



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE LA DEMENCIA EN
CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN EL SERVICIO GERIATRÍA DE UN HOSPITAL DE CHICLAYO.**

MAYO – OCTUBRE 2018

**PRESENTADA POR
BERTHA CARITO ALARCON MONDRAGON**

ASESOR

DR. JUAN ALBERTO LEGUÍA CERNA

**TESIS
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

CHICLAYO – PERÚ

2020



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE LA DEMENCIA EN CUIDADORES
FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO
GERIATRÍA DE UN HOSPITAL DE CHICLAYO. MAYO – OCTUBRE 2018**

TESIS

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
ALARCON MONDRAGON, BERTHA CARITO**

**ASESOR
DR. LEGUÍA CERNA, JUAN ALBERTO**

**CHICLAYO-PERÚ
2020**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIALES Y MÉTODOS	3
III. RESULTADOS	6
IV. DISCUSIÓN	11
V. CONCLUSIONES	14
VI. RECOMENDACIONES	15
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN	16
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Describir los conocimientos y actitudes sobre la demencia en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en servicio geriatría de un hospital de Chiclayo. Mayo- octubre 2018. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Realizado en el distrito Chiclayo, Perú. Se incluyeron a 168 cuidadores familiares mediante un muestreo no probabilístico consecutivo; y se realizó una encuesta y ficha de recolección de datos en hospitalización del servicio de geriatría del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Para el análisis estadístico se calcularon para las variables cualitativas, la frecuencia y porcentaje y para las cuantitativas, la mediana y desviación estándar. Para la asociación de las variables se utilizó chi 2 ($p < 0.05$). **Resultados:** De los cuidadores la edad promedio fue 41 ± 15 años, el 69% fueron mujeres con parentesco familiar de hijas (35,7%) con escolaridad secundaria (45,8%) y recibieron capacitación previa solo 16,7%. La demencia (16%) fue la segunda causa que genera mayor temor después del cáncer (44,6%). El 42,17% tienen conocimientos sobre la demencia; dentro de los síntomas que conocen predomina dificultad para recordar (83,3%) y desorientación (73,8%) pero solo 11,4% conoce sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico. Y el 50,99% tiene una buena actitud sobre la demencia y el 23,01% tiene una buena actitud sobre el diagnóstico oportuno (clínico, auxiliar u otro procedimiento). **Conclusiones:** La demencia es considerada la segunda enfermedad que causa más temor en los cuidadores familiares (siendo la mayoría mujeres y sin capacitación previa), pero tienen conocimientos sobre los síntomas y el tratamiento farmacológico y no farmacológico además buena actitud en el diagnóstico oportuno.

Palabras claves: Demencia; adulto mayor; cuidador; capacitación (Fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

Objective: Describe the knowledge and attitudes about the dependence on family caregivers of hospitalized patients in the geriatric service of a Chiclayo hospital. May- October 2018. **Materials and methods:** Quantitative, descriptive and cross-sectional study. Made in the Chiclayo district, Peru. 168 family caregivers were included through consecutive non-probabilistic sampling; and a survey and data collection card in hospitalization of the geriatrics service of Almanzor Aguinaga Asenjo Hospital was carried out. For the statistical analysis, they were calculated for qualitative variables, frequency and percentage and for quantitative variables, median and standard deviation. For the association of the variables, chi 2 is associated ($p < 0.05$). **Results:** Of the caregivers, the average age was 41 ± 15 years, 69% were women with a family relationship of daughters (35.7%) with secondary schooling (45.8%) and received prior training only 16.7%. Dementia (16%) was the second cause that generates greater fear after cancer (44.6%). 42.17% have knowledge about dementia; Among the symptoms we detected predominantly difficulty remembering (83.3%) and disorientation (73.8%) but only 11.4% know about pharmacological and non-pharmacological treatment. And 50.99% have a good attitude about dementia and 23.01% have a good attitude about timely diagnosis (clinical, auxiliary or other procedure). **Conclusions:** Dependence is the second disease that causes more fear in family caregivers, but they have knowledge about the symptoms and pharmacological and non-pharmacological treatment, as well as a good attitude in the timely diagnosis.

Key words: dementia; elderly; carer; training (Source:MeSH NLM)

I. INTRODUCCIÓN

La demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento(1) y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria(2), afecta principalmente a las personas mayores.(3) Según la Organización Mundial Salud (OMS), la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados.(4) Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%.(5) En el mundo hay 47 millones de personas que padecen demencia (6), y cada año se registran 9,9 millones de nuevos casos (7).

