante a la salida del baño que evite caídas.

β Respete la autonomía de la persona (déjele hacer y ayude sólo cuando sea necesario, o cuando exista riesgo para su seguridad, ejemplo: entrar y salir del baño.

β Estimule dicha autonomía para mantener independencia, ejemplo: yo te lavo la cabeza e intenta tu hacer el resto.

β Crear rutinas (siempre a la misma hora).

β Explicar a la persona cada una de las cosas que vaya a hacer, ejemplo: levanta la pierna para entrar a la bañera, no te olvides de enjabonar bien la toallita o paño antes de estregarte, entre otras.

β Estar “muy atentos”.

β Tenga en cuenta que a esta hora la persona puede sentirse indefensa.

Dejar que sienta que controla la situación. Prestar atención si dice que se lastimó con algún proceder.

β Hacer accesible los útiles para el baño.

Anticiparle situaciones difíciles:

β Si no quiere bañarse: darle una razón de la importancia del aseo, sin herirlo ni lastimarlo.

β Que una sola persona sea la responsable del baño.

β Si durante el baño reacciona en forma agresiva, trate de distraerla.

β Manténgase tranquilo, hable despacio, amable, personal.

β No tenga prisa.

β Ofrezcale al enfermo una cuña u orinal.

β Lávese las manos.

β Si la persona tiene alguna enfermedad y no puede ir al baño a asearse, debe realizar el baño en la cama.

¿Cómo se realiza?

β Explique paso a paso lo que va a hacer.

β Prepare la situación, tratando de que haya privacidad y que la persona se sienta cómoda.

β Una vez desvestido vaya lavándolo poco a poco, pregúntele cómo se siente.

- β Seque la zona que haya lavado y vaya arropándole, para que no sienta frío.
 - β Muévelo con cuidado, ladeándolo suavemente para facilitar la total limpieza del cuerpo.
 - β Esté atento a las sugerencias que le pueda hacer la persona.
 - β Hágale ver la sensación de sentirse bien por estar limpio.
 - β Ayúdele a vestirse poco a poco.
 - β Coloque la cama, si es regulable, en posición alta.
 - β Quite la sábana de arriba y ponga en su lugar la manta de baño.
 - β Ayude al enfermo a moverse hacia usted.
 - β Realice el aseo de arriba hacia abajo, de adelante hacia atrás, comenzando por los pies, tomándose el tiempo necesario.
 - β Colabore en el aseo del pelo, la boca y las uñas.
 - β Haga la cama del enfermo.
- ¿Cómo preparar la cama de una persona encamada?**
- β Para cambiar la ropa de cama de un paciente encamado es ideal contar con dos auxiliares.
 - β Previamente explique al paciente el procedimiento a realizar.
 - β Sitúese a un lado de la cama y retire la ropa de la misma.
 - β Póngala en una silla situada a los pies de la cama.
 - β Deje a la persona solamente cubierta con una sábana.
 - β Ruede a la persona hacia un extremo de la cama y déjela de costado.
 - β Pliegue toda la ropa de cama componiendo un rodete junto a su cuerpo.
 - β A continuación extienda una sábana, enróllela hasta la mitad colocando la parte enrollada junto a la persona.
 - β Acomode bien tirantes los extremos de la sábana debajo del colchón.
 - β Gire a la persona hacia el otro lado de la cama.
 - β Quite la sábana sucia, incluso el hule, si es necesario.
 - β Desenrolle la sábana que previamente había enroscado y estírela completamente, ajustando bien sus extremos debajo del colchón.
 - β Incorpore gentilmente a la persona para cambiarle la funda de la almohada.
 - β Finalmente coloque una sábana limpia encima del paciente, así como las mantas y la colcha.

Consejos útiles:

- β Deben cambiarse las sábanas como mínimo dos veces a la semana, aunque, si fuera necesario, diariamente.
- β La ropa interior del enfermo (pijama, calzoncillos, blumers, camisetas) debe cambiarse diariamente.
- β Es fundamental el aseo de los genitales.
- β Secarle bien la piel una vez bañado.
- β Mantener un correcto aseo y vestirse adecuadamente eleva la autoestima.

