



TESIS

**“CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y
LOS CUIDADOS AL PACIENTE ADULTO MAYOR ATENDIDO EN
EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO-AREQUIPA-
2016”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**PRESENTADA POR
ANAHUI MAMANI LAYZA**

AREQUIPA – PERÚ, 2018

**“CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y
LOS CUIDADOS AL PACIENTE ADULTO MAYOR ATENDIDO EN
EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO-AREQUIPA-
2016”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar el conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los cuidados que brinda en el hogar al paciente adulto Mayor que padece de esta enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 40 familiares, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,866; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,951, la prueba de hipótesis se comprobó estadísticamente mediante la R de Pearson con un valor de 0,933 y con un nivel de significancia de valor $p < 0.05$.

CONCLUSIONES:

Los conocimientos sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar del paciente adulto mayor que padece de esta enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, que tienen nivel Medio, tienen a su vez un nivel En proceso de cuidados que brinda en el hogar, el familiar con un nivel de conocimientos Altos tienen a su vez un nivel Adecuado de cuidados en el hogar y el familiar con un nivel Bajo de conocimientos tienen a su vez un nivel Inadecuado de Cuidados en el hogar. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Conocimientos y cuidados en el hogar del familiar.

PALABRAS CLAVES: *Conocimiento, enfermedad de Parkinson, cuidador familiar, paciente adulto Mayor.*

ABSTRACT

The present investigation had like Objective: To determine the knowledge on the disease of Parkinson that has the relative and the cares that it provides in the home to the adult patient Greater that suffers of this illness attended in the Regional Hospital Honorio Delgado Arequipa 2016. It is a descriptive investigation A cross-sectional study was carried out with a sample of 40 patients, for the collection of the information a Likert-type questionnaire was used, the validity of the instrument was carried out by means of the test of concordance of the expert judgment, obtaining a value of 0.866; the reliability was performed by the Cronbach's alpha with a value of 0.951, the hypothesis test was statistically verified by the Pearson's R with a value of 0.933 and with a significance level of p value <0.05.

CONCLUSIONS:

The knowledge about Parkinson's disease that the family member of the elderly adult patient who suffers from this disease treated at the Honorio Delgado Regional Hospital in Arequipa, who have an intermediate level, has a level of care that is provided in the home , the family member with a high level of knowledge have at the same time an adequate level of care in the home and the family member with a low level of knowledge have an inadequate level of care in the home. These results indicate that there is a relationship between both variables: Knowledge and care in the relative's home.

KEY WORDS: *Knowledge, Parkinson's disease, family caregiver, elderly adult patient.*

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESÚMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudios	6
1.5. Limitaciones	6
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de términos	36
2.4. Hipótesis	37
2.5. Variables	38
2.5.1. Definición conceptual de las variables	38
2.5.2. Definicion operacional de la variable	38
2.5.3. Operacionalización de la variable	39

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	41
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	41
3.3. Población y muestra	41
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	42
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	42
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	42
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	43
CAPÍTULO V: DISCUSION	47
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCION

La enfermedad de Parkinson es crónica, por lo que afecta no sólo al individuo que la padece, sino también a aquellos que lo rodean. Implica una serie de trastornos como el psico- emocional, económico y social que deben ser conocidos y asumidos por el paciente y la familia. Las diferentes etapas de la enfermedad involucran una serie de sentimientos como tristeza, desesperanza, depresión, angustia, ira, enojo, insatisfacción e incertidumbre. Los pacientes se avergüenzan, no se aceptan, se encierran en sí mismos o se vuelven más irascibles como reflejo en la mayoría de casos de los conflictos que surgen con la familia.

El presente trabajo de investigación se podrá observar que consta de 4 capítulos. En cuanto al Capítulo I llamado El Problema consta de: determinación del problema, formulación del problema, los objetivos de la investigación, justificación del estudio u limitaciones de la investigación. En el

Capítulo II llamado Marco Teórico consta de: antecedentes del estudio, base teórica y el marco conceptual. En el Capítulo III llamado Sistema de Hipótesis que consta de: hipótesis, variables y la operacionalización de variables. En el Capítulo IV llamado Metodología consta de: tipo de estudio, método, descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, plan de recolección y procesamiento de datos y los Aspectos Administrativos consta de: cronograma de actividades, recursos y el presupuesto de la investigación. Finalmente se presentará las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes donde se consigna la matriz de consistencia y el instrumento.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Adulto Mayor desde el punto de vista biológico se considera desde los 65 años, en sociedades orientales como la China y el Japón se considera, el envejecimiento, como signo de sabiduría. Mientras que en la cultura occidental, se le relaciona con la presencia marcada de líneas de expresión o el bienestar de una anhelada pensión. Solo, si el hombre occidental asimila de la cultura oriental, el respeto y la consideración por el adulto mayor, este podrá ser reconocido como una persona sabia y por lo tanto, digna de respeto, cuidado y amor.

Los cambios asociados al envejecimiento se inician de forma poco aparente, para exteriorizarse poco a poco. Todo esto requiere un ajuste y adaptación orgánica de cada individuo que le permita mantenerse en salud, lo que determinará, respectivamente, su capacidad de resistencia y adaptación.

Los requerimientos individuales para resolver las necesidades de la vida cotidiana son distintos y están sujetos a las incapacidades o limitaciones personales para funcionar de forma independiente. Se puede hablar entonces del nivel funcional óptimo como aquel que permite al adulto mayor ser lo más independiente posible.

El adulto mayor, como ser humano, puede verse afectado por cualquiera de las enfermedades que padece la humanidad. En tal caso el adulto

mayor puede padecer su enfermedad con las mismas manifestaciones con que dicha afección se presenta en otros grupos de edad, o padecerla con pocas variaciones sustanciales y presentar, las mismas necesidades de atención que hubieran podido surgir en una época anterior. Así, no necesariamente requiere atención especializada (geriátrica), a no ser que se vea desestabilizada su capacidad de respuesta frente a la hipotética enfermedad. Ello depende en su mayor parte, de la conservación y funcionalidad de los órganos efectores y reguladores que permiten la adaptación del organismo al factor desestabilizador. La pérdida de la capacidad de respuesta frente a la agresión favorece la permanencia de la enfermedad.

El Adulto Mayor en esta etapa de su vida va desarrollando diferentes problemas de carácter degenerativo, agrupados en Biomédicos(accidentes, caídas, discapacidad física, polifarmacia, enfermedades crónicas, tumores malignos, problemas cardiovasculares), Psicológicos(deterioro intelectual, demencias), Sociales(discapacidades (parálisis, sordera y ceguera), aislamiento social (muerte de amigos, partida de los hijos, retiro de la vida laboral) y Neurológicos(Alzheimer, Demencia Senil, Parkinson); el adulto mayor debido a estas características se vuelve más frágil. ⁽¹⁾

La enfermedad de Parkinson es un padecimiento crónico, progresivo y degenerativo. No sólo es una alteración del movimiento, también afecta el funcionamiento de otros sistemas corporales, la inmovilidad es un síndrome que deteriora de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores. Afecta aproximadamente a 2 de cada 1.000 personas y aparece más frecuentemente después de los 50 años de edad; aunque en ocasiones se presenta en adultos jóvenes y pocas veces en niños. Este mal afecta tanto a hombres como a mujeres y es uno de los trastornos neurológicos más comunes en las personas de edad avanzada, en la medida de que la enfermedad va avanzando con el tiempo las complicaciones se hacen más notorias, evidenciándose Dificultad para realizar las actividades diarias, Dificultad para tragar o para comer,

Discapacidad (difiere de una persona a otra), Lesiones por caídas, Neumonía por aspiración.⁽¹⁾

La función esencial de la familia se basa en la transmisión de valores, de cultura en la que esta insertada, que contempla a los adultos mayores y todo lo que se relacione con ellos, la familia actúa como agente ideológico que transmite y perpetúa las acciones y normas sociales, se relaciona con la transmisión de las actitudes que se deben adoptar, en éste caso, para relacionarse con el adulto mayor, para explicar parte del comportamiento de las mismas familias es necesario contemplar los roles que desempeñan cada uno de los miembros de la familia; sin embargo en la mayoría de casos el adulto mayor se convierte en una carga familiar ya que depende en su totalidad de los familiares y ellos lo toman como una obligación; encontrando la mejor solución a este problema llegando al abandono del adulto mayor.

La familia cumple un rol importantísimo en el cuidado y mantenimiento de la salud de los adultos mayores. Los mayores no son asiduos concurrentes a los consultorios médicos por propia iniciativa; en este sentido cobra particular importancia la figura del llamado cuidador primario, quien principalmente es un familiar y ocasionalmente un profesional de la salud; es decir, de la persona a cargo del cuidado y apoyo del adulto mayor, quien ve por el adulto mayor para suplirle todas aquellas necesidades que requiera para mantener su independencia o funcionalidad geriátrica.

Uno de los grandes inconvenientes que se presentan en el cuidado de un adulto mayor, es la falta de conocimiento en cuanto a los cambios fisiológicos y psicosociales propios de este ciclo vital.

Actualmente en la clínica geriátrica del ejercito ubicada en el distrito de chorrillos, hasta el año 2009 se ha determinado 22 casos de pacientes con la enfermedad de Parkinson de un total de 90 personas que acuden a la consulta neurológica.

Evidenciándose la mayor incidencia en el sexo masculino; al conversar con los familiares de dichos pacientes confirmaron los síntomas característicos de dicho mal como inestabilidad de sus movimientos, calambres musculares, dolores musculares, dificultad para realizar sus actividades cotidianas y la necesidad de saber y conocer acerca de los cuidados y tratamientos de la enfermedad; debido a que conforme avanza el mal el adulto mayor se vuelve una carga familiar que requiere especial atención.

