



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**



**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN LAS ÁREAS COGNITIVA, AFECTIVA Y
FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO EN HOGAR DE TRINIDAD
Y CINCO RESIDENCIAS PRIVADAS DEL
DEPARTAMENTO DE FLORES**

Autor:

Lic. Enf. Ana Cecilia García

Tutor:

Prof. Mg. Miriam Costabel

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

Montevideo, 2017

INDICE

 Introducción.....	4
 Problema.....	6
 Planteamiento del problema.....	6
 1- Contextualización.....	6
 2- Justificación.....	14
 Objetivos.....	21
 Marco teórico.....	22
 Diseño Metodológico.....	50
 Plan de análisis.....	52
 Intervención de enfermería.....	56
 Consideraciones éticas.....	62
 Resultados.....	63
 Discusión.....	78
 Conclusiones.....	82

 Bibliografía.....	84
 Cronograma.....	87
 Anexos.....	88

GLOSARIO

AM Adulto Mayor

BPS Banco de Previsión Social

MIDES Ministerio de desarrollo Social

MSP Ministerio de Salud Pública

MTSS Ministerio de Trabajo y seguridad social

OPP Oficina de Planeamiento y Presupuesto

MEC Ministerio de Educación y Cultura

ASSE Administración de Servicios de Salud del Estado

INAU Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

INE Instituto Nacional de Estadística

MEF Ministerio de Economía y Finanzas

ABVD Actividades Básicas de la Vida Diaria

SNC Sistema Nacional de Cuidados

INTRODUCCIÓN

El proceso de transición demográfico temprano en Uruguay, caracterizado por un descenso sostenido de la mortalidad y la fecundidad, hizo que el ritmo de crecimiento de la población se enlenteciera y que la estructura por edad se envejeciera. Por ende la proporción de personas en los tramos superiores de edad han aumentado. Esta situación ubica a Uruguay entre los países más envejecidos de América. La composición de la población por sexo y edad es el resultado de la interacción de los componentes del crecimiento poblacional: mortalidad, natalidad y migración.

Los resultados del Censo 2011 ratifican la agudización del proceso de envejecimiento de la población uruguaya, propio de un país en una fase muy avanzada de la transición demográfica, similar a la que se encuentran los países desarrollados. El porcentaje de Adultos Mayores de 65 años es de 14,1 %, y un 19% mayor de 60 años.¹

La importancia en éste tema no va en la cuantificación de los Adultos Mayores sino en las características de éstos, en donde se ven aumentadas las situaciones de dependencia y por lo tanto se ve incrementada la necesidad de cuidados.

El propósito de los cuidados en salud, en particular para los profesionales de enfermería, quienes tienen especial orientación hacia el cuidado, será evitar que las limitaciones de éste grupo, se conviertan en impedimentos para el desarrollo de actividades que el adulto mayor necesite o desee realizar, esforzándose en disminuir el nivel de dependencia y las oportunidades en que requieren ayuda y asistencia².

El adulto mayor requiere de un cuidado interdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también, la promoción de su salud, el

¹ INE CENSO DE POBLACIÓN 2011.

² Sanhueza Parra, Marcela. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en Salud. Ciencia y Enfermería XI (2): 17 – 21, 2005

crecimiento individual y grupal. Es en este contexto general donde el profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del curar con intervenciones de enfermería dirigidas a mejorar la funcionalidad del adulto mayor institucionalizado y por ende su autonomía.

A través de dicha investigación se pretende aportar datos objetivos sobre los beneficios funcionales en el adulto mayor luego de la implementación de intervenciones de enfermería, aplicándose un estudio descriptivo/exploratorio, en el cual se valorarán previamente las áreas cognitiva, afectiva y funcional en un grupo de adultos mayores institucionalizados, luego se implementarán las intervenciones de enfermería en éstas tres áreas y por último se evaluará el efecto post intervención.

PREGUNTA PROBLEMA

¿Cómo evaluar intervenciones de enfermería en las áreas cognitiva, afectiva y funcional en una población de adultos mayores institucionalizados de Trinidad, período 2015-2016?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1- CONTEXTUALIZACIÓN

Macro contextualización.

La situación del envejecimiento demográfico no es ajena en el mundo y ha acaparado la atención de varios actores sociales e instituciones. El resultado de ello han sido las *Asambleas Mundiales de Envejecimiento* que se desarrollaron en Viena (1982)³ y en Madrid (2002)⁴, que han orientado la acción en materia de políticas públicas y de acciones de la sociedad civil.

A nivel regional, en América Latina y El Caribe, se han realizado reuniones claves:

Santiago de Chile 2003⁵(Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento); Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Brasilia 2007⁶; Tercera Conferencia Intergubernamental sobre Envejecimiento, San José de Costa Rica 2012⁷.

Contemplando el escenario socio-demográfico actual y las proyecciones a futuro (OPS)⁸, las acciones en salud deberán estar orientadas al envejecimiento.

³ Asamblea Mundial del Envejecimiento; Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, Viena, Austria, 1982.

⁴Naciones Unidas, Segunda Asamblea mundial del Envejecimiento, Declaración Política y Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, Madrid, España, 2002.

⁵CEPAL, Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid, Santiago de Chile, 2003.

⁶CEPAL, Declaración de Brasilia, Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos, Brasilia 2007.

⁷CEPAL, Tercera Conferencia Intergubernamental sobre Envejecimiento, San José de Costa Rica, 2012.

⁸ OPS, 49 Consejo Directivo, 61ª Sesión del Comité Regional, "Plan de Acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable.

El Uruguay se caracteriza por ser uno de los países más envejecidos de América Latina, presentando un índice de envejecimiento de 65, 36⁹ personas Adultas Mayores por cada 100 personas menores de 15 años.

Si bien en la mayoría de los países de la región se los considera Adulto Mayor a las personas a partir de los 60 años, en Uruguay la ley 18.617 del año 2009 define que al momento de cumplir los 65 años de edad todas las personas son consideradas como adultas mayores.

Según A.M. Lazzo, Uruguay presenta una evolución demográfica distinta a los restantes países de América Latina. Este comportamiento atípico, se vincula esencialmente al hecho de haber verificado su primera transición demográfica a fines del siglo XX. Actualmente este proceso se encuentra en una etapa avanzada incluso se afirma que el país transita por una segunda transición demográfica caracterizada por guarismos de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, es decir que no hay un número de nacimientos femeninos suficiente que reemplace las mujeres que culminan su edad reproductiva o que fallecen.¹⁰

La existencia de una población mayor de 65 años cada vez más numerosa requiere un aumento en el nivel de cobertura. Según el censo 2011¹¹, la población mayor de 65 representa en Uruguay el 14, 11% de la población total. Esto constituye un desafío para el sistema de protección social en la vejez, debiéndose prever los efectos de estas tendencias demográficas sobre el número potencial de beneficiarios y sobre los costos del sistema.

El indicador de sobreenvjecimiento muestra un valor de 17.55 personas adultas mayores de 79 años por cada 100 personas de 15 años¹². Comparado estos datos con el resto de América Latina, solo los valores de los indicadores de Cuba son más altos que los valores observados para Uruguay. Esta población representa 27,19 % de los AM.¹³

⁹MIDES, Thevenet,N. Cuidados en Personas Adultas Mayores, Análisis descriptivo de datos censo 2011.

¹⁰ La población de Uruguay: Breve caracterización demográfica” Adela Pelegrino

¹¹ INE Censo 2011.

¹² MIDES, Thevenet,N. Cuidados en Personas Adultas Mayores, Análisis descriptivo de datos censo 2011

¹³ INE Censo 2011.

La proyección para nuestro país, así como para América Latina indican que el envejecimiento de la población se continuará acentuando; se calcula que para el 2030 la proporción de personas mayores de 60 años ascenderá al 22,3 % de la población total y para el 2050 dicha proporción podría convertirse en el 27,8% (según CEPAL).

En la conferencia Regional sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, celebrada en Costa Rica, año 2012(CEPAL¹⁴), aseguran que uno de cada cinco personas mayores de 65 años pertenecen a hogares sin ningún tipo de protección social.

El perfil socio-demográfico, la transición demográfica avanzada, y la epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles, condicionan a desarrollar líneas estratégicas de formulación de políticas públicas orientadas hacia la organización y gestión del cuidado al Adulto Mayor, a partir de servicios responsables y comprometidos, encargados de ofrecerlos.¹⁵

En cuanto al marco regulatorio, existe en el país la Ley 17.796 (anexo1)¹⁶ de promoción integral del adulto, donde se contempla la integración activa por parte de la familia y la comunidad para poder alcanzar una vejez digna en lo físico, psicológico y socio-económico.

En la ley 17.066, la intención es mejorar la calidad de vida de los AM relativa a los alojamientos privados. Siendo el Ministerio de Salud Pública (MSP) el organismo rector competente, encargado de la habilitación e inspección de las instituciones de larga estadía. Implica el registro único y nacional de estas residencias.

La situación de las Instituciones de Larga estadía en Uruguay es compleja y heterogénea.

Existen 2 grandes grupos: las Instituciones administradas por una organización social sin fines de lucro (Hogares) que en general reciben aportes

¹⁴ CEPAL 2012-781. Informe sobre la tercera conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica, 8-11 mayo 2011.

¹⁵ Tercera conferencia regional, intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y El Caribe, CEPAL, San José, Costa Rica, 2012.

¹⁶ Ley N° 17.796:www.parlamento.gub.uy.

o exoneraciones de BPS; y las del mercado (Residencias), que si logran la habilitación alcanzan el beneficio de cupo-cama BPS.

El Ministerio de Desarrollo Social, en conjunto con el Fondo de las Naciones Unidas trabaja para integrar acciones en materia de vejez apostando al Instituto Nacional del Adulto Mayor; el cual se encuentra en funcionamiento desde enero de 2012, y su objetivo primordial consiste en la creación de un Plan Nacional de Envejecimiento y vejez. A través de este intenta crear un sistema de intervenciones adecuadas a las necesidades actuales de esa población.

En la propuesta para la Construcción del Sistema Nacional de Cuidados (SNC)¹⁷ que integran varias Instituciones; se prioriza al AM Dependiente, institucionalizado y a los que viven en sus hogares por su vulnerabilidad y la necesidad imperiosa de ser contemplados.

La demanda de cuidados del AM está asociada, según SNC a cuatro dimensiones:

- Aumento creciente de AM, sobre-envejecimiento de la población.
- Incremento de AM en hogares unipersonales.
- Menor disponibilidad de redes de apoyo para el cuidado.
- Como consecuencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, incremento hacia la dependencia de los AM.

Las nuevas demandas en salud y cuidados de los AM, las restricciones de la seguridad social, las debilidades de los organismos públicos, las limitadas garantías institucionales y las políticas públicas adoptadas no han podido dar respuesta a la población AM en Uruguay, estando muy lejos de garantizar los derechos humanos de estas personas.

¹⁷ MIDES, Propuesta para una construcción del Sistema Nacional de Cuidados "Hacia un modelo solidario de Cuidados", Grupo de Trabajo Interinstitucional; 2012. *pág 27-37.*

Existen pocas evidencias en relación a las instituciones de larga estadía en la región y sobre las garantías que ofrecen a su población residente. Sin embargo, son cada vez más frecuentes las denuncias en los medios de comunicación sobre las condiciones deplorables en que viven las personas mayores en este tipo de instituciones. Una reciente investigación realizada por el BID-OPS sobre exclusión social de personas mayores con discapacidad física y mental, que se encuentran institucionalizadas en tres países del cono sur, la Argentina, Chile y el Uruguay; muestran una situación heterogénea en este tipo de servicios.

La necesidad de cuidado es la primera causa de ingreso al establecimiento (un 49% en la Argentina, un 52% en el Uruguay y un 63% en Chile). La Argentina se caracteriza por tener el porcentaje más alto de ingreso como decisión de alguien que no sea la misma persona mayor (12%) y Chile por el porcentaje más alto de personas ingresadas por no tener un lugar donde vivir (12%). Las personas mayores institucionalizadas en el Uruguay se caracterizan por un perfil más bajo de capacidades funcionales y mentales (45%), mientras que en la Argentina, el 65% de la población residente no tiene deterioro cognitivo ni fisiológico.

El cuidado se encuentra altamente feminizado, según el SNC ¹⁸ el 95% de las personas que realizan tareas remuneradas o no en el cuidado del AM, son mujeres.

Los AM viven en hogares unipersonales en mayor frecuencia, 35,36 %, seguido por parejas sin hijos 27,68%, biparental con hijos 77%, Monoparental 8,24%, estos datos corresponden al tramo de edad de 65-74 años.¹⁹

Más del 97% de los AM viven en viviendas particulares, pueden ser apartamentos, casas; menos del 3 % lo hacen en viviendas colectivas; dentro de estas viviendas colectivas, el 2,49% viven en residencias de larga estadía.

Existen a nivel de todo el país (INE 2011) un total de 844 residencias de larga estadía, 396 en Montevideo, 448 en el interior del país²⁰.

¹⁸ MIDES, Propuesta para una construcción del Sistema Nacional de Cuidados "Hacia un modelo solidario de Cuidados", Grupo de Trabajo Interinstitucional; 2012. *pág* 27-37.

¹⁹ N Thevenet, Cuidados en personas adultas mayores, Análisis descriptivo Censo 2011.MIDES.

²⁰

Viven un total de 11.560 AM en este tipo de vivienda. Del total de estos residentes, 79,7% son mujeres en Montevideo; mientras en el Interior 68,41%.

El promedio de edad de los AM que viven en residencias de larga estadía es de 76 años, se aprecian diferencias por sexo, siendo el promedio de edad para mujeres 80 años mientras que los hombres son de 70 años. Estos datos se correlacionan con el hecho de la esperanza de vida de las mujeres es superior a la de los hombres. Se puede caracterizar a la población de los centros como fuertemente feminizado y levemente envejecida.

El poder acceder a servicios de mejor calidad en el país en cuidados depende de la red familiar que el Adulto Mayor tenga y/o de los recursos económicos con los que cuente.

El 24,1% de las personas con 80 años y más suelen vivir solas, esto puede explicarse en general a situaciones de viudez.

Las personas que viven solas residen en su mayoría en casas, solo un 28% en apartamentos.

Un 30,25% de los hogares uruguayos cuenta entre sus integrantes con personas mayores de 65 años. Entre ellos un 12% declara realizar gastos en consumo de Cuidados de los A.M de la familia.²¹

A fines de 2007 el parlamento aprobó la ley 18.131 ²² se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que dieron inicio legal a la reforma de la salud, incluye el financiamiento del conjunto de prestaciones integrales de salud a todos los habitantes del país. El fondo creado reúne todos los aportes del sector salud y se uniformizan los pagos por concepto cuota-salud que hace el BPS.

La ley N° 18.161 ²³ descentralizó la Administración de Salud del Estado (ASSE), separándose las funciones de rectoría y prestación de servicios que antes cumplía el MSP. La ley 18.211 ²⁴, crea el Sistema Nacional Integrado de

²¹ N Thevenet, Cuidados en personas adultas mayores, Análisis descriptivo Censo 2011.MIDES.

²² Ley 18.131 Creación fondo nacional de salud. Aprobada 18 de mayo de 2007. Publicada D.O.31 mayo/007-N° 277248.

²³ Ley N° 18.161. ASSE. Aprobado 29 julio 2007. Publicada D.O. 8 agosto/ 007-N° 27.295

²⁴ Ley N° 18.211 SNIS. Normativa referente protección, funcionamiento y financiación. Aprobada 5 diciembre 2007. Publicada D.O. 13 diciembre /007-N° 27.384.

Salud (SNIS), el Seguro Nacional de Salud y la Junta Nacional en Salud (JUNASA). La reforma de salud pretende superar condiciones de fragmentación, segmentación e inequidad en la atención de la salud, como la transformación del modelo de atención haciéndolo integral, preventivo, logrando mejorar los indicadores de salud.

En este escenario y dentro del marco de la reforma de salud se ha centrado entre otros en la publicación de protocolos para el manejo de los principales síndromes geriátricos; la promoción en salud con la participación activa de los AM para mejorar y mantener la salud, enfatizando en que envejecer no es un sinónimo de enfermedad; así como la Promoción del Carné del Adulto mayor.

Por otro lado es importante destacar los datos arrojados por el último Censo de Enfermería realizado en el año 2013 ²⁵, ya que son de fundamental importancia para la planificación futura de la enfermería como fuerza de trabajo dentro de la estructura sanitaria del país. Mediante dicho Censo se logró recoger cierta información que posibilita interpretar de forma más precisa algunos aspectos que se han venido estudiando en base a los registros administrativos del MSP (SCARH y SHARP) sobre la situación de la enfermería. De acuerdo a la información primaria del censo, se puede concluir, que la enfermería nacional cuenta con un déficit estructural de Licenciadas que se ha venido mejorando en los últimos 20 años, pero que aún se encuentra por debajo de las necesidades que requiere el sistema para fortalecer el primer nivel de atención. En cuanto a las Auxiliares, se evidencia una disponibilidad, que en términos numéricos es adecuada triplicando la población de Licenciadas. A nivel general, la enfermería uruguaya muestra ser una población relativamente joven con promedios de edad que oscila en los 40 años, donde ocho de cada diez de estos es mujer y en donde el problema del multiempleo afecta a un número importante de enfermeras.

Por otro lado, se concluye que si bien hay una distribución dispar de las enfermeras en el territorio, la misma responde a la propia distribución de la población y a la localización de los centros asistenciales de referencia nacional

²⁵ Pilar González, Mercedes Pérez, Sergio D. Núñez "Censo Nacional de Enfermería, Uruguay, año 2013"

en la capital del país y en las zonas urbanas del interior. De ahí que la planificación de la oferta y la demanda de la enfermería en un sentido general deberían realizarse acorde a las exigencias de cada zona.