CUIDADO BUCAL:

- β Cepillado de los dientes o de la prótesis 4 veces al día, después de cada comida y al acostarse.
- β Cepillar la lengua y el paladar.
- β Enjuague con agua tibia y aumentar la ingestión de líquidos.
- β Masaje de las encías con gasa estéril.
- β Para evitar la sequedad bucal: aplique aceite vegetal a la superficie lingual y el paladar. Sugiera los enjuagues con zumo de menta o limón.
- β Para sequedad labial: aplicar cacao o crema hidrosoluble.
- β Cuidados de la prótesis dental: cepillado diario, quitársela para dormir y eliminarle las asperezas.

¿Cuál es la Importancia de mantener limpia la piel del AM?

- Mantener la higiene es importante no sólo para prevenir infecciones o inflamaciones, e incluso enfermedades, sino también para que nos sintamos más seguros de nosotros. Debemos ser higiénicos con el baño o aseo personal, con los alimentos, con los animales que tenemos de mascotas, con la ropa y calzado, con el hogar, con el ambiente y con la comunidad.
- ❖ Mantener un correcto aseo y vestirse adecuadamente eleva la autoestima del anciano.
 - ❖ Estimule dicha autonomía para mantener independencia.
 - ❖ Tenga en cuenta que a la hora del baño la persona puede sentirse indefensa. Deje que sienta que ella controla la situación. Préstele atención si dice que se lastimó con algún proceder.

¿Cuáles son las consideraciones que debemos tener en cuenta en la higiene al Adulto Mayor?

5. Estrategias didácticas

- Diálogo con los cuidadores sobre la higiene de la piel
- Aplicó el pre test para determinar el nivel de conocimiento de los cuidadores sobre cómo se realiza el baño en cama del adulto mayor.
- Explicación con ayudas didácticas sobre el cuidado.
- Se demuestra con adultos dependientes. De cómo se realiza la higiene del AM.
- Los cuidadores hacen la réplica con otros pacientes bajo la supervisión de la investigadora.
- La investigadora vuelve hacer las recomendaciones para la atención del paciente.

6. Evaluación

- Se aplicó el post test a los cuidadores para determinar el cuidado de los pacientes
- De igual manera se evaluó cuidado de la piel y el estado de higiene del AMD.

UNIDAD IV: NECESIDAD DE LA COMUNICACIÓN PERMANENTE EN EL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE

¿Qué entiende Ud. ¿Por comunicación?

¿Cuál es la Importancia de la comunicación con el AM?

¿Cómo se realiza la comunicación y las técnicas empleadas en el AM?

¿Qué complicaciones trae la falta de una buena comunicación en el AM?

¿Cuáles son las consideraciones que debemos tener en cuenta en la comunicación en el Adulto Mayor?

TALLER N°4

1. Denominación

“Compartiendo experiencias en una comunicación saludable n el adulto mayor dependiente”

2. Capacidad

Efectivice su función en el proceso de comunicación en el adulto mayor dependiente evitando complicaciones emocionales y psicológicas mediante guías de cómo realizar una comunicación con calidad y calidez.

3. Actitud

Asume con responsabilidad y humanismo el cuidado del adulto mayor dependiente.

Tiempo: 6 horas

4. Módulo N° 4

LA COMUNICACIÓN PERMANENTE

Sin dudas, a través de una buena comunicación, se garantiza, en gran medida, una óptima calidad en el cuidado de las personas dependientes. Mientras mejor se logre comunicar el cuidador con la persona a cuidar, mayor será el éxito en el manejo y atención de todas las necesidades físicas, emocionales y sociales de la persona dependiente. Sin embargo, no siempre resulta fácil lograrlo, por una parte, las relaciones interpersonales establecidas por el individuo en el pasado no siempre han sido satisfactorias y, por otra parte, la aparición de enfermedades y de otras limitaciones en el presente dificulta una comunicación adecuada. En el presente capítulo ofreceremos algunos consejos para lograr una mejor comunicación.