Luego los familiares expresaron su preocupación acerca de ¿Cómo puedo ayudarlo?, ¿Cómo realizo su higiene personal?, ¿Qué tipo de alimento debe consumir?, ¿Qué hago para que se siente mas seguro?, ¿Qué apoyo emocional le puedo dar?, además del cuidado de piel y anexos, cuidado de su apariencia, las medidas de seguridad para el cuidado de su integridad física y evitar accidentes que pueden complicar aun mas la situación del adulto mayor con Parkinson.

El factor más importante de prevención es la actitud que asuma cada individuo a merced de un proceso educativo frente al riesgo de esta enfermedad.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es el conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los cuidados que brinda en el hogar al paciente adulto mayor que padece de esta enfermedad, atendido En el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016? .

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson en la dimensión cuidados físicos, psicológicos y sociales que tiene el familiar del paciente adulto mayor que padece de la enfermedad

atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016?.

- ¿Cuáles son los cuidados físicos, psicológicos y sociales que brinda el familiar en el hogar al paciente adulto mayor que padece de la enfermedad de Parkinson atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016?.
- ¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los cuidados que brinda en el hogar al paciente adulto Mayor que padece de esta enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016?.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

- Determinar el conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los cuidados que brinda en el hogar al paciente adulto Mayor que padece de esta enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar el conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson en la dimensión cuidados físicos, psicológicos y sociales que tiene el familiar del paciente adulto mayor que padece de la enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016.
- Identificar los cuidados físicos, psicológicos y sociales que brinda el familiar en el hogar al paciente adulto mayor que padece de la enfermedad de Parkinson atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016.
- Identificar la relación entre el conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los cuidados que brinda en el

hogar al paciente adulto Mayor que padece de esta enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La enfermedad de Parkinson (EP), también denominada Parkinsonismo idiopático o parálisis agitante es un trastorno neurodegenerativo crónico que conduce con el tiempo a una incapacidad progresiva, producido a consecuencia de la destrucción, por causas que todavía se desconocen, de las neuronas pigmentadas de la sustancia negra. Frecuentemente clasificada como un trastorno del movimiento, la enfermedad de Parkinson también desencadena alteraciones en la función cognitiva, en la expresión de las emociones y en la función autónoma.

Con la presente investigación se pretende lograr la participación activa de los familiares en el cuidado del adulto mayor con Parkinson identificándolo a este como el cuidador primario.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación cubre la población de los familiares de pacientes ambulatorios con enfermedad de Parkinson..

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Marina Sánchez Sanabria; “El sentido cultural del cuidado en casa del enfermo adulto mayor con párkinson”; Colombia 2006; investigación realizada para la obtención del grado de Licenciada en Enfermería; con el propósito de determinar el sentido cultural del cuidado en casa del enfermo”; Colombia. Esta investigación tiene un diseño cualitativo descriptivo, transversal para comprender las diferencias existentes en los conocimientos, actitudes y practicas incluidas por la percepción o sentido cultural de cuidador primario, como elemento básico para caracterizar elementos culturales presentes en el ambiente de cuidado al enfermo que está en cas a través de la indagación profunda de la percepción y sentimientos que tiene tanto el cuidador primario como el ser cuidado en casa.

Se realizó con los usuarios inscritos del Programa de Promoción y Prevención de la indagación profunda de la percepción y sentimientos Universidad Popular del Cesar (IPS-UPC) de los enfermos con parkinson y discapacitados a nivel comunitario del grupo extramural de la comuna cinco y del Hospital Eduardo

Arredondo Daza de la ciudad de Valledupar, Colombia. El valor de realizar este proyecto, está en ocultar los múltiples significados que en la realidad vivida por los seres cuidadores primarios y en los seres cuidados; son esas distintas formas de percibir la existencia, influido por el conocimiento de los ancestrales, los sentimientos y la sabiduría de la cultura que cada uno posee para expresarse en las múltiples formas que el cuidado lo acontece y lo requiere para dar el sentido cultural característico y diferenciado que se percibe en el modo de cuidar y la satisfacción de quien lo recibe y lo ofrece.⁽²⁾

Este aspecto fue valioso para la comunidad académica del programa de enfermería, porque ubicó epistémicamente la transculturalidad del cuidado como una mirada y forma de enseñar transdisciplinariamente, enseñando y ofreciendo el cuidado desde la cultura, sentimientos y pensamientos del ser cuidado para el mantenimiento de la vida y la salud, en la que estudiantes de enfermería desde sus primeras experiencias formativas deben incursionar en la intervención holística que se requiere en el cuidado de la salud y la vida.

José Robles Montalvo; “Relación entre el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los cuidados que brinda en el hogar al paciente adulto mayor que padece de esta enfermedad atendidos en la Clínica santa fe. Colombia. 2006; con el propósito de determinar la Relación entre el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los cuidados que brinda en el hogar al paciente adulto mayor que padece de esta enfermedad atendidos en la Clínica santa fe. Colombia. 2009. Esta investigación tiene un diseño cualitativo descriptivo, transversal y correlacional, para comprender las diferencias existentes en los conocimientos, actitudes y prácticas incluidas por la percepción o sentido cultural de cuidador primario, como elemento básico para

caracterizar elementos culturales presentes en el ambiente de cuidado al enfermo que esta en cas a través de la indagación profunda de la percepción y sentimientos que tiene tanto el cuidador primario como el ser cuidado en casa.

Se realizó con los familiares de pacientes con Párkinson que acuden a la clínica de Colombia. El valor de realizar este proyecto, esta en ocultar los múltiples significados que en la realidad vivida por los familiares de estos pacientes que padecen de párkinson; son esas distintas formas de percibir la existencia, influido por el conocimiento de os ancestral, los sentimientos y la sabiduría de la cultura que cada uno posee para expresarse en las múltiples formas que el cuidado lo acontece y lo requiere para dar el sentido cultural característico y diferenciado que se percibe en el modo de cuidar y la satisfacción de quien lo recibe y lo ofrece.⁽²⁾

La investigación tienen como resultados, que el nivel de conocimientos que tienes los familiares es bajo, ya que desconocen los cuidados físicos, psicológicos y sociales que deberían de saber o tener conocimientos adecuados ya que son ellos los que van a cuidar a sus familiares con Parkinson.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Pedro Jaramillo Suarez, “Efectividad de un programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor con Parkinson en los servicios de medicina del HNDAC” Lima - Peru-diciembre-2006; investigación realizada para obtener el grado académico de Licenciado en Enfermería. con el propósito de conocer la Efectividad de un programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor con Parkinson en los servicios de medicina del HNDAC. Es un estudio descriptivo, aplicativo de corte transversal, con una población de

50 pacientes con Parkinson. Los resultados antes y después de la participación de los cuidadores en el programa educativo de enfermería, mostraron en la pre – evaluación que el 84 % (21) de los cuidadores presenta un conocimiento entre medio y alto y solo un 16 % (4) conocimiento bajo; y en la post – evaluación el 100 % de los cuidadores presentan conocimiento entre medio a alto.

Los resultados de acuerdo a la necesidad de alimentación, higiene, movilización y descanso sueño del paciente con Parkinson mostraron lo siguiente: En la Necesidad de Alimentación se observa que en la pre – evaluación, el 76 % de cuidadores presenta un conocimiento de medio a alto y solo un 24 % conocimiento bajo y en la post – evaluación llega a un 100% de conocimiento medio a alto. Respecto a la Necesidad de Higiene de los pacientes con Parkinson los resultados en la pre – evaluación fue que el 80 % de los cuidadores presentaron un conocimiento de medio a alto y solo el 20 % un conocimiento bajo a diferencia de la post – evaluación donde el 100 % de los cuidadores presenta un conocimiento medio a alto. En relación a la Necesidad de Movilización los cuidadores presentaron en la pre – evaluación que un 96 % tenía un conocimiento de medio a alto, y solo un 4 % tenía un conocimiento bajo, mientras que en la post – evaluación el 100 % presentó un conocimiento de medio a alto. Por último se observa los resultados respecto a la Necesidad de Descanso y Sueño, en la pre – evaluación el 8 % de cuidadores presentó un conocimiento alto y el 72 % un conocimiento medio, siendo solo el 20 % de cuidadores que presenta un conocimiento bajo a diferencia de la post – evaluación donde se evidencia que el 72 % presenta un conocimiento alto y el 28 % un conocimiento medio. Estos hallazgos permitieron concluir que el programa educativo de Enfermería impartido al cuidador, tiene una efectividad significativa en el aumento de conocimiento de los cuidadores que brindan atención básica al adulto mayor dependiente.⁽⁵⁾

Julio Sánchez Tejada; “Conocimientos que tienen los pacientes con Parkinson y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC – 2008”; Lima Perú 2008; El presente estudio titulado “Conocimientos que tienen los Pacientes con Parkinson y sus Familiares sobre la Enfermedad y sus Cuidados en el Hogar, en el HNDAC”, tuvo como objetivo general determinar el nivel de conocimientos que tienen los pacientes con Parkinson y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar Con el propósito de obtener y brindar información fidedigna y actualizada al personal de enfermería, para que puedan desarrollar nuevas estrategias como la implementación de un programa de actividades educativas orientadas a favorecer la recuperación y adecuado control de los pacientes con Parkinson y sus familiares. Se trata de un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo y método descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 75 pacientes con Parkinson con sus respectivos familiares, que acudieron al consultorio externo de endocrinología durante el mes de diciembre del 2007 y enero del 2008. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario.