Micro contextualización

El Departamento de Flores ubicado en la región centro sur del país, cuenta con una población total de 25.050 según Censo INE 2011. Encontramos 22.982 habitantes que residen en la ciudad y el resto en la zona rural. Cuenta con 1 Villa y 4 centros poblados. El total de hombres es de 12.342 y el total de mujeres es de 12.708. El porcentaje de población 65 y más años es de 15,5 %, ubicándose por encima de la media Nacional.

Según el 1er Censo de Enfermería realizado en el año 2013, el Departamento de Flores cuenta con una dotación total de 54 Enfermeros: 5 Licenciadas en Enfermería y 49 Auxiliares de Enfermería.

El Departamento cuenta con un Hogar financiado por ASSE, con una capacidad de 55 camas. En relación a los cuidados cuentan con una Licenciada en Enfermería 6 horas compartida con la puerta de Emergencia del Hospital; 1 Auxiliar de Enfermería en cada turno y cuidadores en todos los turnos. En lo que respecta al mercado se ofrecen las modalidades de residencial (11 residenciales, sólo 1 habilitado) y hogares de inserción familiar (3 hogares). El cupo de los residenciales es muy variado, desde 6 residentes a 44 residentes. En la amplia mayoría de ellos los cuidados son brindados exclusivamente por cuidadores, no contando con enfermería.

El derecho al acceso a los Hogares de Ancianos (colaboración del BPS), así como el programa de vivienda para jubilados, están condicionados a la calidad de jubilado o pensionista, por lo que el modelo de financiamiento es contributivo. En el caso de los Hogares, su modelo de gestión es comunitario ya que están bajo la órbita de la sociedad civil. En el caso del Hogar de Trinidad, como el Centro Geriátrico Piñeiro del Campo; ambos están dirigidos a los usuarios de ASSE, este modelo de financiamiento es no contributivo y de la

gestión pública, el modelo asistencial está limitado a la comprobación de medios económicos (hay que demostrar que tiene poco o nulos recursos).

A las residencias privadas, los cuidados domiciliarios y servicios de acompañantes se acceden vía mercado. Por lo tanto el acceso y la calidad de los servicios, están condicionados a la posibilidad de financiamiento de las familias.

Todo lo anteriormente dicho nos muestra que las intervenciones de enfermería son insuficientes para el cuidado y el logro del bienestar funcional del adulto mayor.

El Ministerio de Salud en territorio a través de sus funciones de regulación, fiscalización y habilitación de los establecimientos de larga estadía, y en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social, se encuentran encargados de promover y garantizar la atención necesaria al adulto mayor; trabajándose de forma constante con dichos establecimientos para el logro de los cuidados básicos como derecho fundamental de la persona, así como en la capacitación de los cuidadores, asegurando un cuidado digno, integral y equitativo.

2- JUSTIFICACIÓN

El proceso de envejecimiento poblacional implica cambios desde lo cuantitativo como lo cualitativo, estructurales y fisiológicos, pudiendo aumentar las posibilidades de padecer problemas de salud y otros problemas denominados en la Geriatría por Bernard Isaac (conferencia Inaugural en medicina geriátrica, Universidad de Birmingham; Inglaterra.) como los “Gigantes de la Geriatría”²⁶; atribuyendo este término a los Síndromes Geriátricos. Éstos son condicionantes que confieren a las personas AM un grado de complejidad tal que demanda un abordaje especializado.

De ahí que este grupo etario es considerado vulnerable, y no solo por sus condiciones físicas; sino por los demás condicionantes del proceso salud-

³ Aspectos Clínicos en la Atención a los Adultos Mayores, Módulo 1, OPS, 2001.

enfermedad (estilo de vida, ambiente, biología humana, organización de los servicios de salud).²⁷

El envejecimiento de la población es un reto para los Estados en la formulación de políticas públicas, pero también para las familias y la sociedad en su conjunto.

El desarrollo de las políticas públicas dirigidas a los Adultos Mayores en América Latina es reciente y se observa escasa correlación entre la velocidad del cambio demográfico y el desarrollo de dispositivos asociados a la promoción y protección de los derechos de los AM. Esta realidad se constata a partir de la escasa formación del recurso humano y la ausencia de mecanismos que fomenten y regulen la existencia de más y mejores servicios destinados a las personas adultas mayores.

Las proyecciones demográficas convierten al tema del envejecimiento en un reto y desafío a resolver sin precedentes a la hora de gestionar el cuidado al adulto mayor, en particular a las situaciones del AM dependientes, desde un modelo que es familista y mercantilista.

En este contexto, las residencias de larga estadía aparecen como un elemento relevante y prioritario que hay que atender, para dar respuesta a las situaciones de dependencia del AM, los que han quedado en una situación de vulnerabilidad.

Como se menciona en el informe de CEPAL 2009 sobre “Envejecimiento y Derechos Humanos y Políticas Públicas”, distintos organismos internacionales y regionales de derechos humanos y organismos especializados de las Naciones Unidas, refieren que las personas Adultas Mayores generalmente se encuentran en una particular condición de vulnerabilidad, ya sea en instituciones, hogares, servicios de cuidado a largo plazo, instituciones psiquiátricas, centros de salud.

En las instituciones de cuidado de larga estadía u otros servicios en donde viven o se atienden Adultos Mayores, es común encontrar la existencia de condiciones deplorables o de hacinamiento; o que se someta a estas personas

²⁷ Marc Lalonde, “Hacia una salud pública: determinante de la salud”, 1974.

a un tratamiento que podría perjudicar su salud física o mental o bien conculcar otros derechos humanos básicos y libertades fundamentales, con consecuencias muchas veces irreparables (Vásquez, 2004).²⁸

La situación de este grupo etario, implica un desafío para el sistema de salud basado en la responsabilidad y capacidad individual y/o el soporte familiar.

Según Huenchuán²⁹, se observa una «adaptación lenta de los sistemas de salud a los cambios de la demanda surgida a partir de la dinámica demográfica, epidemiológica y tecnológica, lo que se traduce en un incremento de los costos y gastos de la atención en salud y en la falta de acceso a los servicios». En materia de entornos también señala la adecuación tardía de las condiciones físicas y sociales para potenciar el ejercicio de derechos en la vejez (Huenchuán, 2009: 200).

Por sus características, los AM requieren de una atención integral, holística, a través de la existencia de un modelo centrado en el “cuidar” más que en el “curar”, que respondan a las necesidades bio-psico-sociales, y que consideren el entorno físico y social con el cual éste interactúa en forma constante.

Este grupo etario presenta peculiaridades complejas, disimiles y dinámicas en el tiempo; que demandarían un modelo que responda a estas necesidades, donde se consideren aspectos como legitimidad, universalidad, integración social y sustentabilidad.

El afrontar el problema del déficit de Recursos humanos y sobre todo de enfermería profesional con formación específica en la enfermería gerontogeriatrica, nos exige plantearnos una estrategia Nacional; como forma de brindar un cuidado de calidad, enfocado a las necesidades y a la realidad concreta del adulto mayor en nuestro país.

Los cuidados de los AM en Uruguay son el resultado de una sumatoria de modelos diferentes. En el caso de las jubilaciones, el modelo es contributivo

²⁸ CEPAL, Envejecimiento, Derechos Humanos y Políticas Públicas, Santiago de Chile, abril 2009

²⁹ Huenchuán, 2009: 200.

y, en consecuencia el modelo asistencial apunta a aquellos que han tenido una vinculación estrecha con el mercado formal de empleo. En los casos de las pensiones de sobrevivencia, en la medida que éstas dependen de un trabajador que haya generado derecho, éstas responden al modelo jubilatorio. La pensión a la Vejez es no contributiva, pero su modelo asistencial está limitado a la comprobación de carencias de medios económicos de los mayores de 70 años.

Éste panorama diverso de modelos asistenciales, de gestión y de financiación, revelan que los programas existentes surgieron en momentos diferentes y con objetivos diferentes. El resultado de acciones fragmentadas, hace que en Uruguay el acceso de los ciudadanos AM al cuidado quede limitado y reducido.

Las características actuales del AM en Uruguay, demanda un modelo que cuente con garantía y estándares aceptables de los servicios de cuidados del AM: transparencia, acceso al cuidado independiente de la condición económica u otras circunstancias de los AM, financiamiento a aquellos AM con mayores necesidades, promoción de servicios diversos, flexibles, eficientes y oportunos que faciliten la independencia y elección.

Éste debe de estructurar la articulación de servicios, redes de derivación; conceptualización y estructura de la oferta y la demanda; con la participación de un gran número de actores de diversas áreas como ser el sector público y privado, así como también organizaciones no gubernamentales (ONG).

El Estado debe de centralizar gran parte del modelo como sistema, centrará las funciones programas, estrategias y objetivos, así como la regulación de precios, estándares de calidad, certificación de instituciones prestadoras de servicios, financiamiento de servicios acreditados, evaluación y asignación de usuarios AM en estos centros y la prestación directa de los servicios del cuidado.

En un segundo lugar, en cuanto actores que tienen gran interés y compromiso pero menos poder, estarían los usuarios AM y sus familias, los proveedores de servicios privados y públicos (incluyendo las intendencias,

municipios, las ONG) así como los trabajadores de la salud, cuidadores y voluntarios.

Debe de estar orientado a los AM que no pueden vivir en sus hogares por razones físicas, médicas, psicológicas o sociales, siendo derivados a Residencias de larga estadía como última alternativa. Debe de incluir: alojamiento, servicios y asistencia doméstica básica, cuidados de médicos y de enfermería, cuidados paliativos.

Su unidad de atención debe de ser el AM y su familia, abordado a través de un equipo multidisciplinario, con especialidad gerontológica y geriátrica. Sus acciones estarán orientadas a mantener la salud, controlar factores de riesgo, promover la autonomía del adulto mayor, su independencia funcional y su inserción en la familia y sociedad.

Un ejemplo de modelo de cuidado del AM es el Australiano³⁰.

Australia comenzó a desarrollar políticas y programas especiales para AM desde principios del siglo XX, con el tiempo ha logrado crear un modelo integrado enfocado a abordar los desafíos del envejecimiento masivo de su población. Este modelo goza de una alta legitimidad pública entre la población, teniendo importantes logros en materia de equidad e integración social. Sus grandes dificultades y desafíos han sido su sustentabilidad y la productividad. El modelo contempla: El cuidado comunitario; el cuidado residencial y el cuidado flexible.

Se deben encausar esfuerzos destinados a la implementación de programas permanentes que fortalezcan el desarrollo, así como la formación integral, la salud y la recreación de la población adulta mayor, inspirados en nuevas tendencias y cambios culturales. Éstos deben servir como herramienta para demostrar que se puede trabajar en pro de evitar el deterioro intelectual y funcional, siendo lo más importante el proporcionar experiencias de aprendizaje a las personas mayores y mantener un entorno rico y estimulante.

³⁰ Pérez Bannen. S; El sistema de Cuidados del Adulto Mayor en Australia, un desafío para el modelo de Chile. Claves de Políticas Públicas, Mayo 2012, Numero 9.

La intervención de enfermería en el adulto mayor es fundamental para mejorar su estado funcional y por ende su calidad de vida, ya que una de las funciones primordiales de la enfermería es la promoción, prevención y mantenimiento de la salud y más aún si se trata de este grupo vulnerable como son los adultos mayores.

Las propuestas de intervención tendientes a mejorar las condiciones de vida de los AM, deben de ir acompañadas por otros factores que hacen que un fenómeno natural dentro del ciclo vital, como es la vejez, se experimenten como una amenaza o fuente de inseguridad, riesgo, incertidumbre y rechazo, sin olvidar que es la misma sociedad la que impone condiciones al adulto mayor, como la denigración, la marginación, el desamparo económico y afectivo que contribuyen a auto-devaloración y al desarraigo, donde la vejez es pensada y asumida como deterioro, inutilidad e ineficiencia, surgiendo quizás del desconocimiento total de la misma por temor o por prejuicios.

En la práctica gerontológica, según Krassoievitch (1998) se hace indispensable capacitar a toda la población acerca del concepto de vejez, de su significación tanto en el lenguaje como en el pensamiento, en donde todos los elementos que pertenecen a ella se agencien en pro de la sana auto percepción de la adultez y del mejoramiento de su calidad de vida, poniendo a su favor todo el conocimiento de protección de sus derechos.

La autora cree que si no se optimizan, elaboran y aplican intervenciones de enfermería que abarquen las áreas cognitivas, afectivas y funcionales de las población adulta mayor institucionalizada en el Hogar Trinidad y 5 residenciales del Departamento, se puede presentar una inadecuada atención, enfocada sólo a la enfermedad, no integradora; complejizándose sobre todo en aquellos residentes con niveles de dependencia moderada y severa, agudizándose la insatisfacción de los adultos mayores, llegando a sentirse sólo, aislados del mundo y de su familia.

Ivonne Brevis et al, realizaron un estudio con el propósito de modificar los factores de riesgo coronario en un grupo de pacientes que padecieron un infarto agudo al miocardio, realizándoles una intervención educativa de

enfermería orientada a la rehabilitación cardiovascular. Se realizó un estudio de tipo cuasi-experimental, realizado en la Unidad Cardioquirúrgica del Hospital Clínico Regional de Concepción, Chile; que presentaban múltiples factores de riesgo coronarios, los cuales fueron sometidos a un régimen de ejercicios físicos, así como sesiones educativas.

Se observó que los factores de riesgo coronario: obesidad, sedentarismo, hábito de fumar, e hipertensión arterial disminuyeron significativamente. Se concluyó que la realización de esta intervención educativa orientada a la rehabilitación cardiovascular, cumple un papel valioso en la modificación de los factores de riesgo coronario, lo que disminuiría la morbimortalidad por esta enfermedad.

Blanca Siza Velva, en su autoría de trabajo de grado presentó la investigación: “Intervención de enfermería en el adulto mayor para mejorar su calidad de vida en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús de Ambato, Ecuador”; considerando que la enfermería constituye un pilar fundamental en la construcción del bienestar físico, psíquico y emocional del adulto mayor. Estudio descriptivo. La autora concluye luego de la aplicación del instrumento evaluativo que resulta necesario el diseño de un documento que sirva como herramienta de apoyo a las intervenciones de enfermería para de ésta forma aportar el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

Sandra Romero Guevara et al, realizó un estudio cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería en personas con enfermedad crónica y sus cuidadores dadas mediante el programa Preparación y Apoyo para el Cuidado en el Hogar. Estudio cuasiexperimental. Se valoraron las etiquetas de resultado Conocimiento: proceso de la enfermedad, Conocimiento: régimen terapéutico, Preparación del cuidador familiar domiciliario, Bienestar del cuidador principal. Los participantes se asignaron a tres grupos. El primer grupo recibió preparación para el alta, el segundo grupo recibió preparación para el alta e intervención telefónica y el tercer grupo recibió además de lo anterior, una visita en su domicilio. Tras la intervención se encontraron diferencias de 0,50 y 0,20 en el CRE final de la etiqueta Conocimiento. Se encontró que las intervenciones de enfermería dadas

mediante el programa son eficaces para las personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares.

Realizando una revisión de los estudios anteriormente mencionados, podemos afirmar que las diversas intervenciones de enfermería planteadas en dichos estudios, muestran efectos beneficiosos en la población hacia la cual fueron dirigidas.

Es por ello, que desde la Enfermería Universitaria y como una forma de contribuir al desarrollo de la funcionalidad y autonomía de la población adulta mayor, se propone la realización de una intervención de enfermería sobre las áreas cognitiva, afectiva y funcional en el adulto mayor institucionalizado.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el efecto de una intervención de enfermería sobre las áreas cognitiva, afectiva y funcional de la población adulta mayor institucionalizada en el Hogar Trinidad y cinco residenciales privados, 2015-2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a los adultos mayores del Hogar Trinidad y cinco residenciales privados.
- Evaluar el impacto de la intervención de enfermería en las áreas cognitiva, afectiva y funcional

MARCO TEÓRICO

DEMOGRAFÍA DEL ENVEJECIMIENTO MUNDIAL

En las últimas décadas el mundo ha experimentado una revolución de la longevidad que explica el proceso de envejecimiento.

El envejecimiento demográfico es un proceso irreversible que experimentan la mayoría de las poblaciones del mundo.

La velocidad, la intensidad y el ritmo tienen relación con las características demográficas y con los fenómenos actuales que afectan sus dinámicas y estructuras.

La transición demográfica³¹ está determinada por una disminución de las tasas de fecundidad y la mortalidad con un aumento de la esperanza de vida.

Este proceso transcurrió en países europeos con la Revolución industrial, donde los avances de la medicina, la higiene y las transformaciones sociales y culturales que acompañaron el desarrollo económico afectaron los aspectos demográficos.

La esperanza de vida continúa creciendo. Con los avances de la biotecnología y la medicina es posible curar cada vez más las enfermedades y, sobre todo, alargar la vida de las personas y retrasar los achaques del envejecimiento. Muchas enfermedades que antes eran causas de muerte segura hoy son tratables.

El tratamiento no siempre significa la cura, sino más bien postergación de la muerte. La prolongación de la vida va acompañada por un aumento de las enfermedades crónicas, cuyos pacientes deben de aprender a vivir con las discapacidades y limitaciones que van declinando y sumiendo a la persona en

³¹ Se denomina *transición demográfica* al pasaje de un régimen «antiguo», de altas tasas de fecundidad y mortalidad con equilibrio poblacional relativamente alto, a otro «moderno», de bajas tasas de fecundidad y mortalidad con equilibrio poblacional relativamente bajo (Chesnais, 2005).

un estado de dependencia parcial o total. Son personas a las cuales la medicina no puede ofrecerle curación sino cuidados. Cuidados que les permita recuperar y mantener su autonomía o garantizar una calidad de vida que toda persona, aún en condiciones de total dependencia, merece.

La población mundial está envejeciendo rápidamente, la OMS (Organización Mundial de la Salud) estima entre año 2000 y 2050³²:

La proporción de la población mundial con más de 60 años de edad se duplicará, ya que pasará de aproximadamente el 11% al 22%.