¿Qué factores pueden entorpecer o limitar la comunicación con una persona dependiente?

β La pérdida de audición y visión.

β La dedicación cotidiana a múltiples tareas de la familia.

β La oposición de gustos e intereses por diferencia intergeneracional.

β La sensación del paciente de que se burlan de él o de que hace y dice las cosas mal.

β La presencia de alteraciones emocionales.

β La existencia de problemas de memoria, el razonamiento y la comprensión de las cosas.

β Los trastornos de la conducta.

¿En qué medida estas alteraciones pueden provocar dificultades en la comunicación?

Los trastornos de la conducta como la agresividad, las reacciones emocionales desmedidas, la falta de inhibición sexual, entre otros; provocan el distanciamiento de los familiares, además

el desconocimiento por parte de éstos de la manera más adecuada de tratarlos, influye en la deficiente comunicación cuidador - enfermo.

Las personas con problemas para ver y oír generalmente se aíslan y los que les rodean dejan de comunicarse con ellas por temor a no comprenderlos.

La afasia, es una alteración del lenguaje que afecta tanto la comprensión como la expresión oral y provoca un serio problema en la expresión verbal de estos pacientes.

La pérdida de memoria hace que la persona olvide rápidamente lo que se le dice, repiten y preguntan varias veces lo mismo, no recuerdan hechos y personas acerca de las cuales se les está hablando y todo esto trae consigo que la comunicación sea extremadamente difícil.

El aislamiento, el rechazo al contacto social, la pérdida de intereses sociales, así como la baja autoestima y la introversión que presentan en ocasiones estas personas, impiden una buena comunicación con sus semejantes.

La irritabilidad es otro síntoma que provoca respuestas inadecuadas que inciden en el distanciamiento de los familiares e incluso pueden desencadenar conflictos interpersonales.

¿Se podrá lograr buena comunicación con las personas dependientes?

Por supuesto que sí. En primer lugar, es importante mostrar una actitud tolerante y comprensiva ante las limitaciones y/o enfermedades que pueden presentar estas personas.

La persona dependiente debe sentirse aceptada y que se toman en cuenta sus criterios y opiniones, dándole participación en la toma de decisiones familiares.

Deben recibir un trato afectuoso y amable habiendo avanzado de esta manera un gran trecho para lograr una buena comunicación.

¿La expresión de los sentimientos favorece la comunicación?

Frecuentemente el cuidador se siente agobiado por las excesivas demandas del paciente y experimenta sentimientos negativos como ira, inseguridad, tristeza, los cuales no deben ser reprimidos sino expresarse verbalmente al enfermo (si éste está en condiciones de comprenderlo) y al resto de los familiares. La expresión de estos sentimientos mejora la comunicación y alivia los sentimientos de culpa que pueden surgir en relación con el cuidado de la persona dependiente.

La expresión de los sentimientos entre los diferentes miembros de la familia favorece la unión familiar tan necesaria cuando existe un miembro de ella que necesita el cuidado y ayuda de todos.

¿Es necesario el contacto físico?

La persona que se encuentra en cama, sobre todo cuando está en una situación de dependencia, necesita mucho el afecto de los que le rodean. Un modo de transmitir el afecto a veces mejor que las propias palabras, es un abrazo, una caricia o un beso. No obstante, es necesario valorar individualmente este modo de comunicar el afecto pues sobre todo los hombres, por un factor cultural, lo asocian a debilidad y pudieran molestarse ante una demostración de este tipo.

En el caso de personas con problemas de conducta, es aconsejable escoger el momento adecuado para el contacto físico pues pudieran interpretarlo como una agresión.

¿Es aconsejable el silencio?