La investigación tiene como conclusión: Los hallazgos más significativos fue que la mayoría de Pacientes con Parkinson y familiares tienen un nivel de conocimiento medio, tanto en la dimensión conocimientos sobre la enfermedad como en la dimensión conocimientos sobre los cuidados en el hogar, pero también los resultados muestran que hay una gran cantidad de pacientes y familiares que tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la enfermedad y sobre los cuidados en el hogar, y aproximadamente la quinta parte tienen un nivel de conocimiento alto.⁽⁶⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. Definiciones de conocimiento

Cada una de las facultades sensoriales del hombre en la medida de que están activas. Perder, recobrar el conocimiento.

a. Conocimiento Aparente: Es el conocimiento que se logra gracias a los sentidos, es la base de todo conocimiento científico, el punto de partida a través del cual se desarrolla y profundiza el proceso de comprensión real de la naturaleza. El conocimiento exige la aprobación de su origen y de la fuente de su verdad, para alcanzar un conocimiento aparente, basta con percibir los hechos de la realidad en forma sensible. Y se dice que es la base de todo conocimiento científico, este permite sólo un reflejo parcial en la conciencia del hombre.⁽⁷⁾

b. Conocimiento Real Científico: Es el movimiento de la razón que va del conocimiento primario al saber de lo superficial a lo profundo y multilateral por medio de la práctica. La esencia del conocimiento consiste en la auténtica de la generalización de los hechos basada en un cuidado de calidad libre de riesgo. Comprobación empírica.

El conocimiento científico tiene como objeto la realidad, es decir, la naturaleza del movimiento, por lo tanto tiene dos exigencias básicas que son:

La comprobabilidad o sea que exige la explicación de su origen y la fuente de su verdad.

El conocimiento científico aspira al conocimiento universal. Burns.⁽⁷⁾

Considero de importancia la realización de éste estudio ya que permite poner en práctica el lavado de manos médico ,la cuales una medida universal para evitar el transporte de las infecciones

de un paciente a otro y al personal de enfermería.

2.2.2. Formas de conocimiento

- **Conocimiento cotidiano:** También llamado conocimiento vulgar; es el conocimiento del mundo y de nuestro entorno que la gente usa todos los días. Ha sido adquirido a lo largo de la existencia de cada persona como resultado de sus vivencias, contacto con el mundo y otras personas y no como el producto de la experimentación consciente y dirigida para saber si son verdades irrefutables ⁽⁹⁾.

- **Conocimiento revelado o religioso:** Es la que viene de la revelación profética. Es el conocimiento adquirido a través de las tradiciones y los libros sagrados, los que a su vez provienen de la revelación divina o del mundo de Dios o de los dioses. No admite dudas y no es posible ponerlo a la prueba de métodos basados en las percepciones de nuestros sentidos o de nuestro razonamiento lógico. Simplemente se cree en ellos por fe ⁽⁹⁾.

- **Conocimiento filosófico:** Es el que proviene de la reflexión sistémica y metódica acerca de las verdades últimas de la existencia humana y de todo lo que nos rodea. Originalmente el conocimiento filosófico abarcaba o comprendía el conocimiento acerca de la naturaleza del mundo y de los seres humanos, pero en la medida que la filosofía y los filósofos fueron descubriendo leyes de la naturaleza, se fueron separando de la filosofía para constituir cuerpos o sistemas de conocimientos independientes como disciplinas autónomas.

Estas pasaron a constituirse disciplinas científicas separadas del pensamiento filosófico de manera que si bien la filosofía representa la búsqueda del conocimiento verdadero, lo hace respecto de las grandes verdades fundamentales de la vida y del universo a través de la reflexión metódica y sistemática, mientras que el conocimiento científico se refiere a aspectos más

concretos. El conocimiento filosófico esta permanentemente abierto a la revisión, al mismo tiempo que es frecuente que ofrezca más de una visión del mismo fenómeno en estudio, y contradictorios⁽⁹⁾.

- **Conocimiento científico:** Es el conocimiento considerado como verdadero, o como una verdadera descripción o explicación de la realidad existente, porque es el producto de los mejor de los métodos conocidos para la investigación, la reflexión y la experimentación sistemáticas, por una comunidad de científicos. Es una forma de conocimiento abierto a la revisión permanente y a la corrección de lo ya sabido. Aquí hay una contradicción que suele confundir al estudiante, porque si bien por una lado, como producto de la investigación, la reflexión y el descubrimiento, tenemos un conocimiento que consideramos como una verdad cierta, por otro lado es un conocimiento que esta abierta a la permanente revisión y corrección, de nuevos equipos de investigadores. En esta contradicción es donde esta su fortaleza, porque permite que se le estén haciendo continuas correcciones y aportes para mejorarlo y hacerlo aún más cierto como reflejo de la realidad.

Para efectos de esta investigación, se considera el conocimiento como el grado alcanzado de ideas, conceptos y experiencias adquiridos como resultado de sus vivencias, contacto con el mundo y otras personas. ⁽⁹⁾

2.2.3. Adulto Mayor

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzada este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono. Otra opción muchas veces tomada consiste en los asilos que se especializan en sus cuidados (de todas maneras hay considerar que en la actualidad los asilos o casas de reposo para el adulto mayor se han sofisticado crecientemente debido a la demanda del mercado, y los más sofisticados de entre estos establecimientos cuentan con comodidades y cuidados envidiables como spas, gimnasios, televisores de plasma y otros, aunque por supuesto los servicios van en relación directa con su precio, que puede llegar a ser considerable).⁽¹⁰⁾

Como vemos, se trata de un grupo de personas que son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como inoperantes o incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas. Debido a lo anterior, los gobiernos y los municipios se han ocupado de crear políticas y centros especializados que se preocupan en forma especial de los adultos mayores, otorgándoles beneficios especiales en relación a los servicios sociales y de salud, contando además con actividades especiales creadas especialmente para mantener a esta población activa y partícipe de la sociedad.

La anterior concepción de la tercera edad en la mayoría de los casos se encuentra bastante alejada de la realidad que estas personas viven. Muchas veces siguen siendo personas perfectamente sanas y activas, llenas de vitalidad que disfrutan de la tranquilidad de haber cumplido con todos los sus proyectos de vida, pudiendo disfrutar de la familia, los nietos y los triunfos acumulados durante la vida.

2.2.4. Adulto mayor y su Proceso de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso universal que afecta a todos los seres vivos. Desde el mismo momento de nacer se inicia un proceso continuo, que presenta una serie de modificaciones orgánicas y funcionales. Éstas se manifiestan gradualmente a lo largo de la vida y con variaciones en su aparición, según el medio ambiente en el que se desarrolle el individuo y sus condiciones y calidad de vida. ⁽¹⁰⁾

Es decir, el envejecimiento es un fenómeno individual, que, aunque conocido, sorprende cuando se evidencia en uno mismo, porque nadie envejece por otro. La concepción popular de la vejez suele asumir de forma indiscriminada la relación entre este proceso y la muerte, la enfermedad, la dependencia, la soledad, una menor capacidad adquisitiva y la pérdida de estatus, todo ello directamente asociado a una situación de vida totalmente negativa y contrapuesta a todos los valores considerados como positivos: juventud, trabajo, riqueza, etc.

Por tanto, y desde esta perspectiva, el envejecer iría en contra de la “felicidad” del hombre. Evidentemente, la alternativa a este planteamiento debe partir de la propia sociedad: los individuos componentes de los grupos sociales deben diseñar y resolver proyectos de vida más amplios en los que tengan cabida diferentes concepciones de los valores y de la propia vida, para ser capaces de desarrollar nuevos códigos relacionales y, por

tanto, para que cada uno de estos individuos tenga oportunidad de vivir pudiendo satisfacer sus aspiraciones y necesidades. El entorno social y material debe ser estimulante a fin de que puedan encontrar un nuevo estilo de vida útil y satisfactoria.

El pasaje de estado entendido como el cambio en la función y posición del individuo ocurrido en la tercera edad prepara a estos individuos para comenzar una nueva etapa en la que se valore más la calidad de vida y el envejecimiento exitoso. El Adulto Mayor en esta etapa de su vida va desarrollando diferentes problemas de carácter degenerativo, agrupados en Biomédicos(accidentes, caídas, discapacidad física, polifarmacia, enfermedades crónicas, tumores malignos, problemas cardiovasculares), Psicológicos(deterioro intelectual, demencias), Sociales(discapacidades (parálisis, sordera y ceguera), aislamiento social (muerte de amigos, partida de los hijos, retiro de la vida laboral) y Neurológicos(Alzheimer, Demencia Senil, Parkinson); el adulto mayor debido a estas características se vuelve mas frágil. ⁽¹⁰⁾

2.2.5. Enfermedad de Parkinson

La Enfermedad de Parkinson es un síndrome extrapiramidal progresivo, que se debe a una afectación de los ganglios basales. Esta enfermedad fue descrita por el médico James Parkinson en 1817.La Enfermedad de Parkinson y el síndrome parkinsoniano comprenden un grupo de trastornos caracterizados por temblor y alteración del movimiento voluntario, postura y equilibrio.⁽¹¹⁾

El “ Síndrome Parkinsoniano” es el grupo de alteraciones en que se desarrollan los síntomas y signos característicos del parkinsonismo, pero en forma secundaria a otra enfermedad neurológica, como por ejemplo en párkinson de origen vascular o en la enfermedad de Alzheimer. Así, mientras que la Enfermedad

de Parkinson es un trastorno degenerativo primario que se produce en la segunda mitad de la vida y sigue un curso progresivo, el síndrome parkinsoniano tiene una historia natural que depende de su causa.

La enfermedad de Parkinson pertenece a un grupo de enfermedades llamadas trastornos del movimiento. Es un proceso crónico y progresivo, provocado por la degeneración de unas células que se encuentran en la zona del cerebro llamada “sustancia negra” y que producen un neurotransmisor llamado dopamina. La falta de esta sustancia, que actúa en la transmisión nerviosa, es la responsable de los síntomas de la enfermedad. Esta enfermedad afecta principalmente al adulto mayor; la edad media de comienzo está en torno a los 55 años, aunque existen formas en las que aparecen los síntomas en edades más tempranas. Afecta por igual a hombres y mujeres y no existen diferencias en su presentación según la raza.

