



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA ADULTO Y ANCIANO**



# **¿CUÁLES SON LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA INSERCIÓN DEL ADULTO MAYOR A UN PROGRAMA DE CUSTODIA FAMILIAR?**

## **AUTORES:**

Br. Bermúdez, Gimena  
Br. López, Claudia  
Br. Olivera, Claudia  
Br. Vega, Gimena

## **TUTORES:**

Prof. Mg. Lic Enf. Costabel, Miriam

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2005**

### **AGRADECIMIENTOS.-**

Agradecemos a nuestros tutores Prof. Mg. Miriam Costabel y Prof. Adj. Dr. Jorge Venegas por su orientación y apoyo durante nuestro proceso de investigación y formación.

A las autoridades del Centro Geriátrico – Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo por haber confiado en nosotros y permitirnos desarrollar nuestra investigación en dicha institución, al Director Técnico Dr. Italo Savio, a la Coordinadora del Servicio de Atención e Inserción Comunitaria Licenciada en Enfermería Nelba Grönros.

A la Prof. Rosa Espinas, quien con paciencia y amabilidad nos brindó su apoyo.

A familiares y amigos por el apoyo incondicional, por incentivarlos a continuar y a superar los obstáculos encontrados.

## **ÍNDICE.-**

Resumen .....	1
Introducción.....	2
Problema .....	3
Objetivos .....	4
Marco teórico.....	5
Marco de referencia.....	9
Diseño metodológico:	
- Tipo de estudio .....	13
- Población .....	13
- Beneficiarios .....	13
- Viabilidad .....	13
- Marco Institucional.....	13
- Recolección de datos .....	14
- Definición de variables.....	14
Presentación de resultados	
- Tabulación y gráficos .....	19
- Análisis.....	34
Conclusiones.....	37
Sugerencias .....	39
Bibliografía .....	40
Anexos .....	41
Anexo 1:	
- Índice de Katz .....	43
- Escala de Lawton y Brody.....	44
- Índice de Barthel .....	45
- Índice de Barthel modificado.....	46
Anexo 2:	
- Distribución por sexo y edad de la población en los inicios y fines del siglo XX.....	48
- Uruguay: Evolución de las tasas de crecimiento anual medio de la población según edades.....	49
Anexo3:	
- Censo Fase I, 2004.....	51
Anexo 4:	
- Instrumento .....	53
Anexo 5:	
- Visitas domiciliarias.....	56
Anexo 6:	
- Variables complementarias .....	58
Anexo7:	
- Cronograma.....	61
Anexo 8:	
- Carta autorización .....	63

## **RESUMEN.-**

El problema de investigación: ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de la inserción del adulto mayor a un Programa de Custodia Familiar? se abordó a través de un estudio de tipo descriptivo en el período correspondiente entre Abril – Noviembre de 2005.

Nuestro objetivo general fue conocer las fortalezas y debilidades de la inserción del adulto mayor a un programa de custodia familiar.

La población de estudio fue la totalidad de adultos mayores – 16 – insertos en el SAIC.

Los datos se recolectaron a través de un instrumento con preguntas semi-estructuradas y abiertas. El mismo constaba de tres secciones: la primera referente al adulto mayor, la segunda referente al cuidador y la familia, la última referente al espacio físico.

Los datos recabados fueron procesados y tabulados en el programa informático Excel.

De los resultados obtenidos en el trabajo de investigación destacamos, que se pudieron cumplir con los objetivos planteados por el grupo, sin mayores dificultades, por tanto:

- Se caracterizó a la población de estudio.
- Se realizó la valoración funcional de adultos mayores – Índice de Barthel –.
- Se lograron identificar las fortalezas y debilidades de la inserción de los adultos mayores a un Programa de Custodia Familiar.

Encontrando como principal fortaleza la existencia de un servicio con estas características en Uruguay, como es SAIC, y como principal debilidad la necesidad de difusión y extensión del mismo.

## **INTRODUCCIÓN.-**

Este trabajo de investigación fue realizado por cuatro estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, correspondiente al 4° ciclo del Plan de estudios 93.

La misma fue tutorada por la Prof. Mg. Miriam Costabel y el Prof. Adj. Dr. Jorge Venegas, pertenecientes al Departamento de Adulto y Anciano.

La investigación se realizó en el Centro Geriátrico - Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo en el marco del Servicio de Atención e Inserción Comunitaria – SAIC –.

Dicho programa tiene como objetivo principal la reinserción de los adultos mayores a la comunidad mediante una familia sustituta, apostando a una buena calidad de vida y a evitar la institucionalización de ancianos autoválidos.

El presente estudio se abordó desde una investigación de tipo descriptiva de corte transversal, mediante la misma se pretendió conocer las fortalezas y debilidades de la inserción del adulto mayor a un Programa de Custodia Familiar.

La importancia de esta investigación en primera instancia es que Uruguay presenta la estructura demográfica más envejecida de América Latina. El 17% de su población son mayores de 60 años y el 13% son mayores de 65 años (INE, Censo 1996); siendo este grupo etáreo el de mayor vulnerabilidad.

Mientras que en el área de la salud el modelo imperante es el asistencialismo, SAIC tiende a la reversión del mismo enfocándose en el primer nivel de atención. Por lo que consideramos que el profesional de enfermería debe tratar de restaurar el equilibrio entre el adulto mayor y su entorno, ayudándole a desarrollar sus capacidades, y no solo relacionar el envejecimiento a un proceso de pérdidas.

Cabe destacar el interés por parte de ambas instituciones en este estudio, ya que configura una de las líneas de investigación conjunta entre el Departamento de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Centro Geriátrico – Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo; sirviendo como punto de partida para nuevas investigaciones.

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.-**

- Envejecimiento saludable.

**PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.-**

- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de la inserción del adulto mayor a un Programa Custodia Familiar?

**OBJETIVO GENERAL.-**

- Conocer las fortalezas y debilidades de la inserción del adulto mayor a un Programa Custodia Familiar

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS.-**

- Caracterizar a la población de estudio .
- Realizar valoración funcional de los adultos mayores a través del Índice de Barthel.
- Identificar fortalezas y debilidades a través de indicadores: culturales, sociales, económicos y de infraestructura.

## MARCO TEÓRICO.-

Para llevar a cabo la investigación nos basamos en el método científico, el cual se refiere al conjunto de postulados, principios y reglas que orientan a la investigación para alcanzar el resultado propuesto<sup>1</sup>.

Basándonos en el problema y los objetivos planteados nuestro estudio es descriptivo de corte transversal. A través de este diseño pretendemos observar los fenómenos en su contexto natural en un momento dado para después analizarlos.

Siendo nuestra población de estudio adultos mayores debemos tener en cuenta que el envejecimiento es un proceso secuencial, acumulativo, irreversible, no patológico de deterioro del organismo, transitando el individuo por las etapas de crecimiento, maduración y declinación, lo cual exige una adaptación tanto desde el punto de vista biológico e intelectual como social y afectivo<sup>2</sup>.

Dentro de las disciplinas que estudia el proceso de envejecimiento encontramos a la Gerontología, la cual lo estudia desde todos sus aspectos: biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales. Mientras que la Geriatria se ocupa de los aspectos clínicos y terapéuticos en la salud – enfermedad de los ancianos<sup>3</sup>.

Sabemos que el proceso de envejecimiento involucra cambios en las células y en los órganos, iniciándose internamente como una programación genética e influido por factores externos como los estresores del medio ambiente, estilo de vida, capacidad de adaptación, existencia o falta de apoyos sociales, sensación de utilidad y bienestar consigo mismo<sup>4</sup>.

Se define como adulto mayor al individuo de 65 años y más; aunque la edad constituye un elemento importante pero no suficiente como criterio aislado para evaluar, cuantificar las necesidades de una persona mayor<sup>5</sup>.

Nadie envejece a un paso igual, no se puede predecir el proceso y sus manifestaciones varían mucho de una a otra persona, no sigue un patrón determinado.

Existen teorías que ayudan a entender este proceso: biológicas y sociales. Desde el punto de vista social, hay tres teorías:

1. Cumming (1961), propone en su teoría del compromiso o disociación; que con el paso del tiempo el anciano empieza a dar de baja sus roles sociales, generando aislamiento de la persona hacia la sociedad y viceversa.
2. La teoría de la actividad (Havighurst 1969), sostiene que aquellas personas más socialmente activas tienen una mejor adaptación a su vejez, con excepción de los cambios inevitables fisiológicos y de salud. Esta es necesaria para continuar el desarrollo de roles, la manutención de un autoconcepto positivo, existiendo correlación entre satisfacción con el estilo de vida y la actividad social.
3. La teoría de la continuidad, habla de la capacidad de la persona de mantener patrones de adaptación y ajuste a través del ciclo vital. La respuesta frente al proceso de envejecimiento dependerá entonces de la personalidad del individuo<sup>6</sup>.

Consideramos que la teoría de la continuidad es la que más se aproxima a la realidad, esta manifiesta que según la personalidad del anciano y dependiendo de como haya transcurrido su vida, así vivirá su proceso de envejecimiento. O sea, un anciano que tenga una personalidad activa, seguramente mantendrá sus actividades sociales y sus roles (teoría de la actividad); por el contrario, un anciano con personalidad más pasiva, se irá desligando de sus vínculos y roles más fácilmente (teoría del compromiso o disociación).

<sup>1</sup> Pineda E., de Alvarado E., de Canales F.; Metodología de la investigación, serie Pallex n°35, 2ª edición, EE.UU., 1994.

<sup>2</sup> Babb P.; Manual de enfermería gerontológica, Mc. Graw-Hill Interamericana, México, 1998.

<sup>3</sup> Fustinoni O.; Possanande D.; Gerontología y geriatría, López Libreros Editores, 1986.

<sup>4</sup> Babb P.; Manual de enfermería gerontológica, Mc. Graw-Hill Interamericana, México, 1998.

<sup>5</sup> Kaztman R., Filgueira F.; Panorama de la infancia y la familia en Uruguay, IPES, Facultad de Ciencias sociales y comunicación, Universidad Católica del Uruguay, 2ª Edición, Montevideo, 2003.

<sup>6</sup> Babb P.; Manual de enfermería gerontológica, Mc. Graw-Hill Interamericana, México, 1998.

La valoración geriátrica es un proceso amplio, la aplicación de instrumentos métricos para la evaluación de aspectos concretos, le otorga mayor objetividad, sirviendo como elemento pronóstico y control de la evolución. Para la evaluación funcional del adulto mayor se utilizan 3 escalas: Índice de Katz, Escala de Lawton y Brody y el Índice de Barthel. (Ver anexo 1)

El índice de Barthel es un instrumento ampliamente utilizado para valorar el impacto que los problemas de salud tienen, tanto sobre la calidad de vida de las personas, como sobre el uso de servicios sanitarios.

Mide la capacidad de la persona para la realización de 10 actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.

También es conocido como Índice de discapacidad de Maryland, ya que se comenzó a utilizar en 1955 en los hospitales de enfermos crónicos de esta ciudad. El objetivo era obtener una medida de la capacidad funcional de este tipo de pacientes, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y musculoesqueléticos; también se pretendía obtener una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación.

Las 10 actividades que mide son: alimentación, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al baño, traslado sillón-cama, deambulación, subir y bajar escaleras. El rango global de puntuación va de 0 a 100, cada actividad se mide de forma independiente asignándole 0, 5, 10 o 15 puntos. La interpretación sobre la puntuación es: 0-20 dependencia total, 21-60 dependencia grave, 61-90 dependencia moderada, 91-99 dependencia leve, 100 independencia.

Este índice aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

Desde que fue propuesto ha dado lugar a múltiples variaciones, la utilizada por el Programa es la versión propuesta por Shah y otros; la misma mantiene las 10 actividades originales, pero incrementa el número de niveles por cada actividad hasta 5. Esta modificación en los niveles pretende aumentar la sensibilidad de la medida, sin añadir complicaciones adicionales en su administración. El rango de puntuación se mantiene entre 0 y 100.

El Índice de Barthel es una medida con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar, además de presentar bajo costo de aplicación y una potencial utilidad para el seguimiento de la evolución de los pacientes mayores. Características que motivan la elección del mismo para esta investigación, ya que si bien el SAIC no es un programa de rehabilitación propiamente dicho, tiende a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores reinsertándolos a la sociedad<sup>7</sup>.

La influencia que sobre el envejecimiento tienen la cultura, la sociedad y los cambios propios del proceso en la sensación de bienestar de la persona vieja, son muy complejos.

Las personas mayores enfrentan cambios físicos que generan limitantes; posibles enfermedades crónicas - degenerativas, así como la muerte de sus congénitos, cambios laborales, económicos, etc.; que en ocasiones sobrecargan la capacidad de adaptación, volviendo al anciano muy vulnerable o frágil; siendo la familia la mayor fuente de apoyo social y personal, tanto en los períodos de dependencia como de independencia o interdependencia<sup>8</sup>. Envejecer en familia es lo ideal, las personas que viven nucleadas en un marco de apoyo familiar efectivo, soportan mejor estas etapas que aquellas que no lo tienen. En el área de la salud, este sector genera grandes dificultades en relación con la falta de recursos asistenciales, materiales y humanos disponibles.

Para ello es fundamental considerar las necesidades del anciano: necesidad de más tiempo para percibir, procesar y responder a la información recibida y de más tiempo para movilizar

<sup>7</sup> Ruzafa J., Moreno J.; Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel, Revista Española Salud Pública, Mar/Abr, 1997, Vol.71 (2): 127-137.

<sup>8</sup> Babb P.; Manual de enfermería gerontológica, Mc. Graw-Hill Interamericana, México, 1998.

respuestas físicas y psicológicas adecuadas; sin dejar de lado, la individualidad de la persona<sup>9</sup>.

Como plantea Imogene King en su teoría de la interacción, los adultos mayores interactúan con el entorno y con el enfermero para establecer y conseguir los objetivos de la asistencia sanitaria. King define a la enfermería como un proceso de acción, reacción, interacción y transacción. Destaca el establecimiento de la relación enfermero-paciente como el medio que ayuda a este último a mantener la salud, a realizar cambios y adaptarse a los mismos para mejorar su estado. Percibe a la persona mayor como un sistema abierto integrado por sistemas sociales (sociedad), sistemas interpersonales (grupos) y sistemas personales (individuos)<sup>10</sup>.