Es frecuente que el cuidador le oculte al discapacitado determinados sucesos porque considere que pudieran “hacerle daño”. La familia trata de mantenerlo al margen de situaciones importantes relacionadas con la vida familiar, pero este se percata de que algo sucede y el hecho de negarle este derecho le puede provocar irritabilidad y otros sentimientos negativos.

Es necesario informar a la persona cuidada acerca de hechos y decisiones de la vida familiar, así como aspectos relacionados con su salud. Esto permitirá, siempre y cuando éste conserve sus facultades mentales, su cooperación en tratamientos médicos y evitará su posible aislamiento, depresión o daño a su autoestima. En cada caso individual se debe valorar por parte de la familia cómo, cuándo y dónde proporcionarle la información.

Técnicas para mejorar la comunicación

β REFUERZO POSITIVO: Estimular diariamente de forma verbal las conductas positivas de la persona, esto permitirá aumentar la frecuencia de dichas conductas. El reconocimiento verbal se debe acompañar de expresiones de afecto como sonreírle, acariciarlo o tomarle las manos.

β REFUERZO NEGATIVO: Da más resultado estimular lo positivo que criticar y señalar las conductas inadecuadas. Se recomienda ignorar las conductas negativas como puede ser la agresividad, los gritos, la demanda excesiva de atención entre otras. Deben eliminarse las reprimendas y comentarios críticos.

β EMPATÍA: Consiste en ponerse en el lugar de la persona limitada y pensar cómo nos sentiríamos nosotros. Es comprender la situación de la persona dependiente y justificar su modo de actuar.

β ACTITUD POSITIVA: Por muy dependiente que se encuentre la persona cuidada siempre el cuidador podrá hacer algo para mejorar su situación.

Es posible la mejoría en algún sentido, el cuidador debe tener un pensamiento positivo, aunque sin falsas expectativas con respecto al futuro del paciente.

β ESCUCHA ACTIVA: Oír no es escuchar. Es necesario sentarse frente al discapacitado y escuchar atentamente lo que quiere decir, mirándolo a los ojos, sonriéndole, tomándole las manos. Con frecuencia se trata de "consolar" al paciente sin antes saber lo que realmente piensa o siente.

β INTERPRETACIÓN DE LAS QUEJAS: La persona dependiente a menudo manifiesta inseguridad y lo expresa a partir de quejas constantes. El cuidador en vez de molestarse y requerir al paciente debe tratar de comprender el porqué de las quejas que generalmente expresan una inconformidad e insatisfacción con su vida actual. Es importante brindarle toda la atención necesaria en estos momentos para aliviar su angustia.

Estas técnicas deben aplicarse en cualquier momento del día y mientras se realiza cualquier tipo de actividad con el paciente como puede ser el aseo, la alimentación, la administración de los medicamentos entre otras.

Dedicar tiempo a estas técnicas redundará en un cuidado más fácil, con más calidad y en última instancia en el mayor bienestar de la persona que cuidamos.

Consejos para mejorar la comunicación:

β Escuchar pacientemente.

β No enjuiciarlo ni criticarlo.

β No ridiculizar ni burlarse.

β No compadecerse ni demostrar lastima.

β No hablarle como si fuera un niño.

β Utilizar un lenguaje sencillo y comprensible.

β Usar el lenguaje extraverbal: la sonrisa, el contacto físico y otros.

β Escoger el lugar y momento adecuados para hablar.

β Aceptar la respuesta “NO” de la persona dependiente.

β Utilizar expresiones como:” por favor”, “gracias”.

β Hablar con serenidad, sin herir.

β No apresurar ni interrumpir antes de que la persona termine de hablar.

β Conversar mientras se satisfacen sus necesidades.

β Evitar las malas noticias y las conversaciones pesimistas.

β Utilizar frases y gestos que le brinden seguridad y confianza.

β Suprimir del vocabulario las frases: “te lo dije” y “no te acuerdas.”.

β Evitar las charlas o discursos.

β Llamarlo por su nombre.