Según el Instituto nacional de estadística e informática (INEI) señala que actualmente en el Perú existe 37,2% hogares que tienen entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad (8); en el área rural se observa la mayor proporción del 40,4% de hogares con algún miembro adulto/a mayor.(9) En el estudio de “Encuesta sobre la Enfermedad de Alzheimer en el contexto de los nuevos paradigmas diagnósticos” realizado en Buenos Aires, Argentina en el año 2012 se concluye que es la tercera causa que genera mayor temor, más 85% conocen síntomas pero solo 25% cree que existe tratamiento(10).

En el estudio de “Conocimientos, actitudes y prácticas clínicas para pacientes con demencia entre proveedores de salud mental en China: diferencias entre ciudad y ciudad” señalizados en China, 2016 se encontraron que existen un déficit de conocimientos, actitudes y prácticas clínicas en relación con la demencia y el trabajo con la familia cuidadores(11).

Por lo cual, se considera que la implementación de los programas ministeriales brinda al cuidador nuevos conocimientos y actitudes sobre demencia (12), para otorgar una mejor calidad de vida a los pacientes geriátricos (13) ; sin embargo, el sistema de salud actual continúa centrado en la atención de enfermedades(14), por lo que se requiere una renovación en este tema(15), proporcionando ayuda tanto social, psicológica y económicamente(16), como también en el conocimiento y actitudes del cuidador(17) y así potenciar la información(18) y asegurar un cuidado de calidad a los pacientes geriátricos (19).

Ante esto el objetivo del estudio es describir los conocimientos y actitudes sobre la demencia en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en servicio geriatría de un hospital de Chiclayo. Mayo – octubre 2018.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y diseño de investigación

Es un estudio de enfoque: cuantitativo, observacional; diseño: descriptivo; tipo: transversal prospectivo.

Población y muestra

Población

Los 296 cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en el servicio geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) de Chiclayo. Mayo-octubre 2018. Dato tomando como referencia de la base de datos del HNAAA 2017.

Muestra

El tamaño de la muestra fue obtenida con ayuda del programa EPIDAT (Programa de Análisis Epidemiológicos de Datos) versión 3.1. teniendo el tamaño poblacional de 296 periodo mayo- octubre, tomando como referencia de la base de datos del HNAAA 2017, con nivel de confianza del 95% y con una proporción esperada de 50% por ser un estudio sin antecedentes publicados. Utilizando estos datos el tamaño de muestra obtenido fue 168 cuidadores familiares.

La obtención de la muestra fue mediante un muestreo no probabilístico consecutivo.

Criterios de inclusión

Se incluyeron a todos los cuidadores familiares mayores de 18 años de pacientes geriátricos tratados en el HNAAA periodo mayo- octubre 2018, que aceptaron participar en el estudio de investigación.

Criterios de exclusión

Se excluyeron a los cuidadores familiares que no tienen parentesco familiar con paciente hospitalizados en servicio geriatría del HNAAA.

Se excluyeron a los cuidadores familiares iletrados.

La recolección de datos se realizó mediante una encuesta y ficha de recolección de datos para las variables sociodemográficas. Se realizaron 179 encuestas en total, de estas 11 se eliminaron por que fueron encuestas incompletas y al desarrollar marcaron doble respuesta. Por lo tanto 168 encuestas fueron analizadas en el presente estudio.

En el estudio se define como cuidador familiar a la persona que asume la responsabilidad de accionar como soporte, ayuda o asistencia al paciente geriátrico, proveyendo mejoría en la condición humana y estilo de vida (20), que tiene parentesco consanguíneo con el paciente geriátrico.

El instrumento fue para medir “Conocimientos y actitudes sobre la demencia en los cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en servicio geriatría del HNAAA”. Se tomó como base la “Encuesta sobre la enfermedad de Alzheimer en el contexto de nuevos paradigmas diagnósticos”(10) y se construyó una versión adapta para nuestro medio. Fue revisada por un grupo de expertos para su validez, conformado por 3 médicos especializados en geriatría y modificada para mejorar las palabras de cada uno de los ítems y las opciones de las respuestas. Se realizo una prueba piloto para confirmar que los ítems sean claros y que todos los dominios incluidos sean relevantes para el objetivo principal de la encuesta. La versión final de la encuesta consta de 3 secciones: 1: “Prioridad”, consta de una pregunta en la cual consta de una lista de 7 enfermedades, se dará a elegir cuál de todas ellas genera mayor temor, 2: “Conocimientos sobre la demencia”, consta de 12 preguntas de alternativa múltiple para evaluar el conocimiento de la muestra poblacional acerca de la enfermedad; al responder 8 preguntas correctas es criterio que confirma que el cuidador tiene conocimiento sobre la enfermedad y 3: “Actitudes sobre la demencia”, consta son 6 preguntas de alternativa múltiple para evaluar las actitudes de los cuidadores familiares sobre la enfermedad, en cuanto consulta

al médico por presencia de síntomas cognitivos y la realización de test diagnósticos; al responder 4 preguntas correctas es criterio que confirma que el cuidador tiene una buena actitud sobre la enfermedad.

