

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
ESCUELA DE POSGRADO**



**EFICACIA DE UN PROGRAMA DE CAPACITACION EN EL
CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DEL CUIDADOR DEL
ADULTO MAYOR – CENTRO DE SALUD MICAELA BASTIDAS
2021**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN

SALUD PÚBLICA

GABY LUZ PANDURO SALAS

PUCALLPA – PERÚ

2022



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

ESCUELA DE POSGRADO



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE DOCTOR

En el Salón de Grados de la Escuela de Posgrado siendo las 12.00 horas, del día 12 de abril de 2022 ante el **Jurado Dictaminador** de Tesis constituido por:

Presidente: Dra. YOLANDA GLADYS SANTOS VILLEGAS

Secretario: Dra. AURISTELA CHAVEZ VIDALON

Vocal: Dr. VICTOR MISAEL HERNANDEZ MENDOZA

El aspirante al **GRADO DE DOCTOR** en SALUD PÚBLICA
Don(ña) **GABY LUZ PANDURO SALAS**

Procedió al acto de Defensa:

a. Con la exposición de la Tesis titulada:

“EFICACIA DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN EL CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR – CENTRO DE SALUD MICAELA BASTIDAS 2021”

b. Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación del aspirante a Doctor, teniendo presente los criterios siguientes:

- a) Presentación personal
- b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y solución a un problema social y Recomendaciones
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente
- d) Dicción y dominio de escenario

Así mismo, el Jurado planteó a la tesis **las observaciones** siguientes

Revisar la redacción del texto

.....
Obteniendo en consecuencia el Doctorando la **Nota** de 18 (DIECIOCHO)
Equivalente a APROBADO, por lo que se recomienda LA PUBLICACION.

Los miembros del Jurado, firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Pucallpa, siendo las 13:30 horas del 12 de abril de 2022.

Dra. YOLANDA GLADYS SANTOS VILLEGAS
PRESIDENTE

Dra. AURISTELA CHAVEZ VIDALON
VOCAL

Dr. VICTOR MISAEL HERNANDEZ MENDOZA
VOCAL



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PRODUCCION INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION **SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND**

N° V/0145-2022

La Dirección de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el Informe final de Tesis, titulado:

“EFICACIA DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN EL CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR - CENTRO DE SALUD MICAELA BASTIDAS 2021”.

Cuyo(s) autor (es) : PANDURO SALAS, GABY LUZ
Escuela : POSGRADO
Doctorado : SALUD PÚBLICA.
Asesor(a) : Dra. ELESPURO NAJAR, TERESA DE JESUS

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 2%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que SI se aprueba su originalidad.

En señal de conformidad y verificación se FIRMA Y CODIFICA la presente constancia

FECHA 21/03/2022



Dr. ABRAHAM ERMITANIO HUAMAN ALMIRON
Dirección de Producción Intelectual

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, GABY LUZ PANDURO SALAS
 Autor(a) de la TESIS de posgrado titulada:
EFICACIA DE UN PROGRAMA DE CAPACITACION EN EL CONOCIMIENTO
Y ACTITUDES DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR - CENTRO
DE SALUD MICAELA BASTIDAS 2021

Sustentada el año: 2022
 Con la asesoría de: DRA. TERESA DE JESUS ELESURO NAJAR
 En la Escuela de Posgrado, Doctorado en: SALUD PUBLICA
 Mención: SALUD PUBLICA

Autorizo la publicación:

PARCIAL Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar **si su tesis o documento presenta material patentable**, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.

TOTAL Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la **tesis es una creación de mi autoría** y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali y del Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 12 / 04 / 2022

Email: galuzpa.salas@gmail.com

Firma: 

Teléfono: 937413886

DNI: 00046203

DEDICATORIA

A mi esposo e hijos por darme sus tiempos para tener un espacio para mi perfeccionamiento.

A mis padres que fueron la motivación para este estudio.

A mi familia por su apoyo en todo lo que estuvo a su alcance.

Gaby Luz

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Ucayali por darnos una oportunidad de preparación y perfeccionamiento como profesionales.

A los cuidadores de los adultos mayores del Centro de Salud Micaela Bastidas que gustosamente aceptaron participar activamente en esta investigación.

A la Dra. Teresa de Jesús Eléspuro Najar, asesora de la tesis, por todas orientaciones y apoyo en el desarrollo de la investigación.

A los miembros del jurado evaluador por sus valiosas observaciones para la mejora de este trabajo.

A la Lic. Enf. Ivonne Montero Ramírez por facilitarme información del establecimiento y al Mg. Francisco Javier Ramírez Calle por su valioso apoyo en todo el proceso de realización del estudio.

A mi familia y a todas aquellas personas que de alguna manera me brindaron su apoyo para la realización de mi tesis.

RESUMEN

La investigación tuvo por objetivo Determinar la eficacia del Programa de Capacitación en el conocimiento y actitudes del cuidador del adulto mayor en el Centro de Salud Micaela Bastidas - 2021. Estudio de diseño cuasi experimental, con dos grupos a quienes se aplicó pre y post test, luego se diseñó, desarrolló y evaluó la eficacia de un programa de capacitación; se trabajó con 52 cuidadores de adultos mayores que fueron identificados en sus domicilios, 26 cuidadores conformaron el grupo experimental quienes recibieron la capacitación durante el mes de setiembre 2021 y 26 cuidadores del grupo control. Entre los principales resultados se tiene: los cuidadores del adulto mayor en su mayoría son adultos medios para el grupo control y adultos jóvenes para el grupo experimental, y en ambos grupos existe predominio del sexo femenino, mayor parentesco de hijo, estudios secundarios y superiores, y que brindan cuidados de 1 a 5 años. La aplicación del programa de capacitación fue eficaz en el incremento de conocimiento en los cuidadores de los adultos mayores, destacando en la mejora de los conocimientos: factores de riesgo y complicaciones de caídas, formación de úlceras por presión, definición de adulto mayor, apoyo en la higiene, medicación y envejecimiento. Respecto a las actitudes no se ha podido establecer significancia estadística, ya que los resultados indican que las actitudes son favorables para ambos grupos. Como medida de significación estadística se utilizó la prueba de T de Student, con un nivel de significancia de 0.05.

Palabras clave: evaluación, envejecimiento, cuidado.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the effectiveness of the training program on the knowledge and attitudes of the caregiver of the elderly at the Micaela Bastidas Health Center - 2021. Quasi-experimental design study, with two groups to whom pre and post test were applied, then the effectiveness of a training program was designed, developed and evaluated, working with 52 caregivers of older adults who were identified in their homes, 26 caregivers formed the experimental group who received the training during the month of September 2021 and 26 caregivers of the control group. Among the main results: The caregivers of the elderly are mostly middle-aged adults for the control group and young adults for the experimental group, and in both groups, there is a predominance of female sex and a greater kinship of children, caregivers with secondary and higher education, who provide care from 1 to 5 years. The application of the training program was effective in increasing the knowledge of the caregivers of older adults, highlighting in the improvement of knowledge: risk factors and complications of falls, formation of pressure ulcers, definition of older adult, support in hygiene, medication, aging. With respect to attitudes, it was not possible to establish statistical significance, since the results indicate that attitudes are favorable for both groups. The Student's t-test was used as a measure of statistical significance, with a significance level of 0.05. Key words: evaluation, aging, care.

RESUMO

O objetivo da investigação era determinar a eficácia do programa de formação sobre os conhecimentos e atitudes dos cuidadores de adultos idosos no Centro de Saúde de Micaela Bastidas - 2021. Um estudo de concepção quase-experimental, com dois grupos aos quais foi aplicado um pré e um pós-teste, depois foi concebida, desenvolvida e avaliada a eficácia de um programa de formação; 52 cuidadores de adultos mais velhos foram identificados nas suas casas, 26 cuidadores constituíram o grupo experimental que recebeu formação durante o mês de setembro de 2021 e 26 cuidadores constituíram o grupo de controlo. Entre os principais resultados: os cuidadores dos adultos mais velhos são na sua maioria adultos de meia idade no grupo de controlo e jovens adultos no grupo experimental, e em ambos os grupos há uma predominância de mulheres, um maior número de crianças, ensino secundário e superior, e cuidadores que prestam cuidados durante 1 a 5 anos. A aplicação do programa de formação foi eficaz para aumentar os conhecimentos dos cuidadores dos adultos mais velhos, destacando-se na melhoria dos conhecimentos: fatores de risco e complicações de quedas, formação de úlceras de pressão, definição do adulto mais velho, apoio na higiene, medicação e envelhecimento. No que diz respeito às atitudes, não foi possível estabelecer significado estatístico, uma vez que os resultados indicam que as atitudes são favoráveis para ambos os grupos. O teste t do aluno foi utilizado como medida de significância estatística, com um nível de significância de 0,05.

Palavras-chave: avaliação, envelhecimento, cuidados.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento de la población mayor de 60 años es un fenómeno demográfico que se expresa plenamente en todos los países del mundo. En el año 2000 la población mundial de personas mayores de 60 años era de 600 millones y se proyecta para el 2050 a 2.000 millones; en América Latina para el año 1998 el 8,0% de la población tenía más de 60 años, con proyección al 2025 del 15,0% (1).

Consecuentemente, los cambios que se producen a medida que se envejece, hacen de la persona mayor una persona vulnerable y susceptible de llegar a algún nivel de dependencia. Algunas personas mayores por falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria (comer, caminar, asearse, vestirse, bañarse, ir al baño) y/o instrumentales (usar el teléfono, comprar, preparar la comida, tareas domésticas, utilizar transporte, tomar sus medicamentos, administrar dinero, salir a la calle). Cuando la dependencia es definitiva y se necesita de manera sistemática cuidados de otra persona, se habla de cuidados a largo plazo. Factores variados determinan la dependencia de una persona mayor. Fragilidad, problemas de la movilidad y enfermedades: el deterioro de algunos sistemas (respiratorio, cardiovascular, etc.) provoca una disminución de la fuerza física, de la movilidad y del equilibrio. Este declive del organismo biológico se produce en todas las personas, aunque existen amplias diferencias en la forma en la que las personas envejecen y en la que se afronta el envejecimiento (2).

El proceso de envejecimiento del hombre no es un fenómeno exclusivo de las sociedades llamadas del primer mundo o de procesos de desarrollo acelerado por la influencia de las tecnologías. Este fenómeno natural ha prevalecido en cada una de los estadios del desarrollo de las sociedades. Estos efectos naturales del envejecimiento han sido en la historia de la humanidad interés de muchas ciencias, entre ellas la filosofía, el arte, la medicina; sin embargo, han pasado varios siglos y la situación de incremento de la ancianidad ha posibilitado entender todo este proceso como un reto dinámico dentro de la modernidad social (3).

Así mismo, la atención continuada de una persona mayor de 65 años puede ser abrumadora, el sumatorio de acontecimientos desagradables que se van acumulando en el cuidador pueden modificar la actitud de este hacia la persona que cuida y potenciar la aparición de reacciones violentas que, a la larga, puede convertirse en un maltrato. Además, la escasa información respecto al proceso de envejecimiento, la falta de habilidades para el cuidado, o unos recursos de apoyo inadecuados, pueden agravar esta situación. Hay evidencia empírica de que el estrés y la percepción de sobrecarga del cuidador predicen claramente la presencia de maltrato de las personas mayores (4).

Para la academia principalmente para los programas que forman talento humano en salud, como el de Enfermería, es fundamental hacer presencia en los establecimientos de atención al anciano y apoyar a los cuidadores, fortaleciendo su capacidad técnica y humana para asumir el compromiso de atender a las personas que tienen bajo su responsabilidad (1).

En este sentido, surge la necesidad de generar procesos de capacitación permanente a los cuidadores de los adultos mayores en nuestro medio a fin de proporcionar al cuidador las herramientas necesarias, sobre todo en conocimiento acerca del proceso de envejecimiento y cuidados básicos para que puedan brindar un adecuado cuidado a la persona a su cargo, sea éste un familiar o una persona mayor a la que cuida, así como sobre las actitudes que deben complementar el cuidado de las personas de esta edad.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
RESUMO	x
INTRODUCCIÓN	xi
ÍNDICE	xiii
INDICE DE TABLAS	xv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Descripción del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.2.1. Problema general.....	4
1.2.2. Problemas específicos.....	4
1.3. Objetivo General y objetivos específicos.....	4
1.3.1. Objetivo general.....	4
1.3.2. Objetivos específicos.....	4
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis.....	4
1.5. Variables.....	5
1.6. Justificación e importancia.....	9
1.7. Viabilidad.....	9
1.8. Limitaciones.....	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1. Antecedentes.....	11
2.2. Bases teóricas.....	15
2.3. Definiciones conceptuales.....	28
2.4. Bases epistémicas.....	29
2.5. Bases antropológicas.....	31
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	33
3.1. Tipo de investigación.....	33

3.2. Diseño y esquema de la investigación.....	33
3.3. Población y muestra.....	33
3.4. Instrumentos de recolección de datos.....	34
3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.....	36
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	37
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	40
CONCLUSIONES.....	44
SUGERENCIAS.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	46
ANEXOS.....	51
ANEXO N° 1.....	52
ANEXO N° 2.....	53
ANEXO N° 3.....	54
ANEXO N° 4.....	57
ANEXO N° 5.....	59
ANEXO N° 6.....	60
ANEXO N° 7.....	61
ANEXO N° 8.....	62
ANEXO N° 9.....	63
ANEXO N° 10.....	67
ANEXO N° 11.....	68
ANEXO N° 12.....	69
ANEXO N° 13.....	70
ANEXO N° 14.....	71
ANEXO N° 15.....	74
ANEXO N° 16.....	78

INDICE DE TABLAS

N° Tabla	Título	Pág.
Tabla N° 1	Características de los cuidadores de adultos mayores Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.	37
Tabla N° 2	Conocimiento pre y post test del cuidador del adulto mayor – Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.	38
Tabla N° 3	Actitud pre y post test del cuidador del adulto mayor – Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.	39

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

La población adulta mayor ha ido en aumento en los últimos años y paralelamente la calidad de vida se deteriora, lo que conlleva a una mayor dependencia de este grupo poblacional principalmente en las actividades básicas de la vida diaria, haciéndose necesario para ello contar con una persona abocada a su cuidado que posea conocimientos elementales para el acompañamiento y/o atención de personas mayores, que en la mayoría de los casos no han tenido oportunidades de capacitación en temas relacionados al adulto mayor.

Burgos P et al. (5) al realizar un estudio sobre Caracterización y nivel de conocimiento del cuidador informal de usuarios con dependencia severa adscritos al Centro de Salud Violeta Parra – Chillán encontraron que el 3% tuvo un nivel de conocimiento clasificado como malo, el 57% de ellos regular y el 40% restante como bueno.

Así también Tejeda Y (6) al realizar una intervención educativa encontró que el 76% de los cuidadores poseían conocimientos inadecuados y que luego de la intervención este porcentaje descendió a un 28%, demostrando la efectividad de la intervención educativa para mejorar el nivel de conocimiento de los cuidadores no formales.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (7), informó que al 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%).

Estas cifras confirman que, en el Perú, como en todo el mundo, se vive el fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, que significa que las mujeres viven más años que los hombres, en la medida que avanzan en edad. El índice de feminidad, muestra que hay 114 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 141 en la población femenina de 80 y más años de edad (7).

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) (7), del año 2014, el 39,1% de los hogares lo integra algún adulto mayor de 60 y más años de edad y en el 8,1% de los hogares vive alguno de 80 y más años de edad.

Según lugar de residencia, se aprecia que en Lima Metropolitana los hogares con adultos mayores alcanzaron el 40,6%, en el área urbana 36,4% y en la zona rural 42,0% (7).

Es necesario destacar que, en muchos hogares los adultos mayores constituyen una pieza fundamental para su funcionamiento. De acuerdo con la

ENAH0 del 2014 (7), el 33,4% de los hogares peruanos son conducidos por un adulto mayor. En Lima Metropolitana este porcentaje alcanzó el 34,3% y en el área rural el porcentaje de familias con un jefe adulto mayor se incrementó a 37,0%.

Durante Abril – Junio del 2017 el informe presentado por el INEI respecto a la situación del adulto mayor en lo que refiere a estado de salud presenta los siguientes datos: El 78,7% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 72,9%, habiendo 5,8 puntos porcentuales de diferencia entre ambos. Por otro lado, las mujeres del área urbana (82,4%) son las que más padecen de problemas de salud crónico, en tanto que en Lima Metropolitana y el área rural son el 77,6% y 73,4% respectivamente. En todos los ámbitos geográficos, menor proporción de hombres que de mujeres adultas mayores padecen de problemas de salud crónico (8).

La mayor proporción de personas de 60 y más años de edad, con algún tipo de problema de salud, no asistió a un establecimiento para atenderse porque no lo consideró necesario, u optó por remedios caseros, o se automedicó (67,4%). Poco más de la cuarta parte (25,6%) no acudió a un establecimiento de salud porque le queda lejos, o no le genera confianza o se demoran en la atención. Estos son factores a tomar en cuenta para incrementar los niveles de asistencia, prevención y cuidado de la salud de los adultos mayores (8).

Es de importancia saber que la esperanza de vida del adulto mayor se ha incrementado, se puede interpretar, que a comparación de años atrás, en las familias se ha tomado en cuenta el enfoque de bien cuidar del adulto mayor. Como un acto de amor se considera valorar a las personas que por mucho tiempo han entregado parte de su vida al cuidado de la familia y por la reciprocidad los familiares más jóvenes (hijas, nietas, nuera, sobrinas, etc.) hagan de su actividad diaria el cuidar a un adulto mayor. Este acto de amor principalmente lo realizan mujeres, constituyéndose en cuidadoras, estén capacitadas o no.

Cuidar de una persona mayor es una carrera de fondo, ya que en ocasiones solo se trata de un período de tiempo escaso, pero en otras de largos años de tu vida, que pueden afectarla seriamente, no solo a la persona que cuida de la persona mayor dependiente, sino a sus hijos, a su marido y a su entorno social. Por ello, es necesario que la persona cuidadora conozca de armas psicológicas y de los recursos sanitarios y sociales que hay a su alcance para que la labor de cuidar sea lo menos dañina posible tanto para la persona cuidadora como para la persona que es cuidada.

Los cuidadores familiares de personas mayores dependientes son aquellas personas que, por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que dedican gran

parte de su tiempo y esfuerzo: permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su dependencia funcional (entendida en sentido amplio) les impone (9). Si pensamos en que cada vez es mayor el porcentaje de población de más edad, debido fundamentalmente al aumento de la expectativa de vida y la disminución de la tasa de natalidad, resulta evidente que aumentará, en un futuro próximo, el número de personas que necesiten algún tipo de ayuda y, por tanto, el número de cuidadores.

En España, según datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (9), se estima que el porcentaje de personas mayores que presentan una dependencia importante está entre un 10 y un 15 % de las personas mayores de 65 años.