El profesional de enfermería posee en el área de cuidado domiciliario un espacio fundamental para ejercer su rol de educador<sup>11</sup>.

Uruguay presenta la estructura demográfica más envejecida de América Latina con un crecimiento poblacional estancado.

Este proceso se inicia con el descenso de la mortalidad y el mantenimiento de la natalidad desde la segunda mitad del siglo XIX, como consecuencia de los progresos de la higiene pública, la educación masiva y una mejor situación económica y social; acentuándose décadas después con un descenso sostenido de la natalidad. Esta declinación de la fecundidad ha tenido el mayor impacto en promover el envejecimiento de la estructura por edades de la población, sumado al aumento de la esperanza de vida al nacer y la fuerte corriente migratoria sobretodo de adultos jóvenes<sup>12</sup>.

La teoría de la transición demográfica supone que el proceso de modernización de las sociedades se acompaña de una sucesión de etapas que determinan la magnitud del crecimiento demográfico y la estructura por edades de la población. (Ver anexo 2)

Siendo un país económicamente en vías de desarrollo y con una población que apenas supera los 3.313.000 habitantes presenta características sociodemográficas similares a las de los países desarrollados.

La mitad de la población sobrepasa los 31 años de edad, el 13% de la población total tienen 65 años y más edad, la tasa global de fecundidad se sitúa en 2,4 hijos por mujer, la esperanza de vida al nacer es de 74 años (78 y 74 para la mujer y el hombre respectivamente), y hay 2 menores de 15 años por cada persona de 65 años y más<sup>13</sup>.

Según datos del Censo Fase I 2004, los adultos mayores continúan representando el 13% de la población total del Uruguay. (Ver anexo 3)

<sup>9</sup> Babb P.; Manual de enfermería gerontológica, Mc. Graw-Hill Interamericana, México, 1998.

<sup>10</sup> Burke M., Walsh M.; Enfermería gerontológica. Cuidados integrales del adulto mayor, Harcourt, 2ª edición, Madrid, 1998.

<sup>11</sup> Marques S., Partezani R., La familia al cuidado del anciano, Revista Rol de Enfermería 2002, Vol. 25 (7-8) : 22-30.

<sup>12</sup> Veronelli J., Nowinski A., Haretche A., Roitman B.; La salud de los uruguayos, OPS, Montevideo, 1994.

<sup>13</sup> Como envejecen los uruguayos, CEPAL /MSP, 1ª edición, noviembre 2000.

### **Fortalezas y debilidades.-**

Comenzaremos dando una definición que aunque sea simple refleja claramente la idea.

Entendemos por fortaleza lo positivo de algo o alguien, en este caso tratándose de un programa o servicio, son todos aquellos elementos que benefician al mismo y que lo conducen al logro de sus objetivos a corto, mediano y largo plazo. Por el contrario, las debilidades se definen como aquellos elementos negativos.

El diagnóstico de fortalezas y debilidades permite identificar las fuerzas centrales de un programa y determinar en que debe mejorar y/o mantenerse.

Las fortalezas y debilidades son propias del programa, pero están directamente influenciadas por las oportunidades y amenazas que provienen del medio. Este diagnóstico es necesario para evaluar o medir el impacto del mismo. Impacto se define como los cambios alcanzados con respecto a una situación inicial.

Para lograr el éxito de un programa es necesario contar con una administración estratégica, esto implica:

- Plantear objetivos medibles y alcanzables.
- Promover acciones específicas para el logro de las mismas.
- Conocer las necesidades de recursos: humanos, financieros, materiales (tecnológicos y físicos).

Las estrategias son disposiciones generalizadas de las acciones a tomar para cumplir los objetivos, por tanto, si no hay objetivos claros y bien definidos tampoco existirá una estrategia apropiada para alcanzarlos.

Se pueden identificar diferentes fases en el ciclo de un programa:

- **Planificación:** es la función administrativa básica, donde se definen la misión y metas (Que) y se asignan los recursos para el cumplimiento de las mismas (Quién- Como). Si se lleva a cabo adecuadamente contribuirá a la identificación de oportunidades, la previsión y prevención de problemas futuros.
- La siguiente fase corresponde a la ejecución de lo planificado y expansión del programa.
- Luego, la fase de evaluación, la cual es un espacio para el control, donde el programa se retro-alimenta. Así, a partir de la identificación de un problema, veremos si se produjeron cambios deseados o no y cuales fueron las causas, volviendo entonces a una nueva planificación donde el ciclo se reinicia.

## **MARCO DE REFERENCIA .-**

### ***Antecedentes.***

Para introducirnos en el tema buscamos referencia a nivel internacional, encontrando un modelo similar en España, el cual propone revertir el sistema asistencial con cuatro alternativas:

- ayuda a domicilio
- ayuda técnica para promover la autonomía
- estancias no continuadas en residencias
- custodia familiar.

El motivo de creación del mismo fue:

- el gran número de viejos existentes en ese país
- la salida de la mujer al campo laboral que al igual que en nuestro país, esta era la cuidadora de la familia
- el cambio de la estructura de roles que ha tomado la familia, esta última es considerada la estructura social básica.

Este programa está siendo aplicado en diferentes regiones: Madrid, Galicia, Cataluña y Asturias, donde cada una presenta los mismos aspectos aunque los definen en diferente profundidad. Mientras que una región tiene bien definido el rol del cuidador, otra describe con precisión el rol del adulto mayor y otra las características de la vivienda, no existiendo unificación de criterios a nivel nacional.

Se diría que el programa está en fase de proyecto, es relativamente nuevo por lo que hay poca documentación y escasa tradición en el país.

La finalidad del programa es:

- El mantenimiento del anciano en su medio social habitual.
- Integrarlo socialmente.
- Fomentar la participación del anciano en su entorno.

La integración no es el fin, sino el medio para lograr que el viejo encuentre en el seno familiar un ámbito donde desempeñar sus roles<sup>14</sup>.

### ***Presentación del Centro Geriátrico - Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo.***

El antiguo Hospital - Hogar tiene aproximadamente 80 años de existencia. Se fundó como "Asilo de Mendigos", desde entonces, acompañando diferentes etapas y modelos de atención, a pasado por diversos cambios.

En enero de 2001 se aprobó un proyecto de reestructura, el cual comenzó a instrumentarse en junio del mismo año, al asumir una nueva Dirección. La reconversión del Piñeyro implica pasar del modelo hospicio - asilar a un moderno centro geriátrico, definiendo su misión objetivo como: proporcionar atención geriátrica integral a los ancianos vulnerables usuarios de ASSE-MSP.

Se ha definido una tipología de usuarios de acuerdo a esta misión objetivo que establece los siguientes requisitos:

- Ser usuario de Salud Pública y no tener otra forma de cobertura privada.
- Tener edad igual o mayor a 65 años.
- Tener discapacidad de moderada a severa de origen físico y/o mental.
- Tener una situación socio económica precaria, definida por inexistentes o escasos ingresos y ausencia clara de soporte familiar.

Las cuatro condiciones deben coincidir en una misma persona para calificar para el ingreso. La población del Piñeyro pasó de 450 a 300 usuarios en 11 meses, más 16 residentes alojados en familias, mediante el programa de SAIC y 21 personas en el Centro Diurno.

<sup>14</sup> [www.es.yahoo.com](http://www.es.yahoo.com) palabras claves: acogida familiar + adultos mayores (Mayo 2005)

Los residentes se distribuyen según nivel de dependencia en las cuatro unidades de atención o pabellones, considerando también el tipo de estadía que tendrá el usuario, ya sea media o larga estancia.

- Se entiende por estancia diurna: la proporcionada en el centro diurno existente, dirigido a los ancianos vulnerables con problemas psicosociales o motrices leves a moderados, provenientes de la comunidad, con entorno socio familiar al que retornar diariamente, se focaliza en la rehabilitación y mantenimiento de la función para evitar la institucionalización.
- Se entiende por media estancia: estadías no mayores de 6 meses, cuyo objetivo es la rehabilitación y/o consolidación de altas precoces de pacientes convalcientes, con vista a su reinserción (destacamos que esto es un proyecto).
- Se entiende por larga estancia: estadías que exceden los 6 meses, destinadas para ancianos cuya permanencia en comunidad es imposible en razón de su dependencia e incapacidad para la vida independiente y en razón de la ausencia de soporte familiar capaz de asistirle a través de cualquier otro sistema de apoyo.
- Se entiende por servicio de reinserción familiar: el proporcionado en ambientes familiares por cuidadoras externas para ancianos autoválidos y con dependencia leve, bajo supervisión del centro geriátrico.

Cada unidad tiene actualmente un equipo interdisciplinario compuesto por geriatra, licenciada en enfermería, contando además con los profesionales de otros servicios como odontólogos, podólogos, químico farmacéutico, deportólogo, fisiatras. También peluquería y manicura.

Además se realizan distintas actividades de rehabilitación: Terapia Ocupacional, Centro de Calidad de Vida, Música-terapia, Canto, Gimnasia, Tejido, Jardinería<sup>15</sup>.

**SAIC: Servicio de Atención e Inserción Comunitaria**  
**- A partir de setiembre de 2005 -**  
**(ex Programa Custodia Familiar).**

La idea de reinsertar en la sociedad a los adultos mayores que residen en el Piñeyro del Campo y a su vez degravitarlo, surge hace más de treinta años a través de las cuidadoras externas del Piñeyro. Estas eran personas remuneradas que se hacían cargo de uno o más ancianos en su hogar.

Con el paso del tiempo a esta idea se le fue dando una estructura más formal, hasta constituir lo que es hoy; el mismo estuvo a cargo de auxiliares de enfermería, asistentes sociales, médicos, etc. Desde agosto del 2004, la dirección del centro designa un nuevo equipo de trabajo integrado por:

- Licenciada Nelba Grönros, coordinadora responsable y referente del servicio,
- Dra. M<sup>a</sup> Noel Frontán, médico geriatra referente del servicio.

Quienes se abocan desde ese momento a la re-estructura del servicio en base a los resultados del trabajo científico realizado a consecuencia de las necesidades, intereses y problemas (NIPs) encontradas durante una campaña de vacunación realizada por la Licenciada Grönros.

El fin de este servicio es reinsertar en familias sustitutas a usuarios que de acuerdo a su perfil pueden y deseen volver a la sociedad contemplando la calidad del ambiente y de los cuidados, conformando un sistema cerrado entre el hospital y la comunidad.

Es un servicio destinado prioritariamente a la absorción de altas desde unidades internas de larga estancia, predominando las unidades B: autoválidos y C: siquiátricos compensados, donde se encuentran los usuarios más autoválidos.

Tiene como objetivo evitar la institucionalización de los ancianos auto válidos, manteniendo las capacidades, posibilitando la reinserción a un nuevo núcleo familiar y a la comunidad con

<sup>15</sup> [www.pineyro.org](http://www.pineyro.org), biblioteca virtual (Abril 2005)

el propósito de mantener una buena calidad de vida.

Actualmente el servicio brinda asistencia a 16 usuarios, debido a una re-estructura, pero cuenta con una capacidad máxima de 25 usuarios.

El nuevo equipo establece el perfil para el adulto mayor:

- Pertenecer a los pabellones.
- Autoválidos o leve discapacidad física y/o intelectual.
- Barthel mayor a 60.
- Katz A.
- Pfeiffer con máximo de 2 errores.
- Sin trastorno del comportamiento.
- No alcoholistas.
- Inexistencia de vínculos primarios y secundarios continentales.
- Deseo del adulto mayor en insertarse en un núcleo familiar.

Se realiza un plan de alta para el usuario que se va a reinsertar, el equipo se entrevista con el mismo en tres oportunidades, como mínimo; luego es presentado a la cuidadora.

La voluntad del usuario siempre se considera para continuar con la reinserción. Se coordina visita al núcleo familiar para conocer el hogar. El tiempo máximo para esta dinámica de conocerse y concretar es de tres meses para ambos: usuario - cuidadora. El equipo detecta fortalezas y debilidades, trabaja para sustentar y maximizar las fortalezas tratando de superar las debilidades.

Perfil para cuidadores:

- No ser funcionario público.
- Tener entre 25 y 50 años.
- Convivir con el adulto mayor en la misma vivienda.
- La vivienda debe estar ubicada en un radio próximo al hospital de 2 a 3 km.

Los interesados deben completar un formulario que es retirado en gerencia de Recursos Humanos, luego son entrevistados por el equipo, el cual realiza valoración psicológica y evaluación del domicilio.

Metodología de trabajo:

- Los pacientes son evaluados tanto en policlínica como en domicilio, con la frecuencia que estime necesario el equipo de trabajo.
- Valoración multidimensional haciendo hincapié en lo funcional, cognitivo y en los déficit sensoriales, contando con los servicios de: psiquiatría, podología, odontología, interconsultas con especialistas, exámenes de laboratorio, terapia ocupacional, etc.
- Se lleva una historia clínica geriátrica donde consta la historia de vida y el perfil del residente, lo mismo que los datos de la cuidadora, su familia y la vivienda.
- Se informan pautas claras de cuidado y relacionamiento, con derechos y deberes de todas las partes aplicando el reglamento vigente.
- Las Visitas Domiciliarias son coordinadas por el equipo brindando un apoyo integral a las cuidadoras y su entorno.
- Se asesora a la cuidadora sobre las redes de apoyo existentes en la zona donde vive tanto sean sociales o de otra índole, como también de los diferentes servicios complementarios existentes en el Hospital.

El rol de la Licenciada se basa en:

- Administración de recursos humanos: reclutamiento de cuidadores, selección, preparación para el cargo, educación, supervisión y evaluación.
- Administración de recursos materiales: artículos de higiene, ropa, calzado, pañales, medicación. En cuanto a esto, se implementa administración de medicación por unidosis.
- Administración de recursos financieros: evaluación costo - beneficio del usuario inserto en la comunidad.

