

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN CONTINUA
A CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE HODIGE DEL HOSPITAL MILITAR GERIÁTRICO
2015 – 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

LEILIA GIOVANA LARICO PAMPA

**CALLAO - 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ | PRESIDENTA |
| ➤ MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZÁLES | SECRETARIO |
| ➤ MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ | VOCAL |

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 184

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 07/03/2018

Resolución Decanato N° 639-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	14
2.3 Definición de Términos	28
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	29
3.1 Recolección de Datos	29
3.2 Experiencia Profesional	30
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	40
IV. RESULTADOS	44
V. CONCLUSIONES	50
VI. RECOMENDACIONES	51
VII. REFERENCIALES	52
ANEXOS	55

INTRODUCCIÓN

Como ya es conocido el aumento de la esperanza de vida a nivel mundial, nuestro país no está exento del cambio lo que conlleva a que tenemos cada vez más ancianos que niños.

En este proceso de envejecimiento en el Perú, la población adulta mayor incremento de 5,7% en el año 1950 a 10,1% en el año 2017.(1)

Uno de los principales impactos del envejecimiento poblacional y de la transición demográfica es el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas particularmente las demencias(2).

La demencia es un síndrome que afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio.(3)

Cuando se diagnostica a un paciente con demencia, un familiar asume el rol de cuidador o también solicitan el servicio de uno particular y en ambos casos desconocen todos los cambios que genera la enfermedad.

El presente trabajo académico titulado "Educación continua a Cuidadores de pacientes con demencia", tiene por finalidad de educar al cuidador sobre el manejo del paciente con demencia, lo cual contribuirá en su actuar de manera efectiva en cuanto a la atención del paciente con demencia.

El presente trabajo consta de VII capítulos, en **El capítulo I:** planteamiento del problema, descripción de la situación problemática,

objetivos, justificación, **el capítulo II** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **el capítulo III**: considera la presentación de la experiencia profesional, **capítulo IV** : resultados ; **capítulo V** : conclusiones, **capítulo VI** las conclusiones y el **capítulo VII** Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La demencia no es una enfermedad específica. Es un término general que describe una amplia variedad de síntomas relacionados con el deterioro de la memoria u otras capacidades de razonamiento, que es lo suficientemente grave como para reducir la capacidad de una persona para realizar las actividades cotidianas.(4).

En la mayoría de los países de alguna manera existe una falta de conciencia y comprensión sobre la demencia, lo que causa estigmatización, barreras para el diagnóstico y la atención, e impacta en los cuidadores, los familiares y la sociedad, tanto desde el punto de vista físico, como el psicológico y el económico.

A nivel mundial, es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre los mayores. La demencia no puede seguir siendo descuidada y debería ser parte de la agenda de salud pública en todos los países.

La mayor parte de la información llega de los países de ingresos altos, aunque la proveniente de países de ingresos bajos y medianos (PIBM) está aumentando cada vez más.

Se estimó que, a nivel mundial, 35.6 millones de personas vivían con demencia en el año 2010, y se prevé que esta cifra se duplique cada 20 años, 65.7 millones en 2030 y 115.4 millones en 2050.

El número total de nuevos casos de demencia en todo el mundo es de casi 7.7 millones, lo cual implica un nuevo caso cada cuatro segundos. (5)

La prevalencia de síndrome demencial en América Latina y el Caribe es alta, entre 6,0 y 6,5 por cada 100 adultos de 60 años y más, con un estimado de crecimiento en el número de personas con demencia entre el 2001 y el 2040 del 77 % en los países del cono sur americano (Argentina y Chile) y de 134 a 146 % de incremento en el resto de América Latina, por lo que sobrepasará al de cualquier otra región del mundo. La tasa de incidencia de demencia anual estandarizada para la edad es también elevada, con un estimado de 410 938 nuevos casos de demencia por año, la que se asocia a una menor supervivencia en relación con los países de altos ingresos. De 3,4 millones de personas con demencia en América Latina y el Caribe en la actualidad, la cifra se incrementará a 4,1 millones para el 2020 y a 9,1 millones en el 2040, es decir, será similar al de Norteamérica (6)

En el Perú hay más de 3 millones de adultos mayores. De ellos, el 43% se dedica al cuidado de otro miembro del hogar, como sus

nietos, organización del hogar, trabajo voluntario y otro 57% se encuentra dentro de la Población Económicamente Activa. Según cifras del INE, 2015, de cada 100 peruanos 10 son adultos mayores.(7)

En el Hospital Militar Geriátrico, ubicado en el Distrito de Chorrillos, en el servicio de Hospital de Día (HODIGE), según la evaluación de datos estadísticos realizados en nuestro hospital, la mayoría de las personas mayores que se atienden son pacientes con múltiples enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, HTA, ACV, la obesidad, y demencias, siendo la última con mayor dependencia de un cuidador.

Uno de los problemas que aqueja a los cuidadores y familiares de pacientes con Demencia es la falta de conocimiento de la enfermedad evidenciando en su ansiedad, frustración al momento de la consulta o muestran una actitud intolerante.

Como personal de Enfermería, frente a esta situación solo brinda algunos alcances sobre la demencia de manera general y de acuerdo a su propio conocimiento, pero no está establecido en el servicio ni se cuenta con un material para poder impartir educación y cumplir con nuestro objetivo.

He aquí la relevancia de valorar en forma oportuna la necesidad de contar con material educativo para brindar a los cuidadores de

manera clara y sencilla puntos claves sobre la enfermedad y sus cuidados en las demencias, mejorando su calidad de atención y de vida a nuestros adultos mayores.

1.2 Objetivos

Describir la intervención de enfermería en la educación continua al cuidador sobre el manejo del paciente con demencia utilizando como herramienta educativa "rotafolio mediano".

1.3 Justificación

El presente trabajo académico tiene como finalidad implementar un recurso educativo para los cuidadores de pacientes con Demencia en el servicio de HODIGE del Hospital Militar Geriátrico, con el propósito que el personal de Enfermería brinde educación continua bajo pautas establecidas y organizadas contenidas en el recurso educativo para los cuidadores.

Es una prioridad que los cuidadores conozcan sobre la enfermedad, signos y síntomas y su manejo para efectivizar la atención del paciente con demencia.

Asimismo, el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: El presente trabajo académico servirá para educar y a la vez incrementar conocimientos en los cuidadores en cuanto a los cuidados del paciente con demencia en el servicio de HODIGE del Hospital Militar Geriátrico. De acuerdo a un modelo lineal el trabajo aporta teoría científica basada en muchos estudios relacionados al tema y podrá servir para estudios posteriores vinculados a la rama.