La ficha de recolección de datos para las características socio demográficas fue revisada por un grupo de expertos para su validez. Estas fueron: sexo, edad, parentesco familiar, escolaridad, estado civil y capacitación previa.

La información de todas las variables obtenidas mediante la encuesta y la ficha de recolección de datos fue registradas para formar luego una base de datos en el programa Microsoft Excel 2017 (Microsoft Office para Windows), en donde se realizó posteriormente la consolidación y recodificación de los datos.

Los datos fueron exportados al software estadístico IBM SPSS Statistics v. 24 para el análisis estadístico correspondiente, en donde se calcularon para las variables cualitativas, la frecuencia y porcentaje y para las cuantitativas, la mediana y desviación estándar. Para establecer la asociación de las variables se utilizó chi 2 ($p < 0.05$), para variables cualitativas. Se utilizó el programa Microsoft Excel 2017 para el procesamiento de los gráficos de las proporciones obtenidas.

Para la realización del estudio se solicitaron los permisos necesarios a la Universidad San Martín de Porres, al Comité de Ética e Investigación del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Y a los cuidadores familiares se les brindó la información adecuada con respecto al proceso investigativo para que sean capaces de comprender, entender e interpretar los objetivos planteados de la investigación. Se firmó el consentimiento informado para usar la información obtenida para la base de datos y análisis del presente estudio.

El presente trabajo asegura el respeto a la dignidad e integridad de cada cuidador que participe en la investigación al igual mantener su confidencialidad.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Características socio demográficas del cuidador familiar de pacientes hospitalizados en el servicio de geriatría de un hospital de Chiclayo. Mayo – octubre 2018.

Características socio demográficas	Indicador	N	%
Sexo	Femenino	116	69,0%
	Masculino	52	31,0%
Edad X (+/- DE)		41	15
Edad categorizada	18 – 59	147	87,5%
	60 a más	21	12,5%
Parentesco familiar	Hermano	28	16,7%
	Esposo	33	19,6%
	Hijo	60	35,7%
	Otro	47	28,0%
Escolaridad	Primaria	4	2,4%
	Secundaria	77	45,8%
	Técnico	17	10,1%
	Universitario	70	41,7%
Estado civil	Casado	78	46,4%
	Soltero	83	49,4%
	Viudo	7	4,2%
Capacitación previa	Si	28	16,7%
	No	140	83,3%

De las edades de los cuidadores familiares, el grupo etario de 18 a 59 años fueron 97(60,7%) mujeres y de 60 años a más fueron 9(8,3%) mujeres. Prevalciendo el parentesco familiar con 93 (55,3%) y grado de escolaridad de 87(51,8%) con nivel superior.

Los cuidadores familiares que recibieron capacitación previa sobre la demencia fueron 19(11,3%) mujeres y 9(5,4%) hombres, de estos tuvieron escolaridad primaria 2(1,2%), secundario 17(10,1%), técnico 2(1,2%) y universitario 7(4,2%); y de los que no tuvieron capacitación previa 97(57,7%) fueron mujeres y

43(25,6%) hombre, de estos tuvieron escolaridad primaria 2(1,2%), secundario 10(35,7%), técnico 15(8,9%) y universitario 13(37,5%).

Tabla 2. Conocimientos sobre la demencia en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en el servicio de geriatría de un hospital de Chiclayo. Mayo – octubre 2018.

Preguntas	Conoce			
	Si		no	
	n	%	n	%
Conoce a alguien con demencia	73	43,5%	95	56,5%
Definición	80	47,6%	88	52,4%
Signos y síntomas	33	19,6%	135	80,4%
Factores de riesgo	75	44,6%	93	55,4%
Enfermedad letal	56	33,3%	112	66,7%
Enfermedad contagiosa	137	81,5%	31	18,5%
Tratamiento farmacológico	93	55,4%	75	44,6%
Tratamiento curativo	89	53,0%	79	47,0%
Tratamiento no farmacológico	69	41,1%	99	58,9%
Problemas de conducta	68	40,5%	100	59,5%
Cuidados familiares				
problemas de conducta	33	19,6%	135	80,4%
Diagnóstico	56	33,3%	112	66,7%
Cuidados paciente	44	26,2%	124	73,8%

Del total de cuidadores familiares encuestados el 70(42,17%) tienen conocimientos sobre la demencia; dentro de los síntomas que conocen predomina dificultad para recordar con el 140(83,3%) y desorientación con un

124(73,8%) pero solo 9(11,4%) tiene conocimientos sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico de la demencia.