Los síndromes extrapiramidales podemos encontrarlos de dos tipos;

- a) Síndrome extrapiramidal de tipo acinésico – rígido: Esto se da en la enfermedad y síndrome de Parkinson.
- b) Síndrome extrapiramidal de tipo hipercinético o hipotónico: Estos son por ejemplo; corea, atetosis, hemibalismo, distonias.

El sistema extrapiramidal tiene las siguientes funciones:

- a) Control y ajuste de la secuencia de los movimientos automáticos., cuando se lesiona esta función se produce; Temblor y Distonía.
- b) Regulación del tono muscular; cuando se altera esta función se produce, Rigidez y Acinesia o Bradicinesia.
- c) Regulación de las reacciones posturales.
- d) Armonización de la actividad motriz.

2.2.6. Signos y síntomas de la enfermedad del Parkinson

Los síntomas y signos del parkinsonismo se originan en una alteración de la función en dos regiones de los ganglios basales, La sustancia negra y el cuerpo estriado (Núcleo caudado y putamen). Estas masas nucleares centrales de materia gris contienen prácticamente toda la Dopamina del encéfalo humano. La dopamina es una sustancia química y una de las aminas neurotransmisoras que transportan el mensaje eléctrico desde una neurona a la próxima a través de la sinapsis.

Los síntomas principales son

- **Temblores:** Lentos y rítmicos. Predominan estando en reposo y disminuyen al hacer un movimiento voluntario. No necesariamente la presentan todos los pacientes.
- **Rigidez muscular:** Resistencia a mover las extremidades, hipertonia muscular.
- **Bradicinesia:** Lentitud de movimientos voluntarios y automáticos. Falta de expresión de la cara. Escritura lenta y pequeña (micrografía). Torpeza manipulativa.
- **Anomalías posturales:** Inclinación del tronco y la cabeza hacia delante. Codos y rodillas están como encogidos.
- **Anomalías al andar:** Marcha lenta, arrastrando los pies. A veces se dan pasos rápidos y cortos (festinación) con dificultades para pararse. Episodios de bloqueo (los pies parecen que están pegados al suelo = congelación o imantación).
- **Trastorno del equilibrio:** Reflejos alterados, fáciles caídas.⁽¹²⁾

La enfermedad de Parkinson es responsable de la enorme mayoría de casos de parkinsonismo. La causa de la degeneración

de la sustancia negra y del cuerpo estriado es desconocida, pero es un proceso progresivo y con una duración entre el comienzo y la muerte de entre 10 y 15 años; en los peores casos, la inmovilidad creciente lleva a complicaciones asociadas como son, Úlceras por presión, pérdida de peso y complicaciones respiratorias, que son la causa habitual de muerte.

Esta enfermedad presenta una clínica característica que a continuación se detalla y posteriormente se explicará cada punto.

- a) **Acinesia:** Falta de movimiento, o bien hipocinesia que es la disminución en la ejecución de los movimientos.
 - b) **Rigidez:** es el aumento de tono muscular no velocidad dependiente, así se diferencia de la espasticidad.
 - c) **Temblo en reposo;** Este punto es muy importante, el temblor como signo neurológico puede ser de dos tipos, temblor de intención como se da en el síndrome cerebeloso, o temblor en reposo, como se da en el individuo con párkinson.
 - d) **Inicio insidioso:** El comienzo de esta enfermedad suele ser insidioso.
 - e) **La evolución** puede ser de dos tipos; lenta (inferior o igual a 10 años), o rápida (inferior a 4 años).
- **Acinesia:** Efectos que produce la acinesia o hipocinesia en los pacientes enfermos con párkinson.
- Dificultad para realizar dos patrones de movimiento simultáneos, como por ejemplo levantarse y saludar.
 - Retraso y lentitud en el inicio y ejecución de los movimientos voluntarios.

- Pérdida de movimientos voluntarios y automatismos, por ejemplo pierden la secuencia normal de parpadeo en los ojos, pierden el balanceo de la cintura escapular y pélvica durante la marcha, esto último pone en compromiso el equilibrio del tronco durante las fases de marcha.
- Amimia; Disminución de los gestos de la mímica facial. “Fascies en Máscara”.
- Fatigabilidad a la ejecución de movimientos repetidos.
- Disfagia.
- Voz lenta, monótona y poco modulada.
- Marcha lenta, pasos cortos, sin braceo, dificultad para los giros al caminar y también para los giros en el decúbito.
- Alteraciones en la escritura, suelen tener una letra muy pequeña (micrografía) , esta alteración es por la disfunción en los movimientos de coordinación fina que implica la escritura.
- Lentitud en la realización de las A.B.V.D.

➤ **Rigidez:**

Efectos que produce la rigidez en los pacientes enfermos de párkinson.

- Se evidencia una Rigidez Cerea; esto es una rigidez continua, no tiene fenómeno en navaja, y si tiene el fenómeno de la “Rueda Dentada”, esto aparece porque a la rigidez se les une el temblor.
- A consecuencia de la rigidez se les produce dolores musculares, torpeza motora, no tienen trastornos de la sensibilidad.
- Biomecánicamente adquieren una postura hipercifótica en bipedestación, incluso en sedestación.

➤ **Temblor de reposo:** Características del temblor en el Parkinson.

- Suele ser rítmico.
- Presenta una oscilación lenta; aproximadamente de 4 a 6 ciclos por segundo.

- Afectación inicialmente unilateral a una de las manos.
 - Cede con la actividad.
 - Cede con el sueño.
 - Aumenta con la tensión emocional.
 - No suele temblar la región de la cabeza.
- **Inicio insidioso:** El comienzo de esta enfermedad suele ser insidioso.
 - **La evolución** puede ser de dos tipos; lenta (inferior o igual a 10 años), o rápida (inferior a 4 años).⁽¹²⁾

2.2.7. Valoraciones funcionales de la persona con Parkinson

Valoraciones en la realización de tareas sencillas, valoración de la marcha, valoración de la motricidad fina, valoración del nivel de discapacidad. Asociaremos a estas valoraciones una valoración articular completa, para analizar posibles retracciones, y un balance muscular sobretodo para analizar el grado de rigidez de la postura, acortamientos tendinosos. Valoración de otros aspectos como son; temblor, estado psíquico, alteraciones respiratorias.⁽¹³⁾

2.2.8. Tratamiento de Fisioterapia

El objetivo de la fisioterapia en esta enfermedad sería ayudar al paciente a mantener su independencia tanto como fuera posible y aconsejar a los familiares y ayudantes como manejar a la persona afectada a medida que la actividad progresa y se establecen las incapacidades, los familiares tienen que adquirir unas características especiales pues como está descrito en la clínica algunos signos aumentan con la tensión emocional.⁽¹⁴⁾

El tratamiento comenzará precozmente y durará toda la vida, con la programación de ejercicios domiciliarios y las revisiones médicas establecidas.

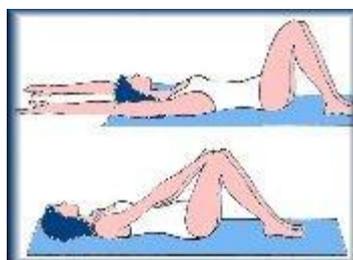
Estos pacientes han perdido el automatismo, así es importante conseguir movimientos amplios, repetidos, rítmicos y conjuntados. El tratamiento podemos organizarlo de la siguiente forma:

a. Actividades Cinesiterápicas:

- Para la prevención de retracciones y su tratamiento: Intentamos prevenirlas mediante movilizaciones pasivas y activas asistidas, si ya tienes establecidas las retracciones, usaremos, termoterapia, cinesiterapia pasiva favoreciendo elongación de musculatura acortada, trabajo concéntrico de la musculatura antagonista a la acortada y uso de férulas progresivas.⁽¹⁴⁾

- Control de la tendencia de la postura en flexión. Para conseguirlo haremos:
 - Ejercicios concéntricos de extensión de tronco.
 - Ejercicios concéntricos de ABD de caderas.
 - Ejercicios concéntricos de extensión de rodillas.
 - Ejercicios concéntricos y alternativos de flexión dorsal y plantar de tobillos.

Tenemos que tener en cuenta que en estos pacientes se produce una ventralización del centro de gravedad, por esta razón aumentan los patrones flexores sobre los extensores, siguiendo este razonamiento es tan importante reducir esos patrones como inhibirlos por ello estos ejercicios son mucho más favorables realizarlos con el paciente en decúbito supino ya que esta posición por si sola inhibe los patrones flexores. Y por otro lado en esta posición ya no importa el desplazamiento del centro de gravedad que ellos padecen, normalmente en el decúbito se ve reducido el temblor.



➤ Ejercicios para la autonomía personal:

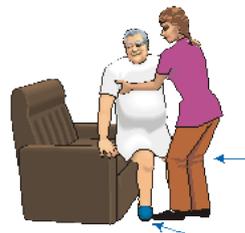
Ejercicios realizados sobre la cama o el suelo: Son ejercicios realizados pasando de un decúbito a otro, acentuando al voltear la rotación inicial de cuello y ayudándose el paciente de sus miembros superiores para voltearse.

Movimientos de un miembro superior y uno inferior opuesto imitando la disociación escápulo pélvica que ha de suceder en la marcha. Movilizaciones rítmicas, simétricas y simultáneas de 2 miembros superiores, de 1 miembro inferior y de los 2 miembros inferiores de forma simultánea.