Nivel Metodológico: El presente trabajo permitirá precisar puntos específicos sobre la demencia y sus cuidados por parte de los profesionales de enfermería, logrando un mismo objetivo.

Nivel Social: A nivel social el trabajo beneficiará a todos quienes estamos inmensos en el campo del cuidado. A los enfermeros que atienden en HODIGE porque son un eje fundamental para la educación a los cuidadores. Al cuidador quien se encuentra al contacto directo al paciente mejorando su atención.

Nivel Económico: Los pacientes geriátricos con demencia son un gran problema para la salud pública como para la familia por el grado de dependencia que van requiriendo, con incremento de costos sanitarios para la familia y ocasiona en el paciente: pérdida de autonomía, independencia.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

MARIM, Camila Manuela/ SILVA, Valter/ TAMINATO, Mônica/ BARBOSA, Dulce Aparecida. **“Efectividad de programas educativos en la sobrecarga de cuidadores de pacientes con diagnóstico de demencia: revisión sistemática” (Brasil – 2013)**

La evidencia en este estudio indica que los programas educativos y de apoyo son favorables para la reducción de la carga del cuidador.

La inclusión de este tipo de programas en las instituciones dedicadas al cuidado de los ancianos es eficaz y debe fomentarse.

Se puede inferir que estos programas deben incluir el intercambio de estrategias de manejo no-farmacológico para los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia.(8)

QUISPE ARONES Vilma. **“Efectividad de un Programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor dependiente en los Servicios de Medicina del HNDAC-diciembre, 2016”**, descriptivo. La educación del cuidador y el desarrollo de programas educativos seguirán, constituyendo una gran parte del rol del profesional de enfermería. Los programas educativos consisten en un conjunto de estrategias de enseñanza aprendizaje seleccionados y organizados, para facilitar el

aprendizaje para los cuidadores y que servirá de guía en su formación profesional. 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.(9)

RIVERA MORET Maritza Universidad de León. Puerto Rico. “Variables de Riesgo asociados al burnout entre cuidadores familiares de enfermos con Alzheimer en el oeste de Puerto Rico”. (2013).

La muestra fue en 80 cuidadores familiares de pacientes con Enfermedad de Alzheimer en fase I-II. El diseño del estudio fue descriptivo transversal con metodología cuantitativa. Los instrumentos de medida administrados fueron el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome del Quemado por el Trabajo (CESQT) de Monte (2011) y el Cuestionario de identificación de variables de riesgo del síndrome del quemado en cuidadores de familiares EA, elaborado por la investigadora para este estudio. Los análisis estadísticos realizados con los datos recogidos incluyen frecuencias, porcentos, y correlaciones con el coeficiente de correlación Pearson (r)(* p < .05; **p<.001)y Spearsman (rho) (* p < .05; **p<.01) así

como un ANOVA para analizar datos comparativos. Los resultados del estudio ponen de manifiesto que el perfil de los cuidadores de EA que padecen síndrome del quemado, tienen una relación filial con el familiar enfermo, son mayoritariamente mujeres con una edad de 30 años que dedican una de 12 horas diarias al rol de cuidador, la mayoría no han recibido formación para prestar cuidados a los enfermos y presentan alteraciones emocionales. Además, la totalidad de los cuidadores ponen de manifiesto la falta de redes sociales que prestan apoyo tanto al enfermo como al cuidador, lo que motiva que se vean obligados a abandonar las actividades de tipo laboral, de ocio, sociales y finalmente su propio autocuidado, lo que conlleva que se conviertan en pacientes ocultos. Los datos comparativos constataron relación entre el tiempo que mantienen el rol de cuidador con soportar crisis de identidad personal, debilitamiento de creencias espirituales y falta de sentido de la vida. Finalmente cabe señalar que la totalidad de la muestra se queja de insuficiencia de recursos asistenciales y terapéuticos. Hechos que se justifican por la ausencia de protocolos de actuación socio sanitarios tanto para los EA como para los cuidadores, especialmente en las zonas rurales.

CERQUERA CÓRDOBA, Ara Mercedes/ PABÓN POCHES, Daysy Katherine. **“Las intervenciones dirigidas a los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de alzheimer”**. Bogotá 2014

La demencia de Alzheimer constituye un problema sanitario y social de gran magnitud, que va más allá de la persona que la padece porque repercute de forma importante en la familia. Este trabajo se ha centrado en el análisis de las intervenciones dirigidas a reducir el malestar de los cuidadores informales a través de programas de entrenamiento en habilidades para el afrontamiento del cuidado. Se pudo evidenciar que existen procedimientos empíricamente validados para reducir el malestar de los cuidadores y facilitar un mejor afrontamiento del cuidado. Sin embargo, son todavía muchas las investigaciones que se pueden realizar para mejorar la atención ofrecida a los cuidadores a través del diseño de intervenciones. Además, el desarrollo del conocimiento en esta área depende del diseño, implementación y evaluación de intervenciones dirigidas a los cuidadores de adultos mayores con Alzheimer.

La revisión del estado actual de las intervenciones psicológicas para cuidadores en Colombia, dan noción de pocos estudios sobre el tema en nuestro contexto. Sin embargo, las diferencias encontradas entre las investigaciones que caracterizan a los cuidadores informales de adultos mayores con demencia en Colombia y otros países como España y Cuba refieren a las características clínicas,

donde se presentan variaciones especialmente en variables como depresión y estrategias de afrontamiento, mientras que los datos sociodemográficos mantienen el perfil del cuidador. Los estudios sobre cuidadores y programas de intervención, no son lo suficientemente concluyentes para permitir que el cuidador asuma de la mejor forma el rol, de tal manera que se requieren de otro tipo de estudios que generen mayor impacto en dicha población, además se identifican estudios con el aporte de otras ciencias desconociendo la contribución de la psicología y disciplinas afines. Estas disciplinas, serían las llamadas a generar estrategias de intervención y que dichas estrategias sean divulgadas a nivel científico. Finalmente, este análisis se propone como paso importante para aquellos profesionales e investigadores que deseen proponer alternativas de intervención a los cuidadores informales de adultos mayores con demencia, las palabras clave aquí propuestas pueden servir de referencia para búsquedas posteriores.(11)

2.2 Marco Conceptual o Referencial o Teórico

2.2.1 Demencia

a) Definición

La demencia es un síndrome (no una enfermedad) de origen multifactorial que se caracteriza por un deterioro progresivo en los procesos del pensamiento: pérdida de memoria, dificultad para continuar con las habilidades adquiridas y cambios en el comportamiento. Con frecuencia, la evolución es de tipo crónico y afecta principalmente, a las personas de edad avanzada. En el mundo, según la OMS (Organización Mundial de la Salud), el 20% de todas las personas con más de 80 años padece demencia. Sin embargo, aunque afecte principalmente a este sector, hay que tener en cuenta que la demencia no constituye en sí, ni mucho menos, una consecuencia normal del envejecimiento.

b) Epidemiología

- La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero.
- En el año 2012 la demencia afectaba a nivel mundial a unos 35,6 millones de personas, de las cuales un poco

más de la mitad (58%) viven en países de ingresos bajos y medios.

- Cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos.
- Se calcula que entre un 2% y un 8% de la población general de 60 o más años, sufrirá demencia en algún momento.
- La enfermedad de Alzheimer, que es la causa de demencia más común, acapara entre un 60% y un 70% de los casos.
- Se prevé que el número total de personas con demencia prácticamente se duplique cada 20 años, de modo que pasaría de 65,7 millones en 2030 y 115,4 millones en 2050. La mayor parte de ese incremento se deberá probablemente al hecho de que en los países de ingresos medios y bajos la esperanza de vida aumentará y por tanto, el número de personas con demencia tenderá a aumentar cada vez más. (12)

c) Clínica: signos y síntomas

Clínica principal que podemos encontrarnos en las demencias:

- Pérdida de memoria: al inicio, las personas con demencia olvidan sobretodo acontecimientos que han

ocurrido recientemente. Más tarde olvidan también acontecimientos que ocurrieron con anterioridad.

- Problemas de orientación
- Dificultad para planificar y hacer previsiones (concertar una cita).
- Dificultad para realizar tareas habituales.
- Trastornos del pensamiento: dificultades de lenguaje o dificultad para hacer cálculos.
- Cambio de los rasgos del carácter: se producen alteraciones del comportamiento

Llegado cierto momento, las alteraciones son tan serias que se ven afectadas la vida normal, la vida laboral y otras actividades. Además, a medida que la enfermedad avanza, el paciente se vuelve más dependiente para realizar las actividades de la vida diaria. Finalmente, muchos precisarán la institucionalización.

Los signos y síntomas relacionados con la demencia descritos anteriormente, podríamos identificarlos en tres etapas distintas de la enfermedad:

- En la etapa temprana: normalmente esta etapa pasa desapercibida ya que el inicio suele ser paulatino. Los síntomas más comunes son: la tendencia al olvido, la pérdida de la noción del tiempo y la desubicación espacial, incluso en lugares que le son conocidos o familiares.

- En la etapa intermedia: a medida que la demencia evoluciona hacia esta etapa, los signos y síntomas se vuelven cada vez más evidentes y limitantes para la propia persona. Aquí, las personas con demencia empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas. Se encuentran desubicadas en su propio hogar, tienen cada vez más dificultades para comunicarse, empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal y sufren cambios de comportamiento, por ejemplo, dan vueltas por la casa o repiten continuamente las mismas preguntas.

- En la etapa tardía: es la última etapa de la enfermedad donde la dependencia y la inactividad son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y signos físicos se hacen más

evidentes. Los síntomas son: una creciente desorientación en el espacio y en el tiempo, dificultades para reconocer a familiares y amigos, una necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal, dificultades para caminar y alteraciones del comportamiento que pueden exacerbarse y desembocar en agresiones.

d) Diagnostico

Criterios diagnósticos de la demencia (DSM-IV):

Uno de las clasificaciones más utilizadas en la actualidad son los llamados criterios diagnósticos DSM - IV. El DSM-IV es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en una serie de criterios con rasgos definitorios y específicos. La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico.

En lo que a la demencia se refiere, los criterios diagnósticos en base a esta clasificación, son los que a continuación se enumeran:

- Deterioro de la memoria a corto y largo plazo: hechos, fechas, datos.
- Repercusión significativa del trastorno en la vida social y/o laboral del paciente.
- Ha de suponer una merma o declive con respecto a la funcionalidad previa del paciente.
- Los déficits no aparecen únicamente durante un estado de confusión mental.
- Al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - * Afasia: alteraciones del lenguaje como comprender, denominar.
 - * Apraxia: deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras pese a que la función motora en sí misma esté conservada.
 - * Agnosia: fallo en el reconocimiento o la función de identificación de objetos pese a que la función sensorial está intacta.
 - * Alteración de la función ejecutiva: planificación, abstracción, organización.
- Que no exista una relación etiológica con una causa orgánica o tóxica

Debemos tener presente que a la hora de hacer un diagnóstico de demencia, es importante tener en cuenta muchos datos y que habrá que diferenciarlo de otros diagnósticos que puedan tener clínicas parecidas como es el caso del síndrome confusional agudo o la depresión. Es decir, hay que hacer un diagnóstico diferencial.

Para ello, el profesional encargado del diagnóstico definitivo se guiará en base a una serie de características. Éstas son por un lado, los datos familiares, y por otro, la historia personal y el examen clínico. Dentro de éstas se tendrán en cuenta distintos parámetros como el tiempo de evolución, test cognitivos, la historia familiar, delirios, pérdida de memoria, etc.

e) Tratamiento

A pesar de que existan fármacos con el fin de mitigar los síntomas de la demencia y de retrasar su evolución, a día de hoy, no existe ningún tratamiento curativo para la demencia. Sin embargo, sí que existen múltiples opciones para "tratar" esta enfermedad. Entre las intervenciones que existen para tratar mejor esta enfermedad están:

- El diagnóstico precoz.

- Optimizar la salud física, la cognición, la actividad y el bienestar
- Identificar y tratar las patologías orgánicas que a su vez tenga la persona.
- Detectar y tratar los síntomas psicológicos y conductuales.
- Proporcionar información y apoyo a largo plazo a los cuidadores informales. Así pues, el tratamiento no farmacológico una vez establecido el diagnóstico de la demencia, consistirá en planificar tanto con el paciente y la familia, unas nuevas pautas e instrucciones para adaptarse a la vida cotidiana. Todo ello para una buena convivencia y para crear un ambiente favorable en el entorno de la persona diagnosticada ya que la demencia en sí también es un cambio enorme para la familia

Fármacos eficaces en las fases leves a moderadas de la enfermedad de Alzheimer con acción sobre la acetilcolinesterasa. Los agentes colinérgicos incrementan la transmisión colinérgica mediante la inhibición de las enzimas que degradan la acetilcolina: acetilcolinesterasa

(ACE) y butirilcolinesterasa (BuCE) 8,9. Los fármacos inhibidores de la ACE actúan mediante la inhibición reversible de la enzima (tacrina, donepezilo, galantamina), pseudorreversible (fisostigmina, rivastigmina) o irreversible (metrifonato). El uso de Tacrina primer fármaco anticolinesterásico comercializado contra la demencia, es prácticamente excepcional en la actualidad debido a su perfil de hepatotoxicidad.