- **Coordinación:** la licenciada es el nexo entre las familias, la institución y los servicios con los que ella cuenta.

**Evaluación del servicio:** enfermería estableció modalidades de evaluación para retroalimentar el sistema:

- Nº de reinserciones exitosas.
- Nivel de deserción de cuidadores.
- Integración activa dentro de la comunidad.
- Costos.
- Grado de satisfacción de los usuarios.
- Reestablecimiento de vínculos primarios.

Para cumplir estas funciones se basa en conocimientos de enfermería fundamentales nutriendose de otras disciplinas como: bioestadística, epidemiología, ciencias sociales, microbiología, farmacología, etc.

Esta administración se ha marcado objetivos para mejorar la gestión, de los cuales se han logrado hasta la fecha:

- Talleres educativos y reuniones con cuidadoras a fin de promover una relación más cercana fomentando mejoras. Los talleres que se han realizado son:
  - Identificación de las necesidades del adulto mayor (Discusión de anteproyecto de Ley 17.796). Normas de promoción integral de adultos mayores
  - Caídas: prevención de caídas del adulto mayor
  - Taller alimentario - nutricional (en conjunto con la Escuela de Nutrición);

Aprovechando cada instancia para la educación incidental.

- Implementación de Carné Geriátrico: pequeña historia clínica, siendo un medio de comunicación imprescindible para aportar datos del usuario (patología, vacunación, medicación, dieta, controles de salud, composición familiar, centros de referencia) en caso de interconsultas o internación.
- Implementación de unidosis, creado con el propósito de prevenir accidentes, control de la medicación y promover la autovalidez del adulto mayor.
- Elaboración de nueva historia clínica, la cual consta de:
  - Datos Personales del adulto mayor: ficha patronímica del usuario.
  - Datos Personales de la cuidadora: ficha patronímica de la cuidadora.
  - Evaluación geriátrica integral.
  - Actualización de evaluación geriátrica integral.
  - Escalas de valoración geriátrico.
  - Autorización de salidas.
  - Historia clínica psiquiátrica.
  - Resultados de exámenes.
  - Formulario de indicaciones médicas.
  - Hoja de evolución clínica.
  - Interconsultas:
    1. Enfermería: registros de enfermería, hoja de notas de enfermería.
    2. Servicios sociales: datos identificatorios del residente, ingreso, sistema económico y patrimonio, red primaria, red secundaria, modo de vincularse a nivel individual y grupal, hábitos sociales, trayectoria laboral, trayectoria relacional con redés primarias, plan de rehabilitación, abordaje grupal y/o individual de adaptación y/o rehabilitación, alta del residente.
    3. Fisiatría: ficha técnica, seguimiento y observaciones.
    4. Odontología: examen buco-dental y seguimiento.
    5. Podología: valoración y seguimiento.
  - Hoja de laboratorio<sup>16</sup>.

<sup>16</sup> Entrevista Lic. Nelba Grónros

## **DISEÑO METODOLÓGICO.-**

**TIPO DE ESTUDIO:** descriptivo de corte transversal.

**POBLACIÓN SUJETO DE ESTUDIO:** 16 adultos mayores y familias insertos en el Servicio de Atención e Inserción Comunitaria del Centro Geriátrico-Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Adultos mayores que se encuentran insertos en el SAIC.
- Adultos mayores sin dificultades de orientación temporo – espacial.
- Familias que otorguen consentimiento.

### **BENEFICIARIOS:**

Directos:

- Adultos mayores insertos en el SAIC.
- Familias que acogen a los usuarios del Programa.
- Equipo responsable del SAIC.
- Facultad de Enfermería, Departamento de Adulto y Anciano.
- Estudiantes de la Facultad de Enfermería realizando la presente investigación.

Indirectos:

- Adultos mayores que residen en el Centro Geriátrico-Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo, ya que el resultado de esta investigación puede influir en la evaluación del programa para mejorarlo y extenderlo a ellos.
- Futuras generaciones de estudiantes o investigadores que la utilicen como referencia.

### **VIABILIDAD:**

Consideramos que el estudio es viable ya que se cuenta con los recursos necesarios e indispensables, además del apoyo de las instituciones: Facultad de Enfermería y Centro Geriátrico – Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo.

### **MARCO INSTITUCIONAL.-**

Este es un estudio interinstitucional: Centro Geriátrico-Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo y Facultad de Enfermería.

El Centro Geriátrico-Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo, es una institución pública – único centro del país – destinada a la atención geriátrica integral a los ancianos vulnerables usuarios de ASSE, MSP. Se encuentra ubicado en Larravide 2351 entre Dr. J. Morelli y Gral. T. Aparicio. La Facultad de Enfermería ex Instituto Nacional de Enfermería, es una institución universitaria que forma enfermeros profesionales, ubicada en el 3er piso del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Avda. Italia 2850.

## **RECOLECCIÓN DE DATOS.-**

- A través de un formulario que consta de 3 secciones: la primera referente al adulto mayor, la segunda al cuidador - familia, y la tercera sobre infraestructura (Ver anexo 4).
- Cada sección incluye preguntas semiestructuradas (abiertas y cerradas), y la observación del investigador. Cabe destacar que no se tomará en cuenta el estado nutricional de los adultos mayores, dado que estudiantes de la Escuela de Nutrición y Dietética han realizado una investigación específica en esta área recientemente.
- Aplicación del instrumento sobre la fuente primaria de información: el adulto mayor, su historia clínica y familia (cuidador). Se coordinaron visitas domiciliarias para las cuales nos dividimos en dos sub grupos, siendo acompañadas por la coordinadora del programa. (Ver anexo 5)

## **DEFINICIÓN DE VARIABLES.-**

### **DATOS DEL ADULTO MAYOR:**

#### **SEXO**

- Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.
- Definición operacional: Masculino, Femenino.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### **EDAD DEL ADULTO MAYOR**

- Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.
- Definición operacional: Medido en años. Se tomaron los siguientes rangos según conveniencia de la investigación; se consideraron los menores de 65 años, ya que de haber alguno debe incluirse en el estudio.  
En esta etapa del ciclo vital se pueden definir 2 franjas etáreas: entre 65 y 74, denominada 3° edad; la otra comprendida entre 75 y más años, denominada 4° edad, siendo esta la de mayor fragilidad.
  - Adulto: < 65
  - Adulto mayor: de 65 a 74
  - Adulto mayor frágil: > o = 75
- Nivel de medición: cuantitativa discreta.

#### **ESTADO CIVIL**

- Definición conceptual: Condición de la persona en relación al registro civil.
- Definición operacional: Soltero; Casado; Divorciado; Viudo.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### **EDUCACIÓN**

- Definición conceptual: Nivel máximo adquirido mediante la educación formal o informal.
- Definición operacional: Analfabeto; Solo lee y escribe; Primaria incompleta; Primaria completa; Secundaria incompleta; Secundaria completa; Terciaria incompleta y Terciaria completa.
- Nivel de medición: Cualitativa ordinal.

#### **LUGAR DE NACIMIENTO**

- Definición conceptual: Lugar geográfico donde nació.
- Definición operacional: Montevideo; Interior; Exterior.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### **ACTIVIDAD LABORAL**

- Definición conceptual: Tarea remunerada o no que desempeñaba.
- Definición operacional: Lo que refiere el entrevistado.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### **INGRESO ECONÓMICO**

- Definición conceptual: Recibir un monto de dinero mensualmente.
- Definición operacional: Si: Jubilado - Pensionista, No recibe.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### **VÍNCULOS FAMILIARES**

- Definición conceptual: Presencia de individuos con vínculo de parentesco natural o legal con respecto al adulto mayor.
- Definición operacional: Consanguíneos; No consanguíneos; No tiene.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### **ÚLTIMA RESIDENCIA FÍSICA**

- Definición conceptual: Lugar donde vivía antes de ingresar al Piñeyro del Campo.
- Definición operacional: Lo que refiere el entrevistado.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### **TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN**

- Definición conceptual: Período de tiempo que estuvo en el Piñeyro del Campo.
- Definición operacional: Expresado en años.
- Nivel de medición: Cuantitativa discreta.

#### **TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INGRESO AL NÚCLEO FAMILIAR**

- Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el ingreso al núcleo familiar hasta la actualidad.
- Definición operacional: Expresada en años.
- Nivel de medición: Cuantitativa discreta.

#### **RECIBE VISITAS**

- Definición conceptual: Ser visitado en el hogar sustituto, discriminando el vínculo de visitante en relación al adulto mayor.
- Definición operacional: Si: Familiares, Amigos, Pareja. No.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### **PRESENCIA DE AFECCIÓN SISTÉMICA**

- Definición conceptual: Entidad nosológica que afecta el o los sistemas.
- Definición operacional: Si: discriminando sistema; No.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### **TOMA MEDICACIÓN**

- Definición conceptual: Fármaco u otra sustancia utilizada como medicina.
- Definición operacional: Si: agrupado según sistema en el que actúe.  
No.
- Nivel de medición: cualitativa nominal.

#### **ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN**

- Definición conceptual: Persona encargada de administrar la medicación.
- Definición operacional: Lo que refiere el entrevistado.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### CONOCIMIENTO DE LA MEDICACIÓN

- Definición conceptual: Conocimiento básico de su acción terapéutica, por parte de quién la administra.
- Definición operacional: Si; No.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### CONTROL DE SALUD

- Definición conceptual: Consultar a técnico y/o profesional de la salud, según lo establecido por el programa.
- Definición operacional: Si, No.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### HOSPITALIZACIONES

- Definición conceptual: Ingreso en una institución para diagnóstico y/o tratamiento, desde que está en el hogar sustituto, discriminando motivo.
- Definición operacional: Sí; motivo, No.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### REALIZA ACTIVIDAD RECREATIVA

- Definición conceptual: Realización de actividad recreativa por parte del adulto mayor.
- Definición operacional: Si; No.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### ACTIVIDAD RECREATIVA QUE REALIZA

- Definición conceptual: Actividad recreativa que realiza el adulto mayor.
- Definición operacional: Lo que refiere el entrevistado.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### INTEGRACIÓN AL NÚCLEO FAMILIAR SUSTITUTO

- Definición conceptual: Sentirse incorporado y formar parte del núcleo familiar sustituto.
- Definición operacional: Si; No.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### VALORACIÓN DEL CAMBIO CON RESPECTO AL PIÑEYRO DEL CAMPO

- Definición conceptual: Como ha experimentado el cambio del Piñeyro del Campo al hogar sustituto.
- Definición operacional: Positivo; Negativo.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### ÍNDICE DE BARTHEL

- Definición conceptual: Escala de perfil de incapacidad desarrollada por D. W. Barthel, en 1965, para evaluar la capacidad de valerse por sí mismo un paciente, en diez áreas diferentes. El paciente se clasifica con una puntuación de 0 a 15 puntos en diversas categorías de auto-cuidado, dependiendo de si necesita ayuda o no.
- Definición operacional:
  - 0 – 20: Dependencia total.
  - 21 – 60: Dependencia grave.
  - 61 – 90: Dependencia moderada.
  - 91 – 99: Dependencia leve.
  - 100: Independencia.
  - 90: Independencia en pacientes en silla de ruedas.
- Nivel de medición: Cualitativa ordinal.

## **DATOS DEL CUIDADOR:**

### **SEXO**

- Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.
- Definición operacional: Masculino, Femenino.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

### **EDAD**

- Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.
- Definición operacional: Medido en años.
- Nivel de medición: Cuantitativa discreta.

### **ESTADO CIVIL**

- Definición conceptual: Condición de la persona en relación al registro civil.
- Definición operacional: Soltero; Casado; Divorciado; Viudo.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

### **NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

- Definición conceptual: Nivel máximo adquirido mediante la educación formal.
- Definición operacional: Primaria incompleta; Primaria completa; Secundaria incompleta; Secundaria completa; Terciaria incompleta y Terciaria completa.
- Nivel de medición: Cualitativa ordinal.

### **OCUPACIÓN**

- Definición conceptual: Tarea remunerada que desempeña.
- Definición operacional: Lo que refiere el entrevistado.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

### **INGRESO ECONÓMICO AL HOGAR**

- Definición conceptual: Percibir otros ingreso además del que recibe como cuidador.
- Definición operacional: Si; No.
- Nivel de medición: Cuantitativa nominal.

### **TIPO DE FAMILIA:**

- Definición conceptual: Vínculo de los integrantes con respecto al cuidador.
- Definición conceptual: Lo que refiere el entrevistado.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

### **N° DE INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR**

- Definición conceptual: Cantidad de individuos que viven en el hogar.
- Definición conceptual: Lo que refiere el entrevistado.
- Nivel de medición: Cuantitativa discreta.

### **EDAD DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA**

- Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.
- Definición operacional: Medido en años.
- Nivel de medición: Cuantitativa discreta.

### **CAPACITACIÓN DEL CUIDADOR**

- Definición conceptual: Formación del cuidador sobre las necesidades, intereses, problemas de los adultos mayores.
- Definición operacional: Capacitación del Piñeyro y otros relacionados al área de la salud; Solo capacitación del Piñeyro.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### **COMO HA SENTIDO LA FAMILIA LA LLEGADA DEL ADULTO MAYOR**

- Definición conceptual: Idem.
- Definición operacional: Lo que refiere el entrevistado.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### **SUGERENCIAS AL SERVICIO**

- Definición conceptual: Idea que se propone al servicio.
- Definición operacional: Lo que refiere el entrevistado.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### **DATOS DEL ESPACIO FÍSICO:**

##### **TIENE HABITACIÓN PROPIA**

- Definición conceptual: Si el adulto mayor tiene su habitación propia.
- Definición operacional: Si; No.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

##### **CAMBIOS EN EL ESPACIO FÍSICO EN BENEFICIO DEL ADULTO MAYOR**

- Definición conceptual: Idem .
- Definición operacional: Lo que refiere el entrevistado.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

##### **PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ACCIDENTES - OBSERVACIÓN -**

- Definición conceptual: Existencia de factores de riesgo que puedan provocar accidentes en el hogar.
- Definición operacional: Ninguno; Iluminación insuficiente; Escalones; Alfombras; Objetos en el suelo; Otros.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

#### **FORTALEZA**

- Definición conceptual: positivo de algo o alguien.
- Definición operacional: es todo aquello que beneficie la calidad de vida del adulto mayor inserto en un núcleo familiar sustituto. Para medirla se tomarán en cuenta el análisis de las siguientes variables: ingreso económico, presencia de vínculos familiares, tiempo transcurrido desde el ingreso al núcleo familiar, recibe visitas, control de salud, hospitalizaciones, realiza actividad recreativa, integración al núcleo familiar sustituto, capacitación del cuidador, como ha sentido la familia la llegada del adulto mayor, habitación propia, cambios en el espacio físico en beneficio del adulto mayor, presencia de factores de riesgo de accidentes.