Por lo general, la familia es la que asume la mayor parte del cuidado de estas personas. En cada familia suele haber una persona encargada del cuidado algunas veces ocasionales otras veces permanente de acuerdo a las necesidades del adulto mayor y de la familia, pudiendo ser esto un acuerdo familiar o decisión tomada de acuerdo a las circunstancias.

En la mayoría de las familias es una única persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados. La mayor parte de estos cuidadores principales son mujeres: esposas, hijas y nueras. Hasta tal punto es así que ocho de cada diez personas que están cuidando a un familiar mayor en nuestro país son mujeres entre 45 y 65 años de edad. Una de las principales razones de que la mayoría de los cuidadores sean mujeres es que, a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa. A pesar del claro predominio de las mujeres en el ámbito del cuidado, los hombres participan cada vez más en el cuidado de las personas mayores bien como cuidadores principales o bien como ayudantes de las cuidadoras principales, lo que significa un cambio progresivo de la situación (3)

La intención de proponer un programa de capacitación dirigido al cuidador a fin de elevar el nivel conocimiento y generar cambio en las actitudes es apremiante, pues obedece a la situación coyuntural la que nos pide enfocar nuestra atención en capacitar de forma correcta a los cuidadores por ser un soporte vital para que el adulto mayor disfrute una vida plena.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.2.1. Problema general.

¿Cuál es la eficacia del programa de capacitación en el conocimiento y actitudes del cuidador del adulto mayor – Centro de Salud Micaela Bastidas 2021?

1.2.2. Problemas específicos.

- ¿Cuáles son las principales características del cuidador del adulto mayor Centro de Salud Micaela Bastidas 2021?
- ¿Cuál es la eficacia del programa de capacitación en el conocimiento del cuidador del adulto mayor - Centro de Salud Micaela Bastidas 2021?
- ¿Cuál es la eficacia del programa de capacitación en las actitudes del cuidador del adulto mayor - Centro de Salud Micaela Bastidas 2021?

1.3. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1.3.1. Objetivo general.

Determinar la eficacia del Programa de capacitación en el conocimiento y actitudes del cuidador del adulto mayor - Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.

1.3.2. Objetivos específicos.

- Describir las principales características del cuidador del adulto mayor Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.
- Evaluar la eficacia del programa de capacitación en el conocimiento del cuidador del adulto mayor - Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.
- Evaluar la eficacia del programa de capacitación en las actitudes del cuidador del adulto mayor - Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.

1.4. HIPÓTESIS Y/O SISTEMA DE HIPÓTESIS.

Hipótesis general:

H₁: El Programa de Capacitación es eficaz en el conocimiento y actitudes del cuidador del adulto mayor – Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.

H₀: El Programa de Capacitación no es eficaz en el conocimiento y actitudes del cuidador del adulto mayor – Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.

Hipótesis específicas:

- H_1 : El programa de capacitación es eficaz en el conocimiento del cuidador del adulto mayor – Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.
- H_0 : El programa de capacitación no es eficaz de conocimiento del cuidador del adulto mayor – Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.
- H_1 : El programa de capacitación es eficaz en las actitudes del cuidador del adulto mayor - Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.
- H_0 : El programa de capacitación no es eficaz en las actitudes del cuidador del adulto mayor - Centro de Salud. Micaela Bastidas 2021

1.5. VARIABLES.

Variable independiente	:	Eficacia del Programa de Capacitación
Variable dependiente 1	:	conocimiento del cuidador.
Variable dependiente 2	:	actitud del cuidador.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables		Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Variable independiente:	Eficacia del Programa de Capacitación	Es la capacidad del Programa de Capacitación de producir el efecto deseado en el incremento de conocimiento y cambio de actitud sobre el cuidado al adulto mayor.	Es el grado en el que se cumplen los objetivos planteados y el nuevo conocimiento sobre el tema tratado	Programa eficaz Programa no eficaz	Eficaz No eficaz	Conocimiento bueno y actitudes favorables Conocimiento regular-deficiente y actitudes desfavorables
Variable dependiente:	1. Conocimientos	Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el	Es el nivel de comprensión de todo lo que se	1. Situaciones de peligro para caídas. 2. Medidas de prevención de caídas. 3. Complicaciones de las caídas. 4. Detección de signos para evitar heridas en la piel. 5. Tejidos afectados por las heridas.		

	aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).	percibe y se aprende.	6. Quién es un adulto mayor. 7. Enfermedades frecuentes en el envejecimiento, 8. Consideraciones para la alimentación. 9. El baño diario. 10. Apoyo en la higiene personal. 11. Problemas de sueño. 12. Medidas para ayudar al descanso y sueño. 13. Manifestaciones de depresión. 14. Presencia de depresión. 15. Medicación y automedicación 16. Pérdida de orina. 17. Conocimiento de la temperatura en caso de fiebre. 18. Enfermedades crónicas más comunes. 19. Fragilidad en el adulto mayor. 20. Cambios en el envejecimiento.	Bueno Regular Deficiente	15 a 20 08 a 14 00 a 07
2. Actitudes	Es el estado de la disposición nerviosa y mental, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un	Es el estado de ánimo que se expresa al brindar cuidado.	1. Utilizar estrategias de motivación. 2. Tener en cuenta el estado de ánimo. 3. Coordinar con la familia para la atención. 4. Valorar la capacidad para el apoyo en la higiene. 5. Tener control de horas de sueño y tiempo que permanece despierto. 6. Proporcionar condiciones adecuadas para el descanso. 7. Establecer comunicación continua.		

		<p>sujeto ante determinados acontecimientos</p>	<p>8. Estar atenta a los signos de depresión. 9. Guardar los medicamentos en el lugar adecuado. 10. Administrar medicamentos solo con receta médica. 11. Familiarizarse con la colocación y retiro de pañales. 12. Realizar higiene de la zona genital. 13. Comunicar sobre los signos de alarma. 14. Escuchar con detenimiento antes de tomar decisiones. 15. Considerar los cambios que se producen por la edad. 16. Estar atenta a los peligros de caída. 17. Conocer si tiene suficiente energía para planificar sus actividades 18. Tomar las medidas necesarias para evitar la formación de heridas por presión. 19. Considerar las dificultades de los órganos de los sentidos. 20. Mantener un ambiente cordial con la familia.</p>	<p>Favorable</p> <p>Desfavorable</p>	<p>65 a 100</p> <p>20 a 64</p>
--	--	---	---	--------------------------------------	--------------------------------

1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.

- Teórica: Se cuenta con suficiente material bibliográfico, una base teórica amplia que permite sustentar el programa de capacitación para los cuidadores del adulto mayor y que, con cuyos resultados, se validó un material útil para su aplicación en otros grupos de cuidadores de adultos mayores de nuestra localidad.
- Metodológica: La aplicación de un programa elaborado en base a la realidad local permitió que luego sea replicado en otros grupos con similares características, siendo éste un programa con enfoque por competencias para generar mejores resultados en la fijación de los conocimientos y cambio de actitudes en el cuidador del adulto mayor.
- Práctica: Se hace muy necesario contar con cuidadores capacitados debido al incremento en la demanda de personas mayores que requieren ser cuidadas. Por lo que, la persona que asume el rol de cuidador debe ser alguien que tiene las habilidades y competencias nuevas para realizar una labor gratificante que y responda a las necesidades del adulto mayor.
- El estudio es importante porque permitió generar cambios en el conocimiento y actitudes del cuidador del adulto mayor, el mismo que redundó en beneficio de la salud física, mental y social de las personas de este grupo etario, al mismo tiempo ayuda a mejorar su relación con el entorno.

1.7. VIABILIDAD.

La viabilidad de este trabajo es que contó con mucha predisposición para la realización de la investigación; en lo relacionado a materiales y presupuesto fueron solventados por el mismo investigador; esta investigación y su realización fue programada en un tiempo determinado, en cuanto a la información y los conocimientos para el desarrollo del presente se realizaron con información real y actualizada.

1.8. LIMITACIONES

El presente estudio tiene ciertas limitaciones:

- a. Limitación espacial: Se trabajó solo con cuidadores de adultos mayores del Centro de Salud Micaela Bastidas.
- b. Limitación social: Los efectos de la pandemia afectaron fuertemente el desarrollo de la investigación, ya que se trataba de la ejecución de un programa de capacitación y para ello fue necesario visitar a las personas para identificarlas y captarlas para integrarlas al programa y luego reunirlos,

condición que fue totalmente imposible durante más de un año a nivel local, nacional y mundial.

- c. La poca motivación inicial por parte de los cuidadores para participar en actividades educativas ha limitado el tiempo para las sesiones, pero que finalmente se logró la motivación y participación constante.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES.

Antecedentes internacionales:

Labarca M y Pérez C (3) en su investigación Necesidades de capacitación al cuidador del adulto mayor en el año 2017, encontraron los siguientes resultados por lo general el cuidador es un miembro de la familia del sexo femenino, con nivel de escolaridad secundaria terminada y edad entre 45-60 años, la cual asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados del anciano, a tiempo completo, sin ayuda y sin vínculo laboral. Estas tienen pocos conocimientos relacionados con los cuidados del anciano y desconocen la forma de evitar o disminuir el grado de sobrecarga o estrés. Los cuidadores necesitan capacitación mediante seminarios, cursos en las escuelas para cuidadores domiciliarios los cuales pueden estar dirigidas a cómo realizar el manejo de los ancianos que dependen de alguna persona; todo lo relacionado a la transición de los conocimientos sobre el autocuidado y el bienestar de ambas partes.

Maldonado M (10) en su tesis Actitud del cuidador primario hacia el maltrato al adulto mayor en pacientes adscritos a la UMF N°11, en la que tuvo como objetivo identificar las actitudes de los cuidadores primarios hacia el maltrato al adulto mayor, que acude a la UMF N°11 delegación Aguascalientes. Estudio observacional, descriptivo de enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, transversal con un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, en la que encontró los siguientes resultados: Edad entre 18 – 30 años (39.5%) más de la mitad fueron mujeres (65.8%), casados (42.1%), contaban con estudios de nivel superior (28.9%). El 50% trabajadores, que dedicaban menos de 6 horas al cuidado (55.3%), solo el 2.6% pertenece a algún grupo de apoyo, y las enfermedades que predominan en los adultos mayores receptores de cuidados es diabetes mellitus (23.7%) e hipertensión (31.6%), 63.2% de los cuidadores llevan de meses a un año cuidando al adulto mayor. Se encontró una actitud de indiferencia, ante el maltrato psicológico (47.4%) y la negligencia (65.8%) hacia el adulto mayor, y una actitud positiva hacia el maltrato financiero (42.1%) y físico (55.3%). Concluyendo que la mayoría de los cuidadores tiene una actitud predominantemente positiva. Aun así, se requieren más estudios que profundicen en las actitudes de los cuidadores mexicanos hacia el maltrato al adulto mayor.

Gómez K et al. (11) en la tesis titulada Conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores, sobre los cuidados básicos que se brinda al adulto mayor en el hogar de ancianos “Señor de la divina misericordia” del departamento de Boaco, II semestre 2019, con el objetivo de Evaluar los conocimientos, actitudes y

prácticas de los cuidadores, sobre los cuidados básicos que se brindan al adulto mayor en el hogar de ancianos del departamento de Boaco y así identificar y describir la eficacia laboral de los cuidadores, fue un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y prospectivo, el universo fue de diez personas, entre los principales resultados tenemos el predominio del sexo femenino con el 90% entre las edades de 30 a 51 años de edad, procedentes de la ciudad de Boaco. El 60% tienen de a cuatro a cinco años de experiencia laboral. Los conocimientos que poseen ante los cambios de los sistemas por el envejecimiento son incorrectos, aunque solo el 40% están capacitados saben cómo tratarlos, identificando una actitud satisfactoria, la práctica que realizan es buena, pero de manera empírica, la cual ha sido adquirida por la observación, durante el tiempo laboral.

Laiton K et al. (12) en su investigación Diseño de un programa de capacitación para cuidadores de adulto mayor en instituciones públicas y privadas en Bucaramanga y su área metropolitana. Bucaramanga, Colombia, en la que se propusieron como objetivo Implementar un programa educativo en base a las necesidades de capacitación que tienen los cuidadores de los adultos mayores residentes en instituciones públicas, privadas y no institucionalizadas en Bucaramanga y su área metropolitana para mejorar los cuidados del adulto mayor, estudio cuantitativo, cuasi experimental, desarrollando un programa de capacitación a cuidadores a través de talleres, los resultados que se encontraron fueron: En las capacitaciones se evidencio que el 85% fueron mujeres y el 15% hombres, en la I y II Capacitación el 70% de los cuidadores poseen altos conocimientos sobre las temáticas dictadas por lo que no se implementó pos saber, en la III Capacitación fue una población adulto mayor que cuidan adulto mayores el 58% de estos acertaron en la encuesta por lo que se aplicó un pos saber después de la capacitación y encontramos que el 78% de estos contestaron correctamente. En la encuesta satisfacción el 90% les pareció buena la jornada, llegando a la conclusión que: La realización de las capacitaciones permitió evidenciar que los cuidadores pueden llegar a mejorar sus conocimientos un 90% y que para ellos es gratificante la asistencia, ya que pueden ganar experiencias para dar un cuidado óptimo.

Mena E et al. (13) en sus investigación Eficacia de intervención educativa en conocimientos de cuidadores para prevenir el maltrato del adulto mayor, con el objetivo de evaluar la eficacia de una intervención educativa en el nivel de conocimientos de cuidadores primarios para prevenir el maltrato del adulto mayor, estudio cuasi experimental del tipo intervención educativa (antes-después), en el que arribaron a los siguientes resultados: predominó el grupo etario de 40 a 49

años (37%), sexo femenino (87%), escolaridad secundaria básica (67%), el 89% convivía con sus familias, el 47% divorciadas, en cuanto al nivel de conocimiento que poseían los cuidadores de adultos mayores respecto a los tipos de maltrato que se realizan dentro del seno familiar, se constató que antes de la intervención educativa el 77% tenía conocimientos inadecuados; sin embargo, después de la intervención, el 100% obtuvo calificación de adecuada, por cuanto comprendieron cuáles eran las causas y los tipos de maltrato sobre los adultos mayores. En cuanto al nivel de conocimiento general de los cuidadores sobre el manejo del adulto mayor, el 72% poseía conocimientos insatisfactorios antes de la intervención, después de aplicada la intervención educativa se logra un resultado satisfactorio en el 92%, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) antes y después de la intervención, demostrando que la intervención educativa fue eficaz al elevar el nivel de conocimientos en los cuidadores primarios para prevenir el maltrato del adulto mayor.

Burgos P et al. (5) al realizar un estudio sobre Caracterización y nivel de conocimiento del cuidador informal de usuarios con dependencia severa adscritos al Centro de Salud Violeta Parra – Chillán encontraron los siguientes resultados, el 57% de los cuidadores posee nivel de conocimiento regular. El 97% corresponde a mujeres, 59% tiene entre 35-64 años, 32% tiene estudios básicos incompletos, 52% corresponde a dueñas de casa, 55% presenta depresión, 72% percibe su situación económica como regular, 34% desempeña la labor del cuidado entre 1 y 5 años, 55% presenta sobrecarga, 92% recibió visitas del profesional de enfermería y 97% del técnico paramédico, el 40% no participó de las capacitaciones realizadas por el centro asistencial.

Tejeda Y (6) en su investigación Efectividad de una intervención educativa en nivel de conocimientos de cuidadores no formales de adultos mayores, realizado en el Policlínico docente José Martí Pérez, Santiago de Cuba, en la que puso a prueba una intervención educativa, mediante un estudio cuasi experimental en la que encontró los siguientes resultados: El 100% fueron cuidadoras, amas de casa, predominó el grupo etario entre 46-55 años de edad (48%), en cuanto a conocimientos sobre cuidados geriátricos, antes de la intervención, fueron inadecuados en el 76% y después de la intervención en el 28%. Demostrando que la intervención educativa fue efectiva para mejorar el nivel de conocimiento de los cuidadores no formales sobre cuidados geriátricos básicos en el adulto mayor en estado de necesidad.

Antecedentes nacionales:

Galarza RM (2) en su investigación titulada Conocimiento y actitud del familiar respecto al cuidado del adulto mayor hipertenso. Hospital de Barranca, octubre – diciembre, 2016, en la que tuvo como objetivo general establecer la relación que existe entre el conocimiento y la actitud del familiar con respecto al cuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio del Hospital de Barranca, estudio descriptivo correlacional prospectivo, en la que se encontró los siguientes resultados: La gran mayoría de familiares presenta actitud indiferente hacia la HTA (84%); de ellos, la mitad (42%), presenta conocimiento bueno sobre el tema, mientras el mismo porcentaje presenta conocimiento regular. Por otro lado, solo un pequeño porcentaje presenta actitud favorable (16%), de ellos el 14% tiene conocimiento bueno, mientras que el restante presenta conocimiento regular.

Camacho AG (14) en su investigación titulada Conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores sobre la sintomatología atípica de infecciones en adultos mayores en un Hospital del Seguro Social, Octubre – Noviembre 2014, Chiclayo – Perú, en la que tuvo como objetivo Estimar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores sobre la sintomatología atípica de las infecciones en adultos mayores del seguro social entre octubre – noviembre del 2014, estudio observacional de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo, en el que se obtuvo los siguientes resultados: El nivel de conocimientos de los cuidadores sobre la sintomatología atípica de las infecciones es intermedio 68%, tienen actitudes adecuadas en el 100%, mientras que el 63% ejecutan las prácticas relacionadas. Llegando a la siguiente conclusión: El nivel de conocimientos de los cuidadores es en su mayoría intermedio, los cuidadores en su totalidad tienen las actitudes adecuadas y en un gran número ejecutan buenas prácticas, en relación a la sintomatología atípica de las infecciones en adultos mayores. Los signos y síntomas de fiebre anorexia/hiporexia, alteraciones del sueño y hablar incoherencia son reconocidos por la mayoría de los cuidadores de los adultos mayores como signos de alarma para las infecciones y de consulta obligatoria al médico geriatra.

Cajusol E (15) en su investigación Nivel de conocimiento del cuidador familiar sobre los cuidados del adulto mayor en el hogar. Centro de Salud Leonor Saavedra. Lima-2013, que tuvo como objetivo Determinar el nivel de conocimiento que tienen los cuidadores familiares sobre el cuidado del adulto mayor en el hogar. El estudio fue de tipo descriptivo transversal, trabajó con 50 cuidadores familiares, encontrando los siguientes resultados: El nivel de conocimiento de los cuidadores familiares en el cuidado del adulto mayor en el hogar es medio, siendo más baja

el nivel de conocimiento en la dimensión física y está a la vez en los indicadores de alimentación y actividad física.