β Evitar decirle las cosas como si fueran órdenes.

β No amenazar.

β Póngale música suave y agradable preferida por la persona a su cuidado.

β Muéstrole fotografías de familiares y amigos, así como revistas, láminas atractivas que faciliten su expresión.

β Bríndele la posibilidad de relacionarse con niños y con animales domésticos si son de su gusto.

PARA RECORDAR:

ÿ Saber comunicarse con la persona dependiente repercute en gran medida en la calidad de los cuidados que se le ofrecen.

ÿ La comunicación con la persona dependiente se puede afectar por déficit sensoriales, por depresión, demencia u otras alteraciones.

ÿ Es aconsejable utilizar lenguaje extra verbal en la atención a la persona dependiente.

ÿ Existen diferentes técnicas para mejorar la comunicación con la persona dependiente.

5. Estrategias didácticas

- Diálogo con los cuidadores sobre la comunicación del AMD
- Aplicó el pre test para determinar el nivel de conocimiento de los cuidadores sobre cómo se realiza una comunicación efectiva en el adulto mayor.
- Explicación con ayudas didácticas sobre el cuidado.

- Se demuestra con adultos dependientes. De cómo se realiza la comunicación efectiva en el AM.
- Los cuidadores hacen la réplica con otros pacientes bajo la supervisión de la investigadora.
- La investigadora vuelve hacer las recomendaciones para la atención del paciente.

6. Evaluación

- Se aplicó el post test a los cuidadores para determinar el cuidado de los pacientes
- De igual manera se evaluó el estado de ánimo del AMD.



COMO ADMINISTRAR LA MEDICACIÓN

Hoy las personas viven más años. Es que las personas de la Tercera Edad sufran tres o más patologías, como, por ejemplo: diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, artrosis, demencia entre otras; todo lo cual obliga a usar un medicamento, al menos, para cada problema de salud, complicándose aún más el panorama si aparecen procesos agudos que también requieren tratamiento medicamentoso.

La respuesta a los medicamentos en los adultos mayores es marcadamente diferente que en los adultos jóvenes, se trata de un organismo donde repercuten las consecuencias directas del envejecimiento, siendo más susceptible a los efectos indeseables de los fármacos, sin embargo, es común que tanto enfermos como familiares exijan que se le recete múltiples medicamentos para aliviar y controlar sus dolencias, repercutiendo esto desfavorablemente en el estado de salud mayor.

¿Qué es la Polifarmacia?

Es el consumo de muchos medicamentos: Generalmente se acepta cuando se consumen 5 o más.

¿Conoce usted que todos los medicamentos producen efectos indeseables?

Todos los medicamentos producen efectos indeseables, el único que no ocasiona daños es el que no se administra.

¿Qué es un efecto indeseable producido por medicamentos?

Es la reacción no deseada del fármaco como consecuencia de sus acciones en el organismo.

¿Qué es la automedicación?

Es una costumbre indeseable que consiste en tomar medicamentos sin la autorización del médico. Los vecinos, el propio enfermo, familiares o amigos recetan medicinas almacenadas en botiquines caseros, las cuales pueden no ser las correctas y en la mayoría de los casos son medicamentos ya vencidos.

Las medicinas que se venden sin receta, también hacen que se consuman sin permiso del médico.

¿Conoce las consecuencias de la automedicación?

- β Aumenta el consumo de medicamentos.
- β Aparece dependencia o crea hábito al medicamento.
- β Afectación económica para el paciente y la familia.
- β Mayor aparición de efectos indeseables.
- β Aumenta el número de reacciones entre los medicamentos que se toman.
- β Aparecen otras enfermedades.
- β Peligro de hospitalización.

¿Por qué el anciano comete errores en el cumplimiento de las indicaciones?

- β Omite síntomas al médico al no considerarlos importantes o por ser crónicos.
- β Las enfermedades se presentan de forma diferente a las personas jóvenes.
- β Múltiples padecimientos.
- β Fallas frecuentes de memoria.
- β Pérdida de la audición y la visión.