- El número de personas de 80 años o más se cuadruplicará (400 millones).
- El 80% de las personas de edad vivirán en países de ingresos bajos y medianos.
- Los problemas de salud que afectan los AM (Adultos Mayores) son las enfermedades no transmisibles. En la actualidad, incluyendo los países más pobres, las principales causas de muerte son las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades pulmonares crónicas. Las principales causas de discapacidad son el déficit visual, la demencia, la pérdida auditiva y la artrosis.
- Los AM que viven en países de ingresos bajos y medianos soportan una carga de morbilidad más elevada que los que viven en países ricos.
- El número de AM que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchas de las personas de mayor edad pierden su capacidad de vivir de forma autónoma debido a su limitada movilidad, su debilidad u otros problemas de salud físicos o mentales. Muchas necesitan una atención de larga duración, como servicios de enfermería en el domicilio y atención sanitaria comunitaria, residencial y hospitalaria.

³² OMS. 10 datos sobre el envejecimiento de la población, Abril de 2012.

SITUACIÓN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En América latina la transición demográfica ha tenido un perfil diferente, más acelerado y heterogéneo.

En la actualidad varios países de la región están en proceso de transición plena o avanzada, con una esperanza de vida al nacer superior a los 70 años y con tasas de fecundidad cercanas a los tres hijos por mujer.

Se estima que la proporción de personas mayores de 60 años dentro de la población total se cuadruplicará entre 2000 y 2050, de modo que uno de cada cuatro latinoamericanos y caribeños será una persona mayor en 2050.

En términos absolutos, entre 2000 y 2025, 57 millones de personas mayores de 60 años se sumarán a los 41 millones existentes, y entre 2025 y 2050 ese aumento será de 86 millones. Se trata de una población que crece con rapidez.³³

Latinoamérica atraviesa una situación que en el corto plazo tiende al envejecimiento demográfico, a pesar de las diferencias de desarrollo del proceso en los distintos países.

Uruguay es el país latinoamericano más envejecido, solo lo ha superado Cuba.

³³S. Huenchuan, “*Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*” CEPAL, Santiago de Chile, 2009.

SOCIO DEMOGRAFÍA DEL ENVEJECIMIENTO EN URUGUAY

La situación de Uruguay se vincula a fenómenos que han tenido cierta estabilidad en el tiempo y que obedecen a los singulares procesos de transición demográfica que se han dado en el país. Uruguay tiene tasas de fecundidad relativamente estables, pero con un descenso paulatino desde mediados del siglo XX. Recientemente estas tasas han caído por debajo del nivel de reemplazo poblacional (Varela et. al., 2008).

En el último Censo de Población realizado en el año 2011, revela una dinámica demográfica del país, donde se percibe condiciones de vida de la población, características de vivienda, hogares y personas.

En una población de 3.286.314 habitantes, el 51,9 son de sexo femenino.

El 14,1% de la población de todo el país tienen 65 o más años; y el 19% son mayores de 60 años.

El departamento con mayor porcentaje de población de 65 o más años es Lavalleja (16,4%). Al 27/12, lo siguen Colonia (15,5%), Montevideo (15,3%) y Florida (15,2%). Por otra parte, los departamentos con mayor porcentaje de población menor de 15 años son Río Negro (26,1%), Artigas y Salto (26%) y Rivera (25,4%) según cifras del INE.

En cuanto al índice de envejecimiento (población de 65 o más años/población de 0 a 14 años * 100), se observa que Montevideo supera a Lavalleja en este indicador, ya que por cada 80 personas mayores de 64 años residen 100 personas menores de 15 años.

Los resultados de este censo confirman y ratifican la agudización del envejecimiento de la población uruguaya, ubicada en la fase avanzada de la transición demográfica.

El Banco de Previsión Social, es el instituto de seguridad social, quien promueve políticas e iniciativas en materia de seguridad social en todo el país, brinda servicios para asegurar la cobertura de las contingencias sociales a la comunidad en su conjunto y la recaudación de los recursos. Posee un programa de soluciones habitacionales con un objetivo primordial de dar soluciones a los problemas de vivienda de los jubilados y pensionistas.

Es el encargado de inscribir, seleccionar, adjudicar y administrar las viviendas las cuales son construidas por el Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial Y Medio Ambiente. (MVOTMA).

En el año 2008 la cobertura de salud se amplía a través del Sistema Nacional Integrado de Salud donde se intenta hacer efectivo el Programa Nacional del Adulto Mayor (2005).

El Ministerio de Desarrollo Social, en conjunto con el Fondo de las Naciones Unidas trabaja para integrar acciones en materia de vejez apostando al Instituto Nacional de Adulto Mayor. El mismo entra en funcionamiento en enero de 2012, y su objetivo primordial consiste en la creación de un Plan Nacional de Envejecimiento y vejez. A través de éste intenta crear un sistema de intervenciones adecuadas a las necesidades actuales de esa población.

En la propuesta para la Construcción del Sistema Nacional de Cuidados que integran varios organismos interinstitucionales; se prioriza al AM dependiente, institucionalizado y a los que viven en sus hogares por su vulnerabilidad y la necesidad imperiosa de ser contemplados.

La demanda de cuidados del AM está asociada a cuatro dimensiones:

- Aumento creciente de personas ancianas y muy ancianas.
- Incremento de las personas mayores en hogares unipersonales.
- Menor disponibilidad de redes de apoyo para el cuidado.
- Como consecuencia de las enfermedades crónicas, incremento hacia la dependencia de los AM.

El Dr. En Ciencias Políticas J, Papadopulo³⁴ refiere que el 24% de las personas mayores viven en lugares unipersonales, el 32,1% en hogares constituidos por la “pareja sola” y el 19,8% en hogares extendidos. La mayor demanda de cuidados se encuentra en estos últimos hogares, porque no los reciben, o lo reciben parcialmente o de mala calidad.

³⁴ Papadopulos, J. 2011 “Personas Adultas Mayores. Documento para Adultos Mayores” Grupo de Trabajo de Sistema Nacional de Cuidados. Documento Base.

Otro factor que contribuye en la calidad del cuidado es la sobrecarga del cuidador, siendo mayoritariamente mujeres, además adultas mayores; como sucede en los hogares “pareja sola”.

Según Zunzunegui, Berman y Belan, el adulto mayor vulnerable es “una persona de edad avanzada, con problemas de salud complejos con riesgo de discapacidad o que ya la presenta, para realizar de forma independiente actividades de cuidados personales y cuyo entorno social es precario porque no existe, o porque está en vía de agotamiento aun cuando formalmente exista”.³⁵

Según CEPAL (2000-2001), “*la vulnerabilidad social*” da cuenta de desventaja institucional y social en que se encuentran determinados grupos” haciendo hincapié en la situación socioeconómica y de continencia familiar, llamándola vulnerabilidad socio-sanitaria. En síntesis sería un conjunto de fenómenos sociales que identifican las necesidades básicas insatisfechas, en consecuencia es imposible que puedan tener una vejez saludable.

La OPS ha definido como Adultos Mayores Frágiles, a los que padecen o están en riesgo de presentar los llamados “*GIGANTES DE LA GERIATRÍA*” o las cinco I: inmovilidad, inestabilidad, incontinencia, deterioro intelectual, iatrogénico.

POLÍTICAS MUNDIALES Y REGIONALES SOBRE AM

A fines del siglo XX, la comunidad internacional comenzó a preocuparse con la situación de las personas de edad. Esto se fue reflejando gradualmente en la adopción de políticas internacionales específicas que abordaran la problemática de las personas mayores desde una perspectiva de los derechos humanos.

³⁵ Friend y Cols, Brocklerhurst, Cambell y Buchner, Batzán JJ y Cols; Maria Esperanza Maestro Castelblanque, Vicente Albert Cuñat.

Estos organismos (internacionales, regionales y nacionales) acordaron orientar sus actividades y promover a que los organismos estatales y otros actores interesados enfocaran su atención y acciones en esta población y su problemática.

El primer indicio fue la celebración de la primer Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, 1982 en Viena.

A partir de los Principios de las Naciones Unidas en defensa de las personas de edad, año 1991, varios países de la región normaron los derechos de grupo etario en las legislaciones nacionales.

En el año 1999, año internacional de las personas de edad, y junto a la celebración de la 2da Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en el año 2002, el proceso se continuó intensificando debido al impulso de la estrategia regional implementado en América Latina y el Caribe, desde el Plan de Acción internacional de Madrid.

En 2007 la CEPAL organizó la segunda Conferencia regional del intergubernamental sobre envejecimiento en América latina y el Caribe, celebrada en Brasilia. Estos países adoptaron la Declaración de Brasilia que reafirma el compromiso de los Estados Miembros de “no escatimar esfuerzos para promover y proteger los derechos de los AM...”

Un aporte muy importante lo realizó la Organización Mundial de Salud (OMS) a través de la política del envejecimiento activo adoptada en 2002, hace operativo los derechos humanos fundamentales consagrados en los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad en el contexto de políticas públicas y privadas. Así continuó este ejemplo la OPS, a nivel interamericano.

MARCO REGULATORIO Y NORMATIVO EN URUGUAY

La Ley 17796 del 19 de agosto de 2004, fue creada por el senado y la cámara de representantes denominada como “Promoción Integral de los Adultos Mayores”.

En esta Ley quedan involucradas las autoridades del MSP y la Seguridad Social. Se contempla la integración activa de parte de la familia y la comunidad, para de este modo alcanzar una vejez digna en lo físico, psicológico y socio-económico. Supone el trato digno y sin discriminación.

Quedan contemplados aspectos como educación, esparcimiento y recreación, comunicación y transporte; alimentación, abrigo, seguridad, vivienda digna, tanto en el plano individual; como colectivo. Apoyado por la existencia de un sistema previsional apropiado que garantice un respaldo económico – legal para poder solventar todos los requerimientos del Adulto Mayor.

Describe en su artículo 50 inciso A al D como se debe atender la salud de los Adultos mayores, garantizando y asegurando los derechos de éste rango etario.

La Ley 17866 del 21 de marzo del 2005, Creación del Ministerio de Desarrollo Social, a quien le compete las políticas de áreas de juventud, mujer y familia, Adultos mayores, discapacitados y desarrollo social en general.

La Ley 17066 del 24 de diciembre de 1998 hace referencia a la Política general en materia de Ancianidad; la intención de la misma es mejorar la calidad de vida de los Adultos mayores.

Se refiere a otorgar vivienda tanto permanente, como transitoria. Contempla además la alimentación y servicios orientados a la promoción de la salud desde un enfoque integrador.

En lo referido a la vivienda, surge la clasificación de los establecimientos. Se tiene en cuenta las instalaciones y servicios, la autorización en base a estos

está dada fundamentalmente por las inspecciones y por el MSP, como órgano rector.

En lo estructural serán considerados como indicadores las condiciones de la planta física, iluminación, ventilación y todos los elementos necesarios para el cuidado integral, higiene y seguridad del Adulto Mayor alojado, en el establecimiento / vivienda.

Queda en esta ley contemplada, que las organizaciones deberán otorgar los denominados créditos blandos para alcanzar las pautas de alojamiento transitorio o permanente, y sobre todo a nivel rural.

A nivel nacional deberán incluirse políticas habitacionales, que ofrezcan vivienda segura, digna, sin barreras arquitectónicas, de igual forma para los autoválidos como para los discapacitados.

Ley 18617 del 23 de octubre del 2009, creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor. Se considera al Adulto Mayor como persona plena y sujeto social. Esta ley se refiere no solamente al desarrollo pleno, sino a la integración social y económica del Adulto Mayor. Está basada por sobretodo en aspectos referidos a programas orientados a la integración social y cultura y cuando se refiere al aspecto cultura apunta al desarrollo del acervo cultural.

Por otra parte enfoca a facilitar el acceso del adulto Mayor al medio Educativo. Incorporar al Adulto Mayor en las tres ramas de la enseñanza siendo tanto pública, como privada. Se expresa la necesidad de los esfuerzos de parte del entorno familiar como comunitario.

Por otra parte el adulto Mayor deberá brindar a los jóvenes las experiencias laborales en lo técnico y empresarial, adquiridas a lo largo de la vida activa – productiva. De esta forma se logra una retroalimentación: el joven aprende y el adulto Mayor se reinserta e integra socialmente.

No es menos importante que dentro de esta legislación queda contemplada la prevención e impedimento de toda forma de violencia, acoso y maltrato; a nivel doméstico y comunitario.

Según el MIDES, el cuidado “es una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las

personas dependientes. Esta dependencia puede ser transitoria, permanente o crónica, o asociada al ciclo de vida de las personas”.³⁶

Son acciones que la sociedad lleva a cabo para garantizar la supervivencia social y orgánica de quienes han perdido o carecen de autonomía personal y necesitan la ayuda de otros para realizar las actividades esenciales de la vida diaria (CEPAL 2009).

En Uruguay la situación de las instituciones de larga estadía es compleja y diversa.

En general se utilizan dos clasificaciones para agrupar a estos servicios: instituciones administradas por organizaciones sociales sin fines de lucro “Hogares”. Reciben aportes o exoneraciones por parte del Banco de Previsión social (BPS), previo trámite de inscripción y solicitud de apoyo.

Por otra parte están las Instituciones con respuesta del mercado como las “Residencias”, que pueden o no, estar habilitadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP). La inspección de éstas es competencia del MSP, implica cumplir con la ley 17.066 de políticas generales en materia de Ancianidad.

PRESTACIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN URUGUAY

- Existen los cupos cama en Hogares de ancianos para pasivos. Este programa está dirigido a jubilados y pensionistas de sobrevivencia del BPS que reciben prestaciones por un monto que no supera las 12 UR, carecen de vivienda, y presentan niveles de dependencia que no le permiten vivir solos³⁷.
- Hospital Centro Geriátrico “Dr. Luis Piñeyro del Campo” – Es un Centro Geriátrico hospitalario destinado a la atención geriátrica gerontológica integral de personas mayores de 65 años de edad usuarias de ASSE de Montevideo, que reúnen además de la edad las siguientes condiciones:
(a) Dependencia de causa física y/o mental de grado moderado a severo, (b) Situación socio económica precaria (entendida como

³⁶ MIDES Grupo de trabajo interinstitucional, “*Hacia un modelo solidario de cuidados*”, 2012. Pág. 18.

³⁷ CEPAL “Documento de País sobre las Políticas orientadas a las familias para la reducción de la pobreza y la conciliación de la vida laboral en Uruguay”. Santiago de Chile, agosto 2013.

insuficiencia de recursos económicos y ausencia de entorno socio familiar) y (c) No debe estar cursando ninguna patología aguda que requiera atención en hospital de agudos al momento del ingreso.

- Red de Hogares de ASSE en el Interior – Los 7 hogares de ASSE del interior desarrollan servicios de larga estadía. Más del 50% de la población que asiste padece dependencia de causa física y/o demencias, siendo el resto de la población semi-dependiente. Proveen servicios básicos de cuidados custodiales, higiene y confort, alimentación (incluyendo alimentación asistida), atención médica, paraclínica, atención de enfermería, asistencia y terapia social, medicación, ropa y calzado.
- Hogar de Pando –Residencia de larga estadía.
- Programa Fortalecimiento de la Sociedad Civil – Política de fortalecimiento de las organizaciones civiles sin fines de lucro que gestionan residencias de larga estadía. Brindan apoyo de tres tipos: económicos, técnicos y de capacitación.
- Hogar de José Pedro Varela – Transferencia a residencia de larga estadía.
- Casas asistidas y similares - Tarará Unión, Refugios 24 horas y diurnos del MIDES para personas con discapacidad y/o dependencia (centros Casavalle y Chimborazo).

DETERMINANTES DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud en 1967, define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones. La Conferencia Internacional de Atención primaria de salud, reunida en Alma Ata, el día 12 de setiembre de 1978, reafirma éste concepto de Salud y expresa que es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción

de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario³⁸.

Partiendo de ésta definición podemos decir que sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que deben ser considerados dentro del concepto de salud. Éstos se relacionan con aspectos tan variados como lo son los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse.

En 1974, Marc Lalonde, Ministro canadiense de Salud, creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud, aún vigente, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente, incluyendo el social en un sentido más amplio, junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud.

Estos determinantes son modificables, ya que están influenciados por los factores sociales, y por ello las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa modificación.

En 1990, Castellanos hace referencia a las concepciones tradicionales de salud y enfermedad las cuales se “han tenido que abrir espacio para la confrontación con desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales, con mayor capacidad de aprehender la complejidad real de los procesos determinantes, de superar la visión simple y unilateral, de describir y explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y grupos sociales”³⁹.

La OMS en 1990, a propósito de la estrategia de salud para todos en el año 2000, propuso 80 indicadores relacionados con los factores sociales económicos y culturales que describen la situación de salud de la población.

La actuación en el ámbito de los principales factores determinantes de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. En esta labor no sólo el

³⁸ Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. URSS. Setiembre 1978.

³⁹ Castellanos, Pedro Luis. Sobre el concepto de Salud Enfermedad. Bol. Epidemiológico OPS. 1990; vol. 10, N° 4.

personal médico y sanitario tiene una vital participación, se requiere de la acción comunitaria y de muchos sectores dentro y fuera del sector salud. Esta participación debe alentar y apoyar el desarrollo de acciones y redes para recoger, transmitir e intercambiar información para evaluar y desarrollar las políticas, estrategias y medidas adecuadas, con el objetivo de establecer intervenciones efectivas destinadas a abordar los diferentes factores determinantes de la salud⁴⁰.

40 Ávila-Agüero María Luisa. Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. Acta méd. costarric [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 2014 Feb 27]; 51(2): 71-73. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000200002&lng=es.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

En estas últimas décadas en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe se han dado una serie de cambios demográficos, sociales, económicos, epidemiológicos, los cuales conllevan a atender nuevas prioridades en salud.