La demencia fue la segunda 27(16,1%) enfermedad que genera más temor en los cuidadores familiares después del cáncer 75(44,6%).

Tabla 3. Actitudes sobre la demencia en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en el servicio de geriatría de un hospital de Chiclayo. Mayo – octubre 2018.

Preguntas	Buena actitud			
	Si		No	
	n	%	n	%
Síntomas y signos	35	20,8%	133	79,2%
Diagnóstico definitivo: demencia	115	68,5%	53	31,5%
Diagnóstico clínico o auxiliar	120	71,4%	48	28,6%
Diagnostico futuro	112	66,7%	56	33,3%
Diagnóstico: Procedimiento invasivo	64	38,1%	104	61,9%
Plan de salud	68	40,5%	100	59,5%

Del total de los cuidadores familiares encuestados el 85 (50.99%) tiene una buena actitud sobre la demencia y el 19(23,01%) tiene una buena actitud sobre el diagnostico oportuno (clínico, auxiliar u otro procedimiento) de la demencia.

Tabla 4. Asociación de los conocimientos y capacitación previa – sexo de los cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en el servicio de geriatría de un hospital de Chiclayo. Mayo – octubre 2018.

Conocimientos	Indicador	Sexo			Capacitación previa		
		femenino	masculino	p*	si	no	p*
Conoce a alguien	conoce	55 (32,7%)	18 (10,7%)	0,133	16 (9,5%)	57 (33,9%)	0,144
Definición		51 (30,4%)	29 (17,3%)	0,183	15 (8,9%)	65 (38,7%)	0,538
Signos y síntomas		24 (14,3%)	9 (5,4%)	0,679	6 (3,6%)	27 (16,1%)	0,797
Factores de riesgo		59 (35,1%)	16 (9,5%)	0,019	15 (8,9%)	60 (35,7%)	0,307
Enfermedad letal		43 (25,6%)	13 (7,7%)	0,157	7 (4,2%)	49 (29,2%)	0,383
Enfermedad contagiosa		99 (58,9%)	38 (22,6%)	0,084	26 (15,5%)	111 (66,1%)	0,112
Tratamiento farmacológico		68 (40,5%)	25 (14,9%)	0,241	21 (12,5%)	72 (42,9%)	0,023
Tratamiento curativo		62 (36,9%)	27 (16,1%)	0,869	16 (9,5%)	73 (43,5%)	0,682
Tratamiento no farmacológico		52 (31,0%)	17 (10,1%)	0,175	7 (4,2%)	62 (36,9%)	0,062
Problemas de conducta		48 (28,6%)	20 (11,9%)	0,738	15 (8,9%)	53 (31,5%)	0,142
Cuidados familiares problemas de conducta		24 (14,3%)	9 (5,4%)	0,679	7 (4,2%)	26 (15,5%)	0,440
Diagnostico		45 (26,8%)	11 (6,5%)	0,033	14 (8,3%)	42 (25,0%)	0,049
Antecedentes de cuidar paciente		38 (22,6%)	6 (3,6%)	0,04	12 (7,1%)	32 (19,0%)	0,035

¥: según la prueba chi-cuadrado

El conocimiento de los factores de riesgo de la demencia está asociado con el sexo del cuidador ($p = 0,019$).

El cuidador tiene mayor conocimiento sobre la utilización de un medicamento o fármaco para tratar la demencia si recibió una capacitación previa ($p = 0,023$).

El cuidador que recibió una capacitación previa sabrá que es necesario un estudio clínico o auxiliar para determinar si alguien que posee un problema de memoria es o no una demencia ($p = 0,049$) y también tiene significancia estadística con el sexo del cuidador ($p = 0,033$).

El conocimiento que obtuvo el cuidador por haber participado en el cuidado de un paciente con demencia aumenta cuando ha asistido a una capacitación previa ($p = 0,035$) y también tiene significancia estadística con el sexo del cuidador ($p=0,04$).

Tabla 5. Asociación de las actitudes y capacitación previa – sexo de los cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en el servicio de geriatría de un hospital de Chiclayo. Mayo – octubre 2018.