Muñoz M et al. (1) en la investigación: Fortalezas y debilidades de cuidadores en conocimientos sobre cuidados básicos del adulto mayor, con el objetivo de Evaluar los conocimientos de los cuidadores sobre cuidados básicos del anciano institucionalizado en 15 centros de bienestar del anciano (CBA) de carácter estatal, en los 14 municipios del departamento de Risaralda (Colombia). Estudio descriptivo con abordaje cualitativo. En cada CBA se organizaron dos grupos focales con la participación total de 121 cuidadores. Los temas abordados fueron: envejecimiento, afecto, nutrición, higiene, estimulación y protección. Las categorías de análisis fueron fortalezas y debilidades y los resultados se agruparon por CBA y por tema tratado. Se encontraron resultados como: predominio de la población femenina (89.3%) y las edades oscilaban entre 25 y 60 años, aproximadamente el 70% de los cuidadores tenían escolaridad primaria o secundaria incompleta y el resto formación como auxiliares de enfermería, entre los cuidadores figuran los que habían recibido capacitación como auxiliares de enfermería y el 47% restante eran cuidadores voluntarios temporales, durante las reuniones en la mayoría de los CBA, los cuidadores expresaron conocimientos que surgían más de su experiencia y de su deseo de hacer las cosas, que de algún tipo de aprendizaje formal o informal, los cuidadores reconocían principalmente los cambios generales y algunos cuidados específicos, propios del envejecimiento, así mismo la importancia del afecto para el cuidado, sus fortaleza está expresado en la experiencia, conocimiento sobre el proceso de envejecimiento y la forma de dar alimento, también conocimiento adquirido de la capacitación informal lo referido a higiene, manipulación de alimentos y estimulación para facilitar la movilidad.

Antecedentes a nivel local.

En la búsqueda de información no se encontró estudios de investigación relacionados con las variables en estudio.

2.2. BASES TEÓRICAS.

2.2.1. Programa de capacitación.

Para definir con claridad el concepto de programa de capacitación trataremos de definir cada término por separado, analizando sus implicancias para luego englobar el significado en su totalidad.

El concepto de programa (término derivado del latín *programa* que, a su vez, tiene su origen en un vocablo griego) posee múltiples acepciones. Puede

ser entendido como el anticipo de lo que se planea realizar en algún ámbito o circunstancia; el temario que se ofrece para un discurso; la presentación y organización de las materias de un cierto curso o asignatura; y la descripción de las características o etapas en que se organizan determinados actos (16).

La capacitación incluye el adiestramiento, pero su objetivo principal es proporcionar conocimientos, en los aspectos técnicos del trabajo. Fomentando e incrementando los conocimientos y habilidades necesarias para desempeñar su labor, mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje bien planificado. Se imparte generalmente a empleados, ejecutivos y funcionarios en general cuyo trabajo tiene un aspecto intelectual, preparándolos para desempeñarse eficientemente; en síntesis, podemos afirmar que toda empresa o institución debe orientar la “capacitación para la calidad y la productividad” (17).

Entre otras definiciones tenemos:

- Capacitar es complementar la educación académica del empleado o prepararlo para emprender trabajos de más responsabilidad. Otras teorías manifiestan, que la capacitación es el conjunto de conocimientos sobre el puesto que se debe desempeñar de manera eficiente y eficaz. Como cuando se trata de mejorar las habilidades manuales o la destreza de los individuos se entra al campo del adiestramiento, el conjunto capacitación y adiestramiento se conoce con el nombre de entrenamiento en el trabajo (18).
- Proceso formativo aplicado de manera sistemática y organizada, con el fin de ampliar conocimientos, desarrollar destrezas y habilidades y modificar actitudes. En un proceso continuo de enseñanza-aprendizaje, mediante el cual se desarrolla las habilidades y destrezas de los servidores, que le permitan un mejor desempeño en sus labores habituales (18).
- Servicio de formación que se brinda a empresarios y / o empleados con el propósito de dotarles en destrezas y habilidades en administración, finanzas, mercadeo, producción, administración de personas y otras áreas relacionadas (18).

Programa de capacitación, según Guerrero J (17) es un proceso estructurado y organizado por medio del cual se suministra información y se proporcionan habilidades a una persona para que desempeñe a satisfacción un trabajo determinado. Ha existido desde las sociedades primitivas cuando los mayores enseñaban a los jóvenes y niños a trabajar.

Complementando la idea anterior, para Chiavenato (19) un programa de capacitación es “un proceso a corto plazo aplicado de manera sistemática y organizada, mediante el cual las personas obtienen conocimientos, aptitudes, y habilidades en función de objetivos definidos”. De este modo, la capacitación

se da por lapsos cortos, pero puede ser continua y facilita la formación integral del individuo con unos propósitos definidos.

En el contexto descrito, es una realidad que toda institución necesita capacitar a su personal, para que realice el trabajo con efectividad y eficiencia. El personal nuevo debe ser sometido constantemente a períodos de entrenamiento, pero, también es necesario entrenar al personal que ya tiene tiempo dentro de la organización, incluso a los directivos; para la mejora, innovación y calidad (19).

Según Chiavenato (citado por Rodríguez) (20), la importancia de los programas de capacitación radica en el hecho de que los individuos que se benefician tendrán una larga o mediana permanencia dentro de la organización; estos permiten que la organización cuente con un personal altamente calificado.

En otras palabras, Chiavenato (21), establece que su importancia reside en el alcance de los objetivos de la organización, proporcionando oportunidades a los empleados de todos los niveles para obtener el conocimiento, la práctica y la conducta requeridos por la organización. En este sentido, la capacitación no es un gasto, sino una inversión cuyo retorno es bastante compensatorio para la organización.

Para Guerrero J (17) sí una organización, sea cual fuere su misión no se interesa por formar a su personal se puede quedar en el pasado por cuanto la investigación en el ámbito mundial genera nuevos conocimientos en las diversas áreas y éste debe ser asumido por cuanto se desarrolla sobre la base de una realidad actual. Es así que el conocimiento innovador va desplazando al anterior. Con la aplicación de la capacitación, el fin último de toda organización es mejorar en todo su ámbito la ejecución de su misión y permitir que se lleve a efecto con plena disposición y armonía.

2.2.2. Aspectos que contiene un Programa de Capacitación.

Stoner y Wankel (20), precisan que un programa de capacitación es "un plan de un solo uso, que comprende un conjunto relativamente grande de actividades organizacionales que especifica los pasos principales, roles y tiempo, así como la unidad responsable de cada paso".

A continuación, Guerrero J (17) establece los aspectos que contiene un Programa de Capacitación, los cuales son:

- En primer lugar, se estima observar detenidamente cuál sería la necesidad de capacitación que se presenta en el grupo de empleados. Esta surge como una manifiesta presencia de desfase con respecto a lo que debería ser. Una

vez detectada esta situación se procede a indagar de manera más profunda acerca de la debilidad presentada y así poder detectar de manera más precisa dónde está el problema, con esta detección se puede proceder a descifrar la acción de capacitación que es necesaria. Una de las herramientas para determinar la necesidad de capacitación es la evaluación del desempeño que se realiza por lo general una vez al año a los empleados, o también, puede ser detectada esa necesidad a través de la entrevista, el cuestionario, exámenes o a través de observaciones mediante el contacto directo con el personal. A este primer punto se le puede denominar fase de entrada. En toda organización la determinación de las necesidades de capacitación se puede realizar a partir de toda su estructura organizacional, esto en el caso que tenga un crecimiento y por lo tanto las necesidades cambian y se hace necesario responder a las nuevas situaciones. También se puede determinar la necesidad de capacitación analizando si el recurso humano existente no es eficiente para las actividades que se deben realizar. La ausencia de líneas de formación en una determinada materia o en un tema de interés colectivo de acuerdo a una realidad social, hace necesario la propuesta y puesta en marcha de programas de capacitación.

- En segundo lugar, se constituye la programación de la capacitación, cuyas fases son: definir claramente el objetivo, determinar el contenido de capacitación, elegir del método o técnica de capacitación, también los recursos necesarios tanto humanos como técnicos, la periodicidad con la cual se va a impartir y el lugar donde se dictará la misma. Seguidamente se entra en lo que es el proceso de ejecución de la capacitación que se lleva a efecto por un especialista en la materia y se dirige al nivel jerárquico que se requiere (17).
- En tercer lugar, se evalúa la eficiencia que generó la implementación de la capacitación. Esto significa que es necesario observar si la información dada fue asimilada y puesta en práctica por los empleados y una vez determinada la situación tomar las acciones pertinentes para el reforzamiento (17).

2.2.3. Evaluación de la capacitación.

Para conocer los resultados obtenidos a partir de las acciones de capacitación, se realizan evaluaciones a dichas acciones que permiten decidir si estas deberían continuar, si deberían modificarse y si están generando valor (22). En ese sentido, Rodríguez (23) hace referencia al modelo Kirkpatrick quien propone la evaluación de las acciones de capacitación que buscan recoger las opiniones de los participantes, el alcance del aprendizaje, el cambio

en el comportamiento (transferencia de la capacitación al puesto de trabajo), y el logro de los objetivos de la capacitación y el desarrollo (efecto sobre el desempeño), los mismos que se representan en cuatro niveles. Asimismo, Moreno (24) desarrolla estos niveles de evaluación de las acciones de capacitación y, le agrega un factor adicional de evaluación que consiste en la evaluación del retorno de la inversión. En efecto, los niveles de evaluación de la capacitación serían los siguientes:

a) Evaluación de Reacción

Para que se produzca aprendizaje es importante que los participantes de la actividad de capacitación reaccionen de manera favorable hacia ella, en término de interés, atención y motivación. Así, la evaluación de reacción mide cuán satisfechos se encuentran los participantes con aspectos tales como la metodología, los instructores, los contenidos y la infraestructura de formación, entre otros.

Esta evaluación recoge las opiniones de los participantes a partir de las cuales se pueden realizar mejoras en los cursos, pero, a pesar de ser la forma más económica y rápida de obtener información, se debe tener en cuenta que los resultados pueden verse afectados por factores externos que no necesariamente tienen que ver con la calidad del curso (22). Generalmente se aplica al final del curso, mediante un cuestionario o encuesta, de manera escrita e individual, en donde se califica la reacción hacia el evento en general (metodología, objetivos, contenido, desempeño del instructor, etc.). La información recopilada debe ser analizada, cuantificada e interpretada, para ser tomada en cuenta en el mejoramiento de las acciones de capacitación posteriores, además debe servir como información referente cuando se aborde una evaluación de transferencia o impacto. Si bien, se debe tomar en cuenta que los resultados llevan un grado de apreciación subjetiva por la influencia de incidencias afectivas y culturales; la evaluación a este nivel permite tomar decisiones para rediseñar elementos particulares de una acción de capacitación y como insumo importante para la valoración del desempeño de la oferta de capacitación contratada para ello.

Por otro lado, la evidencia ha demostrado que una de las medidas de satisfacción que mayor correlación tiene con el aprendizaje es la relevancia y utilidad percibida de la actividad de formación para el desempeño en el puesto de trabajo, que, si bien está relacionado con las expectativas de los participantes, da luces respecto a la utilidad de la acción de capacitación en el desempeño futuro del colaborador (25).

b) Evaluación de aprendizaje

Esta evaluación mide el grado en que las técnicas, modelos, principios, habilidades, etc., han sido adquiridos por el participante. Las organizaciones por lo general administran pruebas para determinar lo que han aprendido los participantes de la actividad de capacitación y, generalmente, es ejecutada por el instructor quien diseña una prueba de conocimientos, que se aplica al finalizar el programa. Por otro lado, si los conocimientos son nuevos, no hay necesidad de evaluación previa, pero, si se está enseñando conceptos, principios y técnicas de las cuales los participantes tienen conocimientos previos, es necesaria esta evaluación antes de la capacitación para que se pueda comparar sus resultados con la evaluación final (esto se conoce como el pre test y post test). Sin embargo, un problema potencial con este enfoque es el control de aquellas variables distintas de la capacitación que podrían afectar los resultados (22).

c) Evaluación de transferencia (aplicabilidad)

La evaluación de transferencia mide el cambio conductual y el grado en que los conocimientos, habilidades y actitudes aprendidos en la acción de capacitación, han sido transferidos a un mejor desempeño en el puesto de trabajo en un mediano a largo plazo. De acuerdo a la American Society for Training & Development (ASTD), el ministerio de Hacienda de Chile (25), recomienda aplicarla unos dos o tres meses después de haberse efectuado la actividad de capacitación. Para aplicar esta evaluación se requiere previamente que los participantes del programa de capacitación estén aprendiendo algo que necesitan o van a aplicar en su trabajo, para lo cual se debe realizar una detección (o diagnóstico) estratégica de necesidades de capacitación, que corresponde al inicio del ciclo de la gestión de la capacitación. Adicionalmente, para lograr el éxito de la aplicación es necesario que los jefes se interesen activamente en que la actividad de capacitación que reciban sus colaboradores se vea reflejada en planes de acción; es decir, que posterior a recibir la acción de capacitación el colaborador tenga un plan de acción donde vuelque lo recibido a favor de su desempeño. Cabe resaltar que la complejidad para evaluar a este nivel desanima muchas veces su realización, pero el no hacerlo, niega la posibilidad de identificar el valor real de la actividad de capacitación y, por tanto, lleva a desconocer los resultados alcanzados. En efecto, si bien este nivel de evaluación permite conocer: ¿Qué sucede cuando los participantes salen del aula y vuelven a sus puestos de

trabajo?; ¿Efectivamente aplican lo aprendido?; sin embargo, es difícil saberlo, debido a que (i) los participantes no pueden cambiar la conducta hasta que no tengan oportunidad de hacerlo; (ii) no es fácil determinar cuándo se producirá el cambio; y (iii) es posible que los resultados del cambio aplicado puedan no gustarle al participante y vuelva a la situación inicial (25).

d) Evaluación de impacto

Este nivel se enfoca en los resultados que se obtienen luego de la aplicación de la capacitación y permite determinar en qué medida se modificó el desempeño de los indicadores de gestión institucional involucrados a partir de esta. Por ello, en este tipo de evaluación lo que se pretende es monitorear las variables estratégicas de gestión institucional, para determinar su grado de mejoramiento (si lo hubo), producto de la capacitación. En ese sentido, evalúa el antes y el después de la acción de capacitación; y busca identificar los beneficios tangibles recibidos producto de los recursos gastados en capacitación. Este tipo de evaluación requiere que previamente se identifiquen aquellos indicadores o metas que serán impactados por la acción de capacitación y, de esta manera, dar sentido al nivel de desempeño real u observado. Así, en esta evaluación la respuesta más importante que medir sería: ¿en cuánto se incrementó la productividad como consecuencia de las actividades de capacitación realizadas?; ¿Qué beneficios tangibles se han recibido a cambio de los recursos gastados en capacitación? (25).

e) Evaluación del retorno de inversión

Este último nivel busca medir el retorno de la inversión en dinero y consiste en realizar un estudio de costo-beneficio, comparando los gastos que se hacen en la actividad de capacitación y los beneficios que se obtienen, en términos económicos y monetarios. Para que pueda aplicarse una evaluación a este nivel, tiene que existir una evaluación de impacto favorable, indicadores que puedan ser costeados y un registro de los costos de la acción de capacitación (25).

2.2.4. Conocimiento y actitud del cuidador del adulto mayor.

A. Conocimiento

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo (26).

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto (19).

El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo) (27).

La ciencia considera que, para alcanzar el conocimiento, es necesario seguir un método. El conocimiento científico no sólo debe ser válido y consistente desde el punto de vista lógico, sino que también debe ser probado mediante el método científico o experimental (28).

La forma sistemática de generar conocimiento tiene dos etapas: la investigación básica, donde se avanza en la teoría; y la investigación aplicada, donde se aplica la información (29).

Cuando el conocimiento puede ser transmitido de un sujeto a otro mediante una comunicación formal, se habla de conocimiento explícito. En cambio, si el conocimiento es difícil de comunicar y se relaciona a experiencias personales o modelos mentales, se trata de conocimiento implícito (30).

Como conocimiento científico se denomina el conjunto ordenado, comprobado y sistematizado de saberes obtenidos de forma metódica y sistemática a partir del estudio, la observación, la experimentación y el análisis de fenómenos o hechos, valiéndose de una serie de rigurosos procedimientos que dotan los datos y las conclusiones obtenidas de validez, objetividad y universalidad (31).

Como tal, el conocimiento científico es ordenado, coherente, preciso, objetivo y universal. Se estructura como un sistema verificable e interrelacionado de conocimientos que nos permite comprender y explicar la realidad y los fenómenos de la naturaleza (31).

1.1. Características del conocimiento científico

El conocimiento científico se caracteriza, principalmente, por ser un saber crítico y fundamentado, que procede de manera metódica y sistemática; sus conclusiones son verificables; el saber que arroja es unificado, ordenado, universal, objetivo, comunicable, racional y provisorio, que, en definitiva, permite explicar y predecir hechos o fenómenos mediante leyes o principios (31).

- Crítico: porque distingue entre lo verdadero y lo falso, lo cierto y lo discutible.
- Fundamentado: porque basa sus conocimientos en pruebas y datos obtenidos mediante análisis metódico y riguroso.

- Metódico: porque se vale de métodos de investigación y determinados procedimientos que dotan de rigor el estudio, la observación y el análisis.
- Verificable: porque puede ser comprobado mediante la experiencia.
- Sistemático: porque constituye un sistema de ideas interrelacionadas y conectadas entre sí.
- Unificado: porque su objeto son los conocimientos generales y no singulares.
- Universal: porque su validez es igual para todos, no hay cabida para la relatividad cultural.
- Objetivo: porque los hallazgos tienen un valor general y no individual o subjetivo.
- Comunicable: porque puede ser comunicado mediante lenguaje científico.
- Racional: porque en él es fundamental la inteligencia y la razón humana.
- Provisorio: porque el hallazgo de hoy puede ser refutado mañana por medio de otra teoría más precisa.
- Explicativo: porque explica los hechos y fenómenos de la realidad y la naturaleza mediante leyes o principios que son comunes y constantes (31).

1.2. Objetivos del conocimiento científico

- Entender y explicar con objetividad, rigurosidad y precisión el porqué de las cosas.
 - Descubrir las relaciones constantes en los fenómenos.
 - Establecer las leyes y principios a que obedecen dichos fenómenos.
 - Comprender los procesos o leyes que rigen la naturaleza.
- Establecer conclusiones de validez universal (31).

B. Actitud

La Real Academia Española menciona tres definiciones de la palabra actitud, un término que proviene del latín *actitudo*. De acuerdo a la RAE, la actitud es el estado del ánimo que se expresa de una cierta manera (como una actitud conciliadora). Las otras dos definiciones hacen referencia a la postura: del cuerpo de una persona (cuando transmite algo de manera eficaz o cuando la postura se halla asociada a la disposición anímica) o de un animal (cuando logra concertar atención por alguna cuestión) (32).

La actitud también ha sido definida como un estado de la disposición nerviosa y mental, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un sujeto ante determinados acontecimientos (32).

Por lo tanto, la actitud es más bien una motivación social antes que una motivación biológica. A partir de la experiencia, las personas adquieren una cierta predisposición que les permite responder ante los estímulos. Una actitud es la forma en la que un individuo se adapta de forma activa a su entorno y es la consecuencia de un proceso cognitivo, afectivo y conductual (32).