Fármacos eficaces en las fases avanzadas de la enfermedad de Alzheimer

La memantina es un fármaco bien tolerado. Las reacciones adversas más comunes incluyen alucinaciones, confusión, mareos, cefaleas y cansancio. Más raramente puede observarse ansiedad, hipertensión, cistitis, aumento de la libido y vómitos.

Tratamiento de otras Demencias diferentes de la Enfermedad de Alzheimer

Dentro del amplio grupo de las denominadas Demencias no Alzheimer relacionadas en el apartado de clasificación de las demencias, dos de ellas, por su frecuencia después de la EA, merecen atención especial, nos referimos,

concretamente, a la Demencia Vascular y a la Demencia por Cuerpos de Lewy.

Tratamientos utilizados en la Demencia Vascular

Tal como se ha citado en la sección correspondiente, la demencia vascular (DV) es considerada en la actualidad como un síndrome en una fase avanzada de la evolución de diferentes alteraciones cerebrovasculares heterogéneas y de causa multifactorial. En este contexto se comprende que hayan sido utilizadas numerosas y variadas estrategias terapéuticas farmacológicas para su tratamiento, aunque con un relativamente escaso soporte de ensayos clínicos controlados para esta indicación: antioxidantes, antitrombóticos, reducción de la presión arterial, CDP-Colina, Ginko Biloba, Hydergina, Nimodipino, Pentoxifilina, Piracetam, Propentofilina, Inhibidores de la acetilcolinesterasa.

Tratamientos utilizados en la Demencia por Cuerpos de Lewy, Las necesidades de tratamiento farmacológico en la Demencia por Cuerpos de Lewy (DCL) vienen a menudo marcadas por la clínica psiquiátrica y conductual prominente en este tipo de demencia. Al igual que en la

demencia vascular, varios tratamientos han sido utilizados desde que su conceptualización nosológica ha sido mayoritariamente aceptada, Tenemos: Inhibidores de la acetilcolinesterasa, neurolépticos, antiparkinsonianos, carbamazepina, clormetiazol, benzodiazepinas, baclofén, vitamina E, neurotrofinas. (13)

2.2.2 Rol de Enfermería en Educación Continua

La educación para la salud constituye una forma de cuidado enfermero en el cual se fundamenta la profesión de Enfermería. El cuidado, para ser completo, debe comprender desde el nacimiento hasta la muerte y basarse tanto, en situaciones de enfermedad como en la prevención y promoción de la salud.

El personal de enfermería es el que tiene más contacto con el paciente sano o enfermo por lo tanto, desempeña un papel importantísimo para el mantener la salud, prevenir la enfermedad y restablecer la salud.

La función educadora de la enfermera en los últimos años ha tomado mayor importancia dentro de su quehacer profesional, mediante la elaboración, ejecución y evaluación de actividades educativas que ayuden a los pacientes, familias y comunidad a resolver los problemas derivados del proceso

salud- enfermedad, contribuyendo en el aprendizaje a través de un proceso importante como es la educación.(14)

En el área de Geriatria, nuestros pacientes van necesitando de un cuidador que viene a formar parte fundamental del cuidado del paciente, en ellos se extiende el cuidado y acompañamiento día a día. Es un personal que debe ser entrenado de acuerdo al tipo de paciente, para evitar frustraciones y ansiedad al no poder resolver algún evento que suscite con el paciente.

2.2.3 Teoría del Modelo de Promoción de la Salud: Nola J.

Pender

a) Metaparadigmas

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

b) Postulados

Modelo de Promoción de la salud (MPS): Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales 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

c) Aplicación a la práctica

La actividad de la enfermera en beneficio del paciente, familia y la comunidad se basa en los lineamientos de política de salud de Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, utilizando las intervenciones educativo comunicacionales que logran el objetivo planteado.

Resulta esencial que el profesional de enfermería se base en la educación a los cuidadores quienes tienen a cargo

pacientes con demencia, para mejorar su atención y disminuir ansiedad y frustración.

Es fundamental para llevar a cabo un proceso de relación de ayuda eficaz en los cuidadores de los pacientes con demencia que la enfermera tenga la capacidad de identificar factores cognitivos perceptuales y dar respuestas a los cuidadores sobre alguna duda. La aplicación de esta teoría está orientado a incentivar al profesional de enfermería que labora en el Hospital de Día, del Hospital Militar Geriátrico sea el ente activo en la educación a los cuidadores, evaluando sus avances en sus capacidad de atención.

El profesional de enfermería tiene que descubrir y adquirir los conocimientos acerca del mundo de las demencias y cuidadores, para que así haga uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada.

Esta teoría está basada en los cuidados teniendo en cuenta los aspectos interculturales ,que permiten al profesional de enfermería poseer una visión holística más amplia sobre las necesidades de los pacientes, familia y cuidadores que permiten, conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos de la practica asistencial de enfermería

2.4

2.3 Definición de Términos

a) Paciente con demencia:

Paciente con diagnóstico médico, que presenta un deterioro de la capacidad mental y no puede realizar algunas o todas las actividades de vida diaria.

b) Cuidador

Persona que asiste en los cuidados a un adulto mayor que presente dificultades para las actividades de vida diaria.

c) Educación sobre la demencia

Es la educación que se brinda al cuidador sobre la enfermedad, conceptos básicos, mediante un rotafolio como herramienta educativa.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente trabajo académico se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros del servicio: Valoración Geriátrica Integral (VGI), las historias clínicas, y memorias anuales del servicio, de los cuales se recabaron datos pertinentes al estudio

Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente trabajo académico, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.

Como Médico Geriatra : Dra. Jessica Casado Peña

Como coordinadora Lic. Esp: Ivonne Martinez Fernandez

Equipo con mucha disposición en la ayuda en cuanto a la información requerida para fines académicos.

El Hospital de Día (HODIGE), cuenta con información de todos los pacientes atendidos de acuerdo a sus modalidades de atención:

- Por referencia de algún especialista
- Por su evaluación de control.
- Para realizar la Valoración Geriátrica Integral.
- Por la administración de tratamiento..
- Para realizar algún procedimiento: canalización de vía, colocación de sondas nasogástricas, vesicales, curación de UPP, curación de heridas menores, hidratación.