Desde el suelo a la cama hacemos ejercicios de incorporación o elevación desde el decúbito supino, ayudándose de sus miembros superiores.

➤ Ejercicios en sedestación: Estos ejercicios los haremos una vez que el paciente controle los ejercicios citados en el apartado anterior.

Ejercicios de sentarse y levantarse, controlando que haga flexión de tronco para desplazar el centro de gravedad y ayudándose de sus miembros superiores, en su defecto se le asistirá en el paso de sedestación a bipedestación.



Ejercicios activos de flexión, extensión y rotación de cuello y tronco, estos ejercicios se los indicamos de forma rítmica, incluso enumeramos los movimientos para estimular la integración de los mismos.

Ejercicios de estimulación del equilibrio al empuje en sedestación, para que el paciente mantenga un buen equilibrio anterior, posterior y lateral en bipedestación previamente lo tiene que tener en sedestación.

- **Ejercicios en bipedestación:** Al igual que antes es conveniente realizar estos ejercicios una vez supere los anteriores.

Ejercicios de control postural frente al espejo, así trabajamos la simetría postural principalmente en el plano frontal, si hay posibilidad de espejos haremos lo mismo para que el paciente se visualice en plano sagital y corrija la postura.

Ejercicios de elevación desde el suelo o de descenso al suelo y si puede los hará ayudándose de los miembros superiores, a distintos ritmos y a distintas velocidades.

Ejercicios de equilibrio disminuyendo progresivamente la base de apoyo hasta llegar a hacerlo en apoyo monopodal.

Ejercicios de marcha estática con movimientos coordinados de balanceo de miembros superiores y miembros inferiores, simulando marcha hacia delante y hacia atrás, marcha salvando pequeños obstáculos.

Ejercicios de transferencias de peso y giros sobre su eje vertical.



- Ejercicios de marcha o práctica de marcha: Se harán a pasos muy largos, con mucha flexión y extensión de rodillas, en general son pasos muy exagerados. Hay que evitar las posturas atascadas, cuando el paciente va a comenzar la actividad de empezar a andar se queda atascado y en ese momento le daremos un empuje o estímulo para que inicie el paso, también lo podemos evitar haciendo que siga unas marcas simétricas en el suelo, por ejemplo una huellas pintadas. Practicar la marcha hacia atrás y de lado, salvando obstáculos.⁽¹⁵⁾

2.2.9. Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson

Actualmente no existen pruebas sanguíneas o de laboratorio que se haya demostrado que ayuden a diagnosticar la enfermedad de Parkinson esporádica. Por ello el diagnóstico se basa en la historia clínica y en un examen neurológico. La enfermedad puede ser difícil de diagnosticar con precisión. Los signos y síntomas tempranos de Parkinson a veces pueden ser descartados como los efectos del envejecimiento normal. El médico tal vez necesite observar a la persona durante algún tiempo hasta que sea evidente que los síntomas están presentes consistentemente.

A veces los médicos solicitan ecografías cerebrales o pruebas de laboratorio con el fin de descartar otras enfermedades. Sin embargo, las ecografías cerebrales TC e IRM en personas con Parkinson generalmente parecen normales. Ya que muchas otras

enfermedades tienen características similares pero requieren tratamientos diferentes, es fundamental hacer un diagnóstico preciso en cuanto sea posible para que los pacientes puedan recibir el tratamiento adecuado.⁽¹⁵⁾

2.2.10. Tratamiento de la enfermedad

Actualmente, no existe una cura para la enfermedad de Parkinson, pero con el tratamiento y otras medidas de apoyo, se tratará de aliviar los síntomas del paciente. El tratamiento debe adaptarse a cada paciente, a su edad, sus síntomas, y a la aparición de efectos secundarios a la medicación.⁽¹⁶⁾

- **Tratamiento farmacológico:** Debido a los efectos secundarios que presentan los medicamentos para el tratamiento del Parkinson, no siempre están indicados al inicio de la enfermedad.

El objetivo del tratamiento será:

- Mantener la autonomía e independencia del paciente el mayor tiempo posible.
- Controlar las complicaciones derivadas del uso de los fármacos.
- **La Levodopa** es el fármaco más efectivo porque reemplaza a la dopamina que falta en el cerebro. De ésta forma, se pueden controlar los principales síntomas, pero no se detiene la enfermedad. La respuesta a este medicamento es rápida y persistente. Su principal inconveniente es la aparición de movimientos anormales en los momentos del día en que la medicación deja de hacer efecto, y que suelen aparecer en todos los pacientes que llevan usándola varios años. Para controlar estas complicaciones existen otros fármacos, algunos de los cuales pueden usarse al principio de la enfermedad, para retrasar el uso de la levodopa. Son precisamente estos efectos secundarios de la levodopa lo que obliga a retrasar su indicación

todo lo posible. De todas formas, en algún momento todos los pacientes precisan de su uso.

- **Los Agonistas dopaminérgicos:** son otros medicamentos que se pueden utilizar al inicio de la enfermedad. Aunque no son tan efectivos como la levodopa, sirven para retrasar su uso y la aparición de sus efectos adversos.
- **Los Anticolinérgicos y la Amantadina:** son medicamentos para manejar como segunda posibilidad, salvo casos excepcionales, ya que pueden producir cambios en la capacidad cognitiva del paciente, así como también producen sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento y retención de orina.
- **Los Inhibidores de la COMT y los IMAO-B,** se usan para disminuir la cantidad de levodopa que está tomando el paciente e intentan controlar los efectos secundarios de ésta. Así pues no se usan en los estadios iniciales de la enfermedad, sino cuando ésta está más avanzada.

Nunca deben automedicarse ni modificarse las pautas de tratamiento sin consultar previamente al médico, siendo muy importante informarle de la aparición de nuevos síntomas o alteraciones.

- **Tratamiento quirúrgico:** El tratamiento quirúrgico puede ser necesario cuando se han agotado las alternativas de tratamiento farmacológico. No hay indicaciones generales. Es siempre necesario evaluar la situación de cada paciente en particular. De todas formas, se puede decir que si el paciente es joven (menos de 50 años), ha respondido bien al tratamiento en las fases de inicio de la enfermedad y presenta movimientos anormales debido

a los efectos adversos de la levodopa, que no se pueden controlar con otros tratamientos y que limitan mucho su calidad de vida, sería adecuado valorar la intervención quirúrgica.

➤ **Medidas terapéuticas de apoyo**

Desde el punto de vista médico, la terapia ocupacional, la fisioterapia, la psicoterapia, el tratamiento de la dificultad del habla (logopedia), o el tratamiento de la dificultad para tragar, no han probado una eficacia específica, sin embargo pueden mejorar la calidad de vida de algunos pacientes.

Por ello, y dado que las complicaciones son muy distintas y surgen a lo largo de la enfermedad, es importante el abordaje del paciente por varios profesionales (médico, enfermería, fisioterapeuta, logopeda, trabajador social, etc.).⁽¹⁷⁾

El ejercicio físico, aunque no ayuda a detener la enfermedad, contribuye a conservar la capacidad funcional de las articulaciones. Es importante mantener un buen estado nutricional y tomar una dieta equilibrada, rica en fibra, y una adecuada hidratación, sin necesidad de restringir las proteínas salvo en casos excepcionales en que el médico lo aconseje.

Los suplementos de vitamina E u otros agentes antioxidantes, no mejoran ni limitan la progresión de la enfermedad.

Los grupos de apoyo son importantes, tanto para las familias, como para los pacientes. El paciente en fase inicial de la enfermedad debe relacionarse más específicamente con otras personas en su misma situación clínica o en el mismo grado de evolución, con el objeto de evitar una afectación de su estado anímico.

La presencia de deterioro en el estado mental, cuadros de depresión, estreñimiento, problemas sexuales y urinarios,

alteración en la sudoración, aparición de dolor, dificultad para tragar, etc., requerirán un abordaje adecuado por parte de los profesionales de la salud para su mejoría

2.2.11. Cuidados en el adulto mayor con enfermedad de Parkinson:

Como responsable en el cuidado del paciente con párkinson', deberá trabajar estrecha y confidencialmente junto a los profesionales de la salud y de asistencia social para que las necesidades de la persona a la que está cuidando, así como sus propias necesidades, puedan ser satisfechas de la mejor manera posible. Las asociaciones que usted cree le ayudarán a mantener la independencia y la dignidad de ambos.

Saber cómo aprovechar al máximo la medicación de la EP es fundamental. Pregunte al médico, a la enfermera o al farmacéutico que se lo expliquen y compruebe que la persona a la que está cuidando se toma la medicación como es debido. Acompañe al paciente con EP a las consultas médicas para así poder discutir las preocupaciones de primera mano.

El cuidado implica la atención psicológica y la física. Procure hacerle mantener el contacto con la familia y los amigos y mantenerle vivos los recuerdos con visitas, fotografías y cartas. Es probable que sea más útil y más agradable hacer las cosas juntos.

Recuerde siempre que todo el mundo necesita ayuda a veces y no dude en pedirla. La mejor manera de ofrecer comprensión, apoyo emocional y ayuda física dependerá de lo que usted y la persona a la que cuida decidan.⁽¹⁷⁾

2.2.12. Rol de la familia en el cuidado del adulto mayor con Parkinson

En las diferentes dinámicas que llevan las familias, todos los procesos para el cuidado y apoyo de su familia que se encuentra viviendo un proceso de cronicidad son distintos. En la mayoría de las familias son situaciones nuevas no predecibles, que llegan en el momento menos esperado y en las circunstancias menos favorables pero que ellas mismas asimilan, elaboran y con la orientación de enfermeras, médicos, sicólogos, terapistas y gran apoyo social logran salir adelante.