Actitudes	Indicador	Sexo		p*	Capacitación previa		p*
		femenino	masculino		si	no	
Signos y síntomas	Buena actitud	24 (14,3%)	11 (6,5%)	1	11 (6,5%)	24 (14,3%)	0,019
Diagnóstico definitivo: demencia		78 (46,4%)	37 (22,0%)	0,720	20 (11,9%)	95 (56,5%)	0,825
Diagnóstico clínico o auxiliar		86 (51,2%)	34 (20,2%)	0,271	22 (13,1%)	98 (58,3%)	0,493
Diagnostico futuro		76 (45,2%)	36 (21,4%)	0,724	21 (12,5%)	91 (54,2%)	0,383
Diagnóstico: Procedimiento invasivo		46 (27,4%)	18 (10,7%)	0,608	10 (6,0%)	54 (32,1%)	0,834
Plan de salud		51 (30,4%)	17 (10,1%)	0,179	11 (6,5%)	57 (33,9%)	1

¥: según la prueba chi-cuadrado

El cuidador tiene una buena actitud para consultar por olvidos a un profesional de salud si recibió antes una capacitación previa sobre la demencia ($p = 0,019$). No se encontró significancia estadística entre el sexo y la capacitación previa con las otras variables de actitud.

IV. DISCUSIÓN

En el estudio se encontró que en nuestro medio la demencia fue la segunda enfermedad que genera mayor temor después del cáncer en contraposición con lo encontrado por Russo M. y col.(10) que tiene a la demencia en el tercer lugar después del cáncer y el accidente cerebrovascular ya que utilizó una población médica y no médica y las encuestas fueron aplicadas en una institución privadas y una pública.

Los cuidadores familiares menores de 60 años son siete veces más que los mayores de 60 años y predomina el sexo femenino, en concordancia con lo encontrado por Crespo M y col.(19) donde obtuvo que tres cuartos de los cuidadores de adultos mayores dependientes eran mujeres y menores de 60 años ; pues ambos estudios utilizaron poblaciones similares, cuidadores mayores de 18 años que cuidan a una personas mayor de 60 años dependiente y con parentesco familiar con el adulto mayor.

El triple de cuidadores familiares no ha participado anteriormente en el cuidado de un paciente con demencia, por lo cual menos de la mitad de los cuidadores familiares encuestados tienen conocimientos previos sobre la demencia; y dentro de los síntomas que conocen predomina dificultad para recordar y desorientación en concordancia con el encontrado por Russo M. y col.(10) donde los dos tercios de sus encuestados son capaces de identificar estos mismos síntomas de la demencia a pesar de que la población del estudio fue diferente, pues en el estudio de Russo M. y col (10) se encuestó a personal médico que ya tenía conocimiento sobre la demencia.

De los cuidadores familiares encuestados solo una décima parte tiene conocimientos sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico de la demencia en concordancia con el encontrado por Gillespie R. y col.(9) en donde los cuidadores tienen menos de una décima de conocimientos adecuados en tratamiento de la demencia, ya que ambos estudios fue aplicado a cuidadores informales que no tenían conocimientos óptimos o adecuados sobre el tratamiento de la demencia.

La mitad de cuidadores familiares tienen una buena actitud sobre la demencia y de estos la mitad tiene una buena actitud sobre el diagnóstico oportuno (clínico, auxiliar u otro procedimiento) de la demencia, pero menos de la mitad de los cuidadores familiares estaría dispuesto a pagar si el plan de salud no cubre el estudio diagnóstico, en el caso hipotético de tener la enfermedad similar a Russo M. y col.(10) donde más de los dos tercios de su encuestados tienen una buena actitud para un diagnóstico oportuno pero solo el tercio pagarían por un plan de salud que no cubre el estudio diagnóstico, en el caso hipotético de tener la enfermedad; a pesar que en ambos estudios hay profesionales que podrían tener los recursos económicos necesarios no se realizarían un examen diagnóstico oportuno.

El cuidador tiene mayor conocimiento sobre la utilización de un medicamento o fármaco para tratar la demencia si recibió una capacitación previa en concordancia con lo encontrado por Gillespie R y col.(9) donde el conocimiento asegura de que la administración de medicamentos sea de una manera segura y eficaz .

El cuidador tiene mayor conocimiento sobre un estudio clínico o auxiliar para determinar si alguien que posee un problema de memoria es o no una demencia si recibió una capacitación previa y se asocia significativamente con el sexo femenino del cuidador en concordancia con Hsiao H. y col.(11) en donde destacan la importancia del modelo de atención de la demencia a través de la colaboración entre las instituciones académicas, las comunidades y los proveedores de salud mental brindando información antes de la utilización de los estudios clínicos, a pesar que el estudio utilizó un instrumento diferente para determinar el conocimiento de la demencia; en ambos estudios las poblaciones similares, cuidadores con una media de edad 50 años que cuidan a una personas mayor de 60 años dependiente.