Entre éstas se destaca la atención de las enfermedades no transmisibles, las cuales se han visto aumentadas de forma considerable. El envejecimiento poblacional se inserta como uno de los factores de riesgos más importantes para el padecimiento de las enfermedades no transmisibles, de ahí la importancia de conocer la aparición de las mismas, su prevención o retraso, conocer la carga que implican y los costos que conllevan.

En la 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana llevada adelante por O.P.S. y la O.M.S. en Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012, se resuelve respaldar la “Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles”, instando y solicitando la aplicación de dicha estrategia a los estados miembros.

En dicha conferencia se observa con profunda preocupación que las enfermedades no transmisibles causan más del 75% del total de las defunciones en la Región de las Américas, y que las mismas se encuentran entre las principales causas de mortalidad y discapacidad. Se hace referencia a las repercusiones socioeconómicas, así como los efectos sobre los sistemas de salud; problemas todos atribuibles en gran medida a los determinantes de la salud, como los cambios demográficos, ambientales y del estilo de vida, así como la etnicidad, la raza, el género y los factores culturales y económicos.

El propósito general de la estrategia propuesta contra las enfermedades no transmisibles es reducir la mortalidad, la morbilidad y los factores de riesgo prevenibles, al igual que los costos asociados a las mismas, de manera de promover el bienestar y mejorar la productividad y las perspectivas de desarrollo en la región.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y EL ADULTO MAYOR

Según la O.M.S. el desafío al cual se asoman los servicios de salud será bidireccional, en un sentido la atención del Adulto Mayor y en la otra dirección la atención del adulto mayor con la cronicidad de la enfermedad. Esto exige una reorientación de los sistemas de salud, los cuales hoy están centrados en la enfermedad; la necesidad de que la salud se apoye en un modelo de atención basado en promoción y prevención, enfatizando el autocuidado y el enfoque preventivo. Un modelo que utilice herramientas las cuales permitan evaluar la intervención clínica en problemas específicos del Adulto Mayor y que orienten a ésta hacia la educación y capacitación. Se conoce la ausencia de pautas clínicas que aborden al adulto Mayor con patologías crónicas o que estén diseñadas en base a que el profesional de salud brinde y acompañe al Adulto Mayor en su cuidado.

Desarrollar modelos de gestión que ayuden a frenar el crecimiento exponencial del gasto generado y asociado a las enfermedades no transmisibles. Un modelo donde el Adulto Mayor, familia y comunidad participen y que los profesionales de salud favorezcan las intervenciones múltiples y no aisladas; y que las mismas sean eficaces y dirigidas al usuario con patologías crónicas; de modo de optimizar los procesos del cuidado además del uso de nuevas tecnologías.

Dado entonces todo lo que genera a nivel del contexto salud la aparición de las enfermedades no transmisibles será importante repensar en aspectos como: Evaluación geriátrica y manejo del cuidado, como también apoyo al autocuidado.

Identificación de grupos de riesgo, evitando complicaciones mayores.

Brindar cuidados de salud dentro de una red de proveedores, los cuales tienen como responsabilidad gestionar y proveer el cuidado de calidad.

Introducir tecnologías para el diagnóstico precoz y el tratamiento temprano.

Establecer y fortalecer sistemas de vigilancia.

Mejorar la autonomía e independencia de la persona con enfermedad crónica.

Estandarizar indicadores sobre salud del Adulto Mayor y fortalecer los sistemas de información.

Intervenciones multidisciplinarias reforzando las estrategias de APS.

Garantizar el financiamiento sostenible para la atención de la salud y la protección del Adulto Mayor⁴¹

CUIDADO

Según Virginia Henderson el cuidado es *“La asistencia a la persona sana o enferma en las actividades que no puede hacer por si misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos, con el fin de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales”*.

GESTION DEL CUIDADO

Entendemos por gestión del cuidado la adecuación de los cuidados ofertados a la demanda y la cobertura de las necesidades básicas de protección a la población Adulta Mayor.

LA PROFESIONALIZACIÓN DEL CUIDADO

Si el cuidado es un valor socialmente importante, no puede ser abandonado a la buena voluntad de las personas que se encuentran en la contingencia de tener que ayudar a otras que requieren ser cuidados. El cuidado es un aspecto de la protección de la salud, la cual es, a su vez un derecho fundamental y debería ser garantizado por el estado.

41

OMS. 10 datos sobre el envejecimiento de la población. Abril 2012. Página 30 / 45

Si entendemos que el cuidado es una dimensión de la protección de salud, hay que poner en marcha una serie de medidas públicas que hagan viable el cuidado cuando éste sea necesario.

El cuidado de los Adultos Mayores debe de entenderse como una responsabilidad compartida.

El cuidado es un valor socialmente tan importante como la justicia, por lo que debe de ser contemplado como un valor fundamental en la búsqueda de una sociedad más equitativa.

La mayor esperanza de vida de las personas, derivada del progreso de la medicina, aumenta el número de personas que necesitan cuidados aumenta exponencialmente. Como consecuencia, el cuidado debe de ser contemplado como uno de los objetivos de la protección de salud, un derecho fundamental que el estado debe de garantizar.

Modelo de Gestión

Se puede definir modelo como una descripción para representar relaciones complejas en términos que resulten fácil de entenderlo.

En lo práctico el proceso de gestión se trata de una forma sistemática de hacer las cosas. Es decir toda secuencia de actividades que añaden valor a un producto o varias entradas para producir una salida deseada.

La gestión por procesos permite estandarizar la práctica, basándose en la evidencia científica, facilita una práctica asistencial dinámica y posibilita la actuación profesional dirigida hacia la mejora continua.

Los procesos pueden clasificarse en:

- 1- Operativo, en los que guarda relación directa con los clientes, por lo que tienen un gran impacto sobre la satisfacción de estos.
- 2- Proceso de Gestión, estos son los que guían a la organización hacia la obtención de alta calidad de los servicios que se prestan a los clientes.

- 3- Procesos de apoyo, éstos se interrelacionan con los procesos operativos para alcanzar los objetivos.

El proceso administrativo está compuesto por cuatro etapas que constituyen la naturaleza interactiva del proceso.

Las dos primeras etapas se refieren a la programación, mientras que las dos últimas corresponden a la etapa de ejecución.

Estas cuatro actividades que se plantean a continuación:

- **Planificación:** se establecen metas y el curso de acción adecuado para alcanzarlo. Estas metas deben ser viables y aceptadas por quienes van a ejecutarlas. El tiempo y las relaciones son fundamentales en esta etapa. Ésta produce una imagen de las circunstancias futuras deseables, apoyándose en los recursos disponibles actualmente y en las experiencias pasadas.
- **Organización:** proceso en donde se compromete a dos o más personas para que trabajen en equipo, de manera estructurada con el propósito de alcanzar metas específicas. Diferentes metas requieren diferentes estructuras. Se deberá adaptar la estructura de la organización a las metas y recursos. Proceso conocido como diseño organizacional.
- **Dirección:** Ordenar, influir y motivar al recurso humano para realizar las tareas esenciales. Las relaciones y el tiempo son fundamentales para las actividades de la dirección.
- **Control:** asegurar que la organización se dirija hacia los objetivos. Los elementos básicos en esta etapa son establecer estándares de desempeño, medir los resultados, comparar estos resultados con las normas establecidas y tomar medidas correctivas cuando se detectan desviaciones. Mediante la función de control se mantiene la organización y se enfatiza en la calidad, de ahí que se trabaje con la gestión de calidad total. Esta se concentra en la superación constante de todas las actividades, funciones y procesos de trabajo.

Cuando se hace referencia a Modelos de Gestión, implica a los esfuerzos por utilizar los recursos de forma eficaz, esto requiere toda una conciencia crítica de cómo se está realizando.

Según uno de los autores más reconocidos de la administración Peter Druker ⁴² la eficacia y la eficiencia constituyen la base en el desempeño organizacional. Es así que como eficiencia se puede definir a la capacidad de reducir al mínimo los recursos utilizados para alcanzar los objetivos. Es un concepto que se refiere a insumos/producto. Por otra parte la eficacia es la capacidad para determinar los objetivos apropiados o adecuados. Es decir implica seleccionar las metas acertadas.

En la Gestión se presentan una serie de desafíos por ser parte de un entorno complejo y dinámico. Continuamente se deberá adaptar a diferentes condiciones.

Ésta debe contener una *visión* definiéndola como una estrategia de largo plazo referente a como alcanzar una o varias metas. Es así que se genera un sentido de continuidad para los seguidores al vincular el presente con un futuro mejor para la organización.

La *misión* en cambio tiene que ver con el propósito básico hacia el que apuntan sus actividades y los valores que guían las actividades de los involucrados. Está vinculada con los valores centrales.

Si se debe establecer en que se diferencia la visión de la misión, se diría que la misión mira hacia adentro de la organización, es la que le da sentido a la organización, mientras que la Visión lo que hace es mirar hacia afuera.

La misión tiene su horizonte en el mediano plazo, acentuando los aspectos que se deben cambiar, en cambio la Visión se orienta al mediano y largo plazo, en el sentido de cómo se quiere ser identificado en el futuro.

Otro de los desafíos en la gestión es la necesidad de contar con *ética*. Ésta tiende a ser universal, por la abstracción de sus principios. Se la define como el estudio de las formas en que nuestras decisiones afectan a los demás. Estudia los derechos y obligaciones de las personas, las reglas morales que las

⁴² Stoner J, Freedman G, Administración, 6ª Edición, México, 1996, Capítulo 1 Administración y Gerentes pagina 9

personas aplican cuando toman decisiones y de la naturaleza de las relaciones entre las personas.

CONCEPTO DE ENFERMERÍA

El objetivo de la enfermería consiste según Callista Roy en ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que se producen en sus necesidades fisiológicas, su autoconcepto, el desempeño de los roles en sus relaciones de interdependencia durante la salud y la enfermedad.

La enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando éstas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida. Identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero.

Dorothea Orem define la Enfermería como el servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

CONCEPTO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Una intervención puede ser definida como cualquier tratamiento basado en la formación y conocimiento clínico de una enfermera/o, con el objetivo de aumentar los resultados del paciente.

Tipo de intervenciones.

- ☞ Intervención de cuidado directo: es un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente. La intervención de enfermería directa comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales.

- ☞ Intervención de cuidado indirecto: es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del paciente o grupos de pacientes. Las intervenciones de enfermería indirecta incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria.
- ☞ Intervenciones independientes: es una intervención iniciada por una enfermera/o en respuesta a un diagnóstico de enfermería; una acción autónoma basada en fundamentos científicos que se ejecuta en beneficio del paciente en una forma previsible relacionada con el diagnóstico de enfermería y los resultados proyectados.
- ☞ Intervenciones interdependientes o de colaboración: son intervenciones iniciadas por otros miembros del equipo en respuesta a un diagnóstico médico, pero llevada a cabo por un profesional de la enfermería. Pueden implicar la colaboración de trabajadores sociales, fisioterapeutas, médicos.

CONCEPTO DE PROGRAMA

Programa es un conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizativamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema y atender a un conjunto de personas. Los programas tienen diferentes grados de complejidad, por otra parte son distintos según a que nivel y donde son planteados, es distinto el planteado en un centro de salud al planteado a nivel de la comunidad.

CONCEPTO DE DEPENDENCIA

Por dependencia se entiende la situación de falta o pérdida de autonomía personal por múltiples causas (básicamente envejecimiento, pero también enfermedad, accidente, malformación congénita, etc.) que afecta a los sujetos que necesitan la ayuda de una tercera persona para la realización de las actividades esenciales de la vida diaria (Sempere y Cavas, 2007).

FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne⁴³.

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985). De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el anciano, por ello la OMS (1982) propone como el indicador más representativo para este grupo etario el estado de independencia funcional.

Fillenbaum (1984) confirma éste criterio, sugiriendo la evaluación de salud de los adultos mayores en términos de estatus funcional, con el concepto de salud asociado al mantenimiento de la independencia funcional.

OCIO Y RECREACIÓN EN EL ADULTO MAYOR

El ocio y la recreación, en el adulto mayor, han de entenderse y apreciarse como algo más allá de lo simplemente personal, en cuanto al empleo del tiempo libre, ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social, puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida de estas personas, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos a esta edad⁴⁴.

VALORACIÓN INTERDISCIPLINAR DEL ANCIANO.

La atención integral del anciano, considerada hoy como piedra angular de la asistencia sociosanitaria, exige que ésta sea llevada a cabo por un equipo multidisciplinario, como son: médicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, cuidadores, familiares, amigos. En dicha

⁴³ Sanhueza Parra, Marcela. Adultos Mayores Funcionales: un nuevo concepto de Salud. Ciencia y Enfermería XI (2): 17 – 21, 2005. Chile.

⁴⁴ Saldívar Pérez, Dionisio. Infomed. Red de Salud de Cuba.

atención, cada uno tendrá su parcela específica y su responsabilidad, pero todos, en forma conjunta, han de tener por único objetivo el que el anciano alcance el mayor grado posible de salud y de bienestar.

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL.

La valoración geriátrica integral debe ser realizada por todos los miembros del equipo, cada uno aportará su visión y su filosofía profesional y debe incluir el estudio analítico de todas las esferas del anciano: física, psíquica, espiritual y socio-económico-ambiental. El resultado pretendido es llegar a comprender, con el mayor grado de fiabilidad posible, el estado de salud y la situación funcional del adulto mayor.

Esta valoración integral se suele llevar a cabo mediante instrumentos estándares de valoración, denominados escalas de valoración geriátrica, que poseen una buena sensibilidad diagnóstica y ayudan a objetivar y cuantificar, generalmente, discapacidades y deterioros entre la población de personas mayores, pero también recursos individuales y/o grupales que éste posee para enfrentarse a tal situación⁴⁵.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN GERIÁTRICA

Es necesario planear constantemente la asistencia futura y a largo plazo de los ancianos y ayudarlos a conservar la función.

Para lograr este objetivo, a principios de los sesenta, se crean los primeros instrumentos para la medición de funcionalidad como el índice de Katz y el índice de Barthel, los que han sido corregidos y reformulados a través del tiempo. Éstos a su vez se acompañan de instrumentos que evalúan el deterioro cognitivo o las funciones mentales, indicadores que influyen sobre la funcionalidad⁴⁶.

⁴⁵ García López, Ma. Victoria et al. Enfermería del Anciano. Primera edición Enero de 2001. Madrid. España.

⁴⁶ Pedraza, M y German, C. Autonomía funcional en ancianos. Rev. Rol de Enfermería, 15 (172):15-9. España 1992.

La geriatría recurre a la “Evaluación multidisciplinaria del anciano”; la cual consiste en una valoración integral; en un proceso diagnóstico multidimensional, interdisciplinario diseñado para:

- Identificar problemas médicos
- Evaluar capacidades funcionales y psicosociales
- Alcanzar un plan de trabajo global
- Optimizar la utilización de recursos asistenciales
- Garantizar el seguimiento

Aunque la evaluación geriátrica es un proceso mucho más amplio que la simple aplicación de escalas, la aplicación de instrumentos métricos para la evaluación de aspectos concretos (médico, funcional, mental y social) confieren a éste proceso mayor objetividad, a la vez que sirven como elementos pronósticos que detectan precozmente problemas concretos y controlan su evolución.⁴⁷

INDICE DE BARTHEL.

Evalúa actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como son:

- Comer
- Lavarse (bañarse)
- Vestirse
- Arreglarse
- Deposición
- Micción
- Ir al baño
- Trasladarse sillón/cama
- Deambulación
- Subir y bajar escaleras

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

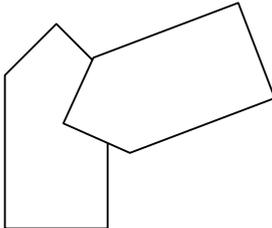
⁴⁷ Pintos, A y Casco, M. Manual de Instrumentos de Evaluación Geriátrica y Criterios Diagnósticos en Geriatría. Departamento de Geriatría. Hospital de Clínicas

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) DE FOLSTEIN

Se trata de un test de cribado de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Puntúa como máximo un total de 30 puntos y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción.

ORIENTACIÓN No induzca las respuestas	Dígame la fecha: día, mes, estación, año.	(5)
	Dígame el hospital (lugar), calle, ciudad, barrio, país.	(5)
FIJACIÓN Enuncie las palabras lenta y claramente, luego pida al paciente que las repita. La primera repetición determina el puntaje; pero haga que el paciente continúe repitiéndolas hasta que aprenda las tres, hasta seis intentos.	Repita estas tres palabras: "Pelota, bandera, árbol"	(3)
ATENCIÓN Y CÁLCULO Pida al paciente que realice restas consecutivas y que se detenga luego de cinco restas.	"Si tiene 100 pesos y me va dando de a siete: ¿cuánto le va quedando?" Si no sabe restar pídale que deletree la palabra mundo al revés.	(5)
EVOCACIÓN Pregunte al paciente si puede recordar las tres palabras que antes	¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?	(3)

repitió.		
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN		
NOMINACIÓN Sólo un intento que vale un punto por cada ítem.	Mostrar un bolígrafo “¿qué es esto?”. Repetirlo con un reloj.	(2)
REPETICIÓN Pida al paciente que repita la frase sin preocuparse por su sentido. Solo un intento que vale un punto.	“Ni si, ni no, ni peros”	(1)
ORDEN DE TRES COMANDOS Cada parte correctamente ejecutada vale un punto.	Déle un papel a su paciente y pídale: “Tome este papel con la mano derecha , dóblelo por la mitad y colóquelo en el piso”	(3)
LECTURA Otorgue un punto solo si el paciente cierra los ojos.	Muéstrele la hoja que dice: “cierre los ojos” y dígale: “haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta”.	(1)
ESCRITURA No dicte la oración, ésta debe ser espontánea. Debe contener un sujeto y un verbo. No es necesario que la gramática y la puntuación sean correctas.	Déle a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase.	(1)
COPIA Para ser correcto debe haber dos pentágonos y dos intersecciones. No se toma en cuenta temblor o líneas no rectas.	Déle a su paciente la hoja que dice “copie esta figura” y pídale que copie el dibujo 	(1)

PUNTUACIÓN ORIENTADORA

- 27 – 30 puntos: sin deterioro cognitivo
- 17 – 26 puntos: deterioro cognitivo leve
- 10 – 16 puntos: deterioro cognitivo moderado
- Menos de 10: deterioro cognitivo severo

Se resta dos errores si la persona es analfabeta.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español.