Se accedió a las fichas de valoración geriátrica integral y se clasifico de acuerdo al tema.

3.2 Experiencia Profesional

- Recuento de la Experiencia Profesional

Egrese de la Escuela de Enfermería del Ejército Convenio con la UNFV en el año 2004. Mi experiencia profesional inicia en el año 2004 al ingresar a trabajar en el Centro Médico de la Escuela Técnica del Ejército hasta el año 2006, desempeñándome en el área asistencial dirigida al personal de Oficiales, Técnicos, Sub Oficiales, alumnos y tropa a la vez manejando las estrategias de inmunizaciones, Control de VIH – ITS, Tuberculosis. También formando parte de la red de Epidemiología del Ejército.

En mayo del 2004 realizo mi Servicio Rural Urbano Marginal en la Compañía de Bomberos Nro13 “Jose Olaya Balandra”, donde

estaba encargada de la Ambulancia 13, fue una experiencia inolvidable porque denota a importancia del personal de enfermería en la atención pre hospitalaria, realizaba retroalimentaciones con el personal de la compañía sobre diferentes temas como inmovilización, manejo de la vía aérea, RCP, a la vez la misma compañía mandaba a capacitarnos con personal experimentado en PHTLS sigla en inglés PreHospital Trauma Life Support. Que fue lo más resaltante luego de todas las emergencias a las cuales acudíamos.

Luego en abril del 2007 solicité mi cambio a la Escuela de Inteligencia, realizaba labores asistenciales, manejo de estrategias y también de docencia en Primeros Auxilios al personal de Alumnos en formación y tropa del servicio militar voluntario. Después de casi 9 años de servicio fuera de instalaciones hospitalarias solicité mi cambio en Junio del 2013 al Hospital Militar Geriátrico, rotando por los diferentes como Emergencia, Unidad de Agudos, Unidad de Larga Estancia Hospital de Día, Programa de Paciente Crónicos y Programa de Riesgo Cardiometabólico. Cada servicio con su particularidad básicamente por su nivel de atención. Es un hospital especializado en pacientes Geriátricos donde aprendí realmente a realizar escucha activa y lograr que entiendan cada indicación la misma que se le da al familiar responsable y cuidador que acompaña al paciente. Los cuidadores son personas

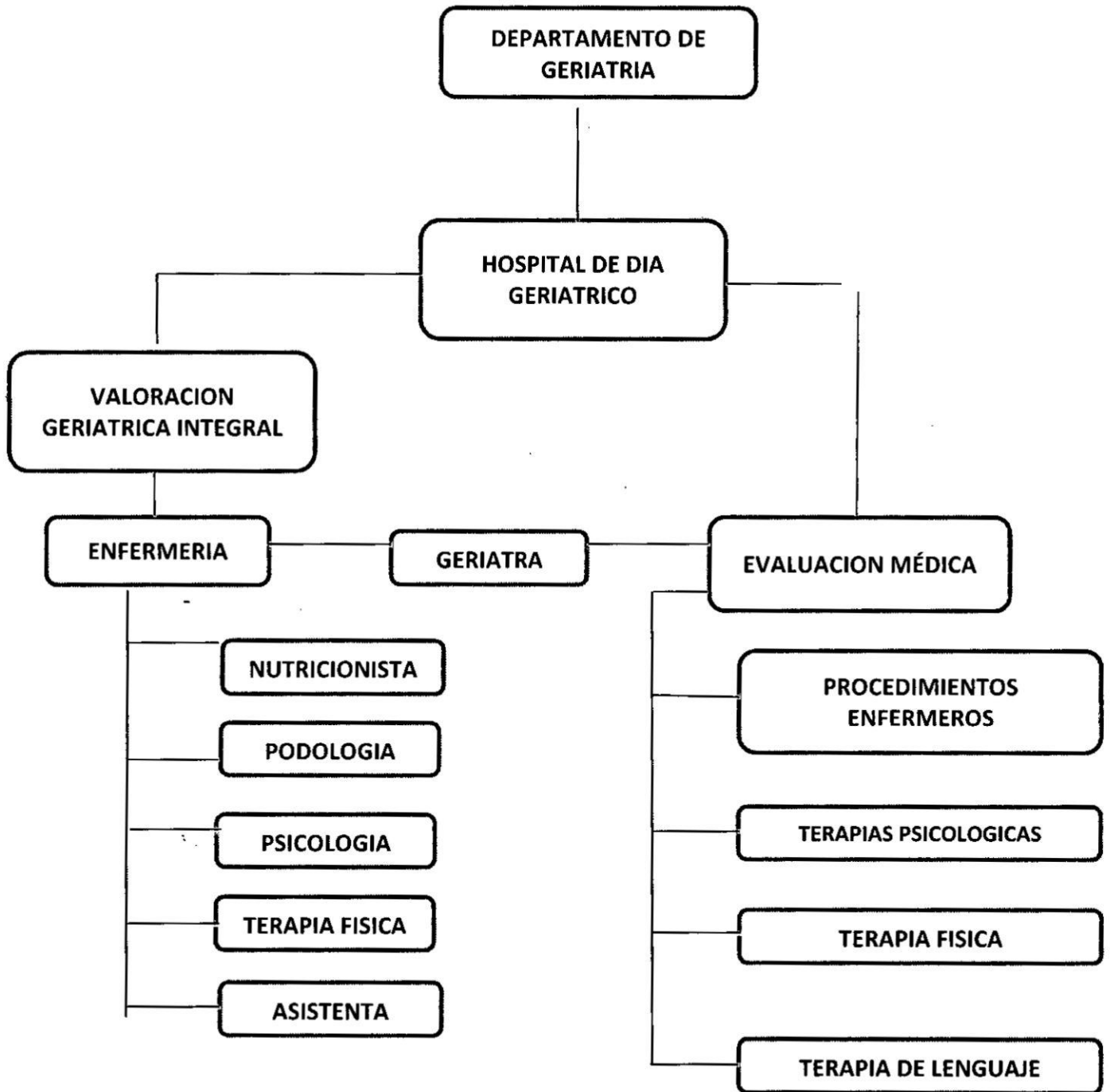
importantes para nosotros porque ellos son los encargados de brindar atención en su domicilio las 24 horas de día, quienes informan con certeza sobre los eventos que suceden con el paciente, su incorporación con el paciente cumple muchos roles, empezando desde el acompañamiento hasta la misma satisfacción de las actividades de la vida diaria.