El proceso de adquirir el rol de cuidador, que será mas o menos largo en función de múltiples factores, es de suma importancia, ya que influye sustancialmente en la forma en que después se presentan los cuidados y en como se sienten los cuidadores.

La vida de los cuidadores cambia y es necesario hacer reorientaciones que permitan al cuidador también llevar una vida que le garantice ser y hacer lo que le gusta y cuanto quiere ser.

La familia juega un papel importante en la orientación de los cuidados del paciente crónico, es necesario que las enfermeras en las instituciones del salud, aun cuando el paciente no haya salido, jueguen en lo posible a un cuidado compartido con la familia para que se planee el futuro, este proceso no se puede iniciar cuando ya el paciente se va, las enfermeras deben entender que cuando el paciente ha sido afectado por una enfermedad crónica incurable, sus familiares también necesitan asesoría y es allí donde la enfermera desarrolla un papel importante educando, apoyando, orientando, abogando por la familia y el paciente.⁽¹⁷⁾

2.2.13. Teorías de Enfermería que Fundamentan la Investigación

➤ Teoría de “Dorothea Orem”

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl Se graduó en 1930. ⁽¹⁸⁾

Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí :

- ✓ **Teoría del Autocuidado:** En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia : "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos , orientada hacia un objetivo . Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida , dirigida por las personas sobre sí mismas , hacia los demás o hacia el entorno , para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida , salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiéndolos por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- **Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire , agua , eliminación , actividad y descanso , soledad e interacción social , prevención de riesgos e interacción de la actividad humana .
- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración , prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas

situaciones , en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano : niñez , adolescencia , adulto y vejez .

- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud**, que surgen o están vinculados a los estados de salud .

- ✓ **Teoría del déficit de autocuidado:** En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit . Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

- ✓ **Teoría de los sistemas de enfermería:** En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos , identificando tres tipos de sistemas :
 - Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.
 - Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
 - Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad" . Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda : actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo . ⁽¹⁸⁾

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo .

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

- **Concepto de persona:** Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante.

Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

- **Concepto de Salud:** La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

- **Concepto de Enfermería:** Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de

autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

- **Modelo de Promoción de la Salud” Según Nola Pender:** Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.⁽²⁰⁾

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comparables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria, en este caso el lavado de manos.

Nola Pender, nació en 1941 en Lansing, Michigan; interesándose muy pronto por la profesión de enfermería, su deseo de ofrecer su ayuda a los demás se desarrolló a través de experiencias y estudios, siempre con la idea de que la misión de enfermería consistía en ayudar a otras personas a cuidar de sí mismas, educando, enseñando y promocionando la salud a la familia y la comunidad en general.⁽¹⁹⁾

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

En la presente guía usaremos los siguientes términos que definiremos a continuación:

- **Adulto Mayor:** El envejecimiento es un proceso universal que afecta a todos los seres vivos. Desde el mismo momento de nacer se inicia un

proceso continuo, que presenta una serie de modificaciones orgánicas y funcionales. Éstas se manifiestan gradualmente a lo largo de la vida y con variaciones en su aparición, según el medio ambiente en el que se desarrolle el individuo y sus condiciones y calidad de vida.

- **Enfermedad de Parkinson:** La enfermedad de Parkinson es un padecimiento crónico, progresivo y degenerativo. No sólo es una alteración del movimiento, también afecta el funcionamiento de otros sistemas corporales, la inmovilidad es un síndrome que deteriora de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores.
- **Cuidados:** Es la inmersión de sí mismo en beneficio de otro fuera de ser considerado como un beneficio personal, es desarrollar el potencial en otros en orden de promover un buen momento que incluyen cualidades y habilidades humanas.
- **Conocimiento:** El conocimiento es la sumatoria de las representaciones abstractas que se poseen sobre un aspecto de la realidad es la adquisición de conceptos por medio de la educación formal e informal mediante el ejercicio de las facultades mentales

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis General

- El conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los cuidados que brinda en el hogar al paciente adulto Mayor que padece de esta enfermedad atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016, es bajo e insuficiente

2.4.2 Hipótesis Específicas

- El conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson en la dimensión cuidados físicos, psicológicos y sociales que tiene el familiar del paciente adulto mayor que padece de la enfermedad atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016, es bajo

- Los cuidados físicos, psicológicos y sociales que brinda el familiar en el hogar al paciente adulto mayor que padece de la enfermedad de Parkinson atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016, son inadecuados.
- Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de párkinson que tienen los familiares con los cuidados que brinda en el hogar al pacientes adulto mayor.

2.5 VARIABLES

Variable independiente:

Conocimiento sobre la enfermedad de párkinson.

Variable dependiente:

Cuidados que brinda el familiar

2.5.1 Definición conceptual de la variable

- **Conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson.** El conocimiento es la sumatoria de las representaciones abstractas que se poseen sobre un aspecto de la realidad, es la adquisición de conceptos por medio de la educación formal e informal mediante el ejercicio de las facultades mentales. En este caso sobre la enfermedad del Parkinson y sus cuidados en el hogar.
- **Cuidados del familiar:** son las actividades que debe realizar el familiar para brindar buenos cuidados al adulto mayor con párkinson.

2.5.2 Definición operacional de la variable

- **Conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson.** Es el grado de información alcanzado por el familiar del Adulto Mayor con Parkinson, dando como resultado la atención, la protección y todos los cuidados que necesita para mejorar su calidad de vida.

- **Cuidados del familiar:** son las actividades que debe realizar el familiar para brindar buenos cuidados al adulto mayor con párkinson.

2.5.3 Operacionalización de la variable

Variable	Dimensiones	Indicadores	Valor Final
conocimiento de los familiares sobre la enfermedad del parkinson	Conocimiento sobre la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> Definición Etapas del párkinson Signos y síntomas Diagnostico Tratamiento Terapias de apoyo 	<p>Se utilizara la técnica de la encuesta y la observación</p> <p>Se pretende calificar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson teniendo en cuenta la siguiente valoración:</p> <p>Alto Mediano Bajo.</p>
Cuidados en el hogar	Cuidados físicos Psicológicos y sociales	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados físicos Cuidados psicológico Cuidados en el tratamiento <ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones - Efectos secundarios - Horario - Dosis 	<p>Se tendrá en cuenta la siguiente valoración:</p> <p>Adecuado Inadecuado</p>

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Es un estudio de tipo Cualitativo, descriptivo Correlacional .El diseño metodológico que se utilizará es de corte transversal en donde se intenta correlacionar ambas variables

- **Descriptivo:** ya que, entre otras cosas, se recopilará información de manera sistemática en contextos naturales. Se pretende estimar el grado de conocimiento que tienen los Internos de enfermería sobre el lavado de manos clínico en un momento concreto y también conocer el nivel de aplicabilidad de las mismas en el cuidado de los pacientes, por lo que nuestro estudio, en cierta manera, tiene una orientación evaluativa.
- **Cualitativo:** porque explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los correspondientes La investigación cualitativa se basa en la toma de muestras pequeñas, esto es la observación de grupos de población reducidos, ya que trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica.
- **Transversal** porque se ve la magnitud del problema y características recogiendo información de los elementos muestrales haciendo un corte en el tiempo aplicándose las técnicas de la entrevista y teniendo como

instrumento la encuesta cuantitativo. Es decir se recolectará la información en un momento determinado

- **Correlacional:** porque estudia la relación entre las variables.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

Fue creado hace 48 años, el Hospital Regional Honorio Delgado, nosocomio que pese a sus presupuestos, ha logrado sobrevivir salvando muchas vidas humanas curando y asistiendo a miles de personas a lo largo de su vida institucional. En Enero de 1958, se estaba terminando de construir el Sanatorio N° 2 que estaba dirigido a la atención de enfermedades del tórax, pero debido a que el día 15 de enero de ese mismo año Arequipa sufrió un terremoto que destruyó gran parte de las viviendas, edificios, etc. y que además afectó seriamente toda la estructura del hasta entonces centro asistencial de salud Hospital Honorio Delgado Espinoza, el sanatorio N° 2 se convirtió en el principal centro asistencial, ya que precisamente tuvo que albergar a todos los pacientes heridos durante el terremoto, como también albergar a todos los pacientes del hospital Honorio Delgado Espinoza.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población:

La población universo en estudio estuvo constituida por un total de 40 familiares de pacientes que padecen el mal de Parkinson. Por el tamaño de la población se tomara en cuenta el total.

3.3.2. Muestra:

La muestra estará constituida por la totalidad de la población; es decir 40 familiares de pacientes que padecen el mal de Parkinson, que se atendieron en el Hospital Regional Honorio Delgado durante el año 2016.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

En esta investigación se utilizó la técnica de la entrevista, tomando como instrumento la encuesta, que consta de 22 preguntas donde cada pregunta contiene cuatro alternativas de respuesta en donde las preguntas están relacionadas a las variables en estudio.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para darle confiabilidad y validez al instrumento fueron sometidos a juicios de expertos conformados por un grupo de enfermeros especialistas, docentes, magísteres.

Se realizó una prueba piloto previamente antes de aplicar la encuesta, a fin de constatar su aplicabilidad y comprensión donde al azar se aplicara la encuesta a cinco familiares. así como también se usará el alfa de combrash y el método de promedio.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección de datos, se llevó a cabo una entrevista con el jefe de la clínica geriátrica de Chorrillos, para obtener el permiso correspondiente.

Los datos adquiridos mediante el cuestionario serán procesados por computadora en el programa de Excel y el paquete estadístico SPSS 15, y así llegar al análisis del problema planteado y determinar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los cuidados que brinda en el hogar al paciente adulto Mayor que padece de esta enfermedad atendidos en la en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016 . Los resultados se presentarán mediante tablas y gráficos el cual nos permitirá el análisis correspondiente.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON QUE TIENE EL FAMILIAR Y LOS CUIDADOS QUE BRINDA EN EL HOGAR AL PACIENTE ADULTO MAYOR QUE PADECE DE ESTA ENFERMEDAD ATENDIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA 2016.