#### **DEBILIDAD**

- Definición conceptual: negativo de algo o alguien.
- Definición operacional: idem definición de fortaleza.

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.-

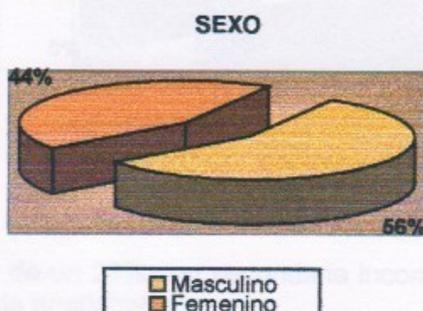
### TABULACIÓN Y GRÁFICOS

#### DATOS DEL ADULTO MAYOR:

TABLA 1:

SEXO	F A	FR %
Masculino	9	56%
Femenino	7	44%
	N: 16	100%

GRÁFICO:

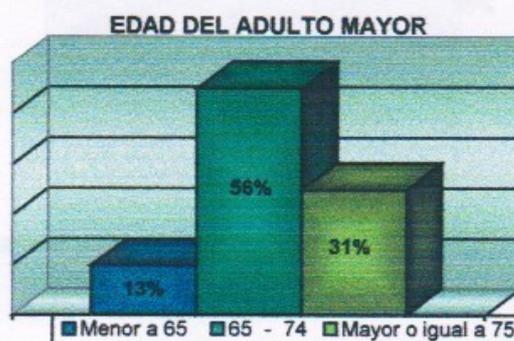


En la distribución por sexo predomina el sexo masculino en un 56%.

TABLA 2:

EDAD	F A	FR %
< de 65 años	2	13%
65 - 74 años	9	56%
>/= a 75 años	5	31%
	N: 16	100%

GRÁFICO:



El 56% son adultos mayores que se encuentran comprendidos en la tercera edad, el 31% son adultos mayores frágiles y el 13% no son adultos mayores, dado que ingresaron al servicio antes de que definiera el perfil de los mismos.

TABLA 3:

ESTADO CIVIL	F. A	F. R %
Soltero	8	50%
Casado	4	25%
Viudo	2	12,5%
Divorciado	2	12,5%
	N: 16	100%

GRÁFICO:

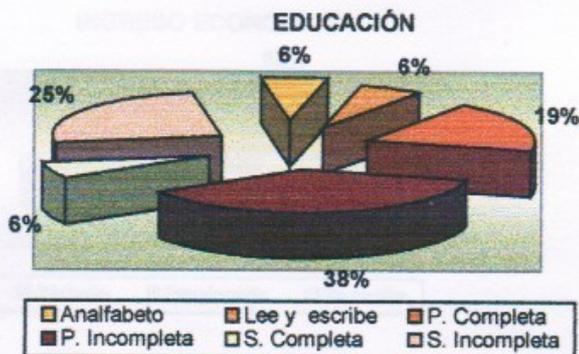


Se destaca que un 50% son solteros, mientras que el resto, distribuidos en diferentes porcentajes, estuvo alguna vez casado.

TABLA 4:

EDUCACIÓN	F. A	F. R %
Analfabeto	1	6%
Lee y escribe	1	6%
Primaria Completa	3	19%
Primaria Incompleta	6	38%
Secundaria Completa	1	6%
Secundaria Incompleta	4	25%
	N: 16	100%

GRÁFICO:



El 38% cursó primaria incompleta, seguido de un 25% con secundaria incompleta. Hay un 6% que sabe leer y escribir y mismo porcentaje de analfabetos.

TABLA 5:

LUGAR DE NACIMIENTO	F. A	F. R %
Montevideo	6	38%
Interior	9	56%
Exterior	1	6%
	N: 16	100%

GRÁFICO:



El 56% proviene del interior, el 38% de la capital del país y 6% que se corresponde con un usuario que es argentino.

TABLA 6:

ACTIVIDAD LABORAL	F. A	F. R %
Domésticos	4	25 %
Empleados	6	38 %
Profesionales y/o Técnicos	5	31 %
Ama de casa	1	6 %
	N: 16	100%

GRÁFICO:

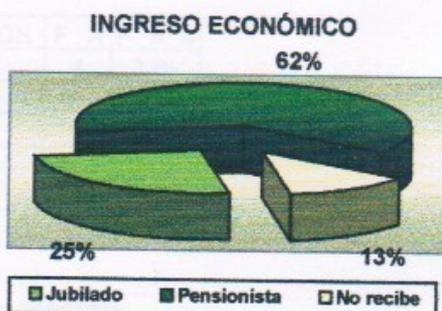


El 94% tuvo alguna actividad laboral de los que se destacan: empleados un 38%, profesionales y/o técnicos un 31% y domésticas un 25%.

TABLA 7:

INGRESO ECONÓMICO	F. A	F. R %
Jubilado	4	25 %
Pensionista	10	62 %
No recibe	2	13 %
N: 16		100%

GRÁFICO:

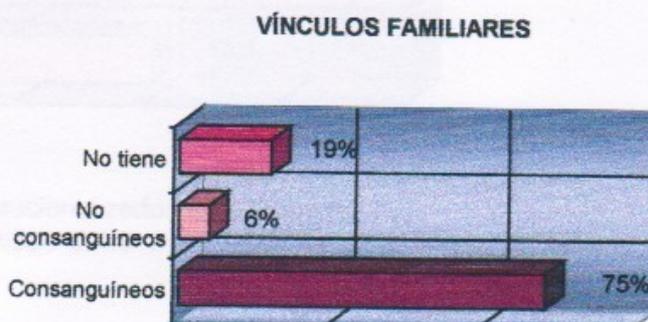


El 62% son pensionistas mientras que 25% son jubilados. Un 13% no percibe ingresos.

TABLA 8:

VÍNCULOS	F. A	F. R %
Consanguíneos	12	75%
No consanguíneos	1	6%
No tiene	3	19%
N: 16		100%

GRÁFICO:



Un 81% de los usuarios tiene familia de los que se destacan: un 75% familiares consanguíneos y un 6% no consanguíneos. El 19% no tienen vínculos familiares.

TABLA 9:

ÚLTIMA RESIDENCIA FÍSICA	F. A	F. R %
Casa familiar	7	43%
Casa de salud	2	13%
Pensión	2	13%
Casa de su Propiedad	1	6%
Otros (vía pública-trabajo-refugio)	4	25%
N: 16		100%

GRÁFICO:

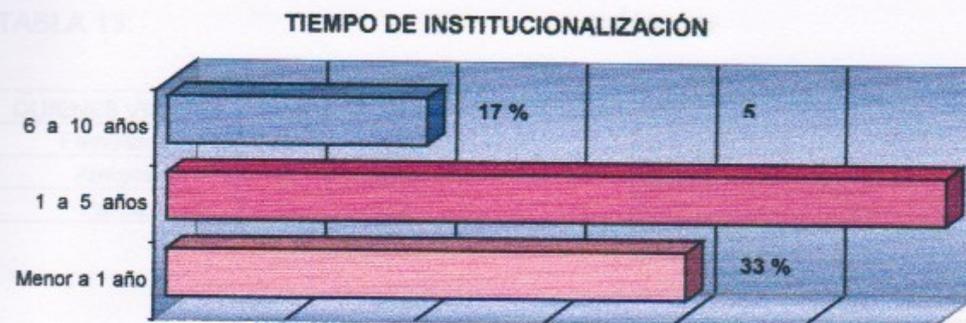


Predomina con un 43% usuarios que vivieron en casa familiar luego un 25% vivió en diferentes lugares: vía pública, trabajo o en refugios. Siguiendo, en iguales porcentajes: casa de salud y pensión un 13% cada uno.

TABLA 10:

TIEMPO INSTITUCIONALIZACIÓN	F. A	F. R %
Menor a 1 año	4	33%
1 a 5 años	6	50%
6 a 10 años	2	17%
N: 12		100%

GRÁFICO:

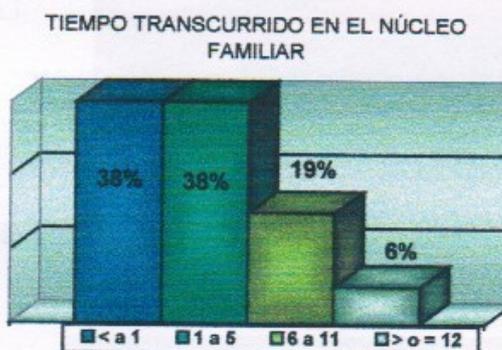


Solo 12 de los 16 usuarios estuvieron institucionalizados en el Piñeyro. Un 50% permaneció en el Piñeyro del Campo entre 1 a 5 años, un 33% menos de un año, un 17% entre 6 a 10 años.

TABLA 11:

TIEMPO TRANSCURRIDO	F. A	F. R %
Menor a 1 año	6	38%
1 a 5	6	38%
6 a 11	3	19%
Mayor o igual a 12 años	1	6%
N: 16		100%

GRÁFICO:



Encontramos un 38% de adultos mayores que hace menos de un año que están en el núcleo familiar sustituto, en igual porcentaje usuarios que llevan entre 1 a 5 años. Un 19% han permanecido entre 6 a 11 años y destacándose un 6% que corresponde a un usuario que ha estado por 12 años.

TABLA 12:

RECIBE VISITAS	F. A	F. R %
Si	4	25%
No	12	75%
N: 16		100%

GRÁFICO:



TABLA 13:

QUIENES VISITAN	F. A	F. R %
Familiares	1	25%
Amigos	2	50%
Pareja	1	25%
N: 4		100%

GRÁFICO:



El 75% de los adultos mayores no recibe visitas, del 25% restante destacamos que un 13% es visitado por amigos, un 6% por familiares y el 6% restante de la pareja.

TABLA 14:

PRESENCIA AFECCIÓN SISTÉMICA	F. A	F. R %
Si	13	81%
No	3	19%
N: 16		100%

GRÁFICO:

**PRESENCIA DE AFECCIÓN SISTÉMICA**

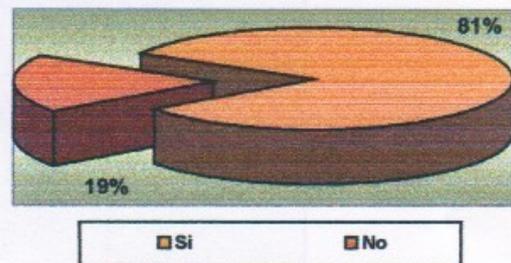
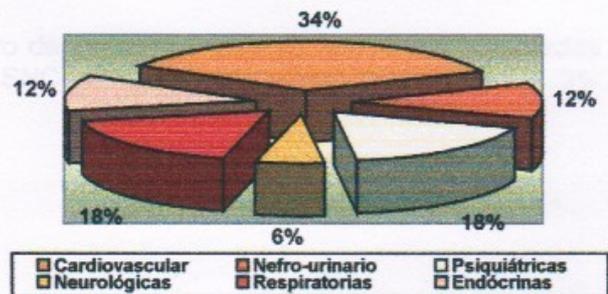


TABLA 15:

PATOLOGÍA DE BASE	F. A	F. R %
Cardiovascular	6	34%
Nefro-urinario	2	12%
Psiquiátricas	3	18%
Neurológicas	1	5%
Respiratorias	3	18%
Endócrinas	2	12%
N: 17		100%

GRÁFICO:

**PATOLOGÍAS DE BASE**



El 81% presenta alguna alteración sistémica de estos el 34% corresponde a afecciones del sistema cardiovascular, alteraciones psiquiátricas y respiratorias con un 18% cada una.

TABLA 16:

TOMA MEDICACIÓN	F . A	F . R %
Si	13	81%
No	3	19%
	N: 16	100%

GRÁFICO:

TOMA MEDICACIÓN

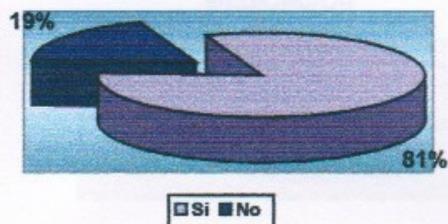
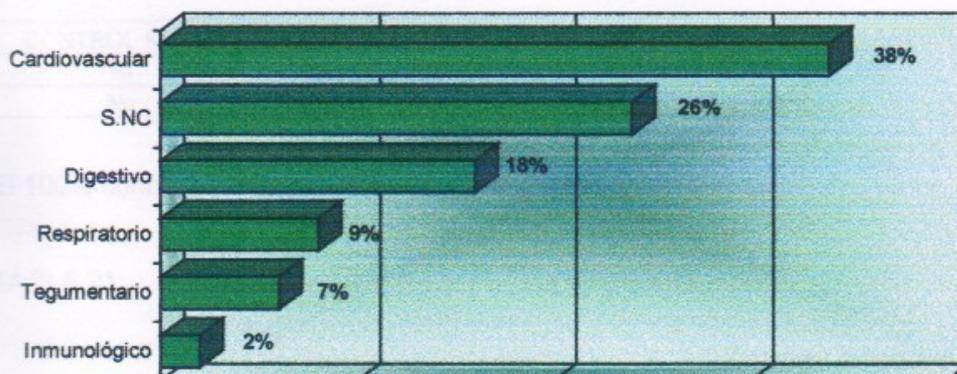


TABLA 17:

TIPO MEDICACIÓN	F . A	F . R
Respiratorio	4	9%
Digestivo	8	18%
Inmunológico	1	2%
Sistema Nervioso Central	12	26%
Tegumentario	3	7%
Cardiovascular	17	38%
	N. 45	N: 100%

GRÁFICO:

TIPO DE MEDICACIÓN SEGÚN SISTEMAS



El 81% de los usuarios toma medicación, dentro de los cuales los más frecuentes, agrupados por sistemas, son: cardiovasculares 38%, SNC 26%, digestivo-nutricional 18% y 9% respiratorio.