Por eso, la psicología social se encarga de estudiar las actitudes de los seres humanos para predecir posibles conductas. Cuando se observan las actitudes de un individuo, es factible prever su modo de accionar (32).

Las actitudes cumplen con diversas funciones en la vida social. Puede darse el caso de alguien que adopta una actitud defensiva y, de esta manera, se predisponga de una forma particular ante las interacciones. La actitud también puede orientarse a la adaptación, en un intento por minimizar los conflictos (32).

Existen varios tipos de actitudes:

Una actitud desinteresada

Es la que lleva a una persona tener presente a otra no como un medio para conseguir algo, sino como un fin para alcanzar un beneficio propio. Para conseguirla hacen falta cuatro cualidades: disponibilidad, apertura, aceptación y solicitud (32).

La actitud manipuladora

Es la que ejerce una persona para alcanzar un fin personal y tiene en cuenta al otro como un medio, otorgándole la atención suficiente para conseguir su objetivo (32).

Actitud interesada

Es causada por una situación de indigencia. Una persona se ve privada de algo que necesita y busca por todos los medios recuperar o conseguir satisfacer sus necesidades. Los demás, son también un recurso que puede ayudarla a salir de esa situación de desamparo (32).

Una actitud integradora

Es la que tiene una persona que busca no sólo su beneficio sino también el de quienes la rodean. Se basa en una estrecha comunicación entre dos personas cuyo objetivo es la unificación y la integración (32). A lo largo de la historia se han realizado muchas teorías en torno a la actitud, aquí presentamos algunas de ellas.

En las teorías del aprendizaje las actitudes se aprenden al igual que todo en la vida. Captamos nueva información y aprendemos los sentimientos, acciones y pensamientos que se encuentran relacionados con ellos. En esta línea de pensamiento se concibe a las personas como seres sujetos pasivos donde el aprendizaje es el detonador de la actitud que puedan tomar. La misma depende íntimamente de la cantidad de elementos positivos y negativos que haya aprendido el sujeto (32).

Las teorías de la consistencia cognitiva afirman que las personas buscan la coherencia en su vida y que en base a conseguirla es que varían sus actitudes y pensamientos para sentir una unicidad

en su ser interno pues la presencia de dos estados de consciencia (incoherencia) les incomoda. En este caso la actitud tendría que ver con la sucesión de acciones que aseguren un equilibrio para el individuo (32).

En las teorías de la disonancia cognitiva se sostiene que, al igual que lo explicado en la teoría anterior, los sujetos se sienten incómodos cuando poseen ideas o actitudes que se contradicen (disonancia) y como consecuencia de ello buscan disminuir dicha disonancia. Lo mismo ocurre cuando se realiza una acción que va en contra de lo que el sujeto cree o no se relaciona con la vida que desea llevar, con quién es (32).

Desde la perspectiva de la psicología, las actitudes pueden hacerse tangibles de tres formas: a nivel ideativo, conductual o emocional. Lo explicaremos con un ejemplo:

La cajera de un supermercado se comporta amablemente con un cliente (la actitud se expresa de forma conductual) pero a su vez tiene un pensamiento que no se ve “debo ser amable con esta persona” (expresión a nivel ideativo); a su vez la cajera no sólo lo está haciendo y pensando, sino que está sintiéndolo (expresión a nivel emocional). Tener en cuenta estas tres partes es fundamental para conseguir modificar una actitud que no va de acuerdo a lo que deseamos (32).

Es importante establecer también la diferencia entre actitudes positivas y negativas. Las positivas son aquellas que colaboran con el individuo para conseguir enfrentar la realidad de una forma sana y efectiva, las negativas son las que entorpecen esta relación del individuo con su entorno. La libertad del individuo reside en poder elegir entre una actitud y otra a cada momento (32).

Por último, sólo resta decir que las actitudes no sólo modifican el comportamiento individual, sino también grupal. Una persona con una actitud positiva frente a los problemas, puede conseguir incentivar al grupo

a salir adelante y a mejorar; mientras que una con una actitud negativa, consigue “infectarlo” pero para guiarlo en una conducta que lo llevará al fracaso (32).

2.2.5. Adulto mayor.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (33), se considera adulto mayor a cualquier persona mayor de 60 años. Algunos de ellos se consideran adultos mayores disfuncionales debido a que, a causa de los problemas naturales que conlleva el envejecimiento, necesitan ayuda para llevar a cabo sus actividades cotidianas. Además, las personas de la tercera edad son más vulnerables a diversas enfermedades y por lo tanto requieren una constante observación y atención médica. Por otra parte, debido al aumento en la esperanza de vida, al proceso natural de envejecimiento y a la vulnerabilidad física, social y psicológica se ha incrementado el número de padecimientos y sus complicaciones, con predominio de las enfermedades crónico degenerativas, aunado a una vida más prolongada se presenta un detrimento de la calidad de la misma. Es importante considerar que es posible ser un adulto mayor saludable, ya que el envejecimiento es un proceso de cambios que tiene el organismo a través del tiempo y puede ser negativo o positivo, según nuestro estilo de vida (33).

2.2.6. Cuidador.

El tema del cuidador ha sido multiestudiado, existe evidencia de su abordaje desde el perfil, el desgaste que sufre, las habilidades que desarrolla, etc. y en todos los casos se vincula en mayor o menor grado con la familia. La relevancia de explorar el término de cuidador está justamente en reconocer su naturaleza y su participación directa en el cuidado de enfermos crónicos, así como su carácter instrumental en la recuperación, bienestar o restablecimiento de personas enfermas, generalmente de larga duración. Actualmente se está produciendo un cambio en los modelos familiares de cuidado, dados por los perfiles epidemiológicos contemporáneos, en donde las enfermedades que ayer eran conceptualizadas como agudas y de muerte inminente al día de hoy son crónicas y de cuestionable calidad de vida y, con ello un proceso de cuidado ampliado al hogar, a la familia y por supuesto a un cuidador del mismo núcleo. Esta situación se ha traducido para los integrantes de cada familia en la designación o asunción de la labor de cuidador de la persona dependiente en el núcleo familiar. Estos cambios de la asistencia del individuo en su domicilio y la aparición de figuras como agentes de su salud, cuidadores familiares, entre otros hacen que la dinámica familiar sea una variable muy importante. Proporcionar cuidados a un enfermo precisa de apoyo, porque

atenderlo en casa representa un cambio sustancial para la familia por tiempo prolongado, que produce con frecuencia una serie de síntomas que desgastan en lo físico, emocional, económico, etc. La labor del cuidador tiene una gran relevancia, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia, superación de la vulnerabilidad de la enfermedad, entre otras. Bajo este contexto y a partir del análisis de la literatura en español, se identificó que la utilización del término va desde aquel individuo que funge como acompañante de la persona que se cuida, hasta el que toma decisiones sobre el cuidado de otro (34).

Concepciones del cuidador. Considerando lo dicho líneas arriba al respecto del cuidador, es innegable que la familia es el escenario donde se desarrolla y conserva el cuidado y es justamente desde su interior que emerge la figura del cuidador. El cuidador es en no pocas ocasiones el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos y muchas veces especializados a los enfermos crónicos, es decir, en ellos se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro (34).

2.2.7 Cuidador del adulto mayor.

Es la persona que sirve de soporte en todas las actividades relacionadas a apoyar a la persona adulto mayor que es incapaz de realizar su propio cuidado. La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que las personas que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo de personas, lo que significa que será necesaria una actitud que implique valores como el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanitarios al adulto mayor (35).

Para lograr lo anterior, se requiere de personas que se destaquen por sus actitudes, habilidades y valores en el campo de la ética, la actitud humanitaria, la sensibilidad, el respeto y el amor al adulto mayor y el interés por el desarrollo personal. El cuidador debe mantener una actitud positiva hacia los adultos mayores y la adaptación a todos los cambios que experimentan, favoreciendo la integración y la satisfacción personal con lo que han vivido. En la identificación de la fragilidad real y de la dependencia del adulto mayor, radica la posibilidad de hacer bien a otro. Esto puede construirse y experimentarse en quien se empeñe en ser cuidador. Con la experiencia de un adulto mayor necesitado de salud, nace la posibilidad de hacer bien a otro. Podemos ser responsables de otro, cuando descubrimos que no estamos solos en el mundo y que es posible estar con nuestros semejantes cuidándolos y cuidándonos. Hay que considerar que en muchos casos ser adulto mayor es ser vulnerable

cuando se está expuesto a un mayor desgaste o a la soledad. Los cuidadores deben saber que toda atención del adulto mayor debe hacerse desde una visión integral. Según ésta, el adulto mayor será atendido con base en su situación médica general, su capacidad funcional y el entorno en el que se desenvuelve. En este sentido, existe una importante labor de educación sanitaria, que puede mejorar claramente la calidad asistencial del adulto mayor dependiente o disfuncional (35).

A partir de una edad, se van perdiendo las aptitudes psicomotrices, cognitivas y sociales. Esas pérdidas producen una disminución considerable de la funcionalidad de los mayores (36). Todas estas circunstancias ocasionan sentimientos de inutilidad que deberán ser resueltos a través de la acción interactiva de todo el que se encargue del adulto mayor. El cuidador es quien participa directamente en la atención del adulto mayor y puede ayudar en la detección de síntomas de alarma de su estado físico y psíquico. Por lo que en un inicio deberá estar atendiendo al estado de fragilidad, de la capacidad aeróbica (buen funcionamiento en corazón, vasos sanguíneos, pulmones), de la función cognitiva (inteligencia y memoria) y del estado nutricional del adulto mayor, así como la vulnerabilidad a que pueda estar expuesto. También debe poner atención a la fragilidad afectiva, así como a la fragilidad social, es decir, aquellos que viven en una situación muy condicionada por la jubilación como situación de aislamiento social, la situación económica precaria, viviendas inadaptadas, familia con conflictos generacionales, etcétera (35).

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.

- 2.3.1. Actitud:** El concepto de actitud es muy utilizado en el ámbito de la psicología, en el que las actitudes no pueden ser consideradas como cuestiones particulares, sino que más bien deben ser entendidos dentro de un contexto social y temporal. Las actitudes son adquiridas y aprendidas a lo largo de la vida y adquieren una dirección hacia un determinado fin. Esto lo diferencia de caracteres biológicos, como el sueño o el hambre (37).
- 2.3.2. Adulto Mayor:** De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (33), se considera adulto mayor a cualquier persona mayor de 60 años.
- 2.3.3. Conocimiento:** La Real Academia Española la define como acción y efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia, razón natural. Noción, saber o noticia elemental de algo (38).
- 2.3.4. Cuidador:** Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (39).

2.4. BASES EPISTÉMICAS.

Dada la importancia del aporte a la disciplina de Enfermería, es necesario partir de una revisión formal del desarrollo epistemológico que ésta ha tenido como disciplina, ciencia y profesión. Para esto se realiza un análisis en el que se hace resaltar la dimensión de una formación consciente de una filosofía en las enfermeras, así como su relación con el desarrollo de la ciencia y su vinculación con esta disciplina, teniendo en cuenta que es precisamente la filosofía, un elemento fundamental en la formación integral del enfermero que exige actualmente la sociedad. Cada día es más evidente la necesidad de comenzar a interpretar y buscar sentidos unificadores a la práctica de enfermería. Para actuar con sensatez y juicio profesional se requiere un fuerte razonamiento conceptual, trabajar sobre el objeto epistémico de enfermería y profundizar en la identidad del ser, saber y hacer de la disciplina profesional (40).

Una de las utilidades esenciales de la Epistemología estriba en que su desarrollo es directamente proporcional al nivel de vertebración científica de la disciplina enfermera. Además, se ha clarificado el carácter práctico y la utilidad de la Epistemología para tomar conciencia de la importancia del conocimiento holístico como integrador del resto de los patrones de conocimiento: personal, ético, estético, empírico y sociopolítico (41).

- Existe una relación entre las dificultades intrínsecas del conocimiento holístico y la invisibilidad del conocimiento tácito, constituyendo el pensamiento crítico y práctico y la reflexión en la acción las herramientas pertinentes para profundizar en las relaciones entre estas dos formas de conocimiento que son de gran importancia en la disciplina enfermera (41).
- La Epistemología es de gran utilidad en la práctica investigadora, tanto para la elección y análisis del problema de investigación, como para alcanzar la pertinencia teórica, metodológica y técnica, incidiendo especialmente en el tradicional dilema teórico-práctico (41).
- La ausencia de reflexión epistemológica tiene efectos adversos tales como: crecimiento invertebrado de la ciencia que redundaría en su marginación o invisibilidad en las taxonomías científicas (ausente o subsumida por otras disciplinas), y ausencia de pertinencia teórica, metodológica y técnica (41).

El cuidado es un acto ontológico que se origina en la naturaleza misma de los seres vivos pero que se legitima en el mundo de los actos; el cuidado tiene un papel relevante en la existencia humana, por tanto, el cuidado como objeto de estudio de la enfermería tiene un fundamento más allá del ejercicio profesional que busca llegar al mejor ser y vivir de cada persona (42).

Se visualizan los diversos enfoques y tópicos sobre los cuales se aborda la esencia del objeto de estudio de la enfermería, así como su relación con los procesos que se vienen desarrollando en el ejercicio de la práctica profesional; de esta manera analizar las bases epistemológicas permiten a los profesionales hacerse preguntas como: ¿estamos cuidando bien?, ¿a quiénes debemos cuidar más?, ¿existe equidad en el cuidado? Se busca además sensibilización, empoderamiento y autorregulación en torno a la práctica, con sentido humano y no como una simple manera de ejercer la profesión (42).

Duran M. (43), en su estudio menciona a Newman, Sime y Corcoran- Perry quienes refieren que “una disciplina se distingue por un área o propiedad específica de indagación, que representa una creencia compartida entre sus miembros y que está relacionada con su razón de ser. Es decir, una disciplina puede identificarse por una definición o concepto nuclear, que en general se expresa con una frase sencilla, la cual especifica su área de estudio particular. Por ejemplo, la fisiología es el estudio de las funciones de los sistemas vivientes, la sociología es el estudio de los principios y procesos que gobiernan las sociedades humanas...” (43).

Una disciplina profesional, adicionalmente, se define por su relevancia social y la orientación de sus valores. El núcleo se deriva del sistema de creencias y valores acerca del compromiso social de la profesión, de la naturaleza de sus servicios y del área de responsabilidad para el desarrollo del conocimiento particular. Estos requisitos requieren expresarse de forma nuclear, clara y precisa, y parte fundamental del crecimiento de la disciplina radica, entonces, en el crecimiento de las teorías que dan sustento al conocimiento de la enfermería, pero, más que todo, a aquel conocimiento que permita ser la base de una práctica fundamentada y autónoma. Es decir, un conocimiento que exprese el tipo de conocimiento que maneja la enfermería (43).

La disciplina de la enfermería está compuesta por varios componentes: (a) perspectiva, (b) dominio, (c) definiciones y conceptos existentes y aceptados por la enfermería y (d) patrones de conocimiento de la disciplina (43).

La perspectiva está definida por cuatro características: la naturaleza de la enfermería como una ciencia humanística, los aspectos de la práctica de la enfermería, las relaciones de cuidado que se desarrollan entre los clientes y las enfermeras/os y la perspectiva de salud y bienestar (43).

El dominio de la enfermería no solamente engloba los resultados de la investigación, sino también el conocimiento de la enfermería para la práctica, el cual está sustentado en la filosofía e historia de la enfermería, la práctica pasada, el sentido común, los resultados de la investigación, las teorías y una genealogía

de ideas, congruentes con metodologías, procesos de enfermería y otros procedimientos, que son esenciales para el desarrollo del conocimiento (43). En resumen, se puede decir que el dominio de la enfermería lo integran: los conceptos y problemas más importantes del campo de interés; procesos de valoración, diagnóstico e intervención; instrumentos para la valoración, diagnósticos e intervenciones; diseños y metodologías de investigación congruentes con el conocimiento de la enfermería (43).

Durán M. (43), menciona a Meléis, quien sugiere que las definiciones y conceptos aceptados por la enfermería se relacionan con el manejo de los fenómenos del dominio que, a su vez, se sustentan en teorías de enfermería, cuyas fuentes fundamentales son: la práctica de la enfermería en su extensión total, el paradigma biomédico, la experiencia de las enfermeras(os), los roles, las ciencias básicas, la práctica ideal de la enfermería, el proceso de la enfermería y los diagnósticos e intervenciones de la enfermería.

Por último, la misma autora propone como patrones de conocimiento (formas de conocer) o sintaxis de la disciplina los siguientes aspectos: patrones de comprensión; perspectivas del conocimiento (empírica, de orientación de género feminista y teórico-crítica); patrones de teorización (teorías clínicas, teorías conceptuales y teorías empíricas), y formas de conocer propias y modelos meta teóricos (43).

A pesar de que la disciplina profesional recibe marcada influencia de las creencias y valores que la sustentan y de su razón social, es el núcleo de la disciplina y su desarrollo, a través de la indagación científica, lo que la distingue de otras áreas del conocimiento afines, y ello se convierte, entonces, en su marco epistemológico. Por esta razón, podemos decir que el marco epistemológico de la enfermería es el conocimiento que se genera, a partir del desarrollo del propio núcleo disciplinar, respondiendo a las necesidades de la práctica profesional (43).

2.5. BASES ANTROPOLÓGICAS.

Todo comportamiento humano está revestido de una significación que va más allá de la propia persona. Sabemos que el estudio de la cultura proporciona las claves de esos comportamientos, tan diferentes y variados como culturas existentes.

La cultura juega un papel fundamental en el proceso salud-enfermedad y en el nacimiento de la cultura de los cuidados. Cada cultura delimita o construye un conjunto peculiar de respuestas al proceso salud enfermedad que otorgan la condición de enfermo, incorporando a su vez en las personas interpretaciones y actitudes que inducen a vivir la enfermedad de una determinada manera. Existe

un relativismo cultura inherente en todas las concepciones de salud y de enfermedad.

Las actividades del cuidar o del mantenimiento de la vida y estados de salud enfermedad no pueden ser separadas en una categoría aparte. Cuidar es un fenómeno social y cultural, una ciencia social y humana que necesita preparación, conocimientos, investigación y sobre todo experiencia de trabajo de campo.

La utilización de la Antropología y de su método para abordar e ilustrar situaciones de cuidados, permite captar como se estructura una situación sociocultural y extraer lazos de significación que deben descodificarse para que los cuidados sean apropiados. Recurrir a los conocimientos antropológicos permiten hallar la dimensión simbólica de los cuidados, y conseguir así orientar el proyecto de cuidados.