¿Qué debe saber usted sobre el medicamento que le han recetado al paciente?

- β Debe conocer el nombre del medicamento y para qué sirve (indicación específica).
- β Cómo se debe aplicar el medicamento. Esto incluye saber la vía de administración (si son tabletas será oral, si es una crema será sobre la piel o mucosas, si son supositorios será rectal, etc.) y la dosis, así como las veces que tiene que repetir la indicación a lo largo del día.
- β El tiempo que debe durar el tratamiento.
- β Debe conocer si el medicamento recetado puede producir algún efecto indeseable: mareos, estreñimiento, sueño, sequedad de la boca, etc.).
- β Debe saber además si durante el tratamiento puede tener algún tipo de precaución especial: no ingerir alcohol, no exponerse al sol, no tomar a la vez otro medicamento, etc.).

¿Cómo administrar el medicamento al paciente?

- β Las mejores formas de preparación de un medicamento para una persona mayor o discapacitada son las formulaciones líquidas, ya que se absorben mejor que los sólidos y se degluten más fácilmente.
- β No se deben triturar las tabletas, ni romper las cápsulas ya que muchos medicamentos se inactivan con la acidez del estómago y otros son sumamente irritantes y no surtirán el efecto deseado.

β Cuando se vaya a administrar el medicamento, el paciente debe encontrarse despierto, capaz de tragar su propia saliva y que tenga conservada la capacidad para toser.

β Se debe mantener en posición semisentado 15 minutos antes y después de la administración del medicamento.

β Manipular el medicamento sólo lo necesario, tanto por parte del paciente como del cuidador, tratar de proteger siempre las etiquetas de los frascos, evitando que se derrame el contenido.

β Debemos percatarnos que todo el medicamento haya sido deglutido y que no quede residuo de tabletas u otras preparaciones en la boca.

β Si existe imposibilidad para la deglución, se elegirán los preparados inyectables.

β Se deben cumplir todas las medidas para evitar la bronco aspiración (ver capítulo alimentación).

CONSEJOS PARA EL CUIDADOR:

β No administrar medicamentos sin consultar al médico.

β Visitar con frecuencia al médico y contarle todo lo que se siente el paciente (lo más insignificante, puede ser importante).

β Exigir al médico toda la información escrita con letra clara en el método, así como la explicación detallada del medicamento que va a tomar.

β Cumplir estrictamente las indicaciones del médico, no cambiar dosis ni horarios, ni hacer los tratamientos vitalicios.

β Si el cuidador tiene problemas para recordar si ha dado o no la medicación y existe riesgo o bien de que el paciente no la tome, o de tomarla dos veces, es útil cada noche preparar la medicación del día siguiente de la misma forma y en el mismo lugar, hacer un hábito, de forma tal que si las tabletas no están en su lugar es porque el paciente ya las ha ingerido.

β Evitar el consumo de medicamentos, se deben utilizar otras formas de aliviar las enfermedades, como por ejemplo la práctica de ejercicios, una dieta adecuada, control del peso, etc, siempre y cuando esto sea posible.

PARA RECORDAR:

ÿ El médico es quien debe determinar el tipo de medicamento, la dosis y el tiempo que dure el tratamiento, ya que, al añadir un nuevo medicamento al tratamiento habitual, éste puede reaccionar de forma negativa con los que ya está consumiendo y ocasionarle un daño.

ÿ Todos los síntomas no se pueden eliminar, ante múltiples quejas es necesario tratar lo que más moleste.

ÿ La mayoría de los medicamentos no curan las enfermedades, sólo producen un alivio o control de los síntomas por un tiempo determinado.

ÿ Los medicamentos no se deben reservar en botiquines caseros, en el caso de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, artrosis, gastritis), se debe tener en casa sólo los medicamentos de uso diario.

ÿ Los medicamentos se guardarán siempre en su frasco original, sin cambiarlos de envase.