- Descripción del Área Laboral

El hospital de día es uno de los principales niveles de atención en geriatría que nace como un sistema de atención multidisciplinaria para el adulto mayor. El hospital de día geriátrico (HDG) tiene diferentes funciones: atención médica, de enfermería, rehabilitación, mantenimiento, atención psicológica y social. Siendo la especialidad de geriatría el pilar fundamental de la atención médica integral del adulto mayor en el hospital militar geriátrico y teniendo como población a los militares titulares y a sus familias con derecho y población de la comunidad. Su objetivo es prevenir el deterioro y dar tratamiento y cuidados pos alta y salvar camas terapéuticas, detectar de forma precoz, problemas biopsicosociales y funcionales del adulto mayor especialmente los frágiles y complejos.

Su alcance es para los pacientes adultos mayores que requieren rehabilitación, mantenimiento, valoración geriátrica, monitoreo en fase de recuperación y cuidados médicos y de enfermería.(15)

- Organigrama funcional del servicio



- Recursos Humanos

El servicio de Hospital de Día(HODIGE), está bajo la dirección de:

- Medico Geriatria : Md. Jessica Cassado Peña
- Coordinadora de Enfermería Especialista en Geriatria y Gerontologia : Lic Enf.Ivonne Martinez Salazar

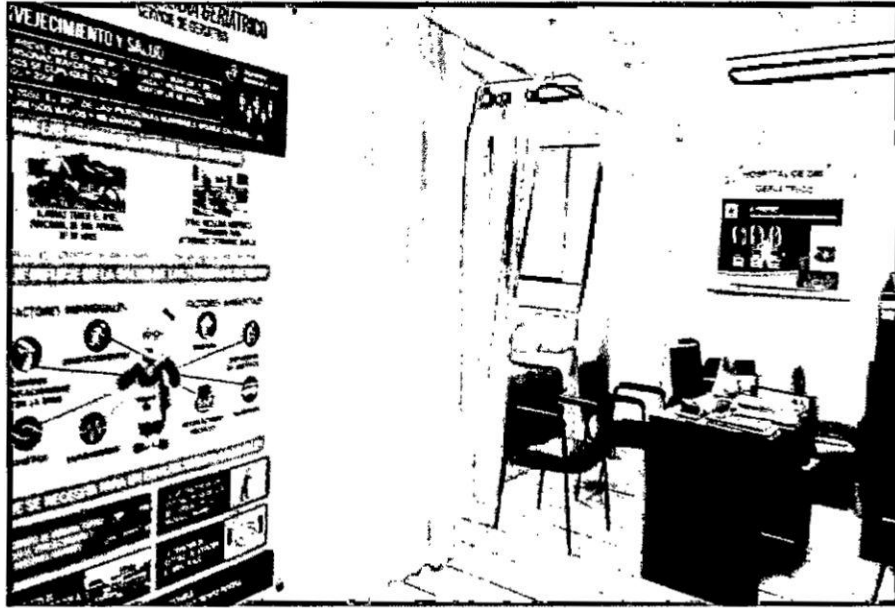
- Infraestructura

Consta de un ambiente adaptado a las necesidades del Servicio:

- Un ambiente para el consultorio medico
- Un ambiente para el personal de enfermeria
- 02 camas para procedimientos



CONSULTORIO DE ENFERMERIA



CAMAS DEL SERVICIO



- Prestaciones

De lunes a sábados de 8am – 2pm, previa programación.

Es requisito para acceder a Hospital de Día geriátrico:

- Pacientes transferidos a la unidad de agudos.
- Pacientes de atención domiciliaria geriátrica.
- Pacientes de otros servicios (neurología, urología, reumatología, traumatología, medicina física) que requieran tratamiento intrahospitalario sin permanencia prolongada.

- **Funciones Desarrolladas en la Actualidad**

a) Asistenciales

- Brindar cuidados de enfermería.
- Supervisión de todos los pacientes asistentes a Hodige.
- Coordinar los trámites de interconsulta.
- Velar por el buen acondicionamiento del paciente.
- Participar en la evaluación a los pacientes de valoración geriátrica integral.
- Participar en la reunión de los días viernes con el paciente y el equipo multidisciplinario.

- Aplicar instrumentos necesarios para la elaboración de las necesidades y respuestas humanas del paciente.
- Realizar intervenciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- Realizar procedimientos de enfermería (curación, cambio de sondas nasogástrica, Foley, administración de medicamentos , educación sanitaria a los pacientes y familia)

b) Administrativas

1. Organizar, dirigir, coordinar con los profesionales del equipo multidisciplinario.
2. Velar por el mantenimiento del material y equipos médicos a su cargo.
3. Coordinar con la jefa del Departamento de Enfermera para informar sobre las necesidades de personal u otros recursos.
4. Emitir la documentación de trámite documentario respectivo.
5. Coordinar con medico Geriatra para todas las actividades que se realizara en el HODIGE.

6. Planear el cuidado integral y especializado del paciente de HODIGE.
7. Elaborar, aplicar y evaluar guías de atención de enfermería.
8. Desarrollar intervenciones para la vigilancia Epidemiológica, realizar estadística mensual.
9. Llevar al día los legajos, documentos, registros y otros propios de la Unidad de HODIGE.
10. En coordinación con el jefe del departamento de geriatría confeccionar la normativa que regula la unidad de HODIGE.
11. Formar parte del equipo multidisciplinario.

c) Docentes

- Planear organizar y dirigir la capacitación del personal de enfermería y/o de la auxiliar de Enfermería.
- Realizar programas de capacitación, entrenamiento e investigación.
- Capacitar al cuidador del paciente adulto mayor.(16)

3.3 Procesos Realizados en el tema del informe

Caso relevante

Durante los días de atención en el servicio, un día peculiar acude al servicio la paciente de 78 años delgada, con diagnóstico de DM2, Hipertensa, Hipotiroidismo, Demencia con una mirada poco perdida, respondía al saludo, acompañada con un familiar que era su nuera pero que poco o nada de información tenía sobre el cuidado de su suegra. Al servicio la deriva la Endocrinóloga por su estado y manejo. Al hacer la anamnesis era poco útil las respuestas de la paciente y la nuera solo atinaba a llamar al hijo por celular, cuando hicimos una revisión de la historia clínica, encontramos una atención por Psiquiatría, donde el familiar refería que la paciente por las noches no duerme y a veces para hablando, entonces la psiquiatra hizo sus indicaciones, que no siguieron al pie de la letra, porque la misma paciente se lo administraba y ella misma refería que esas pastillas la tumban, y los hijos no estaban al tanto del estado de salud de su madre. De acuerdo a la evaluación geriátrica, una valoración geriátrica integral, y un familiar responsable de la madre que fue su hijo. El diagnóstico un deterioro cognitivo moderado que seguían en estudios y la no aceptaba porque ella todavía caminaba y no necesitaba ayuda. En breve la doctora dio las indicaciones y su evaluación por neuropsicología.