El conocimiento que obtuvo el cuidador por haber participado en el cuidado de un paciente con demencia aumenta cuando ha asistido a una capacitación previa y también tiene significancia estadística con el sexo femenino del cuidador en

concordancia con el encontrado por Russo M. y col.(10) donde los encuestados predomino el sexo femenino y concluye que para una obtener buen cuidado de un paciente se debe recibir un taller o charla previa, ya que ambos estudios utilizaron un instrumento similar pero cada uno modificado a su entorno.

El cuidador tiene una buena actitud para consultar por olvidos a un profesional de salud si recibió antes una capacitación previa sobre la demencia en contraposición con lo encontrado por Russo M. y col.(10) donde más de la mitad de los encuestados no consultaron por olvidos a un profesional pero dentro de los que consultaron fueron más los mayores de 50 años; ya que la población del estudio incluyo profesional médico por lo cual creen que no es necesario asistir a consulta por olvidos .

El conocimiento de los factores de riesgo de la demencia está asociado con el sexo femenino del cuidador. Y de los cuidadores familiares los que no tuvieron capacitación son 5 veces más que los que recibieron capacitación; no se encontraron estudios publicados para la discusión por lo que es un resultado novedoso.

Al momento de la aplicación del estudio se obtuvo como limitación que al utilizar un muestreo no probabilístico consecutivo y un tamaño muestral en un periodo determinado al asociar las variables podrían sugerir efecto al azar. Y que al excluirse a los cuidadores que no tienen parentesco familiar con el paciente podrían subestimar el nivel de conocimientos y actitudes, ya que estos podrían tener capacitaciones previas sobre la demencia.

V. CONCLUSIONES

Los cuidadores familiares son en la mayoría mujeres con edad promedio de 41 años, con parentesco familiar de hija con escolaridad secundaria y soltera, sin capacitación previa sobre demencia.

De los cuidadores familiares cuatro de diez tienen conocimientos sobre la demencia; entre los síntomas que más conocen predomina dificultad para recordar y desorientación; además cuatro de diez cuidadores conocen los factores de riesgo y solo uno de diez conoce sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico de la demencia.

La mitad de los cuidadores familiares tiene una buena actitud sobre la demencia y dos de diez cuidadores tiene una buena actitud sobre el diagnóstico oportuno (clínico, auxiliar u otro procedimiento) de la demencia pero solo cuatro de diez cuidadores pagarían por un plan de salud que no cubre el estudio diagnóstico.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda aumentar el tamaño muestral y lugar de realización (ESSALUD y MINSA) para estudios posteriores ya que se obtendría mayor captación de datos y observar en ámbito global cuanto conocen los cuidadores acerca de la demencia y si hay diferencia en cuanto a los conocimientos y actitudes de los cuidadores del sector ESSALUD y MINSA.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Antúñez M. La enfermedad de Alzheimer y el cuidador principal. Nuberos Científica [Internet]. 2013 [citado 11 de enero de 2020];2(10). Disponible en: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/39>
2. Labos E, Slachevsky A, Fuentes P. Las Demencias: Historia, concepto, clasificación y tratamiento [Internet]. [citado 9 de enero de 2020]. Disponible en: <http://studyres.es/doc/1113002/las-demencias--historia--concepto--clasificaci%C3%B3n-y>.
3. Custodio N, García A, Montesinos R, Escobar J, Bendezú L. Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: estudio puerta a puerta. An Fac Med. 2013;69(4):233.
4. OMS | Datos interesantes acerca del envejecimiento [Internet]. WHO. [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
5. OMS | Demencia [Internet]. WHO. [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
6. Pradilla G. Demencia: La epidemia silenciosa del III Milenio. Rev Salud UIS [Internet]. 2004 [citado 10 de enero del 2020];36(3). Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/633>
7. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>.