TABLA 18:

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN	F. A	F. R %
Cuidadora	10	77%
Adulto mayor	3	23%
	N: 13	100%

GRÁFICO:



En el 77% de los casos es la cuidadora quién administra la medicación.

TABLA 19:

CONOCIMIENTO DE LA MEDICACIÓN	F. A	F. R %
Si	13	100%
No	0	0%
	N: 13	100%

El 100% conoce la medicación que administra.

TABLA 20:

CONTROL SALUD	F. A	F. R %
Si	16	100%
No	0	0%
	N: 16	100%

El 100% concurre a los controles de salud.

TABLA 21:

HOSPITALIZACIONES	F. A	F. R %
Si	1	6%
No	15	94%
	N: 16	100%

GRÁFICO:



El 94% no ha requerido hospitalización; solo un usuario (6%) requirió cirugía oftalmológica.

TABLA 22:

REALIZA ACTIVIDAD RECREATIVA	F. A	F. R %
Si	12	76%
No	4	24%
	N: 16	100%

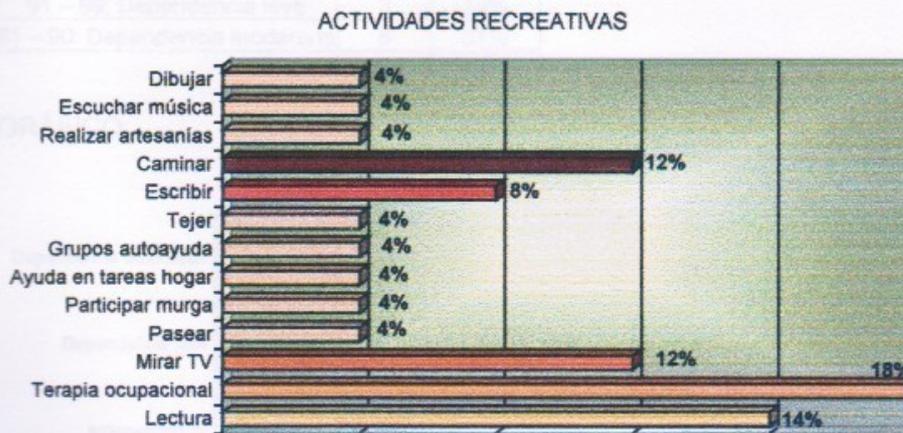
GRÁFICO:



TABLA 23:

ACTIVIDADES RECREATIVAS QUE REALIZAN	F. A	F. R %
Lectura	4	14%
Terapia ocupacional	5	18%
Pasear	1	4%
Participar en la murga	1	4%
Grupos autoayuda (ALANON)	1	4%
Tejer	1	4%
Ayuda en tareas del hogar	2	4%
Mirar T.V.	3	12%
Escribir	2	8%
Caminar	3	12%
Realizar artesanías	1	4%
Escuchar música	1	4%
Dibujar	1	4%
	N: 26	100%

GRÁFICO:



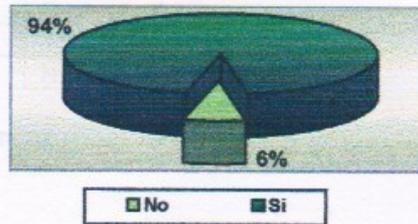
El 76% realiza actividades recreativas, entre las cuales las más frecuentes son: terapia ocupacional 18%, lectura 14%, caminar y mirar TV 12% respectivamente. De estos el 31% manifiesta que desea incorporar otra actividad, el 24% que no realiza ninguna actualmente refiere que le gustaría hacer alguna. (Ver Anexo 6)

TABLA 24:

INTEGRACIÓN...	F. A	F. R %
SI	15	94%
No	1	6%
	N: 16	100%

GRÁFICO:

INTEGRACIÓN AL NÚCLEO FAMILIAR SUSTITUTO



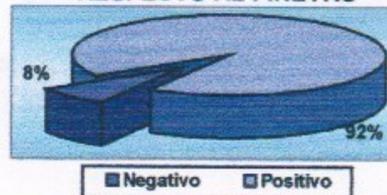
El 100% de los usuarios son del sexo femenino

TABLA 25:

CAMBIOS...	F. A	F. R %
Positivo	11	92%
Negativo	1	8%
	N: 12	100%

GRAFICO:

VALORACIÓN DEL CAMBIO CON RESPECTO AL PIÑEYRO



El 94% refiere sentirse integrado al núcleo sustituto expresándolo de diferentes maneras: bien, como en familia. Solo el 6% refiere que no hay integración pero está cómodo.

De los 12 usuarios que estuvieron institucionalizados en el Piñeyro del Campo, el 92% encuentra positivo vivir en un núcleo familiar sustituto.

TABLA 26:

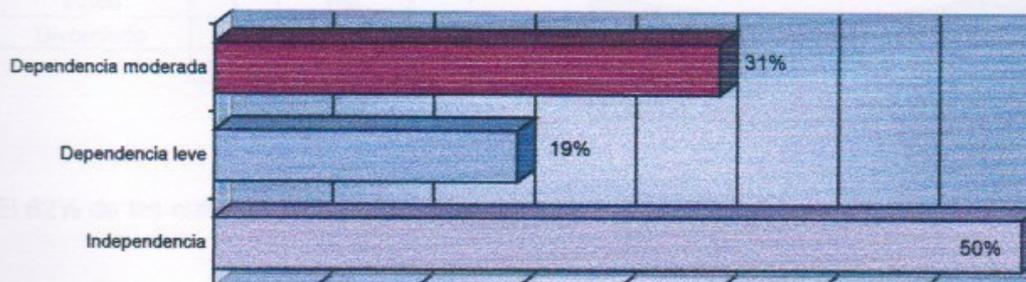
ÍNDICE DE BARTHEL	F. A.	F. R. %
100: Independencia	8	50%
91 – 99: Dependencia leve	3	19%
61 – 90: Dependencia moderada	5	31%
	N:16	100%

GRÁFICO:

ESTADO CIVIL

GRÁFICO:

ÍNDICE DE BARTHEL



El 50% de los usuarios son totalmente independientes para las actividades de la vida diaria, el 31% presenta dependencia moderada, mientras que el 19% restante presenta grado de dependencia leve.

**DATOS DEL CUIDADOR:**

TABLA 27:

SEXO	F . A	F . R %
Femenino	16	100%
N: 16		100%

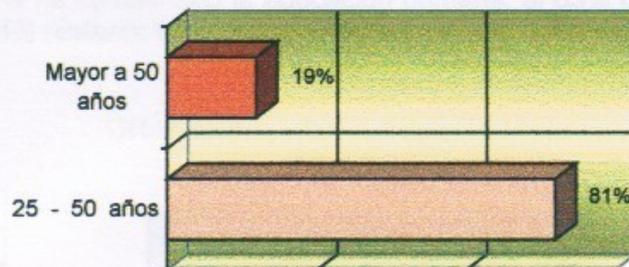
El 100% de las cuidadoras son del sexo femenino.

TABLA 28:

EDAD DEL CUIDADOR	F . A	F . R %
25 - 50 años	13	81%
Mayor de 50 años	3	19%
N: 16		100%

GRÁFICO:

EDAD DEL CUIDADOR



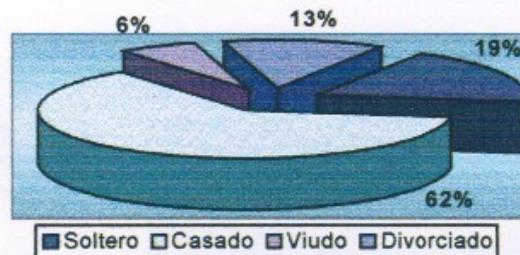
El 81% de los cuidadores tienen entre 25 y 50 años, el 19% restante son mayores de 50 años.

TABLA 29:

ESTADO CIVIL	F . A	F . R %
Soltero	3	19%
Casado	10	62%
Viudo	1	6%
Divorciado	2	13%
N: 16		100%

GRÁFICO:

ESTADO CIVIL



El 62% de las cuidadoras son casadas.

TABLA 30:

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	F . A	F . R %
Primaria Completa	5	31%
Secundaria Incompleta	10	63%
Terciaria Incompleta	1	6%
	N: 16	100%

GRÁFICO:



En cuanto a nivel de instrucción el 31% ha completado la educación primaria, el 63% comenzó la secundaria aunque no terminó, y el 6% restante tiene estudios terciarios incompletos.

TABLA 31:

OCUPACIÓN	F . A	F . R %
Cuidadora	13	81%
Cuidadora y otra labor	3	19%
	N: 16	100%

GRÁFICO:



El 81% se dedica solo al cuidado de los adultos mayores mientras que el 19% restante realiza otra labor además de cuidadora.

TABLA 32:

OTROS INGRESOS ECONÓMICOS	F . A	F . R %
Si	13	81%
No	3	19%
	N: 16	100%

GRÁFICO:



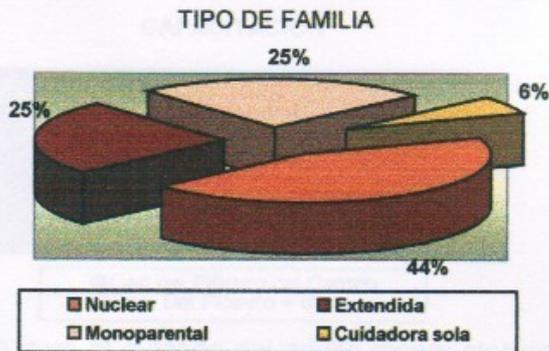
En el 19% de los hogares se percibe solo el ingreso de la cuidadora, en el 81% restante se cuenta con otros ingresos.

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

TABLA 33:

TIPO DE FAMILIA	F . A	F . R %
Familia Nuclear	7	44%
Familia Extendida	4	25%
Familia Monoparental	4	25%
Cuidadora sola	1	6%
	N: 16	100%

GRÁFICO:



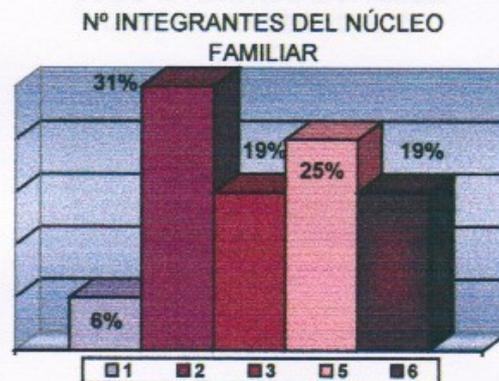
Referente a la familia sustituta encontramos: 44% son familias nucleares, 25% extendida y monoparental respectivamente y 6% solo cuidadora.

TABLA 34:

COMO HA SENTIDO

Nº INTEGRANTES	F . A	F . R %
1	1	6%
2	5	31%
3	3	19%
5	4	25%
6	3	19%
	N: 16	100%

GRÁFICO:

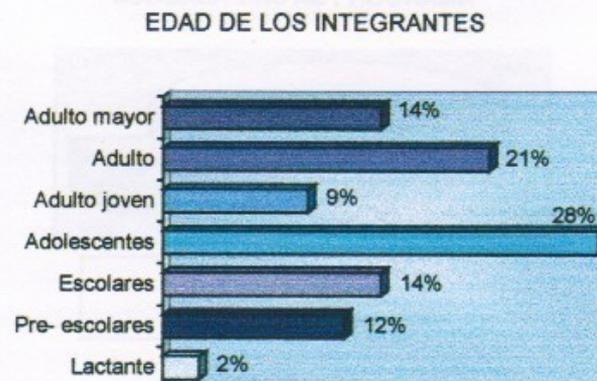


El 31% de los hogares está compuesto por 2 integrantes, el 25% por 5 individuos, 19% 6 y 3 respectivamente y 6% solo 1 persona.

TABLA 35:

EDAD	F . A	F . R %
Lactantes	1	2%
Pre - escolares	5	12%
Escolares	6	14%
Adolescente	12	28%
Adulto joven	4	9%
Adulto	9	21%
Adulto mayor	6	14%
	N: 43	100%

GRÁFICO:

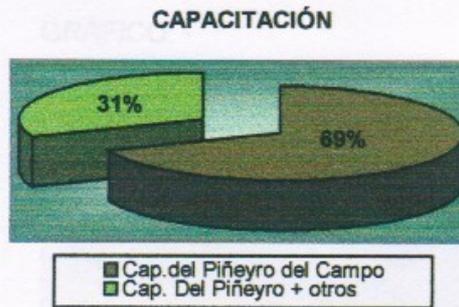


Refiriéndonos a la edad de estos, predomina la etapa etárea adolescencia con un 28%, 21% son adultos, destacando un 14% de adultos mayores.

TABLA 36:

CAPACITACIÓN	F. A	F. R %
Piñeyro del Campo	11	69%
Piñeyro del Campo + otros	5	31%
	N: 16	100%

GRÁFICO:



El 69% de las cuidadoras tiene capacitación para el cuidado del adulto mayor otorgada por el Piñeyro, en tanto el 31% restante tiene además otros cursos relacionados al área de la salud.

TABLA 37:

COMO HA SENTIDO...	F. A	F. R %
Se han adaptado bien	12	75%
Dif. al comienzo pero logra adaptación	3	19%
Dificultades en la integración	1	6%
	N: 16	100%

GRÁFICO:



En el 75% de los casos se han adaptado bien, en un 19% presentaron dificultades al comienzo pero se adaptaron, solo un 6% presenta dificultades en la integración.