En nuestra realidad todos los adultos mayores, tienen poco sistema de actividades sociales, lo que conduce a un aislamiento o simplemente en casa son cosificados como personas que no pueden hacer nada porque ya están viejitos.

La familia y el cuidador deben de conocer la enfermedad para que comprenda la complejidad de la patología y todo lo que conlleva su atención.

Para nosotras este momento es el momento más importante donde vamos a educar para modificar las acciones en la atención, y la manera de cómo va a asistir al paciente, entonces aquí resaltamos a nuestra teórica Nola J. Pender quien identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que son modificados por las características situacionales

Con el caso se realizó una pequeña orientación verbal, porque el servicio no cuenta con una herramienta educativa sobre las demencias dirigidos al familiar o cuidadores, de manera que es una limitación para el profesional de enfermería quien debe impartir la educación.

Después de una reunión familiar con todo el equipo multidisciplinario realizaron sus indicaciones. Actualmente la paciente cuenta con una cuidadora, llevan un registro de medicamentos donde se encuentra la terapéutica indicada, se ajustó los medicamentos de acuerdo a las necesidades de la

paciente, cuenta con un glucotest que se enseñó a su uso al hijo, se cursaron sus visitas a nutrición para que mantenga una de acuerdo a sus requerimientos.

En su penúltima cita, nuestra paciente se muestra tranquila y sonriente ya no se siente adormitada, los hijos muestran como llevan los registros de manera adecuada, motivo por el cual ya es referida para control por consultorio externo.

- Aporte

Como aporte al trabajo diario de enfermería y palpando in situ la necesidad de herramientas educativas para impartir educación continua a los cuidadores y familiares de pacientes con demencia, se confeccionó un rotafolio mediano, donde dan alcances básicos sobre la demencia y sus cuidados para los cuidadores y familiares.

- Limitaciones para el Desempeño Profesional

- Hay una población de enfermería que no cuenta con la especialidad en geriatría y gerontología.
- Personal rotativo en el servicio, no todos conocen los objetivos del servicio, ni están inmiscuidos de los diferentes test que implican en la valoración geriátrica integral.

- Insuficientes recursos humanos, no se abastece para la programación del día.
- Multifuncionalidad del personal de enfermería.

Procesos realizados

1. Se informa la necesidad a la coordinadora, quien también se encuentra de acuerdo para la elaboración del instrumento educativo en este caso el rotafolio sobre "La demencia"
2. Se consiguió bibliografía basada en libros, revistas, guías y trabajos afines basada en el tema con últimos alcances y consensos de acuerdo
3. Se confecciona el rotafolio sobre "la demencia"
4. La implementación de una herramienta educativa para los cuidadores, servirá como instrumento para la educación continua a los cuidadores de pacientes con demencia, su contenido tiene conceptos básicos con lenguaje fácil y comprensivo.
5. Asesorías personalizadas de acuerdo a los requerimientos de todo trabajo académico.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

**SEGÚN EL GRADO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE HOSPITAL DE
DÍA DEL HOSPITAL MILITAR GERIÁTRICO, DE LOS AÑOS 2015, 2016
Y 2017**

GRADO	PACIENTES		
	2015	2016	2017
OFICIAL	28	18	50
TCOS Y SSOO	25	07	23
EX. COMB.	01	01	0
FAMILIARES	100	45	125
CIVILES	03	03	08
TOTAL	157	74	206

Fuente: Registro de Ingreso de Pacientes de VGI de Ene – Dic 2015, 2016 y 2017

En el cuadro 4.1 vemos que hay un incremento en las atenciones del personal de Oficiales y familiares, mientras que en las atenciones de los excombatientes ya no existen atenciones en el 2017.

CUADRO 4.2

SEGÚN GENERO DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE HOSPITAL DE DÍA DEL HOSPITAL MILITAR GERIÁTRICO ENERO A DICIEMBRE DEL 2015, 2016 Y 2017

SEXO	PACIENTES		
	2015	2016	2017
MASCULINO	71	28	86
FEMENINO	86	46	120
TOTAL	157	74	206

Fuente: Registro de Ingreso de Pacientes de VGI de Ene – Dic 2015,
2016 y 2017

Aquí observamos claramente que el sexo femenino es un grupo mayoritario en comparación con el sexo masculino y mantiene su incremento a medida que pasa cada año.

CUADRO 4.3

**SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE HOSPITAL DE
DÍA DEL HOSPITAL MILITAR GERIÁTRICO ENERO A DICIEMBRE
DEL 2015, 2016 Y 2017**

EDAD	PACIENTES		
	2015	2016	2017
61 – 70años	17	14	24
71 – 80años	52	16	69
81 -90años	69	36	90
91años a mas	19	08	23
TOTAL	157	74	206

Fuente: Registro de Ingreso de Pacientes de VGI de Ene – Dic 2015, 2016 y 2017

El grupo etario de mayor presencia se sitúa entre los 81 – 90 años, notándose que la dependencia y necesidad de atenciones es directamente proporcional con la edad.

CUADRO 4.4

**SEGÚN CATEGORIAL DEL ADULTO MAYOR DEL SERVICIO DE
HOSPITAL DE DÍA DEL HOSPITAL MILITAR GERIÁTRICO ENERO A
DICIEMBRE DEL 2015, 2016 Y 2017**

CATEGORIA	PACIENTES		
	2015	2016	2017
Adulto maduro saludable	2	7	11
Adulto maduro enfermo	40	20	13
Adulto maduro frágil	66	29	137
Geriátrico complejo	49	18	45
TOTAL	157	74	206

Fuente: Registro de Ingreso de Pacientes de VGI de Ene – Dic 2015, 2016 y 2017

Aquí según a categoría del anciano encontramos un número mayor en los adultos frágiles, seguido del geriátrico complejo.