8. Bastidas T, Torres J, Cerón L, Córdoba W, Navia P. La enfermedad de Alzheimer: un problema creciente en las ciencias médicas. 2017;1(1):1-15.
9. Gillespie R, Mullan J, Harrison L. Managing medications: the role of informal caregivers of older adults and people living with dementia. A review of the literature. *J Clin Nurs*. 2014;23(23-24):3296-308.
10. Russo M, Bartoloni L, Antúnez M, Serrano C, Bagnatti P, Allegri R. Encuesta sobre la enfermedad de Alzheimer en el contexto de los nuevos paradigmas diagnósticos. *Neurol Argent*. 2012;4(3):25-118.
11. Hsiao H, Liu Z, Xu L, Huang Y, Chi I. Knowledge, Attitudes, and Clinical Practices for Patients With Dementia Among Mental Health Providers in China: City and Town Differences. *Gerontol Geriatr Educ*. 2016;37(4): 58-342.
12. Ávila J, García J, Ruiz J. Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *Rev Colomb Psicol*. 2010;19(1):71-84.
13. Cabrera Á, Casteleiro E, Argüelles J, Piña J, Jiménez R. Actualización en diagnóstico y manejo de las demencias. Aportes prácticos en nuestro contexto Updating the Diagnosis and Management of Dementia. Practical Contributions in our Context. 2012;2(1):76-87.
14. Carnero P, Serrano J. Capítulo 19: Demencia: Criterios diagnósticos y conceptos sobre demencia [Internet]. [citado 9 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.coursehero.com/file/22671651/19demencias/>
15. Zavala G M, Vidal G D, Castro S M, Quiroga P, Klassen P G. Funcionamiento social del adulto mayor. *Cienc Enferm*. 2006;12(2):53-62.

16. Ortiz M, López I, Montoya K. Conocimientos, Actitudes y Práctica del equipo de cuidadores formales en la atención al adulto mayor en el hogar de ancianos "Horizonte" San Marcos, Carazo II Semestre 2015 [Internet] [other]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2016 [citado 12 de enero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/2279/>
17. Locanto Ó. Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Arch Med Interna. 2015;37(2):61-7.
18. Bermúdez R, Debrok L, Carballo H, Paz D, Brooks G. Capacitación para cuidadores primarios de personas adultas mayores dependientes desde la educación popular. Rev Inf Científica. 2016;95(2):213-23.
19. Crespo M, López J. Cuidados y cuidadores : el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales;2008;1(3): 1-36.
20. García R. Los tiempos del cuidado, el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: IMSERSO; 2010; 1(2): 1-23.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

Estudio: Conocimientos y actitudes sobre la demencia en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en el servicio geriatría de un hospital de Chiclayo. Mayo- octubre 2018.

Estimado señor o señora:

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es desarrollada por Alarcón Mondragón Bertha Carito, identificado con DNI N° 73485500, estudiante de la Universidad San Martín De Porres – Chiclayo, con el apoyo de los doctores Víctor Torres Anaya y Juan Alberto Leguía Serna estamos invitando a usted a participar en forma voluntaria. La investigación tiene por objetivo determinar los conocimientos y actitudes sobre la demencia en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en el servicio geriatría de un Hospital de Chiclayo. Mayo- octubre 2018

El personal del estudio hablara con usted acerca de esta información y usted es libre de hacer preguntas sobre este estudio en cualquier momento. Si usted está de acuerdo en participar de este estudio, a usted se le pedirá que firme este formulario de consentimiento. Si usted decide participar en este estudio, se le pedirá responder a una serie de preguntas, esto tomara aproximadamente 15 – 20 minutos

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria, en caso usted se niega a participar; su atención en el hospital no será perjudicada y se realizara con total normalidad. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si presenta alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

No se realizará pago alguno (económico y de alguna otra forma) para que acepten participar en el estudio.

Usted puede preguntar sobre cualquier aspecto que no comprenda. El personal del estudio responderá sus preguntas antes, durante y después del estudio.

Si tuviera alguna duda acerca de la investigación, deberá comunicarse con el investigador en: caritoam20@gmail.com telf. 942493120

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo, Acepto participar voluntariamente en esta investigación, formar parte de este estudio, habiendo leído todo el texto anterior y estando conforme.

Fecha: __/__/2018

DNI del Participante

Firma del Participante

Anexo 2: Instrumentos para la toma de datos

Encuesta: Conocimientos y actitudes sobre la demencia en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en el servicio geriatría de un hospital de Chiclayo. Mayo- octubre 2018.

De los siguientes enunciados marque usted lo que considere más adecuado para responder a las preguntas.

Sección 1: Prioridad

Pregunta 1

Para usted, ¿Cuál de las siguientes enfermedades genera mayor miedo? Si usted la presentara.

- a. Diabetes
- b. Accidente cerebrovascular
- c. Infarto al corazón
- d. Demencia
- e. Cáncer
- f. Depresión
- g. Gripe

Sección 2: Conocimientos sobre la demencia

Pregunta 2

¿Conoce a alguien que tenga demencia?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

Pregunta 3

¿Qué es la demencia?

- a. Enfermedad caracterizada por presentar lentitud y ausencia de los movimientos voluntarios, rigidez muscular y temblor.
- b. Enfermedad caracterizada por la pérdida progresiva e imparable de neuronas.

- c. Enfermedad que afecta a los nervios. Es crónica y no contagiosa del sistema nervioso.
- d. Todas las anteriores.