CUIDADOS QUE BRINDA EN EL HOGAR	CONOCIMIENTO							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	9	22%	2	6%	1	2%	12	30%
En Proceso	1	3%	17	42%	4	11%	22	56%
Inadecuado	1	3%	2	4%	3	7%	6	14%
Total	11	28%	21	52%	8	20%	40	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 1:

Los conocimientos sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar del paciente adulto mayor que padece de esta enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, que tienen nivel Medio, tienen a su vez un nivel En proceso de cuidados que brinda en el hogar en un 42%(17), el familiar con un nivel de conocimientos Altos tienen a su vez un nivel Adecuado de cuidados en el hogar en un 22%(9) y el familiar con un nivel Bajo de conocimientos tienen a su vez un nivel Inadecuado de Cuidados en el hogar en un 7%(3). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Conocimientos y cuidados en el hogar del familiar.

TABLA 2
CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN LA
DIMENSIÓN CUIDADOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES QUE
TIENE EL FAMILIAR DEL PACIENTE ADULTO MAYOR QUE PADECE DE
LA ENFERMEDAD ATENDIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO AREQUIPA 2016.

CONOCIMIENTO	N°	Porcentaje
Alto	11	28%
Medio	21	52%
Bajo	8	20%
Total	40	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 2:

Los conocimientos sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar del paciente adulto mayor que padece de esta enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, en mayor porcentaje tienen un nivel Medio en un 52%(21), seguido del nivel Alto en un 28%(11) y en menor porcentaje en el nivel Bajo en un 20%(8).

TABLA 3
CUIDADOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES QUE BRINDA EL FAMILIAR EN EL HOGAR AL PACIENTE ADULTO MAYOR QUE PADECE DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON ATENDIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA 2016.

CUIDADOS	N°	Porcentaje
Adecuado	12	30%
En Proceso	22	56%
Inadecuado	6	14%
Total	40	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 3:

Los cuidados sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar del paciente adulto mayor que padece de esta enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, en mayor porcentaje tienen un nivel en proceso en un 56%(22), seguido del nivel Adecuado en un 30%(12) y en menor porcentaje en el nivel Inadecuado en un 14%(6).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ha: Existe relación entre el conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los cuidados que brinda en el hogar al paciente adulto Mayor que padece de esta enfermedad atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016.

Ha: No existe relación entre el conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los cuidados que brinda en el hogar al paciente adulto Mayor que padece de esta enfermedad atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 4: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Conocimientos	Cuidados
Conocimientos	Correlación de Pearson	1	,933**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	40	40
Cuidados	Correlación de Pearson	,933**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	40	40

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 6:

Aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,927, lo cual nos indica que existe una relación significativa con un valor $p<0,05$.

Siendo cierto que: Existe relación entre el conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los cuidados que brinda en el hogar al paciente adulto Mayor que padece de esta enfermedad atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

Los conocimientos sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar del paciente adulto mayor que padece de esta enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, que tienen nivel Medio, tienen a su vez un nivel En proceso de cuidados que brinda en el hogar en un 42%(17), el familiar con un nivel de conocimientos Altos tienen a su vez un nivel Adecuado de cuidados en el hogar en un 22%(9) y el familiar con un nivel Bajo de conocimientos tienen a su vez un nivel Inadecuado de Cuidados en el hogar en un 7%(3). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Conocimientos y cuidados en el hogar del familiar. Coincidiendo con Sánchez (2006) El valor de realizar este proyecto, está en ocultar los múltiples significados que en la realidad vivida por los seres cuidadores primarios y en los seres cuidados; son esas distintas formas de percibir la existencia, influido por el conocimiento de los ancestrales, los sentimientos y la sabiduría de la cultura que cada uno posee para expresarse en las múltiples formas que el cuidado lo acontece y lo requiere para dar el sentido cultural característico y diferenciado que se percibe en el modo de cuidar y la satisfacción de quien lo recibe y lo ofrece. Este aspecto fue valioso para la comunidad académica del programa de enfermería, porque ubicó epistémicamente la transculturalidad del cuidado como una mirada y forma de enseñar transdisciplinariamente, enseñando y ofreciendo el cuidado desde la cultura, sentimientos y pensamientos del ser cuidado para el mantenimiento de la vida y la salud, en la que estudiantes de enfermería desde sus primeras experiencias formativas deben incursionar en la intervención holística que se requiere en el cuidado de la salud y la vida.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Los conocimientos sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar del paciente adulto mayor que padece de esta enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, en mayor porcentaje tienen un nivel Medio en un 52%(21), seguido del nivel Alto en un 28%(11) y en menor porcentaje en el nivel Bajo en un 20%(8). Coincidiendo con Robles (2006) La

investigación tienen como resultados, que el nivel de conocimientos que tienen los familiares es bajo, ya que desconocen los cuidados físicos, psicológicos y sociales que deberían de saber o tener conocimientos adecuados ya que son ellos los que van a cuidar a sus familiares con Parkinson. Coincidiendo además con Sánchez (2008) La investigación tiene como conclusión: Los hallazgos más significativos fue que la mayoría de Pacientes con Parkinson y familiares tienen un nivel de conocimiento medio, tanto en la dimensión conocimientos sobre la enfermedad como en la dimensión conocimientos sobre los cuidados en el hogar, pero también los resultados muestran que hay una gran cantidad de pacientes y familiares que tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la enfermedad y sobre los cuidados en el hogar, y aproximadamente la quinta parte tienen un nivel de conocimiento alto.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Los cuidados sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar del paciente adulto mayor que padece de esta enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, en mayor porcentaje tienen un nivel en proceso en un 56%(22), seguido del nivel Adecuado en un 30%(12) y en menor porcentaje en el nivel Inadecuado en un 14%(6). Coincidiendo con Jaramillo (2006) Los resultados de acuerdo a la necesidad de alimentación, higiene, movilización y descanso sueño del paciente con Parkinson mostraron lo siguiente: En la Necesidad de Alimentación se observa que en la pre – evaluación, el 76 % de cuidadores presenta un conocimiento de medio a alto y solo un 24 % conocimiento bajo y en la post – evaluación llega a un 100% de conocimiento medio a alto. Respecto a la Necesidad de Higiene de los pacientes con Parkinson los resultados en la pre – evaluación fue que el 80 % de los cuidadores presentaron un conocimiento de medio a alto y solo el 20 % un conocimiento bajo a diferencia de la post – evaluación donde el 100 % de los cuidadores presenta un conocimiento medio a alto. En relación a la Necesidad de Movilización los cuidadores presentaron en la pre – evaluación que un 96 % tenía un conocimiento de medio a alto, y solo un 4 % tenía un conocimiento bajo, mientras que en la post – evaluación el 100 % presentó un

conocimiento de medio a alto. Por ultimo se observa los resultados respecto a la Necesidad de Descanso y Sueño, en la pre – evaluación el 8 % de cuidadores presento un conocimiento alto y el 72 % un conocimiento medio, siendo solo el 20 % de cuidadores que presenta un conocimiento bajo a diferencia de la post – evaluación donde se evidencia que el 72 % presenta un conocimiento alto y el 28 % un conocimiento medio. Estos hallazgos permitieron concluir que el programa educativo de Enfermería impartido al cuidador, tiene una efectividad significativa en el aumento de conocimiento de los cuidadores que brindan atención básica al adulto mayor dependiente.

CONCLUSIONES

PRIMERO

Los conocimientos sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar del paciente adulto mayor que padece de esta enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, que tienen nivel Medio, tienen a su vez un nivel En proceso de cuidados que brinda en el hogar, el familiar con un nivel de conocimientos Altos tienen a su vez un nivel Adecuado de cuidados en el hogar y el familiar con un nivel Bajo de conocimientos tienen a su vez un nivel Inadecuado de Cuidados en el hogar. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Conocimientos y cuidados en el hogar del familiar. Se comprobó estadísticamente mediante la R de Pearson con un valor de 0,933 y con un nivel de significancia de valor $p < 0.05$.

SEGUNDO

Los conocimientos sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar del paciente adulto mayor que padece de esta enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, en mayor porcentaje tienen un nivel Medio, seguido del nivel Alto y en menor porcentaje en el nivel Bajo.

TERCERO

Los cuidados sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar del paciente adulto mayor que padece de esta enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, en mayor porcentaje tienen un nivel en proceso , seguido del nivel Adecuado y en menor porcentaje en el nivel Inadecuado.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Promover que las autoridades del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, implementen programas de intervención liderados por la enfermera a fin de poder contribuir y ayudar a los cuidadores familiares en el hogar, en el manejo de su carga emocional y física producto del trabajo de pacientes adultos mayores con la enfermedad de Parkinson.

SEGUNDO

Desarrollar talleres vivenciales y de manera significativa, dirigidos por la enfermera(o), referidos al mejoramiento de los conocimientos de los cuidadores familiares en el hogar de pacientes adultos mayores con la enfermedad de Parkinson.