La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, resultando más fácil en su aplicación.

Se basa en preguntas como:

¿Está básicamente satisfecho con su vida?

¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?

¿Siente que su vida está vacía?

¿Se encuentra a menudo aburrido?

¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

- 0-5: Normal.
- 6-9: Depresión leve.
- >10: Depresión establecida.

PRINCIPIOS ÉTICOS

Los principios de la ética sirven para justificar las reglas seguidas en la atención del paciente. Los principios más importantes son:

Beneficencia y no maleficencia (hacer el bien y evitar el mal).

Justicia es la designación justa y equitativa que el profesional asigna a los recursos del paciente.

Veracidad implica la necesidad de decir la verdad, es considerado fundamental para mantener la confianza entre el profesional y el paciente.

Fidelidad es la obligación de cumplir con los compromisos, éstos derivan de una relación de confianza como cumplir las promesas y mantener la confidencialidad.

DISEÑO METODOLÓGICO

■ Tipo de estudio: Descriptivo/Exploratorio

Éstos tipos de estudio nos permiten familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, investigar nuevos problemas, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados (Hernández Sampieri et al, 4ta edición).

Según Grajales los estudios descriptivos buscan desarrollar una imagen o fiel representación (descripción) del fenómeno estudiado a partir de sus características. Describir en este caso es sinónimo de medir. Miden variables o conceptos con el fin de especificar las propiedades importantes de comunidades, personas, grupos o fenómeno bajo análisis. El énfasis está en el estudio independiente de cada característica, es posible que de alguna manera se integren las mediciones de dos o más características con el fin de determinar cómo es o cómo se manifiesta el fenómeno. Pero en ningún momento se pretende establecer la forma de relación entre estas características. En algunos casos los resultados pueden ser usados para predecir.

Los estudios exploratorios nos permiten aproximarnos a fenómenos desconocidos, con el fin de aumentar el grado de familiaridad y contribuyen con ideas respecto a la forma correcta de abordar una investigación en particular. Con el propósito de que estos estudios no se constituyan en pérdida de tiempo y recursos, es indispensable aproximarnos a ellos, con una adecuada revisión de la literatura. En pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, establecen el tono para investigaciones posteriores y se caracterizan por ser más flexibles en su metodología, son más amplios y dispersos, implican un mayor riesgo y requieren de paciencia, serenidad y receptividad por parte del investigador. El estudio exploratorio se centra en descubrir.

Es una **investigación de campo**, ya que las condiciones son las naturales en el terreno de los acontecimientos.

Según el período de tiempo es **longitudinal**, se extiende a través del tiempo dando seguimiento a un fenómeno.

- **Universo**: Todos los adultos mayores institucionalizados en establecimientos de larga estadía del Departamento de Flores

- **Población**: Todos los adultos mayores institucionalizados en el Hogar Trinidad y 5 residenciales del Departamento de Flores

- **Selección de la muestra**: muestreo no probabilístico, intencional o de conveniencia. No se realizó un muestreo probabilístico debido al número y las características de la población a estudiar.

- **Unidad de análisis**: situación funcional del adulto mayor institucionalizado (áreas cognitiva, afectiva y funcional).

- Período 2015-2016 (aplicar las intervenciones durante 3 meses y reevaluar). Noviembre, Diciembre de 2015, Enero 2016.

- **Criterios de exclusión**: Adultos mayores geriátricos, con dependencia funcional total, con deterioro cognitivo severo que no pueden integrarse a dichas intervenciones por su situación funcional. Se tuvo en cuenta además si el adulto mayor estaba de acuerdo en participar o no, de las intervenciones a través del consentimiento informado previo.
(Consentimiento informado Anexo 2).

PLAN DE ANÁLISIS

Para el análisis de los datos se aplicó la estadística descriptiva bivariada, frecuencias absolutas, frecuencias relativas porcentuales, media y prueba de significación estadística (diferencia de proporciones).

Nuestro objetivo fue determinar el efecto de una intervención de enfermería en las áreas cognitiva, afectiva y funcional (actividades básicas de la vida diaria) en el adulto mayor institucionalizado en el Hogar Trinidad y cinco residenciales privados, en un período de 3 meses (noviembre, diciembre 2015, enero 2016). La investigación fue llevada adelante por la autora, Licenciada Enfermería especialista en Enfermería Geronto- geriátrica y dos Promotores de Salud previamente capacitados para colaborar en la intervención de enfermería.

Para evaluar el efecto de la intervención de enfermería se realizó un estudio descriptivo/exploratorio.

Se realizó la caracterización a dos poblaciones de adultos mayores las cuales se estudiaron por separado: el Hogar de Trinidad, con una población de 45 residentes, (se obtuvo una muestra de 27) y cinco residenciales privados del Departamento de Flores, con una población de 91 residentes (se obtuvo una muestra de 74 residentes). Cabe aclarar que durante el período de tiempo en que se aplicó la intervención se trabajó con la misma muestra de residentes ya que ninguno de los participantes se fue del Hogar o Residencial, ni se retiró de la intervención, ni falleció.

Se realizó pre evaluación de la muestra a través de la aplicación de escalas de valoración geriátrica utilizadas en nuestro medio.

La aplicación de instrumentos métricos (escalas), para la evaluación de aspectos concretos (funcional, mental y social) confieren a éste proceso mayor objetividad, a la vez que sirven como elementos pronósticos que detectan precozmente problemas concretos y controlan su evolución.⁴⁸

Luego se implementó la intervención de enfermería durante tres meses a dichos integrantes de la muestra. La intervención consistió en tres unidades

⁴⁸ Pintos, A y Casco, M. Manual de Instrumentos de Evaluación Geriátrica y Criterios Diagnósticos en Geriatria. Departamento de Geriatria. Hospital de Clínicas

temáticas, cada una abordando las áreas cognitiva, afectiva y de las actividades básicas de la vida diaria, con un total de 24 sesiones de dos horas promedio de duración cada una. El contenido de cada unidad se fue intercalando de manera tal de ir trabajando cada área específica; con el objetivo de mejorar las capacidades cognitivas, perceptivo motrices y de socialización en los adultos mayores.

Al concluir la intervención propuesta se realizó una post evaluación de cada uno de los integrantes de la muestra a través de la implementación de las escalas de valoración geriátrica que previamente fueron aplicadas.

Se analizaron los resultados de las escalas de valoración geriátrica que se implementaron. Se utilizaron indicadores que permitieron su determinación numérica, simplificando la evaluación.

Se evaluaron los indicadores (resultados de las escalas de valoración geriátrica): se realizó una comparación de los resultados de la post evaluación con valores anteriores para constatar si hubo mejora y concluir sobre el efecto de las intervenciones llevadas a cabo. Para ello se realizó la medición de la media y la prueba de significación estadística en cada resultado de las escalas. El nivel de significación de una prueba estadística es un concepto estadístico asociado a la verificación de una hipótesis. En pocas palabras, se define como la probabilidad de tomar la decisión de rechazar la hipótesis nula cuando ésta es verdadera. Un valor P es el nivel (de significancia) más bajo en el que el valor observado de la estadística de prueba es significativo⁴⁹. En dicha investigación tomamos un nivel de significación de 0,05 (en algunos casos en particular también de 0,10), lo cual implica que el investigador tiene un 95% de confianza en las estimaciones, lo que implica que la probabilidad de equivocarse es de un 5%.

- 1) Se realizó caracterización de la población adulta mayor del Hogar Trinidad y de cinco residenciales privados del Departamento de Flores.

Variables	Definición
-----------	------------

⁴⁹ Hernández Sampieri et al, Metodología de la investigación. Cuarta edición. McGraw-Hill Interamericana. México 2006.

Sexo	Conjunto de características biológicas que caracterizan a la especie humana en hombres y mujeres.
Edad	Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento de un individuo.
Nivel de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso.
Tipología de anciano:	
- anciano sano	Las características físicas, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica
- anciano enfermo	Presenta alguna afección aguda ó crónica de diferente gravedad, habitualmente no invalidante.
- anciano frágil	Es aquel anciano que tiene uno o más factores que lo ponen en riesgo de deterioro (mayor de 75 años, polipatología o incapacidad funcional, polifarmacia, alta hospitalaria reciente, caídas, deterioro funcional y/o mental, problemas sociales).
- paciente geriátrico	Es aquel anciano que requiere de una enorme carga de cuidados, con gran dependencia funcional.

2) Se aplicaron instrumentos de valoración geriátrica para evaluar actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel), grado de deterioro intelectual (Mini Mental State Examination de Folstein), posibilidad de depresión geriátrica (escala de Yesavage).

a) Para evaluar el nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Variable	Definición
Independiente	Cuando el anciano realice de forma independiente todas las actividades (100 % ABVD)
Dependiente leve	Necesita ayuda en una o dos ABVD (> ó = 60)
Dependiente moderado	Necesita ayuda en tres o más ABVD (40 – 55)
Dependiente grave	Necesita ayuda en más de cinco ABVD (20 a 35)
Dependiente total	Necesita ayuda en todas las ABVD (< 20)

b) Para evaluar el grado de deterioro cognitivo se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Variable	Definición
Funcionamiento intelectual normal	
Deterioro cognitivo leve	Es una entidad nosológica en donde los individuos afectados presentan daños más allá de lo esperado para su edad y educación, pero que no interfieren significativamente para las actividades diarias.
Deterioro cognitivo moderado	Disminución del conocimiento de los acontecimientos actuales y recientes, pérdida de memoria, disminución de la capacidad para gestionar, incapacidad para realizar tareas complejas.
Deterioro cognitivo severo	La persona es totalmente dependiente de otro para sobrevivir, no es consciente de los acontecimientos de su vida.

c) Para evaluar presencia de depresión en el anciano se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Variable	Definición
Normal	Según escala de Yesavage puntuación de 0 a 5
Depresión posible	Según escala de Yesavage puntuación de 6 a 9
Depresión probable	Según escala de Yesavage > a 10

INTERVENCIÓN PROPUESTA

3) Se implementó una intervención de enfermería en las áreas cognitiva, afectiva y funcional (ABVD) a todos los adultos mayores institucionalizados en el Hogar Trinidad y en cinco Residenciales Privados del Departamento de Flores.

Objetivo: Mejorar las capacidades cognitivas, perceptivo motrices y de socialización en los adultos mayores que han participado de la intervención de enfermería, involucrando al personal y a la familia.

La intervención se organizó en tres unidades temáticas, con un total de 24 sesiones de una hora de duración, en el caso de la unidad 1; dos horas de duración en el caso de la unidad 2 y tres horas las actividades de la unidad 3 relacionadas a la recreación y socialización. El contenido de cada unidad se fue intercalando de manera tal de ir trabajando cada área específica.

	UNIDAD 1	UNIDAD 2	UNIDAD 3
N° sesiones	8	8	8
	Ejercicio Físico	Estimulación Cognitiva	Recreación
Contenidos	Respiración y relajación	Atención auditiva	Socialización
	Movilidad articular	Atención visual	Integración y participación

	Elongación	Estrategias de memoria	Satisfacción consigo mismo
	Esquema corporal	Técnicas de memoria	Disfrute lúdico
Tiempo	1 hora por sesión.	2 horas por sesión.	3 horas por sesión

PROPUESTA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA

Juegos de animación – 1 sesión

Estos permiten el intercambio entre los adultos mayores, donde demuestran sus habilidades en la música, el baile, competencias de adivinanzas, chistes, preguntas sobre diferentes temas de su interés. Logrando que se desinhiban y disfruten de la actividad y potencien sus destrezas desde lo cognitivo.

Creación del “Espacio del adulto mayor” en coordinación con Casa de la Cultura – 1 sesión

En éste espacio los adultos podrán conversar de temas de su interés, cantar, relatar cuentos, chistes, anécdotas, recibir cursos que les permitan elevar su nivel cultural y conocer cómo mejorar sus estilos de vida. Además podrán recibir charlas educativas sobre alcoholismo, tabaquismo, sexualidad, alimentación, consumo de medicamentos, beneficios de la actividad física en el organismo entre otros temas de su interés.

Conversatorios con personalidades de la comunidad (Deportistas, Militares, Científicos) – 1 sesión

Estos conversatorios se realizarán de forma amena y abierta para que los adultos mayores cuenten sus anécdotas y vivencias, logrando el intercambio con la personalidad invitada, trabajando la memoria a corto y largo plazo, así como también evitando que se sientan olvidados y logrando que sean reconocidos por la comunidad.

Jornada de lectura comentada – 2 sesiones

En estas jornadas se realiza la lectura de un texto, en un lugar apropiado, tranquilo, trabajando de esta manera la atención visual y auditiva. Luego se reflexiona sobre el texto y se realiza un intercambio entre los presentes, contrastando lo que se reflexiona del mismo con historias de vida.

Historias de cuando yo era niño – 1 sesión

Se realiza un encuentro con niños escolares, en donde los propios adultos mayores relatarán anécdotas de cuando ellos eran niños. A través de ésta instancia se rescata el valor del anciano como ejemplo para las nuevas generaciones, creándose un rico intercambio entre niños y adultos mayores. También le permite trabajar la memoria, manteniendo las capacidades cognitivas.

Juego “El Mundo” – 2 sesiones

El objetivo de éste juego es la animación y concentración. Se forman varios equipos, el número de participantes es ilimitado; se forma un círculo y el coordinador explica que se va a lanzar la pelota diciendo el nombre de un animal, fruta o color. La persona que reciba la pelota debe decir el nombre de un animal, fruta o colores sin que se repita. Pierde aquel participante que repite el nombre del animal, fruta o color, saliendo de la ronda de juego.

PROPUESTA DE ACTIVIDAD RECREATIVA

Ejecución de excursiones: sitios de interés histórico y sitios de interés natural – 1 sesión.

A través de esta actividad el adulto mayor puede descubrir lugares históricos y de belleza natural de su departamento, lo que le permite conocer mejor el lugar donde vive, además compartirá estas vivencias con otros adultos mayores y también mejora sus capacidades físicas.

Campeonatos de juegos de mesa: Dominó, Damas, Ajedrez, Truco – 2 sesiones.

Permite la recreación y esparcimiento del adulto mayor, teniendo en cuenta que esto les resultará una forma sana y pasiva de emplear su tiempo libre, e interrelacionarse creando vínculos de amistad.

Sesiones de bailoterapia – 2 sesiones.

Se pueden realizar con música acorde a sus gustos y preferencias, en las cuales ellos recuerden su etapa juvenil y ejerciten el cuerpo de una forma recreativa, esta actividad también nos ayudará a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Encuentros deportivos – 1 sesión.

Se realizarán de forma recreativa, resaltando que lo más importante es la participación y el disfrute. Aunque también se pueden realizar con otros círculos de abuelos del departamento y lograr una mejor socialización de los adultos mayores.

Caminatas ‘Yo sí puedo’ – 1 sesión.

Estas se harán con el objetivo de mejorar las capacidades físicas de los adultos mayores y su calidad de vida, ayudándose mutuamente durante la realización de las mismas para demostrar que todavía pueden lograr caminar una distancia significativa, apoyados por la enfermera.

Festivales del barrilete – 1 sesión.

Desde la confección de los barriletes, los adultos mayores enseñan a los niños como se realizan los mismos. Lográndose una interrelación que tiene como momento culminante el festival en el cual se elevan los barriletes. Lo cual provoca la satisfacción de adultos y pequeños.

PROPUESTA DE EJERCICIO FÍSICO

Nos permite aumentar las capacidades de rendimiento motor por medio del acondicionamiento físico.

OBJETIVOS:

- Aplicar técnicas de relajamiento y disminución del estrés.
- Participar de forma habitual en cualquier tipo de actividad física, de forma lúdica, independientemente del resultado.
- Adecuar el movimiento a partir de estímulos visuales y auditivos.

CONTENIDO:

Ejercicios físicos:

1. Doblar y extender las puntas de los dedos (mejora la fuerza de los dedos de las manos, ejercita las articulaciones de las palmas y los dedos).
2. Giro interno y externo de los brazos (se estimula los músculos de los brazos).
3. Bajar y levantar los codos (se logra un alivio del dolor de hombros).
4. Abrir y cerrar los brazos (relaja el pecho y la espalda).
5. Levantada de brazos y estiramiento del costado del tronco (aflojamiento y estiramiento de la zona lateral del tronco).
6. Torcimiento de la parte superior del tronco.
7. Mejorar el arrastre del pie al andar, levantar la punta de los pies y bajar levantando el talón.
8. Acercamiento de rodillas (mejora fortaleza de los músculos de los muslos).
9. Estiramiento de la parte trasera de la pierna (se posibilita el relajamiento de los músculos de la parte trasera de la pierna).
10. Levantamiento de un pie y estiramiento de rodilla (posibilita el fortalecimiento del muslo).
11. Levantamiento de rodilla y acercamiento al abdomen (logra un fortalecimiento del abdomen).
12. Levantamiento de ambas piernas y estiramiento de rodilla (fortalecimiento del abdomen)
13. Levantar ambas rodillas acercándolas al abdomen.

14. Subida y bajada de talón, este ejercicio se realiza de pié (fortalecimiento de la punta del pié y la pantorrilla). Apoyarse sobre la punta de los pies y bajar.
15. Subida de talón y doblada de rodilla (fortalecimiento de la punta de los pié, pantorrilla y muslo).
16. Subida de una pierna lateralmente.
17. Movimiento de cuello hacia adelante y hacia abajo.
18. Doblado del cuello a los costados.
19. Girar el cuello.

TIEMPO DE TRABAJO: 60 minutos.