La sociedad evoluciona y con ella deben hacer los cuidados de enfermería. Hoy más que nunca, el paciente ha de participar en su propio cuidado tomando decisiones que afectan a su persona. Esta nueva perspectiva del cuidado implica un abordaje holístico, donde el entendimiento de los valores y percepciones del paciente sobre su salud son imprescindibles. Por tanto, la labor de los profesionales sanitarios y cuidadores debe ser sensible a la diversidad cultural de las poblaciones a las que presta sus servicios, y aplicar sus conocimientos científicos adaptados a esa pluralidad. Es fundamental preparar a nuestros profesionales sanitarios y cuidadores en el desarrollo de capacidades que permitan ser receptivos a esa diversidad y proceder, desde una perspectiva holística, a la prestación de cuidados (44).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El diseño del estudio es cuasiexperimental con dos grupos uno de estudio en el que se aplicó el programa de capacitación y el otro de control en el que no hubo ningún tipo de intervención (45), culminada la etapa se aplicó un post test para evaluar los cambios que se lograron luego del desarrollo del Programa de capacitación en el conocimiento y actitudes del cuidador del adulto mayor, al segundo grupo se les aplicó el pre y post test pero no participaron del programa de capacitación.

3.2. DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño que se utilizó para la investigación fue el de pre y post test, con grupo de control no aleatorio.

GC1:	OC1	OA1	X	OC2	OA2
GE2:	OC1	OA1	--	OC2	OA2

Leyenda:

GC1. Grupo control

GE2: Grupo experimental

O: Aplicación de los instrumentos a los grupos

C: Conocimiento

A: Actitudes

X: Intervención con el programa de capacitación

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.3.1. Población.

La población estuvo constituida por 70 cuidadores de adultos mayores, pertenecientes al Centro de Salud Micaela Bastidas, Distrito de Callería, Provincia de Coronel Portillo, Departamento de Ucayali.

3.3.2. Muestra y tipo de muestreo.

Muestra.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 N p \cdot q}{(e)^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 70(0.5)(0.5)}{(0.05)^2 (70-1) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$(0.0.5)^2 (N-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)$$

$$n = 59$$

Según el cálculo se obtuvo una muestra de 59 cuidadores de adultos mayores. Luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, la muestra quedó conformada por 52 cuidadores de adultos mayores, distribuyéndose 26 para el grupo experimental (50%) al que se le aplicó el programa de capacitación y 26 para el grupo control (50%) en el cual no se hizo ningún tipo de intervención, todos pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Micaela Bastidas, control, en ambos grupos se aplicó un pre y post test.

Tipo de muestreo.

Se utilizó el muestreo no probabilístico a conveniencia del investigador, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión considerados en el estudio.

Criterios de inclusión:

Fueron incluidos todos los cuidadores que se encontraron al cuidado de adultos mayores en sus domicilios, durante los meses de julio, agosto y setiembre, que aceptaron participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado (Anexo N° 1), los mayores de 18 años, que estuvieron al cuidado de un adulto mayor, que posean como mínimo grado de instrucción primaria y que el adulto mayor a su cargo pertenezca al programa del adulto mayor del Centro de Salud Micaela Bastidas.

Criterios de exclusión

Fueron excluidos los cuidadores analfabetos y con discapacidad que no permitió su participación en el estudio, aquellos que se negaron a firmar el consentimiento informado y cuidadores menores de 18 años.

3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó una ficha de registro de datos para la información general de los cuidadores en la que se consignó las principales características del cuidador del adulto mayor: Edad, sexo, grado de instrucción, tiempo que brinda cuidados y parentesco con el adulto mayor. (Anexo N° 2).

Para evaluar los conocimientos previos y el efecto del programa de capacitación en el conocimiento del cuidador del adulto mayor se elaboró y aplicó un cuestionario de selección múltiple con un total de 20 reactivos sobre los principales temas que corresponde tener dominio el cuidador para brindar un cuidado adecuado al adulto mayor (Anexo N° 3); para la evaluación de las actitudes previas y el efecto del programa de capacitación en las actitudes del

cuidador del adulto mayor se utilizó un instrumento tipo Likert con un total de 20 reactivos (Anexo N° 4), ambos instrumentos contenían preguntas sobre: caídas, formación de úlceras por presión, envejecimiento, alimentación, higiene, reposo, sueño, depresión, medicación, incontinencia urinaria, cuidado de la salud (problemas de salud más frecuentes), fragilidad, discapacidad, alteraciones sensoriales (vista, oído, gusto) en concordancia con el Plan de Atención Integral del Adulto mayor.

Para validar los instrumentos que midieron conocimiento y actitudes se empleó el método de juicio de 5 expertos en el área correspondiente, el mismo que dió como resultado para la variable conocimiento 0.8 (Anexo N° 5) y para la variable actitud 0.986 (Anexo N° 6) luego de hacer los reajustes en el instrumento de acuerdo a las observaciones de los expertos se procedió a comprobar la confiabilidad de los instrumentos para esto se aplicó la prueba piloto en 10 cuidadores de adultos mayores del AA.HH. Fraternidad, se utilizó la prueba de Alpha de Cronbach en la que se obtuvo un promedio de valoración de 84 para 20 elementos para la variable conocimiento (Anexo N° 7) y un promedio de valoración de 83.971 para 20 elementos para la variable actitud, determinando de este modo que el instrumento es confiable (Anexo N° 8).

También se elaboró un programa de capacitación el mismo que se diseñó teniendo en cuenta el tiempo de duración que fue de 4 semanas, los temas priorizados y responsables de la ejecución. Los temas incluidos en los instrumentos fueron seleccionados por el investigador teniendo en cuenta los temas educativos del Paquete de atención integral de salud del adulto mayor y del Plan de atención integral de salud del adulto mayor y luego del pre test, se profundizaron los contenidos a través del programa de capacitación (46).

- Caídas.
- Úlcera por presión
- Envejecimiento
- Alimentación
- Reposo y sueño
- Higiene
- Depresión
- Medicación, automedicación y polifarmacia.
- Incontinencia urinaria
- Cuidado de la salud (problemas de salud más frecuentes)
- Fragilidad, discapacidad.
- Alteraciones sensoriales (vista, oído, gusto) (Anexo N° 9)

3.5. TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

Como primera actividad se solicitó el registro de adultos mayores del establecimiento de salud, Centro de Salud Micaela Bastidas a fin de poder contar con datos reales de la población adulta mayor perteneciente al Centro del adulto Mayor del Centro de Salud Micaela Bastidas y así también ubicar a los cuidadores de cada adulto mayor de la jurisdicción.

Los cuidadores de adultos mayores fueron identificados en sus domicilios donde fueron informados respecto al estudio y se solicitó su autorización para participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado. Seguidamente se procedió a aplicar el pre test de conocimiento y actitudes de manera presencial.

El programa de capacitación se desarrolló para el grupo experimental en 12 sesiones educativas con intervenciones expositivas y demostrativas, además se hizo entrega de material impreso relacionado con los temas; las sesiones fueron programadas dos veces por semana durante el mes de setiembre y estuvieron a cargo de la responsable de la investigación y dos personas de apoyo.

Los temas que se abordaron en las sesiones fueron aquellas relacionadas con el cuidado que deben recibir los adultos mayores. Las sesiones fueron programadas dos veces por semana en el horario de 15 a 17 horas, previa coordinación con cada uno de los participantes a fin de asegurar la participación en el mayor número de sesiones. Las sesiones se desarrollaron en los ambientes del local del Comedor de Micaela Bastidas, se utilizó un proyector para las presentaciones en PowerPoint, y los participantes asistieron puntualmente y a todas las sesiones, su participación fue bastante activa durante las sesiones sobre todos con las experiencias de vida que compartieron lo que ayudó mucho para el reforzamiento de los temas. El post test se tomó culminadas las exposiciones de los temas de la capacitación.

Se aseguró la confiabilidad de la información obtenida y solo será con fines de investigación.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25.0 en español, en la que se elaboró la base de datos conteniendo los resultados de los instrumentos de evaluación. La presentación de la información se realizó a través de la estadística descriptiva mediante tablas de distribución con frecuencias simples y porcentuales, además se hizo uso de la estadística inferencial para la comprobación de la hipótesis, como medida de significación estadística se utilizó la prueba de T de Student, con un nivel de significancia de ≤ 0.05

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Tabla N° 1 Características de los cuidadores de adultos mayores Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.

Datos del cuidador		Grupo control		Grupo experimental	
		N°	%	N°	%
Etapa de vida	Adolescente	3	11.5	0	0.0
	Adulto joven	7	26.9	15	57.7
	Adulto medio	15	57.7	11	42.3
	Adulto mayor	1	3.8	0	0.0
Sexo	Masculino	4	15.4	0	0.0
	Femenino	22	84.6	26	100.0
Parentesco del cuidador	Esposo (a)	3	11.5	0	0.0
	Hijo (a)	19	73.1	19	73.1
	Nieto (a)	3	11.5	4	15.4
	Otro familiar	1	3.8	3	11.5
	Otra persona	0	0.0	0	0.0
Grado de instrucción del cuidador	Primaria	0	0.0	0	0.0
	Secundaria	13	50.0	17	65.4
	Superior	13	50.0	9	34.6
Tiempo de cuidado en años	1 - 5	20	76.9	22	84.6
	6 - 10	2	7.7	4	15.4
	11 - 15	2	7.7	0	0.0
	16 - 20	2	7.7	0	0.0

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de registro.

En la Tabla N° 1, indica las características del cuidador, donde se observa que el 57.7% de cuidadores del grupo control son adultos medios, el 26.9% son adultos jóvenes, el 11.5% son adolescentes y solo el 3.8% son adultos mayores; el 57.7% de cuidadores del grupo experimental son adultos jóvenes y el 42.3% son adultos medios. En relación al sexo en el grupo control el 84.6% son cuidadores del sexo femenino y 15.4% son del sexo masculino; en el grupo experimental el 100% son cuidadores del sexo femenino. En cuanto al parentesco del cuidador con el adulto mayor, en el grupo control el 73.1% son hijos, el 11.5% son esposos y nieto respectivamente y solo el 3.8% es otro familiar; para el grupo experimental el 73.1% de los cuidadores son hijos, el 15.4% son nietos y el 11.5% son otros familiares. Respecto al grado de instrucción, para el grupo control con iguales porcentajes de 50% los cuidadores poseen secundaria completa y superior y para el grupo experimental, el 65.4% tienen secundaria y el 34.6% tiene grado de instrucción superior. Sobre el tiempo que brinda cuidado en años al adulto mayor para el grupo control el 76.9% tiene a su cuidado al adulto mayor de 1 a 5 años y el 7.7% brindan cuidados entre 6-10, 11-15 y 16-20 años respectivamente; en el grupo

experimental, el 84.6% tienen bajo su cuidado al adulto mayor de 1-5 años y el 15.4% se dedican a cuidar a sus adultos mayores entre 6-10 años (Anexo N° 10).

Tabla N° 2. Conocimiento pre y post test del cuidador del adulto mayor Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.

Conocimiento	Pre test				Post test			
	Grupo control		Grupo experim.		Grupo control		Grupo experim.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Deficiente	5	19.2	3	11.5	2	7.7	0	0.0
Regular	18	69.2	16	61.5	19	73.1	5	19.2
Bueno	3	11.5	7	26.9	5	19.2	21	80.8
Total	26	100.0	26	100.0	26	100.0	26	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario.

En la Tabla N° 2, se aprecia el comportamiento del conocimiento en el pre test tanto para el grupo control y experimental, siendo evidente que en ambos grupos existe mayor porcentaje de cuidadores con conocimiento regular con 69.2% y 61.5% respectivamente; mientras que el 11.5% del grupo control y 26.9% del grupo experimental obtuvieron conocimiento bueno; así también el 19.2% del grupo control y 11.5% del grupo experimental obtuvieron conocimiento deficiente.

Luego de la aplicación del programa de capacitación podemos observar en el grupo experimental que el 80.8% obtuvo evaluación de conocimiento bueno y el 19.2% obtuvo una evaluación de conocimiento regular y en el grupo control el 73.1% posee conocimiento regular, 19.2% conocimiento bueno y 7.7% conocimiento deficiente (Anexo N° 11).

Observando que los conocimientos iniciales para ambos grupos tienen resultados bastante similares; mientras que, luego de la aplicación del programa de capacitación en el grupo experimental, los resultados tuvieron una variación porcentual significativa, evidenciándose un incremento de cuidadores con conocimientos regular con 19.2% y bueno 80.8%.

Luego del análisis estadístico de prueba T – Student para muestras emparejadas se obtuvo resultados favorables para el conocimiento posterior a la aplicación del programa de capacitación, determinando la eficacia del programa de capacitación de acuerdo al análisis del Sig = 0,000 siendo un valor inferior a ($p=0,05$) (Anexo N° 12), por lo que se acepta la hipótesis alterna: El programa de capacitación es eficaz en el incremento de conocimiento del cuidador del adulto mayor – Centro de Salud Micaela Bastidas 2021, evidenciado en una diferencia de incremento en 53.9% en el conocimiento bueno entre el pre y post test, mientras que para el conocimiento regular

decreció en 42.3% y el conocimiento deficiente descendió de 11.5% a 0% en el grupo experimental.

Cabe destacar la importancia que tiene el conocimiento del cuidado al adulto mayor el mismo que requiere ser potenciado en aquellas personas cuya actividad principal es el cuidado a este grupo poblacional.

Tabla N° 3. Actitud pre y post test del cuidador del adulto mayor Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.

Actitud	Pre test				Post test			
	Grupo control		Grupo experim.		Grupo control		Grupo experim.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Desfavorable	1	3.8	2	7.7	0	0.0	0	0.0
Favorable	25	96.2	24	92.3	26	100	26	100
Total	26	100.0	26	100.0	26	100.0	26	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de instrumento Escala Likert.

En la Tabla N° 3, se observa la actitud del cuidador del adulto mayor en el pre y post test para los grupos de control y experimental; se puede apreciar que, en el pre test el 96.2% del grupo control y 92.3% del grupo experimental muestran actitud favorable; solo el 3.8% y 7.7% del grupo control y experimental respectivamente, muestran actitud desfavorable; asimismo, en el post test del grupo control observamos que el 100% tuvo actitud favorable, en el grupo experimental, luego de la aplicación del programa de capacitación se puede observar que los resultados del post test muestran al 100% de cuidadores con actitud favorable (Anexo N° 13).

Posterior al análisis estadístico de prueba T – Student para muestras emparejadas se obtuvo un Sig = 0.161 siendo un valor superior a ($p=0,05$) (Anexo N° 12), por lo que se rechaza la hipótesis alterna: El programa de capacitación es eficaz en términos estadísticos referente al cambio de las actitudes del cuidador del adulto mayor - Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.

En esta tabla lo que se puede observar que la actitud aun no siendo estadísticamente significativa en los cuidadores es un buen indicador del cuidado que brindan a los adultos mayores, ya que la mayoría tienen actitud favorable tanto en el pre como en el post test.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Referente a las características de los cuidadores de adultos mayores del Centro de Salud Micaela Bastidas 2021, se encontró que en su mayoría son personas adultas medias, de sexo femenino, tienen como principal parentesco ser hijo, con grado de instrucción secundaria y superior y brindan cuidados al adulto mayor entre 1 y 5 años; similares resultados son referidos por Labarca M y Pérez C quienes encontraron que por lo general el cuidador es un miembro de la familia del sexo femenino, con nivel de escolaridad secundaria terminada y la edad entre 45 a 60. También Laiton K et al, encontraron que el 85% de los cuidadores fueron mujeres y el 15% hombres. Desde tiempos antiguos siempre ha sido una de las características de las mujeres el asumir el rol de cuidar a las personas, principalmente a los de la familia y además las que transmiten conocimientos de generación en generación desde edades muy tempranas. Así, Maldonado M encontró en su estudio, que los cuidadores tenían edades entre 18 y 30 años, más de la mitad fueron mujeres, casadas, contaban con estudios de nivel superior, llevan de meses a un año cuidando al adulto mayor. Gómez et al. también encontró predominio del sexo femenino, con el 90% entre las edades de 30 a 51 años de edad, el 60% tienen de cuatro a cinco años de experiencia laboral. Del mismo modo Muñoz M et al. encontraron resultados como: predominio de la población femenina (89.3) y las edades oscilaban entre 25 y 60 años, aproximadamente el 70% de los cuidadores tenían escolaridad primaria o secundaria incompleta y el resto formación como auxiliares de enfermería. Los cuidadores de este grupo en estudio, poseen características muy particulares, son personas jóvenes con toda la fortaleza y vitalidad que se requiere para brindar el cuidado, son hijas mujeres que desarrollan su trabajo con mucha dedicación porque se trata del cuidado de un familiar y ponen todo su empeño y capacidad para cuidar de los adultos mayores, además tienen preparación secular y el trabajo lo vienen realizando durante bastante tiempo y esa experiencia laboral los ayudado mucho en la formación de conocimientos que ahora poseen, el mismo que ha sido reforzado con el programa de capacitación que han recibido.

En lo que respecta a los conocimientos pre y post test del cuidador del adulto mayor – Centro de Salud Micaela Bastidas 2021, se encontró predominio del conocimiento regular en el pre test para el grupo experimental y de control, mientras que en el post test se encontró que el conocimiento regular persiste en el grupo control y para el grupo experimental se incrementó notablemente el conocimiento bueno. Resultados similares encontraron Mena E et al. quienes constataron que antes de la intervención educativa el 77% tenía conocimientos inadecuados; sin embargo, después de la intervención, el 100% obtuvo calificación adecuada. En cuanto al nivel de conocimiento general de los cuidadores sobre el manejo del adulto mayor, el 72%

poseía conocimientos insatisfactorios antes de la intervención, después de aplicada la intervención educativa se logra un resultado satisfactorio en el 92%, con diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención. Labarca M y Pérez C encontraron que los cuidadores tienen pocos conocimientos relacionados con los cuidados del anciano y necesitan capacitación mediante seminarios, cursos en las escuelas para cuidadores domiciliarios, los cuales pueden estar dirigidas a cómo realizar el manejo de los ancianos que dependen de alguna persona, todo lo relacionado a la transición de los conocimientos sobre el autocuidado y el bienestar de ambas partes. También Laiton K et al. en su trabajo de investigación encontraron que el 70% de los cuidadores, de I y II grupo, poseen altos conocimientos sobre las temáticas dictadas por lo que no se implementó post saber, el III grupo de capacitación fue una población adulto mayor que cuidan adultos mayores, el 58% de estos acertaron en la encuesta por lo que se aplicó un post saber después de la capacitación y encontramos que el 78% de estos contestaron correctamente. Gómez K et al. encontraron que los conocimientos que poseen ante los cambios de los sistemas por el envejecimiento son incorrectos, aunque solo el 40% están capacitados, saben cómo tratarlos. Galarza RM también encontró que del 84% de familiares cuidadores con actitud indiferente hacia la HTA, el 42% presenta conocimientos buenos sobre el tema y el 42% conocimiento regular. Del 16% con actitud favorable, el 14% tiene conocimiento bueno y el restante conocimiento regular. Esto nos demuestra que la actitud tiene una implicancia muy importante en el cuidado de las personas y sobre todo en aquellas de edad avanzada, porque no basta con tener los conocimientos para hacerlo, que desde ya son muy importantes, sino también tiene que asociarse con una actitud favorable para poder asegurar un buen cuidado al adulto mayor.