Pregunta 4

¿Cuál de los siguientes signos y síntomas considera usted que puede ser parte de la demencia? (puede marcar más de uno)

- a. Dificultad para recordar
- b. Desorientación
- c. Estar perdido
- d. Dificultad para realizar tareas cotidianas
- e. Furia
- f. Alucinaciones
- g. Dolores generalizados
- h. Dificultad para manejar dinero
- i. Pérdida de apetito
- j. Dificultad para caminar
- k. Todas las anteriores

Pregunta 5

¿Cuáles son los factores de riesgo?

- a. Los principales son la edad que ocurre aproximadamente con más frecuencia a partir 70 años y el sexo femenino.
- b. Da con mayor frecuencia a los adultos jóvenes.
- c. Los factores genéticos son fundamentales en el desarrollo de la enfermedad. Y hay más riesgo cuando tiene un familiar cercano que ha experimentado síntomas demenciales.
- d. Todas las anteriores.

Pregunta 6

¿Piensa que la demencia es una enfermedad fatal?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

Pregunta 7

¿Crees usted que la demencia es una enfermedad contagiosa?

- a. Si

- b. No
- c. No sabe

Pregunta 8

¿Piensa que hay algún medicamento para tratar la demencia?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

Pregunta 9

¿Piensa que la demencia tiene cura?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

Pregunta 10

¿Cuál es el tratamiento no farmacológico que se recomienda?

- a. Realizar actividades que resulten atractivas como caminar, bailar o hacer ejercicios.
- b. Participar en juegos de cartas, dominó, palabras cruzadas o sudokus.
- c. Mantenerse socialmente activo, participar en grupos de amigos, discusión o tertulias.
- d. Todas las anteriores.

Pregunta 11

¿Cuáles son los problemas de conducta (agresión, agitación y alucinaciones) que pueden presentarse en los pacientes con demencia?

- a. Los problemas de la conducta son parte de la enfermedad desde etapas iniciales: depresión, apatía, ansiedad, hiperactividad, deambulación y conductas reiterativas, entre otros.
- b. La demencia no se relaciona con alteraciones de la conducta.
- c. Solo se presentan alteraciones de la conducta en etapas avanzadas de la enfermedad.
- d. Todas las anteriores.

Pregunta 12

¿Qué puede hacer la familia para evitar problemas de conducta en quienes padecen demencia?

- a. Identificar las causas: dolor, miedo, desconocimiento del medio, cambios en personas, espacios vitales o rutinas.
- b. Mantener un ambiente estable, rutinario, ordenado y tranquilo, y darles un trato amable.
- c. Tratar de controlar el ambiente, en la medida de lo posible, para que no haya estímulos muy irritantes, como música fuerte, gritos y mucha gente, entre otros.
- d. Todas las anteriores.

Pregunta 13

¿Sabe si existe algún estudio clínico o auxiliar (laboratorio, diagnóstico por imágenes) para determinar si alguien que posee un problema de memoria es o no una demencia?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

Pregunta 14

¿Ha participado en el cuidado de un paciente con demencia?

- a. Si
- b. No

Sección 3: Actitudes acerca de la demencia

Pregunta 15

¿Ha consultado usted por olvidos a algún profesional?

- a. Si
- b. No

Pregunta 16

¿Si el médico piensa que usted tiene una demencia, usted querría saberlo?

- a. Si
- b. No

Pregunta 17

En el caso hipotético que Usted tuviera olvidos y hoy existiera un estudio capaz de determinar si tiene o no la demencia. ¿Usted se lo haría?

- d. Si
- e. No

f. No sabe

Pregunta 18

En el caso hipotético que existiera un estudio capaz de determinar si un paciente puede tener o no la demencia en unos años. ¿Usted se lo haría?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

Pregunta 19

En el caso hipotético que para tener el diagnóstico tuviera que hacerse un procedimiento invasivo y doloroso (punción lumbar). ¿Usted se lo haría?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

Pregunta 20

Si su plan de salud (ESSALUD – SIS – Particular) no le cubre el estudio y el costo del mismo es alto ¿Usted se lo haría?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

1. Ficha de recolección de datos

Conocimientos y actitudes sobre la demencia en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en el servicio geriatría de un hospital de Chiclayo. Mayo- octubre 2018.

- **Características socio- demográficas**

Sexo a. Femenino b. Masculino	Edad	Parentesco familiar a. Hermano b. Esposo c. Hijo d. Otro.....
Escolaridad a. Primario b Secundario c. Técnico d. Universitario		Estado civil a. Casado b. Soltero c. Viudo d. Divorciado
Capacitación previa a. si b. no		