RECURSOS HUMANOS: 2 funcionarios.

RECURSOS MATERIALES: equipo de música y sillas.

ETAPAS:

- Se explica en qué consiste la actividad y lo que vamos a hacer en esta instancia (5 minutos)
- Se realiza un pre calentamiento haciendo que los adultos caminen 5 minutos en el patio.
- Se los ubica dentro del salón y se comienza con la rutina de los ejercicios en el tiempo restante.

Se intercalarán en próximas rutinas de ejercicio la incorporación de ejercicio con pelotas y aros.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación contribuirá no solo al ámbito académico, sino también a Organizaciones estatales que dirigen su atención al Adulto Mayor.

La investigación fue realizada previa autorización de la Institución: Dirección Segundo Nivel ASSE, Dirección Técnica del Hogar, Dirección Técnica de residenciales privados.

Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos aportados por los Adultos Mayores, el personal del Hogar de ancianos y el personal de los residenciales privados.

Se hace la salvedad de que existen situaciones particulares de dependencia total (paciente geriátrico) y deterioro cognitivo severo los cuales no participaron de la muestra por su propia condición funcional que los inhabilita de poder participar de las acciones planteadas en la intervención; debiéndose plantear para éste grupo otra intervención con acciones específicas.

El consentimiento se realizó por escrito en quienes participaron de la muestra seleccionada. (Consentimiento informado).

Se harán talleres de intercambio y devolución de los resultados obtenidos.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la intervención realizada al Hogar de Ancianos de Trinidad y a cinco Residenciales Privados del Departamento de Flores en un período de tres meses. Previamente se realizó la caracterización de la población, de la cual se desprenden la muestra de residentes a los cuales se les aplicó la intervención en las áreas cognitiva, afectiva y ABVD.

Cabe aclarar que diferenciamos las muestras ya que la aplicación de la correspondiente intervención se realizó en una institución estatal y en 5 instituciones privadas, así como para el logro de un análisis más pormenorizado de los datos.

POBLACIÓN DEL HOGAR TRINIDAD

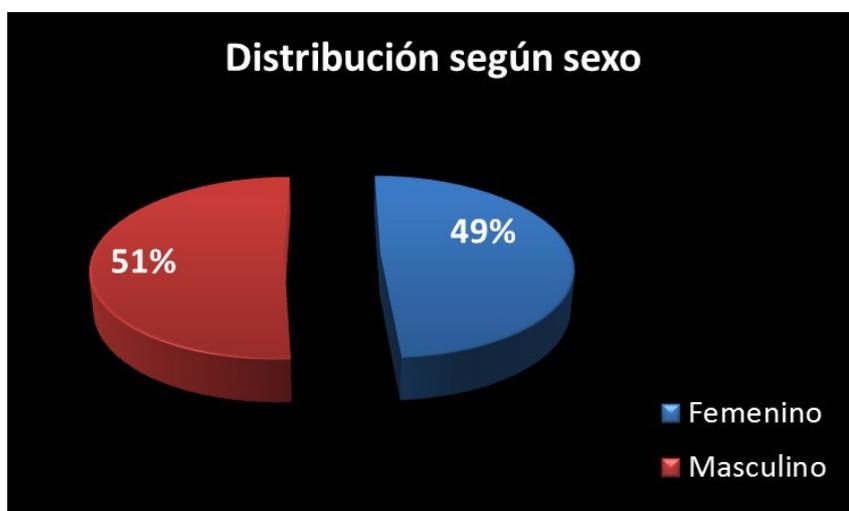
En el Hogar de Trinidad nos encontramos con una población total de 45 residentes.

Caracterización de la población

Tabla N° 1 - Distribución según sexo de los residentes

Sexo	F.A.	F.R. %
Femenino	22	49 %
Masculino	23	51 %
Total	45	100 %

Gráfico N° 1 – Distribución según sexo



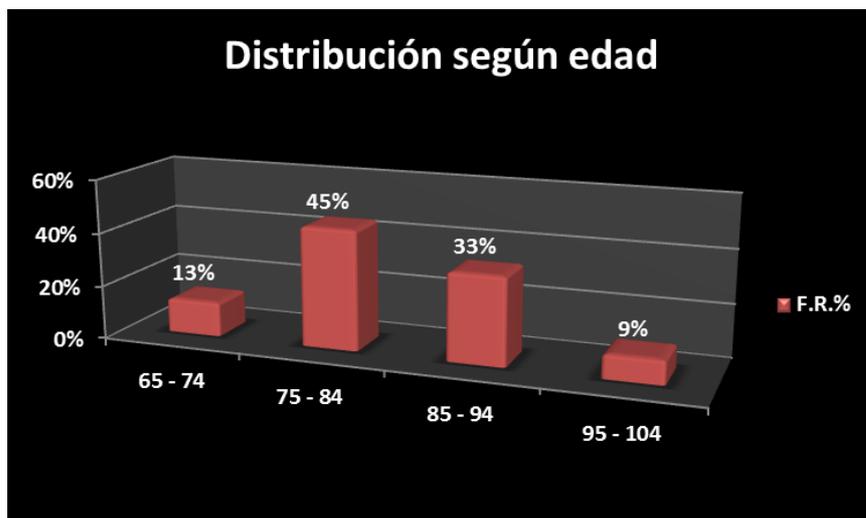
Se obtuvo que de la población estudiada el 51 % corresponde al sexo masculino, mientras que el 49 % restante corresponden al sexo femenino. Cabe destacar que lo que nos dice la bibliografía es que la institucionalización es mayor para el sexo femenino, lo cual en éste caso es casi de un 50% para cada uno, superando inclusive al sexo masculino. Creemos que esto está relacionado en parte por las características del medio rural en el Departamento de Flores, en donde encontramos un gran número de adultos mayores del sexo masculino que viven solos, que generalmente son derivados por Trabajadora Social al Hogar de Trinidad.

Tabla N° 2 - Distribución según edad

Edad	F.A.	F.R.%
65 – 74	6	13 %
75 – 84	20	45 %
85 – 94	15	33 %
95 – 104	4	9 %
Total	45	100

Media = 83 años

Gráfico N° 2 – Distribución según edad

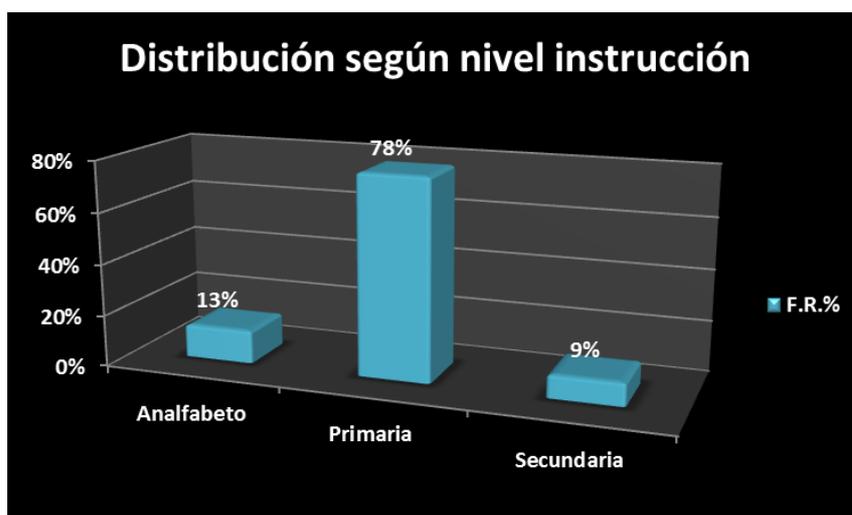


En relación a la edad se destaca con un 45 % el intervalo de edades entre los 75 – 84 años, seguido entre los 85 – 94 años por un 33 % y entre los 65 – 74 años por un 13%. Encontramos un 9% entre los 95 – 104 años. La media de Edad es de 83 años. Estos valores nos muestran que el 87% de la población estudiada correspondieron a ancianos frágiles, ya que presentaban 75 años o más y se encontraban institucionalizados.

Tabla N° 3 - Distribución según nivel de instrucción

Nivel Instrucción	F.A.	F.R.%
Analfabeto	06	13 %
Primaria	35	78 %
Secundaria	04	09 %
Total	45	100 %

Gráfico N° 3 – Distribución según nivel de instrucción

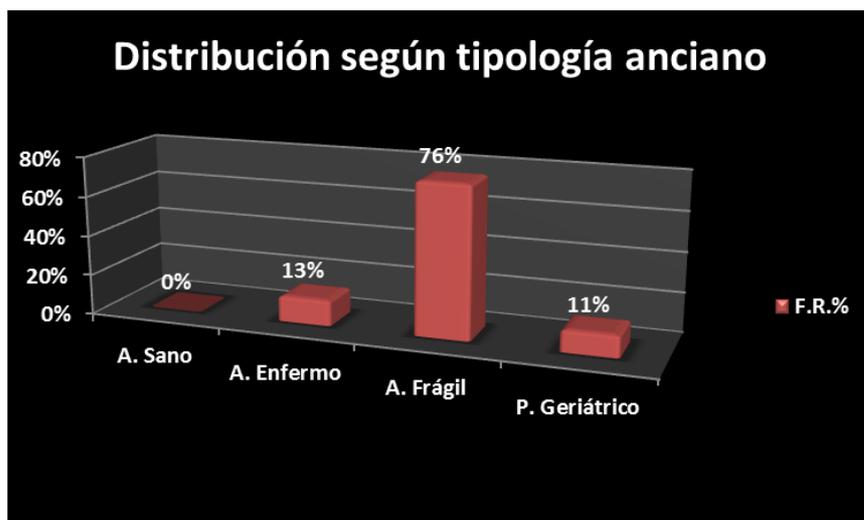


En lo que respecta al nivel de instrucción se obtuvo que un 78 % de la población estudiada presentaba primaria completa, el 13 % era analfabeto y el 9 % presentaba secundaria.

Tabla N° 4 - Distribución según tipología del anciano

Tipología del anciano	F.A.	F.R.%
Anciano Sano	0	0
Anciano Enfermo	6	13
Anciano Frágil	34	76
Paciente geriátrico	5	11
Total	45	100

Gráfico N° 4 – Distribución según tipología del anciano

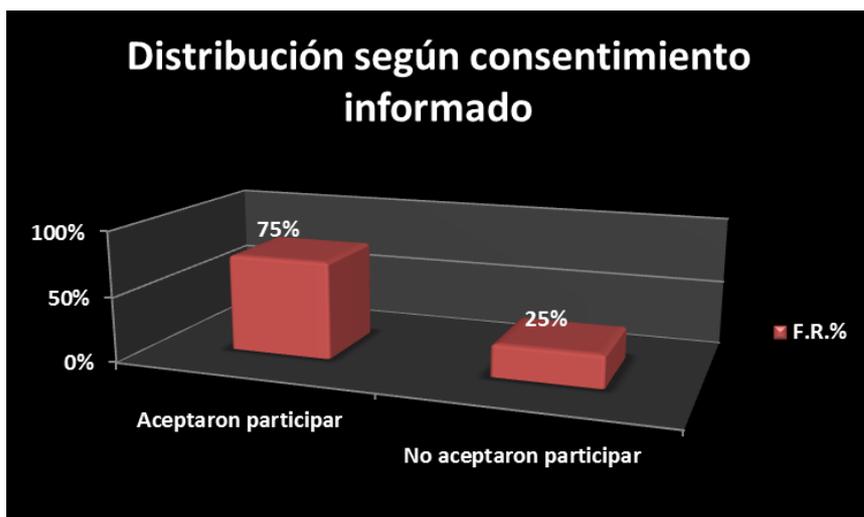


Según tipología del anciano el 76% eran adultos mayores frágiles, el 13 % eran adultos mayores enfermos y el 11 % restante pacientes geriátricos (dependientes totales).

Tabla N° 5 - Distribución según consentimiento informado

Consentimiento informado	F.A.	F.R.%
Aceptaron participar	30	75 %
No aceptaron participar	10	25 %
Total	40	100 %

Gráfico N° 5 – Distribución según consentimiento informado



Del 89% de los residentes que no eran pacientes geriátricos, un 75% aceptó participar del programa.

Tabla N° 6 – Tabla comparativa entre sexo y consentimiento informado

Variables	Consentimiento informado					
	Aceptaron participar		No aceptaron participar		Total	
	F.A.	F.R. %	F.A.	F.R. %	F.A.	F.R. %
Sexo Femenino	19	86 %	2	14 %	21	53 %
Sexo Masculino	11	48 %	8	52 %	19	47 %
Total	30	75 %	10	25 %	40	100 %

De los residentes que aceptaron participar, el porcentaje mayor fue de mujeres en un 86%.

Tabla N° 7 – Tabla comparativa entre edad y consentimiento informado

Variables	Consentimiento informado					
	Aceptaron participar		No aceptaron participar		Total	
	F.A.	F.R. %	F.A.	F.R. %	F.A.	F.R. %
65 – 74 años	3	50 %	3	50 %	6	15 %
75 – 84 años	14	74 %	5	26 %	19	48 %
85 – 94 años	10	83 %	2	17 %	12	30 %
95 – 104 años	3	100 %	0	0 %	3	7 %
Total	30	75 %	10	25 %	40	100 %

Si comparamos la edad con el consentimiento informado podemos observar que los intervalos de edad en que mayoritariamente aceptaron participar fueron entre los 75 – 84 años en un 74% y entre los 85 – 94 años en un 83%.

La muestra en el Hogar de Trinidad fue de 27 residentes, en los cuales se aplicó el estudio. De la misma se obtuvieron los siguientes datos pre y post aplicación de la valoración en las áreas cognitivas, afectivas y de las ABVD:

Tabla N° 8 - Tabla comparativa según grado de deterioro funcional.

Variables	Deterioro funcional		Media Pre test	Media Pos test	p- valor	Significación al 5%
	F. R. % Pre test	F. R. % Pos test				
Independiente	15 %	15 %	4	4	No se puede calcular	No es significativo
Dependencia leve	56 %	63 %	15	17	0,161	No es significativo
Dependencia moderada	22 %	18 %	6	5	0,574	No es significativo
Dependencia grave	7 %	4 %	2	1	0,327	No es significativo
Total	100 %	100 %	27	27		

La siguiente tabla nos muestra que no se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en el área funcional (ABVD).

Tabla N° 9 - Tabla comparativa según grado de deterioro cognitivo

Variables	Deterioro cognitivo		Media Pre test	Media Pos test	p- valor	Significación al 5%
	F. R.% Pre test	F. R.% Pos test				
Sin deterioro cognitivo	33 %	33 %	9	9	No se puede calcular	No es significativo
Deterioro cognitivo leve	48 %	48 %	13	13	No se puede calcular	No es significativo
Deterioro cognitivo moderado	19 %	19 %	5	5	No se puede calcular	No es significativo
Total	100 %	100 %	27	27		

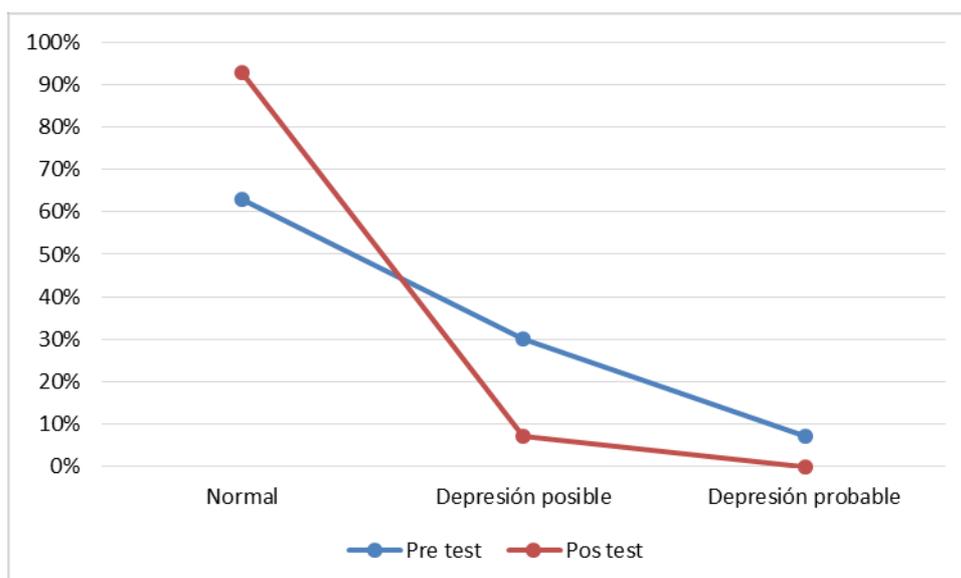
La siguiente tabla nos muestra que no se pudo calcular el p-valor ya que no se presentó diferencia en el área cognitiva en el pre y pos test.

Tabla N° 10 - Tabla comparativa según presencia de depresión

Variables	Presencia de Depresión		Media Pre test	Media Pos test	p- valor	Significación al 5%
	F. R.% Pre test	F. R.% Pos test				
Normal	63 %	93 %	17	25	0,003	significativo al 5%
Depresión posible	30 %	7 %	8	2	0,056	significativo al 10%
Depresión probable	7 %	0 %	2	0	0,161	no significativo
Total	100 %	100 %	17	25	0,003	significativo al 5%

La siguiente tabla nos muestra que la diferencia es estadísticamente significativa al 5% en la depresión normal y significativa al 10% en la depresión posible. No existiendo diferencias significativas en la depresión probable.

Gráfico N° 6 - Gráfico comparativo según presencia depresión



En el gráfico comparativo según presencia de depresión entre el pre test y el pos test se observa un 30% de los residentes logra alcanzar los valores dentro de lo normal, un 7% alcanza una depresión posible, un 0% depresión probable.

A continuación se presentan los valores de la media aritmética y prueba de significación para el pre test y pos test de la variable estudiada en la población de residentes que participaron de la intervención.