En la mayoría de los estudios comparados con la presente investigación se puede evidenciar el incremento del conocimiento posterior a la intervención educativa, poniendo de manifiesto lo satisfactorio de la aplicación de programas de capacitación a los cuidadores, en esta investigación podemos ver que se incrementaron los conocimientos con porcentajes significativos en los ítems relacionados a caídas y sus complicaciones, proceso de envejecimiento, higiene, sueño, medicación, automedicación y polifarmacia, aspectos que son de importancia en el cuidado al adulto mayor que los cuidadores deben conocer para ponerlo en práctica en el desarrollo de sus actividades diarias (Anexo N° 14).

Referente a la actitud pre y post test del cuidador del adulto mayor – Centro de Salud Micaela Bastidas 2021, se encontró favorable en la mayoría de los cuidadores de ambos grupos tanto en pre como en el post test. Gómez K et al. también encontraron resultados de actitud satisfactoria, Camacho AG encontró resultados similares de actitudes adecuadas en el 100%. El resultado obtenido al igual que la de los autores

respecto a las actitudes del cuidador es bastante alentador, sin embargo, es importante reflexionar sobre la importancia que tienen las actitudes en el cuidado de una persona, más aún si se trata de una persona con algún grado de dependencia que requiere de mayor pericia para el cuidado, siendo necesario adicionar un soporte emocional para el cuidador. Por otra parte, Maldonado M obtuvo diferentes resultados, quien encontró una actitud de indiferencia ante el maltrato psicológico (47.4%) y negligencia (65.8%) y una actitud positiva hacia el maltrato financiero (42.1%) y físico (55.3%). Igualmente, Galarza RM también encontró que del 84% de familiares cuidadores con actitud indiferente hacia la HTA, el 42% presenta conocimientos buenos sobre el tema, el 42% conocimiento regular y 16% con actitud favorable. Tal vez este tipo de actitud pueda estar relacionado con algún problema en el cuidador y sea necesario explorarlo a fin de identificar la causa y tratarlo para el beneficio del adulto mayor.

En la presente investigación se encontró muy buenos resultados respecto a la actitud de los cuidadores tanto en el pre test y mucho más en el post test, resaltando aquellas relacionadas con establecer comunicación continua para ayudarle a superar sus problemas depresivos, la coordinación con los demás miembros de la familia, el tener en cuenta el estado de ánimo que tiene el paciente para brindar los cuidados, la seguridad con el uso de fármacos, proporcionarle las condiciones adecuadas para el descanso, estar atenta a los signos de depresión, tener en cuenta la indicación médica para la administración de algún medicamento, tener muy en cuenta la importancia de la higiene, valorar la capacidad del adulto mayor para evitar las caídas y la planificación de otras actividades, tener en cuenta las limitaciones sensoriales para brindar el cuidado y sobre todo mantener un ambiente de cordialidad entre el adulto mayor y la familia (Anexo N° 15).

El estado de dependencia, vulnerabilidad, fragilidad y otras condiciones de salud del adulto mayor hacen evidente la necesidad de contar con personas de su entorno que posean los conocimientos básicos para la atención domiciliaria, garantizando el cuidado humanizado y sobre todo dentro de su ambiente familiar que para el adulto mayor es de suma importancia.

La aplicación del programa de capacitación ha generado resultados favorables en el incremento de conocimientos y cambio de actitudes en el cuidador del adulto mayor, si bien no podemos generalizar los resultados, pero sí el programa puede servir de guía para replicarlo en otros grupos con características similares a fin de contribuir con la mejora del conocimiento y actitudes de otros cuidadores en la comunidad.

La intervención mediante el programa de capacitación permitió identificar y valorar algunas fortalezas de los cuidadores de adultos mayores que muchas veces no son exploradas debido al poco contacto que se tiene con ellos y a la poca importancia que se le da al trabajo que realizan de manera silenciosa y abnegada en bien de un

familiar u otra persona a la que cuidan. Cabe resaltar que se ha identificado una gran motivación intrínseca en cada uno de los participantes para el trabajo que realizan, existe mucho conocimiento ganado a través de la experiencia en el propio cuidado que realizan a diario y el participar en este programa pone de manifiesto que también existe un fuerte deseo de perfeccionamiento del conocimiento que poseen.

CONCLUSIONES

1. Los cuidadores del adulto mayor del Centro de Salud Micaela Bastidas 2021, en su mayoría son adultos medios para el grupo control y adultos jóvenes para el grupo experimental y en ambos grupos existe predominio del sexo femenino, tienen parentesco de hijo, con estudios secundarios seguido de estudios superiores y brindan cuidados entre 1 y 5 años.
2. Se encontró significancia estadística en el incremento de conocimientos, obteniendo un p valor de 0.000, por lo que se concluye que la aplicación del programa de capacitación fue eficaz en el incremento de conocimiento en los cuidadores de los adultos mayores - Centro de Salud Micaela Bastidas 2021,
3. En cuanto a las actitudes no se ha podido establecer la significancia estadística respecto a la eficacia del programa de capacitación en las actitudes del cuidador del adulto mayor - Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.

SUGERENCIAS

1. A los directivos de la Facultad de Ciencias de la Salud, que se pueda trabajar con una visión académica de la etapa adulta mayor en la formación de nuevos profesionales con competencias para responder a las necesidades y de acuerdo a las tendencias actuales.
2. A los responsables de la Estrategia relacionada al adulto mayor, que se puedan elaborar y trabajar programas de capacitación dirigidos a los cuidadores del adulto mayor para que este grupo importante de la población pueda obtener conocimientos respecto a la atención al adulto mayor.
3. A los cuidadores de adultos mayores que puedan buscar oportunidades de capacitación para desarrollar habilidades en la atención del adulto mayor y sobre todo tener una actitud favorable que complemente el cuidado a este grupo etario.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Muñoz Astudillo MN, González Pardo ME, Vélez Bedoya HF, Rivera Ramírez Y, Agudelo García E, Ríos Idárrga ML. Fortalezas y debilidades de cuidadores en conocimientos sobre cuidados básicos del adulto mayor. Revista Cultura del Cuidado. 2018 Mayo; X(1).
2. Galarza Aguirre RMY. Conocimiento y actitud del familiar respecto al cuidado del adulto mayor hipertenso. Hospital de Barranca, octubre - diciembre, 2016. Tesis Especialidad. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, POSGRADO; 2017. Report No.: S/ISBN.
3. Labarca Delgado MR, Pérez Martinto CE. Necesidad de capacitación al cuidador del adulto mayor. Revista Cubana de Medicina. 2019 Diciembre; LVIII(3).
4. Uhdén-Layron E. Las actitudes de los cuidadores: un factor de riesgo de maltrato a los ancianos. Aladefe. 2014 Enero; IV(1).
5. Burgos Garrido P, Figueroa Rodríguez V, Fuentes Verdugo M, Quijada Hernández I, Espinoza Lavoz E. Caracterización y nivel de conocimiento del cuidador informal de usuarios con dependencia severa adscritos al Centro de Salud Violeta Parra. Chillán Theoria. 2008 Diciembre; XVII(2).
6. Tejeda Dilou Y. Efectividad de un intervención educativa en nivel de conocimientos de cuidadores no formales de adultos mayores. Revista Cubana de Enfermería. 2020 Diciembre; XXXVI(1).
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el Perú viven más de 3 millones de adultos mayores. [Online].; 2015 [cited 2019 Noviembre 05. Available from: <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor. [Online].; 2019 [cited 2019 Noviembre 05. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03_adulto-abr-may-jun2019.pdf.
9. López-Casanova P, Rodríguez-Palma M, Herrero-Díaz MA. Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elche. Gerokomos. 2009 Diciembre; XX(4): p. 167-171.
10. Maldonado Alvarado M. Actitud del cuidador primario hacia el maltrato al adulto mayor en pacientes adscritos a la UMF N° 11. Tesis especialidad. Aguascalientes:

Universidad Autónoma de Aguascalientes, Ciencias de la Salud; 2018. Report No.: S/ISBN.

11. Gómez Hurtado KS, Quintanilla Sánchez AS, Carranza Valle VR. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los cuidadores, sobre los cuidados básicos que se brinda al adulto mayor en el hogar de ancianos “Señor de la divina misericordia” del departamento de Boaco, II semestre 2019. Tesis. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2020. Report No.: S/ISBN.
12. Laiton Sierra KJ, Guaitero Mojica N, Moya Moya AL. Diseño de un programa de capacitación para cuidadores de adulto mayor en instituciones públicas y privadas en Bucaramanga y su área metropolitana. Bucaramanga, Colombia. Tesis. Bucaramanga: Universidad de Santander, Enfermería; 2016. Report No.: S/ISBN.
13. Mena Aragón E, Sánchez Sarduy M, Reyes Quintana , García Martín D. Eficacia de intervención educativa en conocimientos de cuidadores para prevenir el maltrato del adulto mayor. Revista Cubana de Enfermería. 2016 Diciembre; XXXII(2).
14. Camacho Labrin AG, Soto Caceres VA. Conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores sobre la sintomatología atípica de infecciones en adultos mayores del seguro social. Chiclayo – Perú. Revista Experiencia en Medicina - Hospital Regional Lambayeque. 2016 Diciembre; II(4).
15. Cajusol Baldeon EM. Nivel de conocimiento del cuidador familiar sobre los cuidados del adulto mayor en el hogar. Centro de Salud Leonor Saavedra. Lima-2013. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Enfermería; 2014. Report No.: S/ISBN.
16. Pérez Porto , Merino. Definición. [Online].; 2012 [cited 2019 Noviembre 06. Available from: <https://definicion.de/programa/>.
17. Guerrero J. Programa de Capacitación en Inteligencia Emocional con Técnicas Cognitivo-conductuales para los Directivos de Educación. Tesis Doctoral. Mérida: Universidad de Mérida, Educación; 2015. Report No.: S/ISBN.
18. Rodríguez Balarezo WS. Tesis pregrado. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán, Administración; 2016. Report No.: S/ISBN.
19. Chiavenato I. Administración de recursos humanos: El capital humano de las organizaciones. Octava edición ed. Mares Chacón , editor. México: McGraw-Hill; 2007.
20. Rodríguez U E. Programa de adiestramiento en inteligencia emocional para docentes del centro de estudios avanzados. Tesis doctoral. Maracaibo: Tecana American University, Educación; 2005. Report No.: S/ISBN.

21. Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. Séptima ed. Chiavenato I, editor. México: McGraw Hill.; 2006.
22. Mondy WR. Administración de Recursos Humanos. Décimo primera ed. Mondy WR, editor. México: Pearson Educación; 2010.
23. Rodríguez J. El modelo Kirckpatrick para la evaluación de la formación. Evaluación de la formación. 2005 Junio; V(189).
24. Moreno Villegas J. Formación estratégica de administradores de la capacitación. Primera ed. Moreno Villegas J, editor. Lima: S/E; 2014.
25. Servicio Civil - Ministerio de Hacienda. Guía práctica para gestionar la capacitación en los servicios públicos. Primera ed. Santiago: Servicio Civil; 2014.
26. Barrios K. Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Innovación y Educación. In El conocimiento libre para la transformación universitaria; 2014; Buenos Aires. p. 11.
27. Aguado JM. Introducción a las teorías de la información y la comunicación. Primera ed. Murcia Ud, editor. Murcia: Aguado, Juan Miguel; 2004.
28. Ramírez V. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. Anales de la facultad de medicina. 2009 Agosto; LXX(3).
29. Allyson H. Investigación científica. Primera ed. Allyson H, editor. Honolulu: Atlantic International University; 2013.
30. Gomez H A. MODMEX PC 7. [Online].; 2011 [cited 2019 Noviembre 09. Available from: <https://books.google.com.pe/books?id=Wf3-AAAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>.
31. Barcia Menéndez. Guía para el estudio de investigación y acción participativa: Observación con instrumentos. [Online].; 2019 [cited 2019 Noviembre 09. Available from: <https://conocesobreinformatica.com/wp-content/uploads/2019/05/CONTENIDOS-DE-LA-SESI%C3%93N-Y-SEMANA-2.pdf>.
32. Pérez Porto , Gardey. Definición de actitud. [Online].; 2012 [cited 2019 Noviembre 09. Available from: <https://definicion.de/actitud/>.
33. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Primera ed. OMS , editor. Estados Unidos de América: Organización Mundial de la Salud; 2015.
34. Rivas Herrera , Ostiguín Meléndez M. Cuidador: ¿concepto operativo o preludeo teórico? Enfermería Universitaria. 2011 Marzo; VIII(1): p. 49-54.

35. Ebrad Causaubon , Rodríguez Velázquez. Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente. Primera ed. Ebrad Causaubon M, Rodríguez Velázquez RI, editors. México: Literatura y Alternativas en Servicios Editoriales SC; 2014.
36. Segovia Díaz de León , Torres Hernández. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos. 2011 Diciembre; XXII(4): p. 162-166.
37. Estela Raffino. Los aspectos de las actitudes. [Online].; 2019 [cited 2019 Noviembre 12]. Available from: <https://concepto.de/actitud/>.
38. Real AcadémiA Española. Conocimiento. [Online].; 2014 [cited 2019 Noviembre 12]. Available from: <https://dle.rae.es/conocimiento>.
39. Ruiz Ríos A, Nava Galán M. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. Enf Neurol. 2012 Diciembre; XI(3): p. 163-169.
40. Ariza Olarte. Desarrollo epistemológico de enfermería. Enfermería Universitaria. 2011 Abril; VIII(2).
41. Siles González. La utilidad práctica de la Epistemología en la clarificación de la pertinencia teórica y metodológica en la disciplina enfermera. Index de Enfermería. 2016 Junio; XXV(1-2).
42. Vélez Álvarez , Vanegas García. El cuidado de enfermería, perspectiva fenomenológica. Hacia la Promoción de la Salud. 2011 Octubre; XVI(2): p. 175 - 189.
43. Durán de Villalobos M. Marco epistemológico de la enfermería. Revista Aquichan. 2002 Octubre; II(1).
44. González Gil T, Martínez Gimeno L, Luengo González R. Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la enfermería en España Texto & Contexto. Enfermagem. 2006 Marzo; 15(1).
45. León P, Gogeochea Trejo dC. Metodología de la Investigación II. Primera ed. León P, Gogeochea Trejo MdC, editors. Xalapa: Universidad Veracruzana, Instituto de Ciencias de la Salud; 2010.
46. Ministerio de Salud - Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Segunda ed. MINSA , editor. Lima: Supergráfica E.I.R.L.; 2010.
47. Hernández Zamora ZE. Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. Index Enferm [online]. 2006 Diciembre; XV(52-53): p. 40-44.

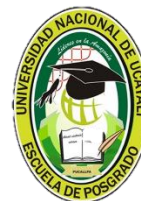
48. Maynard Bermúdez , Barthley Debrok , Hodelín Carballo , Santiago Paz , Michel Brooks. Capacitación para cuidadores primarios de personas adultas mayores dependientes desde la educación popular. Rev Inf Cient. 2016 Diciembre; VC(2).
49. Félix Alemán A. Significado de cuidar para el cuidador familiar de adultos mayores dependientes en Matamoros Tamaulipas, México: Una perspectiva de género. Tesis Doctoral. Alicante: Universidad de Alicante, Enfermería; 2012. Report No.: S/ISBN.
50. Alvarado Flores. Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto Mayor frágil. Centro de atención Del adulto mayor "tayta Wasi". Lima – Perú. Tesis pregrado. Lima: Universida Nacional Mayor de San Marcos, Enfermería; 2013. Report No.: S/ISBN.
51. López López. Calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Tesis pregrado. Lima: Universidad Ricardo Palma, Enfermería; 2013. Report No.: S/ISBN.
52. Ministerio de salud - Perú. Guía Técnica para el llenado de la historia clínica de atención integral del adulto mayor. Primera ed. MINSAs , editor. Lima: MINSAs; 2010.
53. Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: Desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar". Primera ed. Crespo López M, López Martínez J, editors. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007.

ANEXOS

ANEXO N° 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN SALUD PUBLICA**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN LA
INVESTIGACIÓN**

La investigación titulada: Eficacia de un programa de capacitación en el conocimiento y actitudes del cuidador del adulto mayor, Centro de Salud Micaela Bastidas, 2021, estará a cargo de la Lic. Enf. Gaby Luz Panduro Salas, egresada del Programa de Doctorado en Salud Publica, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Ucayali, cuyo objetivo principal es Determinar la eficacia del Programa de capacitación en el conocimiento y actitudes del cuidador del adulto mayor en el Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.

Si usted acepta participar en esta investigación, se le solicita responder las preguntas para completar dos cuestionarios. Esto le tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

Debe entenderse que la participación en este estudio es voluntaria, toda información será confidencial y será usado solo con fines de este estudio, las respuestas serán anónimas. Se le solicita, de tener alguna duda, formular sus preguntas a fin de ser absueltas.

También se hace de su conocimiento que al finalizar el desarrollo del programa de capacitación se le hará entrega del material que contiene toda la información del programa desarrollado.

Se le agradece mucho por su participación.

Pucallpa, setiembre de 2021.

.....

Firma - Nombre y apellidos del participante

ANEXO N° 2



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN SALUD PUBLICA**



FICHA DE REGISTRO

Nombre:

Edad:

Sexo:

Fecha:

Lugar:

Teléfono:

Grado de instrucción.

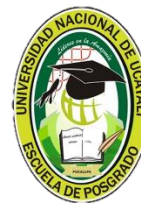
Tiempo que brinda cuidados.....

Parentesco con el adulto mayor.....

ANEXO N° 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN SALUD PUBLICA
CUESTIONARIO (Pre y Post Test)



El presente cuestionario tiene por finalidad recopilar información para la investigación titulada: Eficacia de un programa de capacitación en el conocimiento y actitudes del cuidador del adulto mayor, Centro de Salud Micaela Bastidas, 2021 y contiene preguntas relacionadas con el cuidado que el adulto mayor debe recibir, se le solicita responder de acuerdo a las instrucciones de cada una de las preguntas. Su participación es muy importante. Se le recuerda que se mantendrá la confidencialidad de la información. Solo tiene que marcar una respuesta que considere sea la correcta. Gracias.

1. Señale una situación peligrosa para que el adulto mayor sufra una caída:
 - a) Uso de algunos alimentos.
 - b) Uso de escaleras
 - c) Heridas en la piel
 - d) Peligro de fracturas.

2. Qué medidas de prevención utilizaría principalmente usted para evitar las caídas:
 - a) Evaluar el desempeño físico del adulto mayor
 - b) Rehabilitación de algún problema para la caminata
 - c) Ubicar las cosas adecuadamente dentro de la casa
 - d) Medidas de seguridad en la casa.