En el cuadro se evidencia la presencia de la demencia en un total 16 pacientes y un deterioro cognitivo 25 en el 2015, incrementándose cada año, para el 2016 se presente pero como demencia vascular 10 casos y un deterioro cognitivo leve 15 esto también responde sus disminución de atención, pero sigue su presencia y finalmente en diciembre la Morbilidad incrementa en la demencia y deterioro cognitivo,

V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente.
- b) Según el grado de atención, presenta un mayor número de atenciones los familiares (padre, madre, esposa)
- c) Según el sexo las mujeres representan un mayor número con relación al sexo masculino.
- d) Según la edad, hay mayor incidencia en el grupo de 81 a 90 años.
- e) Según el grado de complejidad, el adulto maduro frágil va en aumento y es el de mayor cantidad en cada año.
- f) La falta de conocimiento y experiencia de los cuidadores en torno a la demencia y su manejo supone un problema de mayor relevancia e impacto tanto en el ámbito sanitario como social.
- g) Continuando con la finalidad de lograr una mejor adaptación a las necesidades de los participantes, en el trabajo destacará la función del equipo multidisciplinar, del que la enfermera forma parte.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Que el departamento de Enfermería y sus coordinadoras de EMG, UGA y ULE motiven al personal al logro de la especialidad en geriatría y gerontología.
- b) A nivel Ejército, socializar la cultura de chequeos médicos, al personal militar en actividad, para que puedan ser efecto multiplicador y lo practiquen con sus familiares en especial las mujeres mayores de 80 años que son más frágiles.
- c) Solicitar la presencia del familiar cuidador en cada control para su entrenamiento.
- d) Proponer como herramienta educativa un rotafolio para la educación sobre la demencia dirigido a los familiares cuidadores tomando en cuenta la definición, tipos, tratamiento y sus cuidados basados en las actividades de la vida diaria tomando en cuenta el respeto, amor y la tolerancia, utilizando palabras sencillas y de fácil entendimiento. Para romper los estigmas sobre la enfermedad debido a los patrones culturales que cada familia tenga, porque este es el motivo que más dificulta en el diagnóstico precoz por la simple creencia que la demencia es parte del envejecimiento.

VII. REFERENCIALES

- (1) Luis Varela. Principios de la Geriatria y Gerontologia. 2ª ed. Lima, Cayetano Heredia, 2011.
- (2) INEI, Indicadores del adulto mayor, Informe Técnico Nro. 03 – Setiembre 2017.
- (3) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>. Articulo web. Consultado 27 de Noviembre del 2017.
- (4) <https://www.alz.org/espanol/about/qu%C3%A9-es-la-demencia.asp>. Articulo web. Consultado 28 de Noviembre del 2017
- (5) Organización Mundial de la Salud Demencia una prioridad de Salud Publica, Washington D.C, 2013.
- (6) Juan Llibre Rodríguez y Raúl Fernando Gutiérrez Herrera. Demencias y Enfermedad del Alzheimer en américa Latina y el Caribe. Rev Cubana Salud Pública. 2014;40(3)
- (7) La Republica, Los ancianos en el Perú. Publicación 27Noviembre 20017
- (8) MARIM, Camila Manuela/ SILVA, Valter/ TAMINATO, Mônica/ BARBOSA, Dulce Aparecida. "Efectividad de programas educativos

en la sobrecarga de cuidadores de pacientes con diagnóstico de demencia: revisión sistemática” Revista latinoamericana de Enfermería (Brasil – 2013)

(9) QUISPE ARONES Vilma. Efectividad de un Programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor dependiente en los Servicios de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis para Obtener Licenciatura en Enfermería. Lima. Universidad Mayor de San Marcos. diciembre, 2006

(10) RIVERA MORET Maritza. Variables de Riesgo asociados al burnout entre cuidadores familiares de enfermeros con alzheimer en el oeste de Puerto Rico. Tesis doctoral. Universidad de León. Puerto Rico 2013.

(11) Cerquera, A., & Pabón, D. (2014). Intervención en cuidadores informales de pacientes con demencia en Colombia: una revisión. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(2), 73-81.[Internet]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300009&lng=es

(12) Demencia, Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa.

Nota descriptiva nº 362. Marzo 2015. [Internet] Disponible en

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

(13) Sociedad Española de Psicogeriatría. Consenso Español sobre Demencias, 2da edición, Octubre 2005.

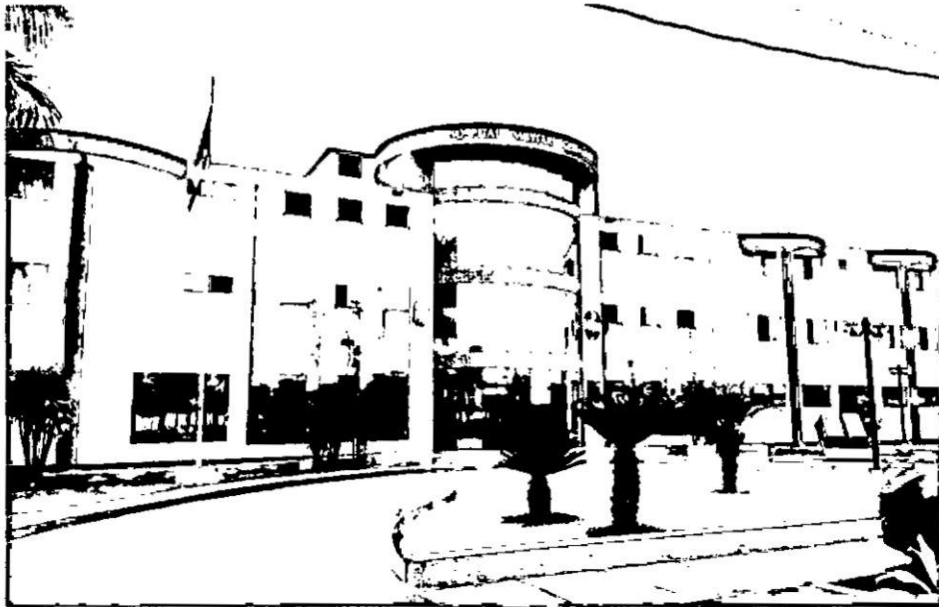
(14) Jacinto Espinosa García. Médico de Familia. Educación para la salud. Disponible <http://platea.pntic.mec.es/~jrui2/ast98/art40.htm>

(15) Manual de procedimientos. HODIGE 2016

(16) Manual de organización y funciones. HODIGE 2016

ANEXOS

FRONTIS DEL HOSPITAL MILITAR GERIATRICO



FUENTE: Elaboración Propia

SERVICIO DE EMERGENCIA



FUENTE: Elaboración Propia

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN



FUENTE: Elaboración Propia

HOSPITAL DE DIA



FUENTE: Elaboración Propia

UNIDAD DE LARGA ESTANCIA



FUENTE: Elaboración Propia

RESIDENCIA GERIÁTRICA DEL EJÉRCITO



FUENTE: Elaboración Propia

ROTAFOLIO PARA IMPARTIR EDUCACIÓN AL FAMILIAR CUIDADOR



FUENTE: Elaboración Propia