ÿ Los frascos deben estar bien etiquetados, con letra clara, revisando siempre la fecha de vencimiento del producto.

ÿ Es necesario tener en cuenta las condiciones de almacenamiento del medicamento (refrigeración, lugar fresco, etc.).

ACTIVIDAD EN LA PERSONA DEPENDIENTE

Las personas dependientes acorde al tipo de enfermedad que presenten pueden sufrir algún grado de inactividad. La inactividad conduce a la pérdida de todas las reservas físicas y psicológicas que estas personas aún conservaban por lo que es importante para las personas que cuidan conocer qué tipo de ejercicios y actividades pueden realizar.

Estas actividades deben ser realizadas por el paciente de manera continuada con la compañía de su cuidador.

Aspectos para un programa de ejercicios:

β Frecuencia 3 veces por semana.

β Duración 20 a 30 minutos.

β Calentamiento 5 a 10 minutos.

β Enfriamiento 5 a 10 minutos.

¡PRECAUCIÓN!

Suspender ejercicios si presenta:

β Dolor en el pecho.

β Falta de aire.

β Mareo.

β fatiga intensa.

β Taquicardia

Principales formas de ejercicios:

(Cada uno de ellas dependerá de las situaciones específicas de cada paciente)

CAMINATAS: Al menos tres veces por semana, en lugares conocidos por el paciente, en horarios adecuados (10.00am—5.00pm)

EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO: Comenzando por la región del cuello, de flexión hacia abajo, arriba, laterales, ejercicios de la boca (masticación), de los ojos (abrirlos-cerrarlos), sonreír, subir las cejas.

EJERCICIOS CON LOS HOMBROS: Se pueden realizar de pie o sentados, comenzando con los brazos a los lados del cuerpo. Continuando con ejercicios de brazos, manos, muñecas, así como los ejercicios para el tronco, postura y el equilibrio de posición sentada y de pie.

EJERCICIOS DE RODILLAS Y TOBILLOS.

SIMULAR MARCHA EN EL LUGAR

ENSEÑAR cuando las condiciones lo precisen a sentarse y pararse con mayor seguridad.

Es necesario tener en cuenta que la cantidad y tipo de ejercicio dependerá del estado de salud del paciente.

Es importante, además:

β Practicar ejercicios de relajación.

β Insistir en la realización de ejercicios respiratorios: Siempre previa prescripción médica, para mejorar la capacidad respiratoria y evitar infecciones respiratorias o las famosas neumonías, así como la broncoaspiración.

¿Cómo se realizan?

Tomar aire por la nariz con la boca cerrada, a la misma vez el abdomen se ensancha hacia fuera, después despacio se suelta el aire por la boca tratando de que el abdomen se deprima hacia adentro, un buen ejercicio es aquel donde se vota más aire del que se toma.

Estos ejercicios se pueden combinar con ejercicios de los miembros superiores:

β Según el estado del paciente se realizarán cambios de posición cada 2 horas en la cama, cambiarlos para la derecha y a la izquierda.

β Realizar movilizaciones activas o pasivas según lo requiera el paciente.

- Activa (lo realiza el propio paciente).

- Pasiva (Lo realiza el cuidador o el especialista indicado).

β Bajo prescripción médica, si fuera necesario realizar masajes evacuativos desde las zonas más distales, entiéndase por estas las zonas más lejos del centro del cuerpo, ejemplo de las manos hacia los hombros y de los pies hasta los muslos.

Otro aspecto importante es practicar las posturas correctas que deben adoptar las personas mayores o con algún nivel de dependencia:

SENTADO (SEDESTACIÓN)

β Sentarse con apoyo de la espalda en la silla.

β Con altura adecuada de la misma.

β Con la cabeza erguida

DE PIE (BIPEDESTACIÓN)

β Con las manos a los lados del cuerpo.