3. Identifique la complicación principal que puede presentar un adulto mayor después de una caída:
 - a) Desconocimiento de lo que debe hacer.
 - b) Enfermedades del corazón
 - c) Mala Iluminación
 - d) Fracturas

4. Qué signos se debe detectar para evitar heridas en la piel cuando el adulto mayor está postrado por mucho tiempo:
 - a) Cambios en la nutrición.
 - b) Pérdida de orina
 - c) Cuando vemos que la piel se pone roja
 - d) Cambios de posición

5. Las heridas que salen al adulto mayor por estar postrado mucho tiempo pueden afectar:
 - a) La grasa del cuerpo
 - b) Arterias y venas
 - c) Nervios
 - d) La piel y a veces músculos

6. Se considera adulto mayor a la persona que es:
 - a) Mayor de 65 años
 - b) Mayor de 70 años
 - c) De 60 a más años
 - d) Mayor de 75 años

7. Las principales enfermedades que se producen en el adulto mayor a causa del envejecimiento son:
 - a) De la cabeza y estómago
 - b) Respiratorias y del corazón.
 - c) Digestivas y de la piel.
 - d) De los huesos y articulaciones

8. En la alimentación al adulto mayor se debe tener en cuenta:
 - a) Triturar todos los alimentos
 - b) Que la cantidad de alimentos debe ser la misma como para un adulto.
 - c) Respetar las preferencias (temperatura de las comidas, lugar para servirse la comida)
 - d) Preguntar al médico lo que tiene que comer

9. En el baño diario al adulto mayor debo:
 - a) Bañarlo de preferencia en la mañana.
 - b) Usar cualquier tipo de jabón
 - c) Priorizar solo los pies.
 - d) Saber si está en condiciones para recibir el baño

10. Al apoyar al adulto mayor en la higiene personal debo:
 - a) Decidir el vestido, peinado y maquillaje
 - b) Solo debo observar lo que él o ella hace.
 - c) Dejar que lo hagan solos hasta donde puedan realizarlo.
 - d) Buscar una persona que lo haga.

11. Los problemas de sueño en el adulto mayor se dan por:
 - a) Consumir pocos alimentos en la noche.
 - b) Porque muchos ya no toman líquido en la noche.
 - c) Al uso de algunos medicamentos.
 - d) Tener ambientes muy oscuros.

12. Son medidas que ayudan en el descanso y sueño del adulto mayor por la noche:
 - a) Aumentar horas de sueño en el día.
 - b) Uso de café en horas de la noche.
 - c) Comer lo suficiente de acuerdo a su apetito.
 - d) Acostarse tan pronto sienta sueño en la noche.

13. La persona adulta mayor con depresión manifiesta lo siguiente:
 - a) Dolor de cabeza
 - b) Se muestra indiferente.
 - c) Pierde apetito

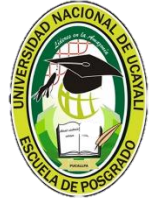
- d) Se vuelve más comunicativo
14. La depresión es un problema en el adulto mayor que se presenta:
- a) Con frecuencia en la mayoría de adultos mayores
 - b) Solo en las personas de edad muy avanzada
 - c) Con poca frecuencia en todos los adultos mayores
 - d) Solo si tiene otras enfermedades.
15. Respecto al uso de medicamentos, la automedicación y al uso de muchos medicamentos a la vez se debe saber que:
- a) La edad produce cambios en el cuerpo que alteran los efectos de algunos medicamentos.
 - b) Si es necesario se puede automedicar al adulto mayor.
 - c) Se puede administrar varios medicamentos a la vez sin ningún peligro.
 - d) No necesariamente se necesita una orden médica para dar un medicamento al adulto mayor.
16. En caso de que el adulto mayor esté perdiendo orina, se debe saber que:
- a) Algunos medicamentos producen cambios en la orina.
 - b) El adulto mayor puede tomar líquidos en el horario y cantidad que desee.
 - c) Una adecuada iluminación que faciliten el acceso al baño y evita accidentes.
 - d) No tiene mayor importancia este problema.
17. Se dice que una persona está con fiebre cuando tiene una temperatura de:
- a) 36.5 °C
 - b) 37.3 °C
 - c) 37.5 °C
 - d) 38 °C a más
18. Las enfermedades crónicas más comunes en el adulto mayor son:
- a) Diabetes Mellitus e infecciones.
 - b) Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus.
 - c) Infecciones respiratorias y de la piel
 - d) Dolores articulares y digestivas
19. Se dice que un adulto mayor es frágil porque:
- a) Es totalmente dependiente
 - b) Tiene muchas enfermedades.
 - c) Tiene algún problema en el cuerpo.
 - d) Tiene algún problema sin importancia.
20. A medida que la persona envejece, presenta:
- a) Disminución de la vista.
 - b) No hay cambios importantes en el sentido del gusto.
 - c) La capacidad para comer está bien.
 - d) No existe modificación importante.

Muchas gracias.

ANEXO N° 4



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN SALUD PUBLICA



INSTRUMENTO - ESCALA LIKERT (Pre y Post Test)

El instrumento que se muestra a continuación, contiene afirmaciones relacionadas con la actitud del cuidador del adulto mayor, con el fin de obtener información para el trabajo de investigación titulado: Eficacia de un programa de capacitación en el conocimiento y actitudes del cuidador del adulto mayor, Centro de Salud Micaela Bastidas, 2021. Se le solicita marcar en el casillero la opción que considere pertinente, teniendo en cuenta que:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni en acuerdo ni desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

	PUNTAJE				
	1	2	3	4	5
1. Utilizar estrategias de motivación resulta favorable para estimular el apetito.	1	2	3	4	5
2. Hay que tener en cuenta cómo está de ánimo el adulto mayor para poder alimentarlo.	1	2	3	4	5
3. Resulta muy conveniente para el adulto mayor coordinar con la familia para que reciba atención con el dentista profesional.	1	2	3	4	5
4. Valorar la capacidad del adulto mayor es importante al brindar apoyo durante la higiene personal.	1	2	3	4	5
5. Es importante tener control de las horas de sueño y el tiempo que permanece despierto el adulto mayor.	1	2	3	4	5
6. Proporcionar las condiciones adecuadas (cama, oscuridad, silencio, temperatura, etc.) favorece el descanso.	1	2	3	4	5
7. Establecer una comunicación continua con el adulto mayor para ayudarlo a superar la depresión.	1	2	3	4	5
8. Se debe estar atenta a algún signo de depresión y comunicar el personal de salud oportunamente.	1	2	3	4	5
9. Por seguridad, es recomendable guardar los medicamentos en el lugar adecuado.	1	2	3	4	5
10. Se debe administrar medicamento solo cuando tenga indicación del médico.	1	2	3	4	5

11. Necesito familiarizarme con la colocación y retiro de pañales tanto para varones como para mujeres.	1	2	3	4	5
12. Realizo una correcta higiene de la zona genital cada vez que cambio los pañales para evitar heridas en la piel.	1	2	3	4	5
13. Comunicar a los familiares y/o personal de salud sobre cualquier signo de alarma en el adulto mayor ayuda a actuar oportunamente.	1	2	3	4	5
14. Escucho al adulto mayor con detenimiento sobre lo que siente antes de tomar una decisión.	1	2	3	4	5
15. Considero los cambios que se producen por la edad en los cuidados del adulto mayor que cuido.	1	2	3	4	5
16. Estoy atenta a todo lo que se considera un peligro para que se produzcan caídas.	1	2	3	4	5
17. Tengo que conocer si el adulto mayor tiene suficiente energía para planificar sus actividades.	1	2	3	4	5
18. Me preocupo y tomo las medidas necesarias para evitar que se forme heridas cuando el adulto mayor se encuentra postrado por mucho tiempo.	1	2	3	4	5
19. Debo tener en cuenta las dificultades que tiene con los órganos de los sentidos (vista, oído, gusto, olfato, tacto) para cuando atiendo al adulto mayor.	1	2	3	4	5
20. Procuro mantener un ambiente de cordialidad entre el adulto mayor y la familia.	1	2	3	4	5

Gracias

ANEXO Nº 5**RESULTADO DE PRUEBA DE CONFIABILIDAD – VARIABLE CONOCIMIENTO****Resumen de procesamiento de casos -
Conocimiento**

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

- a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,8	20

ANEXO Nº 6**RESULTADO DE PRUEBA DE CONFIABILIDAD – VARIABLE ACTITUD****Resumen de procesamiento de casos Escala de Actitudes**

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,986	20

ANEXO Nº 7

RESULTADOS DE LA PRUEBA DE JUICIO DE EXPERTOS – CONOCIMIENTO

INDICADORES	CRITERIOS	Experto 1 Cesar	Experto 2 Otilia	Experto 3 Milagros	Experto 4 Rolinda	Experto 5 Víctor
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje claro y preciso.	80	75	80	90	80
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables, responde a la operacionalización de la variable.	70	78	80	87	80
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.	80	80	80	92	80
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.	80	92	80	96	80
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.	75	95	80	90	80
6. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos – científicos.	80	98	80	88	80
7. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.	80	100	80	98	80
	sumatoria	545	618	560	641	560
	% Por experto	78	88	80	92	80

2924

Promedio de
valoración

84

ANEXO Nº 8

RESULTADOS DE LA PRUEBA DE JUICIO DE EXPERTOS – ACTITUD

INDICADORES	CRITERIOS	Experto 1 Cesar	Experto 2 Otilia	Experto 3 Milagros	Experto 4 Rolinda	Experto 5 Víctor	
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje claro y preciso.	80	78	80	80	80	79.6
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables, responde a la operacionalización de la variable.	70	85	80	92	80	81.4
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.	80	96	80	89	80	85
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.	80	97	80	90	80	85.4
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.	75	98	80	95	80	85.6
6. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos – científicos.	80	99	80	86	80	85
7. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.	80	100	80	89	80	85.8
	sumatoria	545	653	560	621	560	83.9714286
	% Por experto	78	93	80	89	80	
	Promedio de valoración						83.971

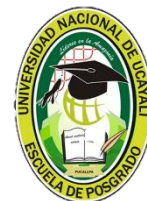
ANEXO Nº 9



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN SALUD PUBLICA



PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DIRIGIDO A CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO DE SALUD MICAELA BASTIDAS 2021.

I. TITULO:

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN EL CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD MICAELA BASTIDAS 2021

II. INTRODUCCION:

El programa de capacitación propuesto estuvo dirigido a los cuidadores de adultos mayores que fueron seleccionados de las familias de adultos mayores que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas, que tiene por finalidad incrementar los conocimientos sobre las principales áreas de cuidados para los adultos mayores y mejorar las actitudes de los cuidadores en beneficio del adulto mayor.

Previo al inicio de desarrollo del programa se aplicó un pre test a fin de medir los conocimientos previos de los cuidadores a, partir del cual se reforzaron los contenidos de los temas como parte del programa de capacitación.

Los temas se desarrollaron durante 1 mes, 2 veces por semana, asegurando la participación de cada uno de los cuidadores.

III. OBJETIVOS:

Incrementar los conocimientos de los cuidadores en temas relacionados al cuidado de la salud de las personas adultas mayores.

Mejorar las actitudes de los cuidadores que favorezcan la atención a las personas adultas mayores que requieren de los cuidados.

IV. METODOLOGIA

Las sesiones de aprendizaje se realizarán en base a:

Sesiones expositivas. - mediante presentaciones en PowerPoint, con la ayuda de organizadores visuales de acuerdo a nivel de comprensión del grupo.

Exploración de saberes previos. - al inicio de las sesiones educativas se consideró necesario explorar todos los conocimientos que poseían los participantes para evitar repeticiones innecesarias y profundizar otros conocimientos que se encontraron deficientes.

Demostraciones y redemostraciones. - fue necesario reforzar los contenidos con demostraciones por parte de la investigadora y redemostraciones por parte de cada uno de los participantes.

Material audiovisual. - se afianzó la disertación de los temas con proyección de videos para mejorar la comprensión del contenido.

Material impreso. - luego de las disertaciones se hará entrega de un folleto conteniendo información que refuerce los temas abordados en las sesiones presenciales.

Historias de vida. - se proporcionó un tiempo prudente para que los participantes puedan compartir experiencias de la vida diaria que les hayan servido para incrementar el bagaje de conocimientos acumulados a lo largo del tiempo que vienen cuidando al adulto mayor, estrategia didáctica que fue muy motivante, ya que despertó el interés de los participantes y permitió explorar todos los conocimientos que poseían y que requerían perfeccionamiento.

Estrategias de motivación. - en el transcurso de las sesiones se harán dinámicas para mantener activos y motivados a los participantes.

V. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

N°	FECHA	TEMA	RESPONSABLE
01	09-09-2021	Envejecimiento	Lic. Enf. Gaby Luz Panduro Salas
02	09-09-2021	Cuidado de la salud. - Vacunas - Hábitos y estilos de vida (consumo de alcohol, tabaco y actividad física) - Salud bucal - Otros exámenes (PAP, mamas, Evaluación de Próstata, densitometría) - Laboratorio	Lic. Enf. Gaby Luz Panduro Salas

		- Síndromes geriátricos	
03	10-09-2021	Alimentación e Higiene	Lic. Enf. Gaby Luz Panduro Salas
04	16-09-2021	Reposo y sueño	Lic. Enf. Gaby Luz Panduro Salas
05	16-09-2021	Caídas y Ulceras por presión	Lic. Enf. Gaby Luz Panduro Salas
06	17-09-2021	Medicación, automedicación y polifarmacia	Lic. Enf. Gaby Luz Panduro Salas
07	23-09-2021	Depresión	Lic. Enf. Gaby Luz Panduro Salas
08	23-09-2021	Dimensión afectiva	Lic. Enf. Gaby Luz Panduro Salas
09	24-09-2021	Fragilidad e inmovilidad.	Lic. Enf. Gaby Luz Panduro Salas
10	29-09-2021	Incontinencia urinaria	Lic. Enf. Gaby Luz Panduro Salas
11	29-09-2021	Alteraciones sensoriales (vista, oído, gusto...)	Lic. Enf. Gaby Luz Panduro Salas
12	30-09-2021	Dimensión social y Espiritualidad	Lic. Enf. Gaby Luz Panduro Salas

VI. RECURSOS HUMANOS:

Responsable:

Mg. Gaby Luz Panduro Salas

Asesor: Dra. Teresa de Jesús Eléspuro Najar

Colaboradores:

Personal de apoyo:

2 personas de apoyo para la investigación.

VII. RECURSOS MATERIALES

Se requerirá contar con:

Una laptop

Un proyector

Papelotes

Plumones

Lapiceros

Cuadernos

VIII. FINANCIAMIENTO

El programa será autofinanciado por la investigadora

IX. LUGAR DE EJECUCION

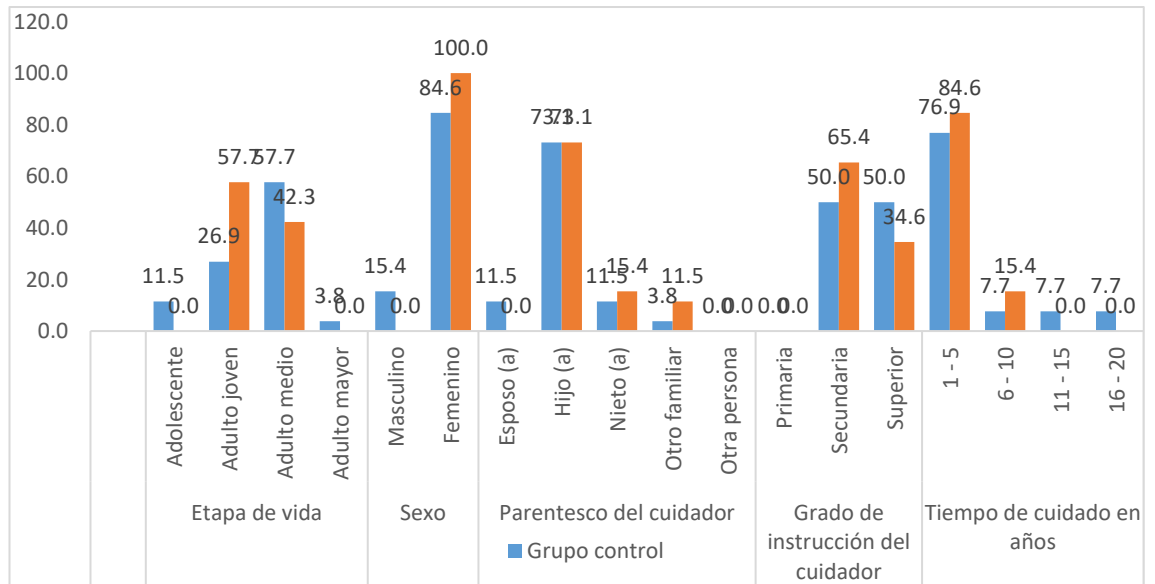
Local del Club de madres del AA.HH. Micaela Bastidas.

X. EVALUACIÓN

El programa se desarrolló en los días establecidos según el cronograma, se contó con la participación de 26 cuidadores de adultos mayores, quienes se mostraron muy motivados con la actividad, sus participación fue bastante activa, asistieron puntualmente y en la totalidad de las sesiones, demostraron mucha seriedad y responsabilidad en el desarrollo de las sesiones educativas, se pudo evidenciar en la evaluación post test el incremento de los conocimientos en porcentajes considerables, en cuanto a actitud se pudo observar que tuvieron evaluaciones muy buenas tanto en el pre como en el post test, lo cual hace evidente que realizan un trabajo no solo con conocimiento sino con el complemento que es una buena actitud.

ANEXO N° 10

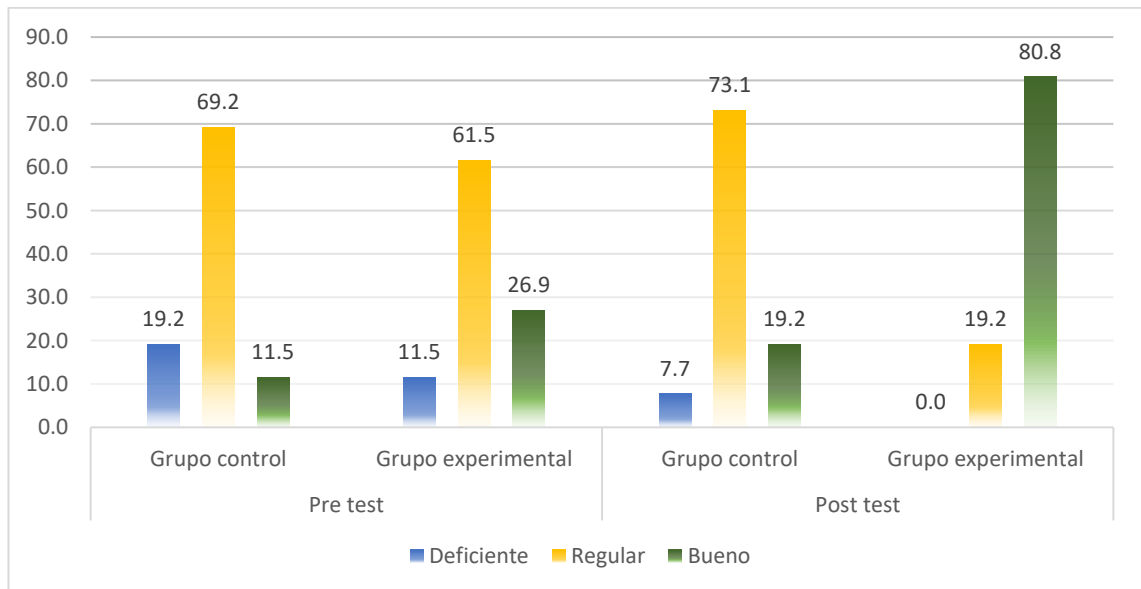
GRAFICO N° 1 Características de los cuidadores de adultos mayores Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la ficha de observación.