TERCERO

Proporcionar información básica técnica a los cuidadores familiares en el hogar en cuanto al cuidado que brindan y el hecho de estar frente a pacientes adultos mayores con la enfermedad de Parkinson que necesitan de un cuidado integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agiz J. Consideraciones sobre la enfermedad de Parkinson desde la atención primaria. PM, 2002 (2); 4: 6-8.
2. Marina Sánchez Sanabria; “El sentido cultural del cuidado en casa del enfermo adulto mayor con párkinson”; investigación realizada para la obtención del grado de Licenciada en Enfermería. Colombia; 2006.
3. Bayés A y Linazasoro G. Vivir con la enfermedad de Parkinson. Madrid: Meditor; 1994.
4. José Robles Montalvo; “Relación entre el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los cuidados que brinda en el hogar al paciente adulto mayor que padece de esta enfermedad atendidos en la Clínica santa fe. Colombia. 2006
5. Pedro Jaramillo Suarez, “Efectividad de un programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor con Parkinson en los servicios de medicina del HNDAC” Lima - Perudiciembre-2006.
6. Julio Sánchez Tejada; “Conocimientos que tienen los pacientes con Parkinson y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC – 2008.
7. Hernández, R; Metodología de la Investigación; cuarta edición, Mc Graw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.; México; 2006; p.p.124-130.(2)

8. Pineda B, De Alvarado E, Hernández F. Tipos de Investigación. Metodología de la Investigación, 2da ed. Organización Panamericana de La Salud Editores; 2003.p.27-34.(1)
9. Polit Y B. Hungler Investigación Científica en Ciencias de la Salud 4ta edición. Edit. Interamericana S.A de C.V. México 1994 .Pag.37-42.
10. Castañedo JF, Vicente N. Modelo de atención gerontológico en el Consejo Popular Los Sitios Ciudad de La Habana, Rev. Electrónica Geriatria. 2:1-8, Cuba. 2000.
11. Bayés A y Linazasoro G. Vivir con la enfermedad de Parkinson. Madrid: Meditor; 2012.
12. Lawson J. Síntomas de la enfermedad de Parkinson. PM, 2003 (2); 4-6.
13. Agiz J. Consideraciones sobre la enfermedad de Parkinson desde la atención primaria. PM, 2002 (2); 4: 6-8.
14. Alberca R, González R, Ochoa JJ. Diagnóstico y tratamiento de la EP. Madrid: Ergón
15. Bayés A. Tratamiento integral de la persona afectada por la enfermedad de Parkinson. Barcelona: Fundación Institut Guttmann; 2000.
16. Bayés A y otros. La enfermedad de Parkinson, cuidando al cuidador. Barcelona: Acción Médica;
17. Micheli F, Scorticati M. Convivir con la enfermedad de Parkinson. Madrid: Médica Panameña 2014

18. Ann MarrinerTomey, Modelos y Teorías en Enfermería, cuarta edición. Pp. 400. España; 2000.

19. Nola Pender. Modelos y Teorías en Enfermería, cuarta edición. Pp. 400. España; 2002.

ANEXOS

FICHA NEUROLOGICA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Nombre del paciente.....
Edad..... Paciente con diagnóstico previo de EP.....
EP..... Paciente con sospecha de EP.....
HCL.....
Fecha:.....

A. Sospecha Diagnóstica:

1.- Patologías
Concomitantes.....

2.- Fármacos de uso regular los últimos 3

meses:..... 3.- Motivo de consulta:
a.- señale el principal síntoma / signo pesquisado en el paciente:

Bradicinesia.....Rigidez.....Temblor de reposo.... Alteración de
reflejo postural.... 4.- Confirmar diagnóstico e indicar
tratamiento:.....

B. Paciente con diagnóstico, en tratamiento:

1. Urgencias:
a - señale el principal síntoma / signo pesquisado en el paciente.

Los siguientes síntomas y signos califican como urgencias, deben ser derivados a Neurólogo lo antes posible:

Psicosis y Alucinaciones..... Exacerbación de la
enfermedad..... Fluctuaciones marcadas.....
Discinesias marcadas..... Efectos adversos a
fármacos: vómitos, mareos, alteraciones visuales.....

2.- Opinión

diagnóstica.....

... 3.- Indicaciones de manejo

farmacológico..... 3.-

Exámenes a

efectuar:.....

Identificación de Médico
Neurólogo:..... Carnet de
identidad:

Firma:.....

.....

Ficha de Kinesiología del paciente con Parkinson

FICHA DE EVALUACIÓN KINÉSICA FUNCIONAL PACIENTES CON PARKINSON

NOMBRE: EDAD:

N° HCL: FECHA INGRESO:
FECHA REEVALUACIÓN:

EVALUACION DEL ENFERMO DE PARKINSON

BRADICINESIA	RIGIDEZ	TEMBLOR DE REPOSO	ALT. REF.POSTURALES
SINO..... (Signo Obligado)	SI.....NO..... (Flexión y Extensión Muñeca y Codo)	SI..... NO (Mov. Pulgar) Indice Recíproco)	SI..... NO..... (Test del Empujón)

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA NO SI..... (#Veces x semana).....
DONDE:

EV. FUNCIÓN RESPIRATORIA:

EPOC..... ASMACompensado: SI..... NO.....

EV. FUNCIÓN CARDIOVASCULAR: Test de los 6 minutos

Pulso en el reposo	
Presión arterial inicial	
Escala de Borg en reposo: número y nombre	
Distancia máxima obtenida con el mayor esfuerzo recorrida en metros	
Escala de Borg al finalizar: número y nombre	
Frecuencia cardíaca después de la marcha	
Presión arterial final	

ANTECEDENTES PSICOSOCIALES Y REDES

	SI	NO
¿Se siente acompañado (a)?		
¿Siente que las personas de casa se preocupan de usted?		
¿Le agrada participar en actividades de grupo?		
¿Presenta alteraciones del sueño?		

DIAGNÓSTICO KINÉSICO FUNCIONAL:

PRESTACIONES KINESICAS:

Alivio del Dolor.....Rasgos ArticularesFuerza
 Muscular..... Integración psicosocial.....
 Marcha..... Habilidades..... Tolerancia al
 esfuerzo..... Cognición.....
 Equilibrio.....Prevención de caídas.....
Ayudas Técnicas.....
 Fisioterapia.....
 Otros:.....

PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL / N° SESIONES GRUPAL / N° SESIONES

KINESIÓLOGO:.....

ENCUESTA DE SATISFACCION DE LA CAPACITACION

Tema: La enfermedad de Parkinson

Objetivo: Adquirir competencias para otorgar atención de salud integral a pacientes con Enfermedad de Parkinson, Familia y Cuidadores.

A continuación le solicitamos marcar con una X el nivel de la escala que mejor refleje su opinión, frente a cada criterio de evaluación.

Metodología	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Malo
Los objetivos de la capacitación fueron claros				
Los temas de capacitación fueron suficientes para alcanzar los objetivos				
La captación fue relevante				
Expositores				
Los expositores dominaban los contenidos				
Los expositores motivaron la participación				
Los expositores tenían dominio de grupo				
Material				
El material fue adecuado				
El contenido fue de calidad				
La capacitación fue suficiente para implementar los conocimientos en la práctica				
Las presentaciones fueron ilustrativas				
La Organización				
La organización fue acertada				
La logística fue apropiada				
Se cumplieron los horarios				
Que tema desearía profundizar				
Sugerencias				

MATRIZ DE CONSISTENCIA
“CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON QUE TIENE EL FAMILIAR Y LOS CUIDADOS QUE BRINDA EN EL HOGAR AL
PACIENTE ADULTO MAYOR QUE PADECE DE ESTA ENFERMEDAD ATENDIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
AREQUIPA 2016

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES
<p>Problema General ¿Cuál es el conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los cuidados que brinda en el hogar al paciente adulto mayor que padece de esta enfermedad, atendido En el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016? .</p> <p>Problemas Específicos ¿Cuál es el conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson en la</p>	<p>Objetivo general Determinar el conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los cuidados que brinda en el hogar al paciente adulto Mayor que padece de esta enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016.</p> <p>Objetivos específicos Identificar el conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson en la dimensión cuidados físicos, psicológicos y sociales que</p>	<p>Hipótesis General El conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los cuidados que brinda en el hogar al paciente adulto Mayor que padece de esta enfermedad atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016, es bajo e insuficiente</p> <p>Hipótesis Específicas El conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson en la dimensión cuidados</p>	<p>conocimiento de los familiares sobre la enfermedad del parkinson</p> <p>Cuidados en el hogar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definición • Etapas del párkinson • Signos y síntomas • Diagnostico • Tratamiento • Terapias de apoyo • Cuidados físicos • Cuidados psicológico • Cuidados en el tratamiento

<p>dimensión cuidados físicos, psicológicos y sociales que tiene el familiar del paciente adulto mayor que padece de la enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016?.</p> <p>¿Cuáles son los cuidados físicos, psicológicos y sociales que brinda el familiar en el hogar al paciente adulto mayor que padece de la enfermedad de Parkinson atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016?.</p> <p>¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los</p>	<p>tiene el familiar del paciente adulto mayor que padece de la enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016.</p> <p>Identificar los cuidados físicos, psicológicos y sociales que brinda el familiar en el hogar al paciente adulto mayor que padece de la enfermedad de Parkinson atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016.</p> <p>Identificar la relación entre el conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson que tiene el familiar y los cuidados que brinda en el hogar al paciente adulto Mayor que padece de esta enfermedad atendido en el</p>	<p>físicos, psicológicos y sociales que tiene el familiar del paciente adulto mayor que padece de la enfermedad atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016, es bajo</p> <p>Los cuidados físicos, psicológicos y sociales que brinda el familiar en el hogar al paciente adulto mayor que padece de la enfermedad de Parkinson atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016, son inadecuados.</p> <p>Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de</p>		<p>- Complicaciones</p> <p>- Efectos secundarios</p> <p>- Horario</p> <p>Dosis</p>
---	--	---	--	--

<p>cuidados que brinda en el hogar al paciente adulto Mayor que padece de esta enfermedad atendido en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016?.</p>	<p>Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016</p>	<p>párkinson que tienen los familiares con los cuidados que brinda en el hogar al pacientes adulto mayor.</p>		
--	--	---	--	--