β Con las piernas cerradas

CAMINAR (DEAMBULACIÓN)

β Para desarrollar la marcha es necesario, partir de la correcta postura en de pie y transferir el centro de gravedad hacia la pierna que durante el primer paso servirá de apoyo, evitando así los bloqueos al inicio de la marcha.

β Al proyectar el primer paso, se debe flexionar la rodilla y proyectar la pierna hacia delante, extendiendo la rodilla totalmente.

AL ACOSTARSE

β Procurar un ambiente tranquilo, con comodidad, sin uso de almohadas altas.

β Subir de 10 a 15 centímetros la pielera de la cama.

β Lograr que sus pies estén en ángulo de 90 % con relación a la pielera de la cama.

β El primer contacto del pie con el piso se realiza con el calcáneo (el talón). Luego se proyecta la cadera hacia delante, hasta que el peso total del cuerpo (centro de gravedad) no se encuentre justo sobre esa pierna.

β El largo del paso de la pierna derecha debe ser igual al de la pierna izquierda, para evitar que la marcha se realice de forma inadecuada.

INMOVILIDAD

β Una de las consecuencias de la discapacidad es la inmovilidad la cual debemos prevenir siguiendo las siguientes orientaciones.

β En muchas ocasiones el grado de inmovilidad va aumentando poco a poco, de modo que los familiares se van acostumbrando a ella y cuando deciden hacer algo el grado de inmovilidad es ya muy elevado y las posibilidades para intervenir son escasas.

¿Qué hacer?

β Aproveche y cree oportunidades para fomentar la movilidad y los desplazamientos del paciente o familiar.

β Anímelo y ayude a realizar las tareas (dándole el brazo, ofreciéndole un bastón, etc.).

β Tome precauciones para evitar una caída (acompañelo, evite alfombras u otros objetos).

β Muéstrelle una actitud de seguridad y confianza.

β Mantenga siempre que sea posible su autonomía procurando la participación en las tareas u actividades diarias como vestirse, comer, asearse, ir al baño, etc., propiciándole ayuda necesaria pero nunca realizar estas por el propio paciente, simplificando la actividad y logrando bien el objetivo.

¿Cómo hacerlo?

β Tratar de propiciar la realización de las actividades por si solos.

β Observar y tratar de encontrar todo lo que su familiar pueda hacer solo, incitándolo para que lo realice.

β Cuando realice alguna tarea recuérdesele y anímele a repetirlo en la próxima ocasión.

β Ayúdele en las tareas que le resulten más difíciles (abrocharse botones, quitarse o ponerse prendas), animándole y diciéndole como hacerlas.

La actividad de las personas discapacitadas no debe ser sólo física. Es necesaria la estimulación constante a través de actividades como la lectura, la escritura, la conversación, adecuando éstas al estado mental del paciente. También son convenientes las actividades sociales, reunirlos con amigos y familiares, visitar centros culturales y recreativos.

¿Cómo potenciar la autoestima de estas personas?

β Permita que tome las decisiones que le afectan (si es posible).

β Haga que se sienta útil.

β Procure que asuma responsabilidades.

β Respete su intimidad.

PARA RECORDAR:

ÿ Cuando Ud, reconozca las acciones o actividades que su paciente pueda realizar por sí solo, comuníquesele e insista en que las repita.

ÿ La marcha de la persona dependiente no es estética, sino funcional, lo importante es que se desplace y que cuando lo haga bratee, es decir mueva los brazos, esa acción le dará impulso para caminar.

ÿ Los ejercicios en el Adulto Mayor deben ser amplios, rítmicos, repetidos y conjugados, se indicarán con voz de mando y enérgica, estos ejercicios se realizarán en sesiones simples, por cortos periodos de tiempo y varias veces al día, siempre imitando el quehacer de la vida diaria, se recomienda tomar sol de 9 a 10 am

1. DERECHO DE AUTORIA

Se observa esta propiedad intelectual y la información de los derechos de los autores en el DECRETO LEGSILATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela de Post Grado de la Facultad de Educación y Humanidades de la Universidad San Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida y cada detalle adicional.