TABLA 38:

SUGERENCIAS	F. A	F. R %
Ninguna, están conformes	11	68%
Continuar capacitación	3	19%
Más actividades recreativas	2	13%
	N: 16	100%

GRÁFICO:



El 68% están conformes con la nueva gestión, un 19% muestra interés en continuar capacitándose y un 13% sugiere más actividades recreativas para el adulto mayor.

**DATOS DEL ESPACIO FÍSICO:**

TABLA 39:

HABITACIÓN PROPIA	F. A	F. R %
SI	15	94%
NO	1	6%
	N: 16	100%

GRÁFICO:



El 94% de los usuarios tiene habitación propia.

TABLA 40:

CAMBIOS EN EL ESPACIO FÍSICO	F. A	F. R %
SI	4	25%
NO	12	75%
	N: 16	100%

GRÁFICO:



Solo en el 25% de los hogares se hicieron cambios en el espacio físico.

TABLA 41:

FACTORES DE RIESGO	F. A	F. R. %
Si	12	75%
No	4	25%
	N: 16	100%

GRÁFICO:



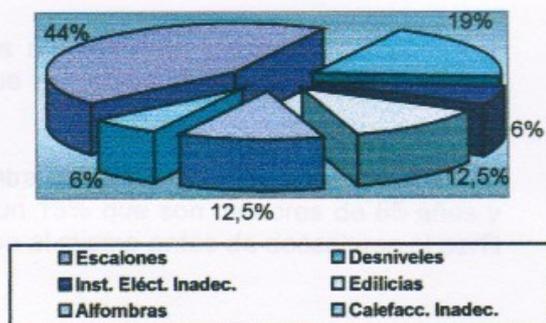
El 75% de los hogares presentan factores de riesgo para el adulto mayor.

TABLA 42:

GRÁFICO:

FACTORES DE RIESGO	F. A	F. R %
Escalones	7	44%
Desniveles	3	19%
Instalación eléctrica inadecuada	1	6%
Estructura edificaciones	2	12,5 %
Alfombras	2	12,5 %
Calefacción inadecuada	1	6%
	N: 16	100%

FACTORES DE RIESGO



En el 75% de los hogares se encontraron factores de riesgo, de los que se destacan: presencia de escalones 44%, siguiendo desniveles en el suelo en un 19%.

## **ANÁLISIS.-**

### **ADULTOS MAYORES:**

Al caracterizar la población de adultos mayores del Servicio de Atención e Inserción Comunitaria encontramos que por condición de sexo un 56% son hombres y un 44% mujeres.

Por grupos de edad el 56% se encuentra entre los 65 a 74 años de edad, el 31% tiene 75 años o más, existiendo un 13% que son menores de 65 años y pertenecen al servicio, ya que ingresaron al mismo antes de describirse el perfil de los usuarios.

Referente al estado civil un 50% son solteros, el 50% restante se divide en casados 25%, viudos y divorciados en 12,5% cada uno respectivamente.

Respecto a las características educativas el 12% de los adultos mayores no cuentan con ningún grado de escolaridad: el 6% es analfabeto y el mismo porcentaje solo sabe leer y escribir, el 19% completó educación primaria, el 38% tiene primaria incompleta, el 31% inició la secundaria y solo el 6% la culminó, ninguno realizó estudios terciarios. El equipo toma en cuenta el nivel de instrucción y cultural para seleccionar a familia sustituta a la que se va insertar el adulto mayor.

El 56% proviene del interior del país, el 38% de la capital y el 6% restante del exterior.

El 94% tuvo alguna actividad laboral de los que se destacan: empleados un 38%, profesionales y/o técnicos un 31%, domésticas un 25%.

Actualmente el 87% recibe ingresos económicos: el 62% son pensionista y el 25% son jubilados. Existe un 13% que no recibe ningún beneficio social ya que no son adultos mayores.

En cuanto a vínculos familiares el 81% cuenta con ellos, de los cuales un 75% son consanguíneos y un 6% no consanguíneos.

Antes de ingresar al Piñeyro del Campo el 43% vivía en casa familiar, el 25% lo hicieron en diferentes lugares: vía pública, refugios o en el lugar donde trabajaban, el 13% en casas de salud y el mismo porcentaje en pensiones.

Un 25% ingresó directamente al servicio proviniendo de la comunidad, el 75% restante estuvieron en el Piñeyro institucionalizados: el 33% menos de un año, el 50% estuvo entre 1 a 5 años y el 17% restante de 6 a 10 años.

Según el tiempo transcurrido desde el ingreso al núcleo familiar destacamos: un 6% lleva 12 años conviviendo con la familia sustituta, un 19% de 6 a 11 años, un 38% de 1 a 5 años y un mismo porcentaje menos de un año.

El 25% de los adultos mayores son visitados en el núcleo familiar, de este porcentaje destacamos: el 50% por familiares; el 25% por amigos y el 25% por su pareja.

Referente a afecciones sistémicas el 81% presenta alguna alteración. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de alteración sistémica ocupando el 34%, seguido de trastornos respiratorios y psiquiátricos con el 18% cada uno.

El 81% toma alguna medicación, de estos agrupados por sistemas corresponden a 38% cardiovasculares, 26% sistema nervioso central, 18% digestivo-nutricional y 9% respiratorio.

En el 77% de los casos es la cuidadora quien administra la medicación y el 23% de los adultos mayores que se auto-administra cuenta con la aprobación del equipo. Cabe destacar que el 100% tiene conocimientos básicos sobre la acción terapéutica de los fármacos.

El 100% de los usuarios concurre a los controles de salud, según lo establecido por el programa, acompañado por la cuidadora.

El 94% no ha requerido hospitalizaciones desde el ingreso al hogar sustituto, solo el 6%, requirió cirugía oftalmológica.

Con respecto a actividades recreativas el 76% de los adultos mayores realiza alguna, de las cuales, el 18% ha optado por terapia ocupacional, el 14% por la lectura; por mirar televisión y por caminar el 12% respectivamente. De estos el 31% manifiesta que desea incorporar otra actividad.

Al 24% restante que no realiza actividad actualmente le gustaría incorporar alguna.

Cuando se les pregunta si se han integrado al núcleo familiar el 94% refiere que sí, solo el 6% refiere que no hay integración pero que está cómodo.

Cuando se les pregunta como perciben el cambio con respecto al Piñeyro del Campo, el 92% de los usuarios manifiesta que es positivo mientras que el 8% restante lo manifiesta como negativo.

El 50% de los usuarios son totalmente independientes para las actividades de la vida diaria, el 31% presenta dependencia moderada, mientras que el 19% presenta dependencia leve.

#### CUIDADORAS:

La totalidad de las cuidadoras son del sexo femenino.

El 81% se encuentra en el rango de edad entre 25 a 50 años, el 19% restante exceden este rango, debido a que ingresaron a SAIC antes de que se definiera el perfil de las mismas.

El 62% son casadas.

En cuanto al nivel de instrucción el 31% ha completado primaria, el 63% comenzó la secundaria aunque no terminó y el 6% restante tiene estudios terciarios incompletos.

Casi la totalidad de las cuidadoras, 81%, se dedica únicamente al desempeño de esta función, mientras que el 19% restante realiza además otra labor.

En cuanto a ingresos económicos en el 19% de los hogares se percibe solo el ingreso de la cuidadora, el 81% restante cuenta con otros ingresos.

Referente a las familias sustitutas, el 44% son nucleares, el 25% extendidas y el mismo porcentaje monoparentales. Existe un 6% donde la familia está compuesta solo por la cuidadora.

El 31% de los hogares está compuesto por 2 integrantes, el 25% por 5, 19% 6 y 3 respectivamente y el 6% solo 1 persona.

Las franjas etáreas que predominan en los integrantes de las familias son, adolescentes en un 28%, seguido de adultos en un 21%, destacando la presencia de otros adultos mayores en un 14%.

El 69% de las cuidadoras tiene capacitación para el cuidado del adulto mayor otorgada por el Piñeyro, en tanto el 31% restante tiene además otros cursos relacionados al área de la salud.

En cuanto a como ha sentido la familia la llegada del adulto mayor un 75% refiere que se han adaptado bien, un 19% presentaron dificultades al comienzo pero se adaptaron y solo un 6% continúa presentando dificultades en la integración.

Al preguntar si tenían sugerencias y/o aportes que hacerle al programa, el 68% refiere no tener ninguna, ya que en los cambios realizados por la nueva gestión se han contemplado sus inquietudes, el 19% muestra interés en continuar capacitándose y un 13% sugiere más actividades recreativas para los adultos mayores.

#### **ESPACIO FÍSICO:**

Referente a la infraestructura del hogar y de acuerdo a las observaciones realizadas en las visitas domiciliarias, destacamos que el 94% de los adultos mayores tiene habitación propia, como lo establece el programa.

En el 25% de los hogares se realizaron cambios o reformas en el espacio físico a consecuencia del ingreso del adulto mayor a la familia sustituta.

El 75% de los mismos presentan factores de riesgo para el adulto mayor, de los que se destacan: presencia de escalones en un 44%, desniveles en el suelo en un 19%. Los mismos están siendo trabajados para mejorarlos.

## **CONCLUSIONES.-**

En base a los objetivos planteados podemos concluir que:

- Se logró caracterizar al total de la población del Servicio de Atención e Inserción Comunitaria, encontrando que:

F y D. El 13% de los usuarios no cumple con el perfil establecido, dado que son menores de 65 años, igualmente el 19% de los cuidadores exceden el rango establecido, pero permanecen en el servicio luego de la re-estructura, al evaluarse el impacto negativo que podría ser separar al adulto mayor de la familia y cortar el vínculo adecuado que mantenían. Esto habla de la flexibilidad y humanidad del programa.

F. El 19% de los usuarios ha permanecido en el núcleo familiar sustituto entre 6 a 11 años y un 6% por más de 12 años, reflejando la adecuada adaptación de los adultos mayores a la familia y viceversa, siendo esta una de las principales fortalezas del programa. Creemos que el éxito radica en combinar las características individuales del adulto mayor con las de la familia, esto refleja lo que dice la teoría de la continuidad que la personalidad del adulto mayor va a influir en como se adapte a los cambios, así como a su propio proceso de envejecimiento.

F. El servicio promueve que se mantengan los vínculos de los adultos mayores que tienen familiares y/o amigos, lo que se observa en el 25% de los mismos que reciben visitas en el hogar sustituto.

F. Otra fortaleza del servicio es que el 76% de los usuarios realizan actividades recreativas, lo que consideramos importante ya que, es un factor de integración, aumenta la motivación, es una manera de mantener las habilidades y autovalidez. Al 24% restante le gustaría realizar alguna actividad relacionada con tareas que desempeñaba anteriormente, lo cual está siendo trabajado por un grupo de estudiantes de Facultad de Enfermería, cursando Adulto y Anciano, buscando redes de apoyo en la zona.

- Referente a la valoración funcional que se realizó a los adultos mayores a través del índice de Barthel, encontramos que el 100% de los mismos se encuentra dentro del perfil establecido por el programa –mayor a 60- destacando que un 50% es totalmente independiente para las actividades de la vida diaria.

F. Con respecto a las cuidadoras el 100% de las mismas tiene capacitación básica sobre los cuidados del adulto mayor brindada por el servicio. Actualmente consta de talleres educativos, los cuales contemplan las inquietudes de las mismas.

F y D. En cuanto a las características del espacio físico, en el 75% de los hogares se encuentran factores de riesgo que pueden provocar accidentes. Si bien esto puede parecer una debilidad puede verse también como una fortaleza, ya que es reconocido por el equipo y se trabaja en la mejora de la misma.

F. Creación de fuentes de trabajo, en el 19% de los hogares es el único ingreso.

## CONCLUSIONES.-

En base a los objetivos planteados podemos concluir que:

- Se logró caracterizar al total de la población del Servicio de Atención e Inserción Comunitaria, encontrando que:

F y D. El 13% de los usuarios no cumple con el perfil establecido, dado que son menores de 65 años, igualmente el 19% de los cuidadores exceden el rango establecido, pero permanecen en el servicio luego de la re-estructura, al evaluarse el impacto negativo que podría ser separar al adulto mayor de la familia y cortar el vínculo adecuado que mantenían. Esto habla de la flexibilidad y humanidad del programa.

F. El 19% de los usuarios ha permanecido en el núcleo familiar sustituto entre 6 a 11 años y un 6% por más de 12 años, reflejando la adecuada adaptación de los adultos mayores a la familia y viceversa, siendo esta una de las principales fortalezas de la inserción. Creemos que el éxito radica en combinar las características individuales del adulto mayor con las de la familia, esto refleja lo que dice la teoría de la continuidad que la personalidad del adulto mayor va a influir en como se adapte a los cambios, así como a su propio proceso de envejecimiento.

F. El servicio promueve que se mantengan los vínculos de los adultos mayores que tienen familiares y/o amigos, lo que se observa en el 25% de los mismos que reciben visitas en el hogar sustituto.

F. El 76% de los usuarios realizan actividades recreativas, lo que consideramos importante ya que, es un factor de integración, aumenta la motivación, es una manera de mantener las habilidades y autovalidez; lo cual fortalece la inserción. Al 24% restante le gustaría realizar alguna actividad relacionada con tareas que desempeñaba anteriormente, lo cual está siendo trabajado por un grupo de estudiantes de Facultad de Enfermería, cursando Adulto y Anciano, buscando redes de apoyo en la zona.

- Referente a la valoración funcional que se realizó a los adultos mayores a través del índice de Barthel, encontramos que el 100% de los mismos se encuentra dentro del perfil establecido por el programa – mayor a 60 - destacando que un 50% es totalmente independiente para las actividades de la vida diaria.

F. Con respecto a las cuidadoras el 100% de las mismas tiene capacitación básica sobre los cuidados del adulto mayor brindada por el servicio. Actualmente consta de talleres educativos, los cuales contemplan las inquietudes de las mismas.