ANEXO N° 11

GRAFICO N° 2 Conocimiento pre y post test del cuidador del adulto mayor Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.



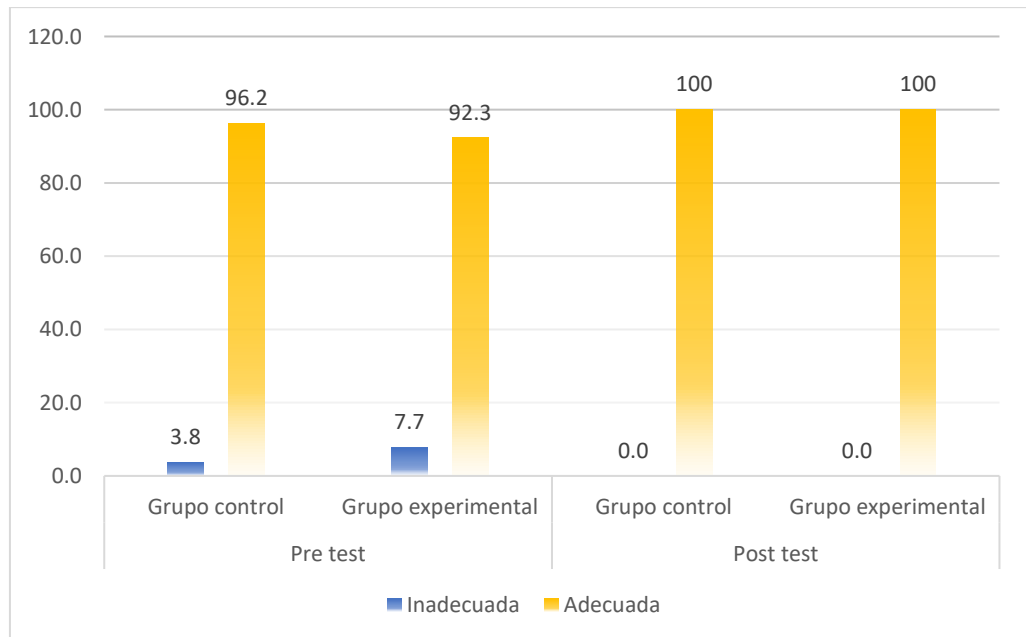
Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario.

ANEXO N° 12

PRUEBA T

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 3	Cuestionario pre - experimental - Cuestionario post - experimental	-0.654	0.562	0.110	-0.881	-0.427	-5.937	25	0.000
Par 4	Escala pre - experimental - Escala post - experimental	-0.077	0.272	0.053	-0.187	0.033	-1.443	25	0.161

ANEXO N° 13**GRAFICO N° 3 Actitud pre y post test del cuidador del adulto mayor Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.**

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de instrumento Escala Likert

ANEXO N° 14

Tabla N° 2. Aciertos y desaciertos - conocimiento - pre y post test grupo control y experimental, de los cuidadores del adulto mayor Centro de Salud Micaela Bastidas, 2021.

Ítems	Conocimiento	Grupo control				Grupo experimental.			
		Pre test		Post test		Pre test		Post test	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
- Señale dos factores de riesgo para sufrir una caída:	Incorrecto	13	50.0	12	46.2	11	42.3	2	7.7
	Correcto	13	50.0	14	53.8	15	57.7	24	92.3
- Medidas de prevención utilizadas principalmente para la evitar las caídas:	Incorrecto	21	80.8	17	65.4	11	42.3	7	26.9
	Correcto	5	19.2	9	34.6	15	57.7	19	73.1
- Complicación principal que puede presentar un adulto mayor después de una caída.	Incorrecto	11	42.3	9	34.6	6	23.1	1	3.8
	Correcto	15	57.7	17	65.4	20	76.9	25	96.2
- Que signos se debe detectar para evitar la aparición de lesiones por presión:	Incorrecto	13	50.0	13	50.0	14	53.8	7	26.9
	Correcto	13	50.0	13	50.0	12	46.2	19	73.1
- Las úlceras por presión pueden afectar las siguientes capas de la piel:	Incorrecto	5	19.2	3	11.5	5	19.2	1	3.8
	Correcto	21	80.8	23	88.5	21	80.8	25	96.2
- A quién considera persona adulto mayor	Incorrecto	12	46.2	8	30.8	14	53.8	1	3.8
	Correcto	14	53.8	18	69.2	12	46.2	25	96.2

- Principales enfermedades en el adulto mayor a causa del envejecimiento	Incorrecto	22	84.6	21	80.8	24	92.3	10	38.5
	Correcto	4	15.4	5	19.2	2	7.7	16	61.5
- Al alimentar al adulto mayor se debe tener en cuenta:	Incorrecto	20	76.9	22	84.6	22	84.6	21	80.8
	Correcto	6	23.1	4	15.4	4	15.4	5	19.2
- En la higiene personal del adulto mayor se debe priorizar:	Incorrecto	11	42.3	9	34.6	9	34.6	3	11.5
	Correcto	15	57.7	17	65.4	17	65.4	23	88.5
- Al apoyar al adulto mayor en la higiene personal debo:	Incorrecto	14	53.8	10	38.5	8	30.8	1	3.8
	Correcto	12	46.2	16	61.5	18	69.2	25	96.2
- El sueño en los adultos mayores se altera debido a:	Incorrecto	13	50.0	11	42.3	14	53.8	3	11.5
	Correcto	13	50.0	15	57.7	12	46.2	23	88.5
- Son medidas que favorecen el descanso y sueño en el adulto mayor:	Incorrecto	15	57.7	10	38.5	9	34.6	7	26.9
	Correcto	11	42.3	16	61.5	17	65.4	19	73.1
- La persona adulta mayor con depresión manifiesta lo siguiente:	Incorrecto	20	76.9	18	69.2	17	65.4	13	50.0
	Correcto	6	23.1	8	30.8	9	34.6	13	50.0
- La depresión es un problema en el adulto mayor que se presenta:	Incorrecto	15	57.7	13	50.0	10	38.5	7	26.9
	Correcto	11	42.3	13	50.0	16	61.5	19	73.1
- Respecto a la medicación, automedicación y polifarmacia se debe saber que:	Incorrecto	8	30.8	7	26.9	8	30.8	2	7.7
	Correcto	18	69.2	19	73.1	18	69.2	24	92.3
- En caso de incontinencia urinaria se debe saber que:	Incorrecto	22	84.6	22	84.6	15	57.7	14	53.8
	Correcto	4	15.4	4	15.4	11	42.3	12	46.2
- Se dice que una persona está con fiebre cuando tiene una temperatura de:	Incorrecto	14	53.8	15	57.7	4	15.4	9	34.6
	Correcto	12	46.2	11	42.3	22	84.6	17	65.4
- Las enfermedades crónicas más comunes en el adulto mayor son:	Incorrecto	17	65.4	12	46.2	6	23.1	6	23.1
	Correcto	9	34.6	14	53.8	20	76.9	20	76.9

- La fragilidad en el adulto mayor se caracteriza por:	Incorrecto	14	53.8	14	53.8	17	65.4	11	42.3
	Correcto	12	46.2	12	46.2	9	34.6	15	57.7
- A medida que pasan los años la persona presenta:	Incorrecto	2	7.7	0	0.0	2	7.7	1	3.8
	Correcto	24	92.3	26	100.0	24	92.3	25	96.2

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario.

ANEXO N° 15

Tabla N° 3. Aciertos y desaciertos - actitudes - pre y post test grupo control y experimental, de los cuidadores del adulto mayor Centro de Salud, Micaela Bastidas, 2021.

Ítems	Actitudes	Grupo control				Grupo experimental			
		Pre test		Post test		Pre test		Post test	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
- Utilizar estrategias de motivación resulta favorable para estimular el apetito.	Totalmente en desacuerdo	2	7.7	1	3.8	1	3.8	0	0.0
	En desacuerdo	1	3.8	0	0.0	2	7.7	0	0.0
	Ni en acuerdo ni desacuerdo	1	3.8	1	3.8	3	11.5	0	0.0
	De acuerdo	16	61.5	16	61.5	9	34.6	11	42.3
	Totalmente de acuerdo	6	23.1	8	30.8	11	42.3	15	57.7
- Considerar el estado de ánimo es necesario para poder alimentar al adulto mayor	Totalmente en desacuerdo	1	3.8	1	3.8	1	3.8	0	0.0
	En desacuerdo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.8
	Ni en acuerdo ni desacuerdo	2	7.7	2	7.7	5	19.2	0	0.0
	De acuerdo	16	61.5	16	61.5	13	50.0	8	30.8
	Totalmente de acuerdo	7	26.9	7	26.9	7	26.9	17	65.4
- Coordino con los familiares para que el adulto mayor reciba una atención con el odontólogo.	Totalmente en desacuerdo	2	7.7	1	3.8	0	0.0	0	0.0
	En desacuerdo	2	7.7	1	3.8	4	15.4	0	0.0
	Ni en acuerdo ni desacuerdo	3	11.5	3	11.5	5	19.2	0	0.0
	De acuerdo	14	53.8	15	57.7	12	46.2	5	19.2
	Totalmente de acuerdo	5	19.2	6	23.1	5	19.2	21	80.8

- Valorar la capacidad del adulto mayor es importante al brindar apoyo durante la higiene personal.	Totalmente en desacuerdo	1	3.8	1	3.8	0	0.0	0	0.0
	En desacuerdo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Ni en acuerdo ni desacuerdo	1	3.8	4	15.4	2	7.7	0	0.0
	De acuerdo	19	73.1	14	53.8	15	57.7	9	34.6
	Totalmente de acuerdo	5	19.2	7	26.9	9	34.6	17	65.4
- Estar informada respecto a las horas de sueño y alerta del adulto mayor es de mucha utilidad en la evaluación de la calidad del sueño.	Totalmente en desacuerdo	2	7.7	0	0.0	0	0.0	1	3.8
	En desacuerdo	3	11.5	0	0.0	0	0.0	1	3.8
	Ni en acuerdo ni desacuerdo	4	15.4	4	15.4	1	3.8	6	23.1
	De acuerdo	10	38.5	16	61.5	9	34.6	10	38.5
	Totalmente de acuerdo	7	26.9	6	23.1	16	61.5	8	30.8
- Proporcionar las condiciones adecuadas (cama, oscuridad, silencio, temperatura, etc.) favorece el descanso.	Totalmente en desacuerdo	2	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	En desacuerdo	1	3.8	0	0.0	1	3.8	0	0.0
	Ni en acuerdo ni desacuerdo	2	7.7	4	15.4	5	19.2	0	0.0
	De acuerdo	16	61.5	11	42.3	10	38.5	7	26.9
	Totalmente de acuerdo	5	19.2	11	42.3	10	38.5	19	73.1
- Establecer una comunicación continua con el adulto mayor para ayudarlo a superar la depresión.	Totalmente en desacuerdo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	En desacuerdo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Ni en acuerdo ni desacuerdo	0	0.0	2	7.7	5	19.2	0	0.0
	De acuerdo	13	50.0	15	57.7	6	23.1	4	15.4
	Totalmente de acuerdo	13	50.0	9	34.6	15	57.7	22	84.6
- Se debe estar atenta a algún signo de depresión y comunicar el personal de salud oportunamente.	Totalmente en desacuerdo	1	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	En desacuerdo	0	0.0	0	0.0	1	3.8	0	0.0
	Ni en acuerdo ni desacuerdo	0	0.0	4	15.4	2	7.7	0	0.0
	De acuerdo	14	53.8	10	38.5	13	50.0	7	26.9
	Totalmente de acuerdo	11	42.3	12	46.2	10	38.5	19	73.1
- Por seguridad es recomendable guardar los fármacos en el lugar adecuado.	Totalmente en desacuerdo	1	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	En desacuerdo	0	0.0	0	0.0	1	3.8	0	0.0
	Ni en acuerdo ni desacuerdo	1	3.8	0	0.0	3	11.5	0	0.0
	De acuerdo	14	53.8	14	53.8	12	46.2	6	23.1
	Totalmente de acuerdo	10	38.5	12	46.2	10	38.5	20	76.9

- Considero los cambios que se producen por la edad en los cuidados de la persona que cuido.	Totalmente en desacuerdo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	En desacuerdo	0	0.0	0	0.0	1	3.8	0	0.0
	Ni en acuerdo ni desacuerdo	2	7.7	3	11.5	4	15.4	0	0.0
	De acuerdo	15	57.7	12	46.2	12	46.2	11	42.3
	Totalmente de acuerdo	9	34.6	11	42.3	9	34.6	15	57.7
- Estoy atenta a todo lo que se considera un riesgo para que se produzcan caídas.	Totalmente en desacuerdo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	En desacuerdo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Ni en acuerdo ni desacuerdo	3	11.5	2	7.7	2	7.7	0	0.0
	De acuerdo	16	61.5	14	53.8	14	53.8	7	26.9
	Totalmente de acuerdo	7	26.9	10	38.5	10	38.5	19	73.1
- Tengo en cuenta la capacidad del adulto mayor para realizar actividades al momento de planificar mis actividades.	Totalmente en desacuerdo	1	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	En desacuerdo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Ni en acuerdo ni desacuerdo	0	0.0	3	11.5	2	7.7	0	0.0
	De acuerdo	17	65.4	17	65.4	15	57.7	7	26.9
	Totalmente de acuerdo	8	30.8	6	23.1	9	34.6	19	73.1
- Me preocupo y tomo las medidas necesarias para prevenir las úlceras por presión.	Totalmente en desacuerdo	1	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	En desacuerdo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Ni en acuerdo ni desacuerdo	1	3.8	3	11.5	0	0.0	0	0.0
	De acuerdo	13	50.0	12	46.2	12	46.2	6	23.1
	Totalmente de acuerdo	11	42.3	11	42.3	14	53.8	20	76.9
- Tomo en cuenta las limitaciones sensoriales del adulto mayor para las atenciones que brindo.	Totalmente en desacuerdo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	En desacuerdo	0	0.0	0	0.0	1	3.8	0	0.0
	Ni en acuerdo ni desacuerdo	0	0.0	1	3.8	2	7.7	0	0.0
	De acuerdo	12	46.2	14	53.8	13	50.0	5	19.2
	Totalmente de acuerdo	14	53.8	11	42.3	10	38.5	21	80.8
- Procuro mantener un ambiente de cordialidad entre el adulto mayor y su familia.	Totalmente en desacuerdo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	En desacuerdo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Ni en acuerdo ni desacuerdo	1	3.8	0	0.0	2	7.7	0	0.0
	De acuerdo	15	57.7	17	65.4	12	46.2	2	7.7
	Totalmente de acuerdo	10	38.5	9	35	12	46.2	24	92

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de instrumento Escala Likert.

ANEXO Nº 16

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DE LA INVESTIGACION: EFICACIA DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN EL CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR, CENTRO DE SALUD MICAELA BASTIDAS, 2021

Problema	Objetivos	Hipótesis	Marco Teórico	Variables	Indicadores	Valor
<p>Problema general: ¿Cuál es la eficacia del programa de capacitación en el conocimiento y actitudes cuidador del adulto mayor en Centro de Salud Micaela Bastidas 2021?</p> <p>Problemas específicos. ¿Qué eficacia tiene el programa de</p>	<p>Objetivo General Determinar la eficacia del Programa de capacitación en el conocimiento y actitudes del cuidador del adulto mayor en Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.</p> <p>Objetivos específicos Evaluar la eficacia del programa de capacitación en el conocimiento del cuidador del adulto mayor en Centro de</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>H1. El Programa de Capacitación es eficaz en el conocimiento y actitudes del cuidador del adulto mayor - Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.</p> <p>Ho. El Programa de Capacitación no es eficaz en el conocimiento y actitudes del cuidador del adulto mayor - Centro de Salud Micaela Bastidas 2021</p>	<p>1. Marco teórico 2.1. Antecedentes. Antecedentes internacionales: Antecedentes nacionales. Antecedentes locales 2.2. Bases teóricas 2.2.1 Programa de capacitación. 2.2.2 Aspectos que contiene un Programa de Capacitación.</p>	<p>Variable independiente: Eficacia del Programa de Capacitación</p>	<p>Incremento de conocimiento Cambio de actitudes</p>	<p>Conocimiento bueno y actitudes favorables Conocimiento regular-deficiente y actitudes desfavorables</p>

<p>capacitación en el conocimiento del cuidador del adulto mayor en Centro de Salud Micaela Bastidas 2021?</p> <p>¿Qué eficacia tiene el programa de capacitación en las actitudes del cuidador del adulto mayor en Centro de Salud Micaela Bastidas 2021?</p>	<p>Salud Micaela Bastidas 2021.</p> <p>Evaluar la eficacia del programa de capacitación en las actitudes del cuidador del adulto mayor en el Centro de Salud Micaela Bastidas 2021</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>H1. El programa de capacitación es eficaz en conocimiento del cuidador del adulto mayor - Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>H1. El programa de capacitación es eficaz en conocimiento del cuidador del adulto mayor - Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Ho. El programa de capacitación no es eficaz en conocimiento del cuidador del adulto mayor - Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.</p> <p>H1. El programa de capacitación es eficaz en las actitudes del</p>	<p>2.2.3 Evaluación de la capacitación.</p> <p>2.2.4. Conocimiento y actitudes del cuidador del adulto mayor.</p> <p>a) Conocimiento</p> <p>b) Actitud</p> <p>2.2.5. Adulto mayor.</p> <p>2.2.6. Cuidador</p> <p>2.2.7. Cuidador del adulto mayor.</p>	<p>Variable dependiente:</p> <p>Conocimiento</p> <p>Actitudes</p>	<p>Puntaje</p> <p>15 a 20</p> <p>08 a 14</p> <p>0 a 07</p> <p>65 a 100</p> <p>20 a 64</p>	<p>Bueno</p> <p>Regular</p> <p>Deficiente</p> <p>Favorables</p> <p>Desfavorables</p>
--	--	---	--	---	---	--

		<p>cuidador del adulto mayor - Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.</p> <p>Ho. El programa de capacitación no es eficaz en las actitudes del cuidador del adulto mayor - Centro de Salud Micaela Bastidas 2021.</p>				
--	--	---	--	--	--	--