F y D. En cuanto a las características del espacio físico, en el 75% de los hogares se encuentran factores de riesgo que pueden provocar accidentes; aunque cabe destacar que no han ocurrido. Si bien esto puede parecer una debilidad puede

verse también como una fortaleza, ya que es reconocido por el equipo y se trabaja en la mejora de la misma.

F. Creación de fuentes de trabajo, en el 19% de los hogares es el único ingreso.

F. Para medir el impacto que han tenido las acciones emprendidas por el equipo de SAIC, se buscó la opinión de los beneficiarios directos. El 100% de los adultos mayores refieren sentirse contemplados y en lo que respecta a las cuidadoras manifiestan sentirse contenidas y escuchadas.

F. Considerando que en el área de la salud existen dificultades relacionadas con el déficit de recursos tanto, humanos como materiales y económicos disponibles, es fundamental la presencia de una Licenciada en Enfermería en este programa ya que está capacitada para reconocer y satisfacer las necesidades de los adultos mayores. Este programa cuenta con una profesional con vasta trayectoria en geriatría, en administración y que conoce el funcionamiento del sistema público.

A modo de síntesis:

- La principal fortaleza es la existencia de un servicio con estas características en Uruguay, donde estos adultos mayores tienen en la comunidad un espacio donde desempeñar su rol, fomentando la individualidad y el crecimiento personal, así como la posibilidad de interactuar con el medio y con personas de diferentes edades dentro del núcleo familiar sustituto.

#### SUGERENCIAS:

- Mayor difusión del programa.
- Incrementar el número de recursos humanos.
- Política de estado enfocada en el tema: aprovechar el interés a nivel nacional por el gran número de adultos mayores en la sociedad.
- Contar con un espacio físico para los usuarios que deban ingresar a la institución temporalmente o para aquellos que sean dados de alta.
- Continuar realizando investigaciones además de las que puedan surgir como punto de partida de este estudio.

## **BIBLIOGRAFÍA** .-

- Babb P.; Manual de enfermería gerontológica, Mc. Graw-Hill Interamericana, México, 1998.
- Burke M., Walsh M.; Enfermería gerontológica. Cuidados integrales del adulto mayor, Harcourt, 2º edición, Madrid, 1998.
- Como envejecen los uruguayos; CEPAL / MSP, 1º edición, noviembre 2000.
- Day R. A.; Como escribir y publicar trabajos científicos, OPS, 3º edición, Publicación científica n° 526, Washington, 1990.
- Fustinoni O., Possanande D. ; Gerontología y geriatría, López Libreros Editores, 1986.
- García Hernández M., Torres Egea M., Ballesteros Pérez E.; Enfermería Geriátrica, Manuales de enfermería, Masson-Salvat, Barcelona, España, 1993.
- Hernández R., Fernández C., Baptista P.; Metodología de la Investigación, Mc Graw-Hill Interamericana, México, 1996.
- Kaztman R., Filgueira F.; Panorama de la infancia y la familia en Uruguay, Programa de investigación sobre integración, pobreza y exclusión social (IPES), Facultad de Ciencias sociales y comunicación, Universidad Católica del Uruguay, 2º Edición, Montevideo, 2003.
- Mendicoa G.; Sobre tesis y tesistas, Espacio Editorial, Bs. As., 2003.
- Novel G., Lluch M., Miguel M.; Enfermería Psicosocial II, Manuales de Enfermería, Masson-Salvat, Barcelona, España, 1991.
- Pérez A.; Enfermería geriátrica, Editorial Síntesis, Madrid, 1997.
- Pineda E. B., de Alvarado E. L. , de Canales F. H.; Metodología de la Investigación, serie PALTEX n°35, 2º edición, EE. UU, 1994.
- Pintos, A., Prof. Dr., Casco M., Asist. GII; Manual de Geriatría – Instrumentos de evaluación y criterios diagnósticos, Dpto de Geriatría, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina.
- Polit, H. Investigación científica en ciencias de la salud. 6º edición. México: Interamericana; 2000
- Serie Enfermería comunitaria, Masson-Salvat, Barcelona , España, 1993, 2 tomos.
- Veronelli J. C., Nowinski A., Haretche A., Roitman B.; La salud de los uruguayos, OPS, Montevideo, 1994.
  
- Aparicio C.; Envejecer activos. Promoción y educación para la salud, Revista Rol de Enfermería 2004, Vol. 27 (7-8), : 58-64.
- Instituto Nacional de Estadística, Censo Fase I, 2004.
- Marques S., Partezani R., La familia al cuidado del anciano, Revista Rol de Enfermería 2002, Vol. 25 (7-8) : 22-30.
- Ruzafa J., Moreno J.; Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel, Revista Española Salud Pública, Mar/Abr 1997, Vol.71 (2) : 127-137. ;
  
- [www.cinterfor.org.uy](http://www.cinterfor.org.uy) (Julio – 2005).
- [www.concepto.com.uy](http://www.concepto.com.uy) (Julio – 2005).
- [www.es.yahoo.com](http://www.es.yahoo.com) (Mayo – 2005).
- [www.fing.edu.uy](http://www.fing.edu.uy) (Agosto – 2005).
- [www.geriatrianet.com](http://www.geriatrianet.com) (Mayo – 2005).
- [www.gerontologia.org](http://www.gerontologia.org) (Mayo – 2005).
- [www.hemerotecavaldemoro.municipionoticias.com](http://www.hemerotecavaldemoro.municipionoticias.com) (Junio – 2005).
- [www.pineyro.org](http://www.pineyro.org) - biblioteca virtual (Abril – 2005).

# **Anexos.-**

1. Anexo 1: Plan de Marketing  
2. Anexo 2: Plan de Operaciones  
3. Anexo 3: Plan de Finanzas  
4. Anexo 4: Plan de Recursos Humanos  
5. Anexo 5: Plan de Tecnología de la Información  
6. Anexo 6: Plan de Sostenibilidad  
7. Anexo 7: Plan de Seguridad  
8. Anexo 8: Plan de Calidad  
9. Anexo 9: Plan de Medio Ambiente  
10. Anexo 10: Plan de Innovación

# Anexo 1:

- Índice de Katz.
- Escala de Lawton y Brody.
- Índice de Barthel.
- Índice de Barthel modificado.

### ÍNDICE DE KATZ.-

<b>LAVADO</b>		
No recibe ayuda (entra y sale de la bañera, por sí mismo, si esta es su forma de bañarse).	Recibe ayuda en la limpieza de solo una parte de su cuerpo (por ej: espalda o piernas).	Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo o ayuda al entrar o salir de la bañera
<b>VESTIDO</b>		
Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda	Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos	Recibe ayuda para tomar la ropa o ponérsela o permanece parcialmente vestido.
<b>USO DEL RETRETE</b>		
Va al baño, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas). Puede usar orinal o vasinilla por la noche, vaciándola por la mañana.	Recibe ayuda para ir al baño, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.	No va al baño.
<b>MOVILIZACIÓN</b>		
Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador).		No se levanta de la cama.
<b>CONTINENCIA</b>		
Controla completamente ambos esfínteres.	Incontinencia ocasional.	Necesita supervisión. Usa sonda Vesical o es incontinente.
<b>ALIMENTACIÓN</b>		
Sin ayuda.	Ayuda solo para cortar la carne o untar el pan.  Independiente.	Recibe ayuda para comer o es alimentado parcialmente o completamente usando sondas o fluidos intravenosos  Dependiente.

### VALORACIÓN

- A. Independiente en todas las funciones.
  - B. Independiente en todas, salvo en una de ellas.
  - C. Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otra más.
  - D. Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otra más.
  - E. Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del inodoro y otra más.
  - F. Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del inodoro, movilización y otra más.
  - G. Dependiente en las seis funciones.
- Otras dependientes al menos en dos funciones, pero no clasificable como: C, D, E o F.

### **ESCALA DE LAWTON Y BRODY.-**

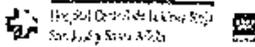
<b>CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO</b>	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia .....	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares .....	1
Es capaz de contestar el teléfono pero no de marcar.....	1
No utiliza el teléfono.....	0
<b>COMPRAS</b>	
Realiza todas las compras necesarias independientemente .....	1
Realiza independientemente pequeñas compras.....	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.....	0
Totalmente capaz de comprar .....	0
<b>PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo, adecuadamente .....	1
Prepara adecuadamente las comidas, si les proporciona los ingredientes.....	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.....	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas .....	0
<b>CUIDADO DE LA CASA</b>	
Mantiene la casa sola o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).....	1
Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos o hacer las camas.....	1
Realiza tareas ligeras pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.....	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.....	1
No participa en ninguna labor de la casa .....	0
<b>LAVADO DE LA ROPA</b>	
Lava por sí solo toda su ropa.....	1
Lava por sí solo pequeña prendas.....	1
Todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otro.....	0
<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche .....	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte.....	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otras personas.....	0
Utiliza el taxi o automóvil solo con ayuda de otros .....	0
No viaja en absoluto.....	0
<b>RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN</b>	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta .....	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente .....	0
No es capaz de administrarse su medicación.....	0
<b>MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS</b>	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo .....	1
Realiza las compras del día pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos.....	1
Incápac de manejar dinero.....	0

- 8 = Muy activos: actividades instrumentales completas.
- 5 a 7 = Activos: actividades limitadas.
- 1 a 4 = Poco activos: limitación del 50% o más de esas actividades.
- 0 = Inactivos: no realizan actividades instrumentales.

**INDICE DE BARTHEL.-**

<b>Comer:</b> - Independiente ___ 10 - Necesita ayuda ___ 5 - Dependiente ___ 0	<b>Bañarse:</b> - Independiente ___ 5 - Dependiente ___ 0	
<b>Vestirse:</b> - Independiente ___ 10 - Necesita ayuda ___ 5 - Dependiente ___ 0	<b>Arreglarse:</b> - Independiente ___ 5 - Dependiente ___ 0	
<b>Deposición:</b> - Continente ___ 10 - Accidente ocasional ___ 5 - Incontinente ___ 0	<b>Micción:</b> - Continente ___ 10 - Accidente ocasional ___ 5 - Incontinente ___ 0	
<b>Ir al baño:</b> - Independiente ___ 10 - Necesita ayuda ___ 5 - Dependiente ___ 0	<b>Traslado sillón – cama:</b> - Independiente ___ 15 - Mínima ayuda ___ 10 - Gran ayuda ___ 5 - Dependiente ___ 0	
<b>Deambulación:</b> - Independiente ___ 15 - Necesita ayuda ___ 10 - Independiente en silla de ruedas ___ 5 - Dependiente ___ 0	<b>Subir y bajar escaleras:</b> - Independiente ___ 10 - Necesita ayuda ___ 5 - Dependiente ___ 0	
0 – 20      dependencia total 21 – 60    dependencia grave 61 – 90    dependencia moderada 91 – 99    dependencia leve 100        independencia 90        independencia de pacientes en silla de ruedas		<b>TOTAL:</b>

## INDICE DE BARTHEL MODIFICADO.-



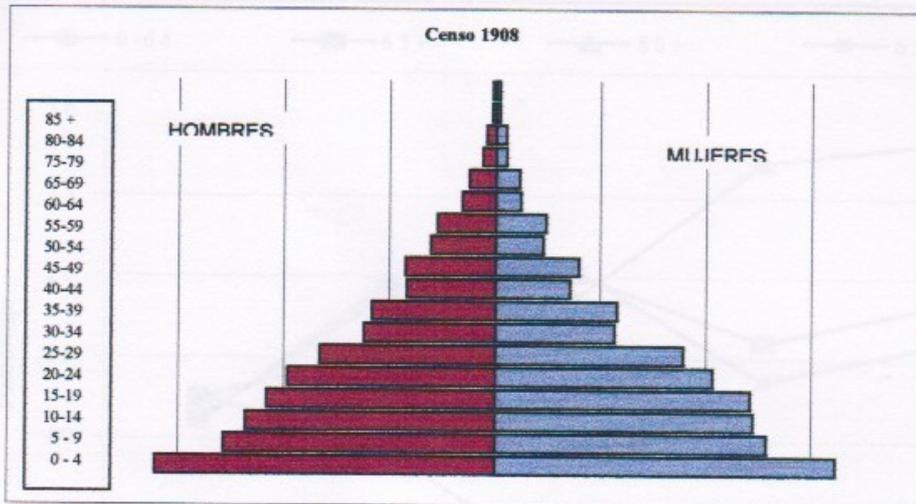
### SERVICIO DE GERIATRIA INDICE DE BARTHEL MODIFICADO (SHAH, J Clin Epidemiol 1989, 42: 763 - 769)

	FECHA:	(Previo) (Ingreso)			
<b>BANO</b> 5.- Independiente 4.- Supervisión 3.- Ayuda ocasional (transferido, lavado, peinado, etc.) 1.- Asistencia en todas las actividades del baño 0.- Dependencia total					
<b>VISTIDO</b> 12.- Independiente 6.- Mínima ayuda 5.- Ayuda para poner o quitar la ropa 2.- Gran ayuda (colorea algo) 0.- Dependencia total					
<b>ASEO (Higiene Corporal)</b> 5.- Independiente 4.- Mínima ayuda 1.- Moderada ayuda 1.- Ayuda continua (no obra algo) 0.- Dependencia total					
<b>IR AL RETRINO</b> 10.- Independiente 4.- Supervisión 5.- Moderada ayuda (colorea toallas) 1.- Gran ayuda exacta 0.- Dependencia total					
<b>DEAMBULACION</b> 10.- Independiente 10.- Supervisión (caminar a lo máximo 50 m) 8.- Ayuda de una persona (transitorio) 3.- Ayuda de 2 personas (1 o más personas) 0.- Dependiente					
<b>TRASLADO SILLON CAMA</b> 10.- Independiente 12.- Dependiente 8.- Ayuda ocasional (1 persona) 5.- Ayuda continua (colorea algo) 0.- Ayuda de 2 personas (no colorea)					
<b>ESCALERAS</b> 10.- Independiente (al menos 1 piso) 8.- Supervisión ocasional 5.- Supervisión continua o ayuda ocasional 2.- Ayuda continua 1.- Ayuda de 2 personas exacta					
<b>MICCIÓN</b> 10.- Continente e independiente (urin o excretas) 5.- Incontinencia ocasional (2-3x) 5.- Incontinencia continua o ayuda con bolsa, pañal, etc. 2.- Incontinencia día y noche (colorea algo) 0.- Incontinente y Dependiente. Salida vesical					
<b>DEFECACION</b> 10.- Continente e independiente 8.- Incontinencia ocasional (1/3x) e incontinencia en silla, equinas 5.- Incontinencia frecuente (se limpia con ayuda con bolsa, pañal) 2.- Incontinencia incontinente en toalla seca 0.- Incontinente y Dependiente total					
<b>ALIMENTACION</b> 10.- Independiente 8.- Mínima ayuda, pero independiente de el se prepara comida 5.- Dieta líquida con supervisión 2.- Ayuda de 2 personas (comida preparada) 0.- Dependiente total					
<b>TOTAL</b>					

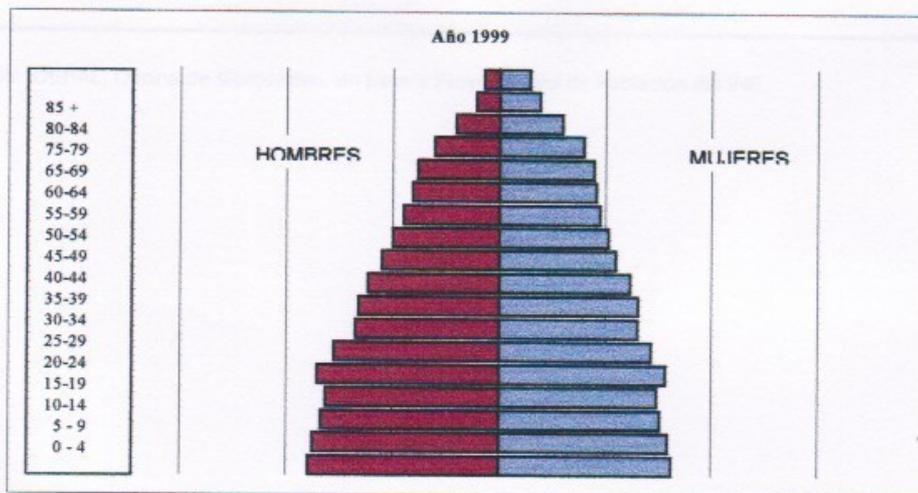
## *Anexo 2:*

- Distribución por sexo y edades de la población en los inicios y fines del siglo XX.
- Uruguay: evolución de las tasas de crecimiento anual medio de la población según edades 1950-2000.

**DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDADES DE LA POBLACIÓN EN LOS INICIOS Y FINES DEL SIGLO XX.-**

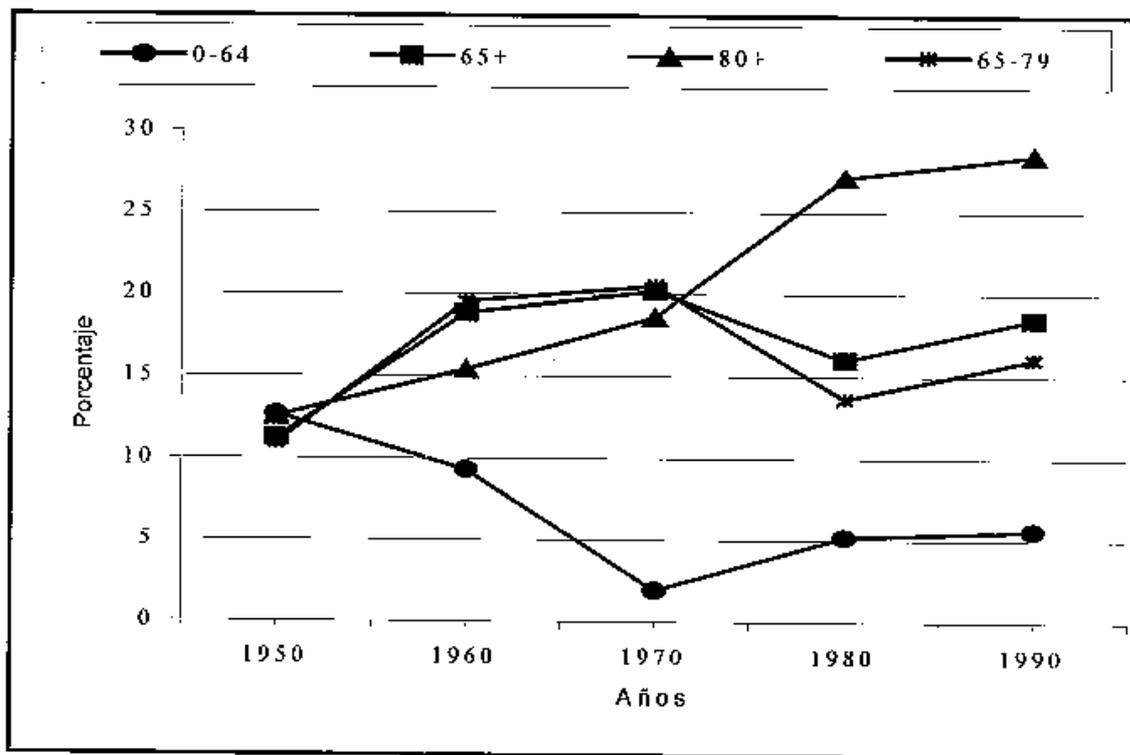


Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, a partir del Censo de 1908, publicado en Anuario Estadístico 1908-09.



Fuente: INE/CELADE, Uruguay: Estimaciones y Proyecciones de la población por sexo y edad.

**URUGUAY: EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE CRECIMIENTO ANUAL MEDIO DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDADES, 1950-2000.-**



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a Proyecciones de Población del INE.

# Anexo 3:

- Censo Fase I 2004.

**CENSO 2004 FASE I.-**

	Población total	Adultos mayores	Porcentaje
Censo 1996	3.158.098	404.084	12.8%
Censo Fase I 2004	3.241.003	432.981	13.3%

**0.5 %**

## **Anexo 4:**

- Instrumento.

Universidad de la República;  
Facultad de Enfermería;  
Departamento de Adulto y Anciano.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del adulto mayor: \_\_\_\_\_

Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Barrio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Referente al adulto mayor.-**

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Nivel de instrucción: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_

Ocupación que desempeñaba: \_\_\_\_\_

¿Percibe ingresos económicos? Si No

¿Tiene familia? Si No ¿Qué familiares?

Última residencia antes de ingresar al Piñeyro: \_\_\_\_\_

Fecha ingreso al Piñeyro del Campo: \_\_\_\_\_ Fecha ing. al núcleo familiar: \_\_\_\_\_

Recibe visitas? Sí No ¿Quiénes lo visitan?

Patología de base: \_\_\_\_\_

Medicación: \_\_\_\_\_

¿Quién administra la medicación?

La persona que lo realiza, ¿conoce su acción? Si No

¿Realiza los controles de salud establecidos por el programa? Si No

Nº de hospitalizaciones desde el ingreso al programa: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

¿Realiza alguna actividad recreativa? Si ¿cuál / es?

No ¿le gustaría? Si No  
¿cuál / es?

En ausencia del cuidador, ¿quién cuida?

¿Cómo se siente dentro del núcleo familiar? \_\_\_\_\_

¿Cómo ve el cambio con respecto al Piñeyro del Campo? \_\_\_\_\_

Índice de Barthel: \_\_\_\_\_

**Referente a la familia (cuidador).-**

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Nivel de instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Ingresos económicos al hogar: \_\_\_\_\_

Estructura familiar:

<i>Integrantes</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Edad</i>

Capacitación: - curso del Piñeyro y otros \_\_\_\_\_ ¿cuál / es?  
- solo curso del Piñeyro \_\_\_\_\_  
- solo otros cursos \_\_\_\_\_ ¿cuál / es?  
- Ninguno \_\_\_\_\_

¿Cómo ha sentido la familia la llegada del adulto mayor? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna sugerencia que hacerle al programa? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Infraestructura.-**

El adulto mayor ¿tiene habitación propia?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿con quién comparte?

¿Han habido cambios en el espacio físico, en beneficio del adulto mayor?  
Si \_\_\_\_\_ ¿cuáles?  
No \_\_\_\_\_

**Observación.-**

¿Presencia de factores de riesgo de accidentes en el hogar?

¿cuál / es? ninguno \_\_\_\_\_  
iluminación insuficiente \_\_\_\_\_  
escalones \_\_\_\_\_  
alfombras \_\_\_\_\_  
objetos en el suelo \_\_\_\_\_  
otros \_\_\_\_\_

## Anexo 5:

- Visitas domiciliarias.

**VISITAS DOMICILIARIAS.-**

FECHA	ADULTO MAYOR	ESTUDIANTE RESPONSABLE
30 – 08 – 2005	Pepe González	} Claudia López
	Pedro Lamna	
	Neria López	} Claudia Olivera
	Reina Gutierrez	
31 – 08 – 2005	Isabelino Rodríguez	} Gimena Bermúdez
	Julia Uleri	
	María del Carmen Orlé	} Jimena Vega
	Fernando Rodríguez	
06 – 09 – 2005	Juana Aragón	} Claudia Olivera
	Benito Velazco	
	Alberto Rodríguez	} Gimena Bermúdez
	Orlando Romero	
07 – 09 – 2005	Elba Gómez	} Claudia López
	Catalina Ambrosio	
	Juraldin Doldán	
	Zulmira Lacuesta	} Jimena Vega
Walter Güerchia		

## *Anexo 6:*

- Variables complementarias.

TABLA 2

**VARIABLES COMPLEMENTARIAS.-**

**¿LE GUSTARÍA REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD RECREATIVA?**

- Definición conceptual: Alguna actividad recreativa que le gustaría realizar, si no realiza, o que quiera incorporar.
- Definición operacional: Lo que refiere el entrevistado.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

GRÁFICO 2

TABLA 1:

¿LE GUSTARÍA...?	F. A.	F. R. %
Si, además de las que realiza	5	31%
Si, porque no realiza ninguna	4	25%
No, ya realiza actividades	7	44%
	N:16	100%

GRÁFICO 1:

**¿LE GUSTARÍA REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD RECREATIVA?**

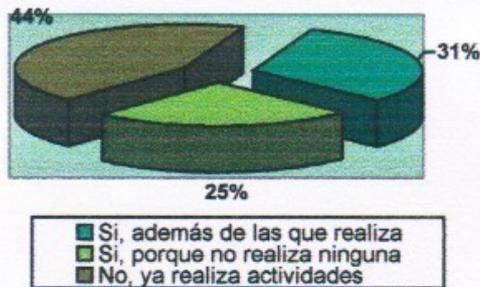
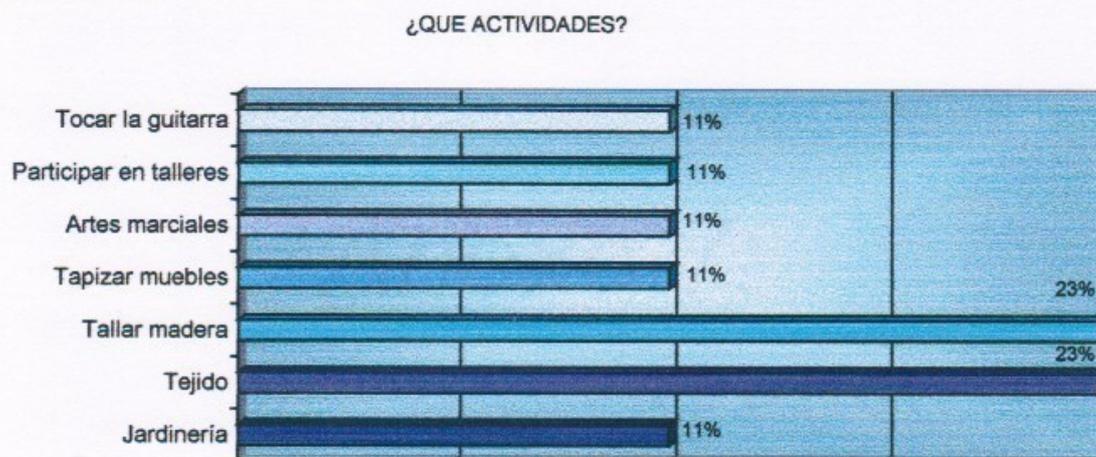


TABLA 2:

¿QUÉ ACTIVIDADES?	F. A.	F. R. %
Jardinería	1	11%
Tejido	2	23%
Tallar madera	2	23%
Tapizar muebles	1	11%
Artes marciales	1	11%
Participar en talleres, comunicarse	1	11%
Tocar la guitarra	1	11%
	N: 9	100%

GRÁFICO 2:



El 44% de los usuarios no desea realizar más actividades de las que realiza, el 31% le gustaría hacer otra actividad y el 25% quiere hacer alguna actividad ya que no realiza ninguna.

## *Anexo 7:*

- Cronograma.



## Anexo 8.-

- Carta de autorización.

Universidad de la República.  
Facultad de Enfermería.  
Departamento de Adulto y Anciano.

Montevideo, 11 de agosto de 2005.

Para: Hospital-Centro Geriátrico Dr. Luis Píñeyro del Campo.

Lic: Nelba Gronros.

De: Prof. Miriam Costabel.

Directora de Cátedra Adulto y Anciano.

En el marco de las políticas asistenciales académicas con vuestro centro y a bien de que los fines de investigación de la cátedra fueron aportar información al mismo, según lo conversado con la dirección, es que presentamos formalmente al siguiente grupo de internas en etapa de tesis de investigación final:

- Br. Gimena Bermúdez
- Br. Claudia López
- Br. Claudia Olivera
- Br. Jimena Vega

Quienes investigarán bajo nuestra tutoría el siguiente tema:

¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de la inserción del adulto mayor a un Programa de Custodia Familiar?

Sin otro particular, saluda atentamente:

Prof. Ms. Miriam Costabel.  
Directora del Dpto. de Adulto y Anciano.