Tabla N° 11 – Presentación valores de media aritmética y prueba de significación

VARIABLES	Media		Prueba de significación	
	Pre test	Pos test	P - valor	Significancia al 5%
Grado deterioro funcional – Barhel	73,519	76,481	0,005	es significativo
Grado deterioro cognitivo – Minimental	21,778	22,074	0,387	no es significativo
Nivel de depresión – Yesavage	4,444	2,667	0,001	es significativo

Como se puede apreciar en la tabla N° 11 luego de aplicada la intervención a la muestra en residentes del hogar Trinidad, se puede observar que en promedio general si hubieron cambios tanto en las áreas funcional como afectiva; no obteniendo diferencias en el área cognitiva. Cabe aclarar que la muestra es chica para analizar categoría por categoría, por lo cual los datos en las tablas 8,9 y 10 nos arrojan como resultado en su mayoría que no es significativo.

POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DE RESIDENCIALES PRIVADOS

En los cinco Residenciales Privados nos encontramos con una población total de 91 residentes.

Caracterización de la población

Tabla N° 12 - Distribución según sexo de los residentes

Sexo	F.A.	F.R. %
Femenino	69	76 %
Masculino	22	24 %
Total	91	100 %

Gráfico N° 7 – Distribución según sexo



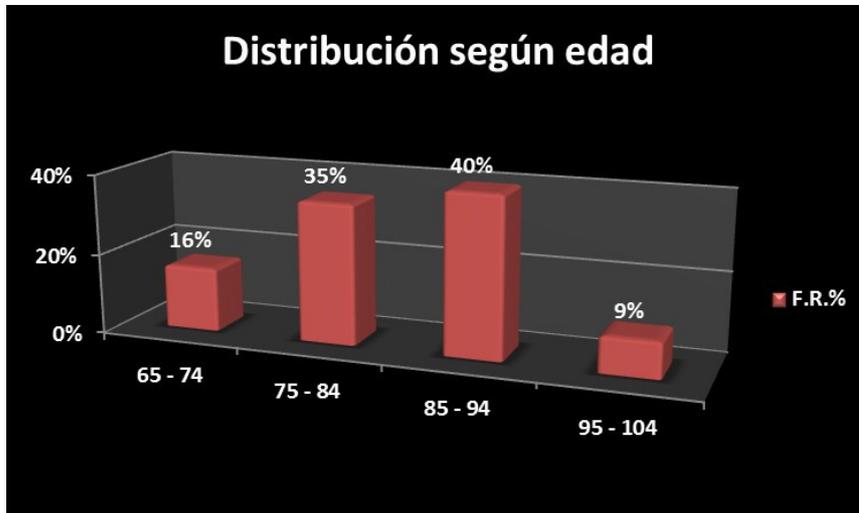
Se obtuvo que de la población estudiada el 76 % correspondió al sexo femenino, mientras que el 24% restante correspondió al sexo masculino. En la población perteneciente a los residenciales privados nos encontramos con una población mayoritariamente femenina, lo cual concuerda con lo que se plantea en la bibliografía.

Tabla N° 13 - Distribución según edad de los residentes

Edad	F.A.	F.R.%
65 – 74	15	16 %
75 – 84	32	35 %
85 – 94	36	40 %
95 – 104	8	9 %
Total	91	100 %

Media = 84 años

Gráfico N° 8 – Distribución según edad

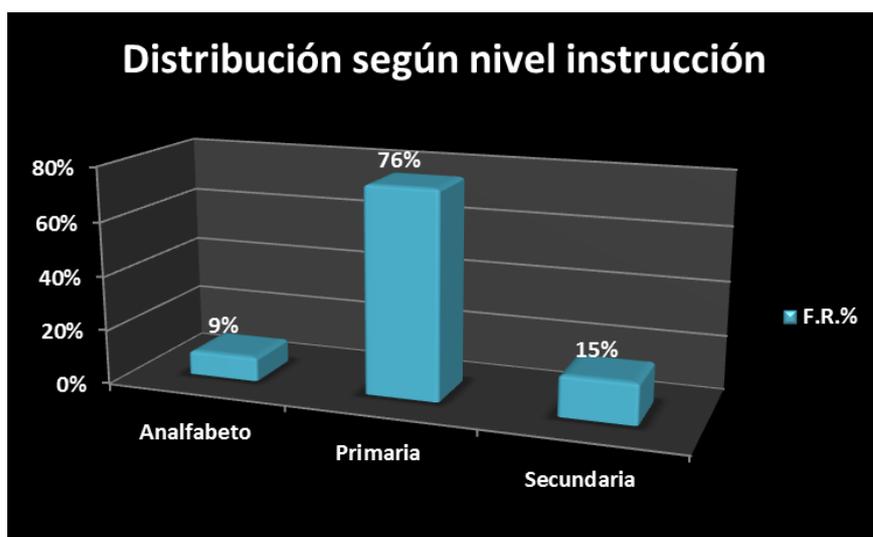


En relación a la edad se destacó con un 40 % el intervalo de edades entre los 85 – 94 años, seguido entre los 75 – 84 años de edad por un 35 % y entre los 95 – 100 años de edad por un 9%. La media fue de 84 años. Estos datos nos muestran que un 84% de la población eran adultos frágiles ya que superaban los 75 años y se encontraban institucionalizados.

Tabla N° 14 - Distribución según nivel de instrucción

Nivel Instrucción	F.A.	F.R.%
Analfabeto	8	9 %
Primaria	69	76 %
Secundaria	14	15 %
Total	91	100

Gráfico N° 9 – Distribución según nivel instrucción

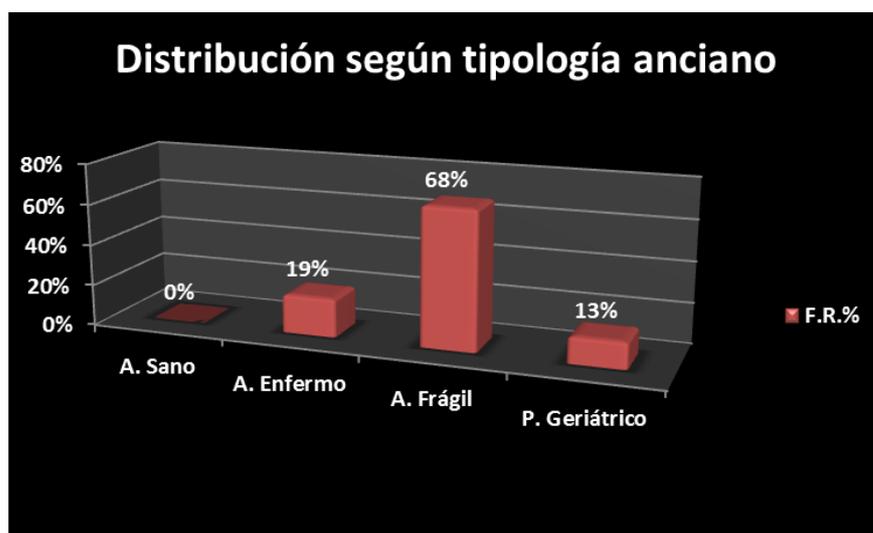


En lo que respecta al nivel de instrucción se obtuvo que un 76 % de la población estudiada presentaba primaria completa, el 15 % secundaria y el 9 % era analfabeto.

Tabla N° 15 - Distribución según tipología del anciano

Tipología del anciano	F.A.	F.R.%
Anciano Sano	0	0 %
Anciano Enfermo	17	19 %
Anciano Frágil	62	68 %
Paciente geriátrico	12	13 %
Total	91	100

Gráfico N° 10 – Distribución según tipología del anciano

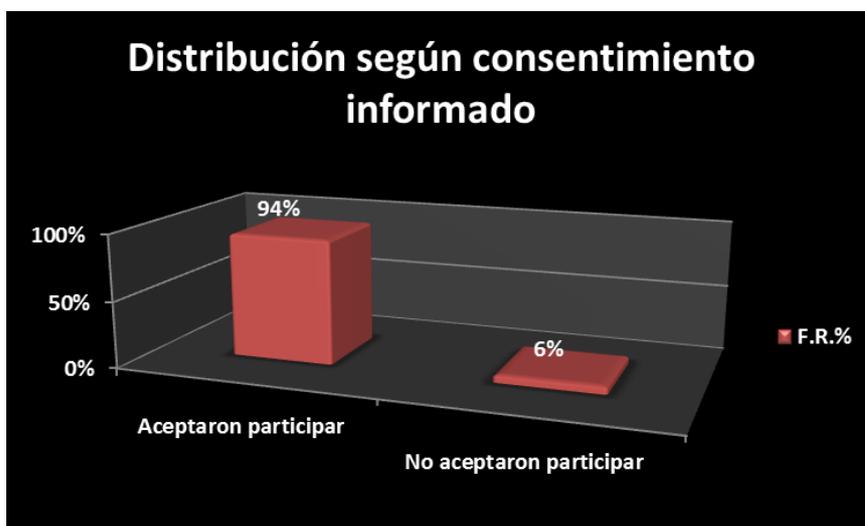


Según tipología del anciano el 68% eran adultos mayores frágiles, el 19 % de los adultos mayores enfermos y el 13 % restante eran pacientes geriátricos (dependientes totales).

Tabla N° 16- Distribución según consentimiento informado

Consentimiento informado	F.A.	F.R. %
Aceptaron participar	74	94 %
No aceptaron participar	5	6 %
Total	79	100

Gráfico N° 11 – Distribución según consentimiento informado



Del 87% de los residentes que no eran pacientes geriátricos, el 74% aceptaron participar.

Tabla N° 17 – Tabla comparativa entre sexo y consentimiento informado

Variables	Consentimiento informado					
	Aceptaron participar		No aceptaron participar		Total	
Sexo	F.A.	F.R. %	F.A.	F.R. %	F.A.	F.R. %
Sexo Femenino	59	100 %	0	0 %	59	75 %
Sexo Masculino	15	75 %	5	25 %	20	25 %
Total	74	94 %	5	6 %	79	100 %

En relación al consentimiento informado el 100% de las mujeres y el 75% de los hombres aceptaron participar del programa.

Tabla N° 18 – Tabla comparativa entre edad y consentimiento informado

Variables	Consentimiento informado					
	Aceptaron participar		No aceptaron participar		Total	
	F.A.	F.R. %	F.A.	F.R. %	F.A.	F.R. %
65 – 74 años	15	100 %	0	0 %	15	16 %
75 – 84 años	30	94 %	2	6 %	32	35 %
85 – 94 años	33	92 %	3	8 %	36	40 %
95 – 104 años	8	100 %	0	0 %	8	9 %
Total	86	95 %	5	5 %	91	100 %

En relación a la participación por grupos etarios se tuvo en general una participación satisfactoria con un 100% entre los 65 – 74 y entre los 95 – 104 años, un 94% entre los 75 – 84 años y un 92% entre los 85 – 94 años.

MUESTRA DE ADULTOS MAYORES DE RESIDENCIALES PRIVADOS.

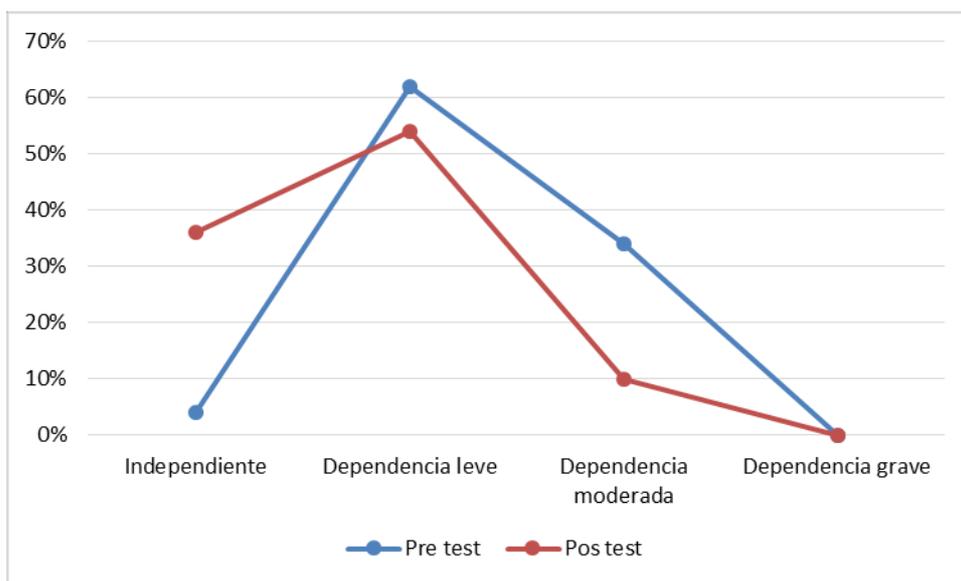
El total de residentes que correspondieron a la muestra de los residenciales privados del Departamento de Flores fue de 74 residentes.

Tabla N° 19 - Tabla comparativa según grado de deterioro funcional

Variables	Deterioro funcional		Media Pre test	Media Pos test	p- valor	Significación al 5%
	F. R.% Pre test	F. R.% Pos test				
Independiente	4 %	36 %	,0405	,3514	,000	Significativo al 5%
Dependencia leve	62 %	54 %	,5946	,5541	0,658	No es significativo
Dependencia moderada	34 %	10 %	,3649	,0946	,000	Significativo al 5%
Dependencia grave	0 %	0 %	0	0	0	
Total	100 %	100 %				

En la tabla N° 19 podemos observar que la diferencia es estadísticamente significativa al 5% en las variables independiente y moderada del área funcional, no siendo significativa en la variable deterioro funcional leve.

Gráfico N° 12 - Comparativo entre pre test y pos test según grado deterioro funcional



En el gráfico comparativo entre el pre y el pos test se puede observar un 24% de residentes con dependencia moderada y un 8% de residentes con dependencia leve que lograron alcanzar la independencia funcional luego de la intervención.

Tabla N° 20 - Tabla comparativa según grado de deterioro cognitivo

Variables	Deterioro cognitivo		Media Pre test	Media Pos test	p-valor	Significación al 5%	Significación al 10%
	F. R. % Pre test	F. R. % Pos test					
Sin deterioro cognitivo	50 %	57 %	,5135	,5676	,103	No es significativo	No es significativo
Deterioro cognitivo leve	39 %	38 %	,3919	,3784	,741	No es significativo	No es significativo
Deterioro cognitivo moderado	11 %	5 %	,0946	,0541	,083	No es significativo	Significativo al 10%
Total	100 %	100 %					

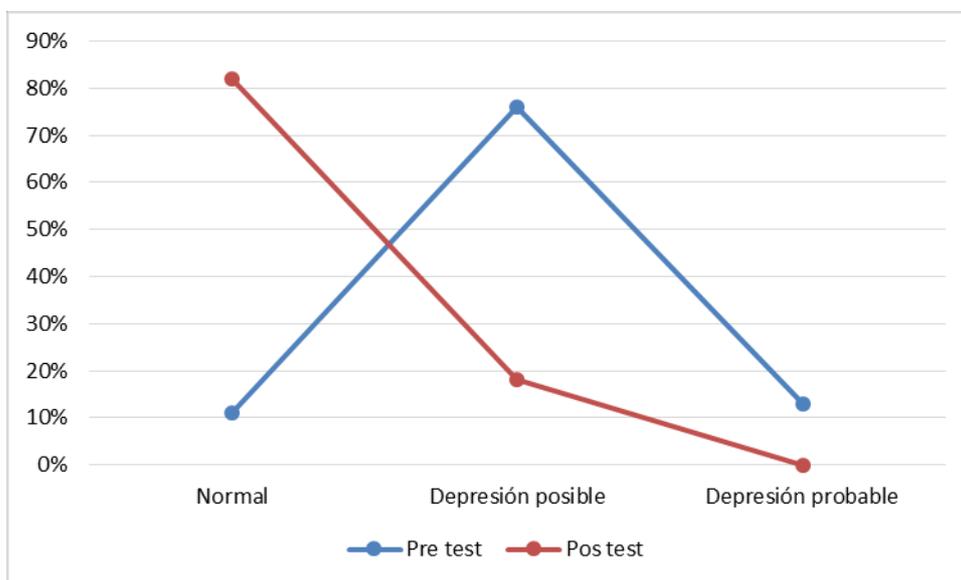
La tabla nos muestra que en lo que respecta al área cognitiva las diferencias no han sido significativas luego de la intervención; siendo sólo en el deterioro cognitivo moderado, significativa al 10%.

Tabla N° 21 – Tabla comparativa según presencia de depresión

Variables	Presencia Depresión		Media Pre test	Media Pos test	p- valor	Significación al 5%
	F. R.% Pre test	F. R.% Pos test				
Normal	11 %	82 %	,0946	,8243	,000	Significativo al 5%
Depresión posible	76 %	18 %	,7703	,1757	,000	Significativo al 5%
Depresión probable	13 %	0 %	,1351	,0000	,001	Significativo al 5%
Total	100 %	100 %				

La tabla N° 21 nos muestra que luego de la intervención en el área afectiva, la diferencia es estadísticamente significativa al 5%, dándonos un 95% de confianza en las estimaciones.

Gráfico N° 13 - Comparativo entre pre test y pos test según presencia depresión



En el gráfico comparativo según presencia de depresión entre el pre y el pos test se observa un 82% de los residentes logra alcanzar los valores dentro de lo normal, un 18% alcanza una depresión posible y un 0% depresión probable.

A continuación se presentan los valores de la media aritmética y prueba de significación para cada variable estudiada en la población de residentes que participaron de la intervención.

Tabla N° 22 – Presentación valores de media y prueba significación estadística para las áreas funcional (ABVD), cognitiva y afectiva.

VARIABLES	Media		Prueba de significación	
	pretest	posttest	P – valor	Significación al 5%
Grado deterioro funcional	70,74	84,12	,000	es significativo
Grado deterioro cognitivo	24,61	26,09	,000	es significativo
Nivel de depresión	7,85	3,14	,000	es significativo

Como se puede apreciar en la tabla N° 22 luego de aplicada la intervención a la muestra en residenciales privados, se puede observar que en promedio general si hubieron cambios tanto en las áreas funcional, cognitiva y afectiva. Cabe aclarar que la muestra en los residenciales es mayor para analizar categoría por categoría, por lo cual los datos en las tablas 19 y 21 nos arrojan como resultado en su mayoría que es significativo, salvo en lo cognitivo como muestra la tabla N° 20.

DISCUSIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define el estado de salud entre los adultos mayores no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional (OPS/OMS, 1982).

Si se desea aumentar los niveles de funcionalidad del anciano, se debe detectar en forma anticipada aquellas situaciones presentes en el adulto mayor que coloquen en riesgo la mantención de ella, con la ayuda de instrumentos creados específicamente para este fin (Pedraza, 1992).

En la práctica gerontológica, según Krassoievitch (1998) se hace indispensable capacitar a toda la población acerca del concepto de vejez, de su re significación tanto en el lenguaje como en el pensamiento, en donde todos los elementos que pertenecen a ella se agencien en pro de la sana auto percepción de la adultez y del mejoramiento de su calidad de vida, poniendo a su favor todo el conocimiento de protección de sus derechos.

En éste estudio se está frente a un grupo que requiere atención y cuidados que superen las limitaciones del paradigma biomédico. Es así como el propósito de los cuidados en salud, en particular para los profesionales de enfermería; quienes tienen especial orientación hacia el cuidado, será evitar que estas limitaciones se conviertan en impedimentos para el desarrollo de actividades que el adulto mayor necesite o desee realizar, y se deberán esforzar en disminuir el nivel de dependencia y las oportunidades en que se requiera ayuda asistencial.

Antes de realizar una intervención de enfermería en las áreas cognitivas, funcional y afectiva a nivel Nacional en establecimientos de larga estadía para personas mayores, lo cual resultaría mucho más complejo y costoso; la autora ha pretendido saber si “merece la pena”; es decir, si se traduce en una mejora significativa en el estado funcional de los residentes de dichos establecimientos. Para ello se seleccionaron 6 establecimientos del Departamento de Flores para llevar a cabo la intervención y recoger datos de antes y después de la aplicación de la misma. Se realizó muestreo no probabilístico, intencional o de conveniencia para la obtención de la muestra de

estudio. No se realizó un muestreo probabilístico debido al número y las características de la población a estudiar.

Se contaron con datos apareados, los cuales provienen de la medición de una variable (áreas cognitiva, afectiva y funcional) en el mismo individuo (residentes) antes y después de la aplicación de un tratamiento (intervención de enfermería).

Con ello se pretendió disponer de medidas por pares tomadas en condiciones muy semejantes para que, a priori, las 2 unidades experimentales que comparamos fueran lo más iguales posibles. Esto nos permitió:

- Reducir la variabilidad poblacional: para detectar diferencias
- Controlar el efecto de otros factores: para evitar achacar diferencias debidas a otros factores^{50,51}.

Se calculó el nivel de significación de 0,05 para todas las variable (95% de confianza en las estimaciones, lo que implica que la probabilidad de equivocarse es de un 5%). Para ello se examinó el nivel p de la prueba. En los casos en que el valor p de la prueba estaba por debajo del nivel de significancia especificado previamente, nos permitió decir que la diferencia resultó estadísticamente significativa, rechazando así la hipótesis nula de la prueba.

Los resultados expuestos luego de aplicada la intervención a la muestra en residentes del hogar Trinidad, nos permitieron observar que en promedio general si hubieron cambios tanto en las áreas funcional como afectiva; no obteniendo diferencias en el área cognitiva. Cabe aclarar que la muestra en el hogar Trinidad fue pequeña para analizar categoría por categoría, por lo cual los datos nos arrojan como resultado en su mayoría que no fue significativo.

En cambio los resultados expuestos luego de aplicada la intervención a la muestra en residentes de residenciales privados, nos permitieron observar que en promedio general si hubieron cambios tanto en las áreas funcional, cognitiva y afectiva. Cabe aclarar que la muestra en los residenciales es mayor para analizar categoría por categoría, por lo cual los datos en el análisis del

⁵⁰ Meyer, P. Probabilidad y aplicaciones estadísticas. 1992.

⁵¹ Peña, D. Fundamentos de Estadística. 2001. Capítulo 10.

área funcional y afectiva nos arrojan como resultado en su mayoría que es significativo, con la excepción del área cognitiva.

A partir de la implementación de dicho estudio se apunta a encausar esfuerzos destinados a la aplicación de intervenciones de enfermería permanentes, que fortalezcan el desarrollo, así como la formación integral, la salud y la recreación de la población adulta mayor, inspirados en nuevas tendencias y cambios culturales. Éstos deben servir como herramienta para demostrar que se puede trabajar desde la enfermería profesional en pro de evitar el deterioro intelectual y funcional, siendo lo más importante el proporcionar experiencias de aprendizaje a las personas mayores y mantener un entorno rico y estimulante.

Los resultados encontrados en el promedio general luego de la implementación de las intervenciones de enfermería en las áreas afectiva y funcional en adultos mayores institucionalizados coinciden con otras investigaciones las cuales señalan mejoras significativas en las mediciones de las funciones motrices y afectivas tras la aplicación de programas de activación psicomotriz, cognitivos o combinados como el de “Memoria en Movimiento” (Rey Cao, 2012), el cual integra en el mismo módulo y en todas las tareas el trabajo cognitivo con el motriz. En la misma se presenta un grupo experimental y un grupo control, siendo notoria las mejoras en el primer grupo luego de su participación en el programa en contraposición a los resultados del segundo grupo.

Los resultados obtenidos en el área cognitiva luego de la implementación de las intervenciones de enfermería no señalaron mejoras significativas. Creemos pertinente que la intervención en próximos estudios se aplique a una muestra de mayor tamaño, así como quizás dedicar más tiempo a la intervención (de 6 meses a 1 año) para que reflejen una mejora en ésta área, como se ha visto en otros estudios similares.

Blanca Siza Velva, en su autoría de trabajo de grado presentó la investigación: “Intervención de enfermería en el adulto mayor para mejorar su calidad de vida en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús de Ambato, Ecuador”; considerando que la enfermería constituye un pilar fundamental en la construcción del bienestar físico, psíquico y emocional del

adulto mayor. Realizó un estudio descriptivo del cual concluye, luego de la aplicación del instrumento evaluativo, que resulta necesario el diseño de un documento que sirva como herramienta de apoyo a las intervenciones de enfermería para de ésta forma aportar el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

Desde el punto de vista de la administración la implementación de la intervención de enfermería nos ha permitido gestionar el cuidado en las instituciones en que se ha aplicado, permitiéndonos planificarnos una intervención en base a la caracterización previa de la población de adultos mayores, para luego evaluar los resultados sobre dicha población y poder reformular las intervenciones si así lo requiere. Hemos abordado una población en la cual la bibliografía nacional e internacional nos recalcan la relevancia de trabajar las diferentes áreas: funcional, cognitiva y afectiva para mantener así la mayor autonomía y funcionalidad.

Creemos que el hecho de implementar intervenciones de enfermería en el área específica de la geronto-geriatria nos permitirá cambiar la visión de los hogares y residencias, la cual no aparece como una elección, sino más bien como la última opción. Permitirá cambiar el concepto de hogar o residencia para adultos mayores, siempre y cuando estos centros comiencen a optar, animados por la administración, a implantar planes de gestión del cuidado.

Según la O.M.S. el desafío al cual se asoman los servicios de salud será bidireccional, en un sentido la atención del Adulto Mayor y en la otra dirección la atención del adulto mayor con la cronicidad de la enfermedad. Esto exige una reorientación de los sistemas de salud, los cuales hoy están centrados en la enfermedad; la necesidad de que la salud se apoye en un modelo de atención basado en promoción y prevención, enfatizando el auto cuidado y el enfoque preventivo. Un modelo que utilice herramientas las cuales permitan evaluar la intervención clínica en problemas específicos del Adulto Mayor y que orienten a ésta hacia la educación y capacitación.

CONCLUSIONES

A través de este estudio podemos evaluar que el efecto de las intervenciones de enfermería no fue significativo en todas las áreas en las cuales se aplicó la intervención, existiendo diferencias entre lo público y los privados. Es importante aclarar que en el promedio general si hubieron cambios, fundamentalmente en el área funcional (ABVD) y en lo afectivo, tanto en los establecimientos privados como en el público; siendo en éste último el tamaño de la muestra muy pequeño para poder analizar categoría por categoría, por lo cual los datos nos arrojan como resultado en su mayoría que no fue significativo. Así lo muestra a continuación en forma resumida la tabla N° 23.

Tabla N° 23 – Tabla en donde se presentan datos generales del estudio

VARIABLES		Muestra Hogar Trinidad	Muestra Residenciales		
Sexo	F	49 %	76 %		
	M	51 %	24 %		
Edad	Media	83 años	84 años		
MUESTRA HOGAR ANCIANOS					
VARIABLES		Media	Prueba de significación		
		Pre test	Pos test	P – valor	Significación al 5%
Grado deterioro funcional – Barhel		73, 519	76,481	0,005	es significativo
Grado deterioro cognitivo – Minimental		21,778	22,074	0,387	no es significativo
Nivel de depresión – Yesavage		4,444	2,667	0,001	es significativo
MUESTRA RESIDENCIAS					
VARIABLES		Media	Prueba de significación		
		pretest	Postest	P – valor	Significación al 5%
Grado deterioro funcional		70,74	84,12	,000	es significativo
Grado deterioro cognitivo		24,61	26,09	,000	es significativo
Nivel de depresión		7,85	3,14	,000	es significativo

Dicha investigación nos arroja datos que nos permite sugerir que es fundamental la aplicación de éste tipo de intervenciones de enfermería en

forma temprana para evitar o enlentecer el deterioro funcional asociado a la edad; prevenir además la aparición de complicaciones de diferente índole en esta población, sin dejar de lado la autoestima, ni olvidar el componente afectivo.

Creemos que los resultados de dicha investigación nos permiten acercarnos al conocimiento de la realidad de los establecimientos de larga estadía en el Departamento de Flores; nos brinda el puntapié inicial para realizar otro tipo de estudios a nivel Departamental y Nacional, que nos permitan mayor control sobre las variables, así como mayor validez interna.

BIBLIOGRAFÍA

- Alesina L, Bertoni M, Mascheroni P, Moreira N, Picasso F, Ramírez J, Rojo V. Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial. Universidad de la República Uruguay, 2011.
- Alonzo Jiménez R, Moros García MT. Intervención psicomotriz en personas mayores. TOG (A Coruña) (Revista en Internet). 2011 (12 noviembre 2014); 8 (14): (13 p.). Disponible en: <http://www.revistatog.com./num14/pdsf/original10.pdf>
- Ayuso Murillo D, La Gestión de Enfermería y la División Médica como Dirección Asistencial, Editorial Díaz de Santos, España, 2007.
- Brevis Urrutia I, Valenzuela Suazo S, Zález Carrillo K. Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre la modificación de factores de riesgo coronario. Concepción, Chile. Ciencia y Enfermería XX (3): 43 – 57, 2014.
- Encuentro de Grupo de trabajo Interinstitucional, Consejo Nacional de Política Social y Gabinete Social, “Hacia un Modelo Nacional de Cuidados”, Mides, septiembre, 2012.
- Fernández A, Manrique-Abril F. Efecto de la intervención educativa en la Agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Sudamérica. Ciencia y Enfermería XVI (2): 83 – 97, 2010.
- García López MV, Rodríguez Ponce C, Toronjo Gómez AM. Enfermería del Anciano. Editorial Difusión Avances de Enfermería. Madrid – España, Enero 2001.
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista P., Metodología de la Investigación. Tercera Edición México. Editorial Mc Graw Hill, 2003.
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista P., Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. México. Editorial Mc Graw Hill, 2006.
- Ketzoian Carlos, et al, Estadística Médica. Conceptos y aplicaciones al inicio de la formación médica. Primera Edición corregida. Ed. Oficina del Libro FEFMUR. Montevideo, marzo 2004.
- Meyer, P. Probabilidad y aplicaciones estadísticas. 1992.

-  Olave-Sepúlveda C, Ubilla-Bustamante P, Programa de activación psicomotriz en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo y depresión. *Psicogeriatría* 2011; 3 (4): 173 – 176. Disponible en: www.viguera.com/sepg
-  Ordoqui Castilla, Gustavo, Código de Derecho Médico. Colección códigos de la ROU, Edición recopilada. Ed. Del Foro. Actualización 2012.
-  Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. Evaluación de la situación y adopciones de políticas para la atención de la población de edad avanzada. Washington DC, EE.UU, 1982. Documento Oficial N° 179.
-  Pedraza, M. Autonomía funcional en ancianos. *Rev. Rol de Enfermería*, 15 (172): 15-19. España 1992.
-  Peña, D. Fundamentos de Estadística. 2001. Capítulo 10.
-  Pineda, E. et al. Metodología de la investigación. 3era. Edición. Organización Panamericana de la Salud. 2008.
-  Rey Cao A, Canales Lacruz I, Mejoras cognitivas y perceptivo-motrices en personas mayores participantes en un programa de estimulación integral cognitivo-motriz. *Rev. Bras. Geriatria Gerontologia*, Rio de Janeiro, 2012; 15(1):27-39. Disponible en www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n1/04.pdf.
-  Robbins S, Judge T, Comportamiento organizacional, Edición 13ª, Editorial Pearson Educación, México, 2009.
-  Robles Obando N, Metodología para la evaluación de la eficacia y la eficiencia en la capacitación del recurso humano. *Tecnología en Marcha*, Vol. 21, N.º 4, Octubre – Diciembre 2008, P. 51-59.
-  Rodríguez, R.A.P. et al. Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. *Revista latino-am.enfermagem*, Ribeirao Preto, v. 9, n.1,p. 7-12, janeiro 2001.
-  Sanhueza Parra M, et al. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en Salud. *Rev. Ciencia y Enfermería* XI (2): 17-21, 2005.
-  Siza Velva, Blanca. Intervención de enfermería en el adulto mayor para mejorar su calidad de vida en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de

Jesús de Ambato, período setiembre del 2014 a febrero del 2015.
Universidad Técnica de Ambato. Marzo 2015.

<http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/9502>

- Stoner J, Freeman R, Administración, 6ª Edición, Editorial Pearson Prentice Hall, México, 1996
- Torres Esperón M, Urbina Laza O, Funciones y Competencia en Enfermería, Editorial Ciencias Médicas, Habana 2008.
- Zarate Grajales R, La Gestión del Cuidado de Enfermería. Revista Index de Enfermería v.13 n.44-45 Granada primavera/verano 2004. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000100009>.
- Valencia C, López-Alzate E, Tirado V, Zea-Herrera MD, Lopera F, Rupprecht R, et al. Efectos Cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. Revista de Neurología 2008; 46 (8): 465 – 471.

CRONOGRAMA

DIAGRAMA DE GANTT

ACTIVIDADES A REALIZAR

AÑO	2015											16
MES	Mar	Abril	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	En	
Elección del tema	■	■										
Revisión bibliográfica	■	■	■									
Planteamiento del problema			■									
Elaboración del marco teórico			■	■	■							
Planteamiento de Objetivos			■	■								
Diseño Metodología						■	■	■				
Intervención									■	■	■	

ANEXOS

ANEXO 1

Publicada D.O. 19 ago/004 - N° 26570

Ley N° 17.796

PROMOCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1°.- La presente ley tiene como objetivo la promoción integral de los adultos mayores, entendiéndose por tales todas las personas que en el momento de alcanzar la edad de sesenta y cinco años tengan residencia permanente, fehacientemente demostrable, en el país, independientemente de su nacionalidad o ciudadanía.

Artículo 2°.- Declárase que son derechos del adulto mayor:

- A) La integración activa en la familia y en la comunidad y el goce de un trato digno y sin ninguna clase de discriminaciones, en todos los órdenes de su vida.
- B) Alcanzar una vejez digna en la que prevalezca el bienestar físico, psíquico y socioeconómico.
- C) Contar con asistencia médica y sanitaria integral y coordinada, incluida la odontológica.
- D) Tener acceso a la educación, a una vivienda adecuada, así como a alimentación y abrigo suficientes.
- E) Tener acceso al esparcimiento, al transporte y a las comunicaciones en todo el territorio nacional.
- F) Tener la seguridad de su integridad psicofísica e intelectual en un marco de justicia y equidad.

Artículo 3°.- El Poder Ejecutivo y el Ministerio de Salud Pública, de acuerdo a las potestades que les confiere el artículo 1° de la Ley N° 17.066, de 24 de diciembre de 1998, en materia de ancianidad, deberán estructurar un Plan Nacional que encare orgánicamente las necesidades del adulto mayor en todos los planos de la vida individual y colectiva, en particular en los aspectos que en el artículo precedente se consagran como sus derechos.

La Dirección General de la Salud de dicho Ministerio coordinará los trabajos tendientes a estructurar el mencionado plan, con un plazo no mayor de un año a partir de la publicación del decreto reglamentario de la presente ley.

Artículo 4°.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo precedente, el Poder Ejecutivo constituirá un grupo de trabajo de apoyo a la mencionada Dirección General, en el que además del Ministerio de Salud Pública deberán tener representación el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y los organismos del Estado que tengan injerencia en cualesquiera de los aspectos que se contemplan en el artículo 2° de la presente ley.

Podrán integrar además dicho grupo entidades privadas, organizaciones no gubernamentales y cualquier otro tipo de instituciones cuyos cometidos estén orientados a fines compatibles con los objetivos de la presente ley, de la manera y en las condiciones que establezca la reglamentación.

Artículo 5°.- Además de cualesquiera otros elementos que puedan ser agregados como materia de regulación para la promoción integral del adulto

mayor por el cuerpo encargado de estructurar el Plan Nacional objeto de la presente ley, serán tomados en cuenta, necesariamente, los siguientes que deberán ser contemplados en el cuerpo final del plan a elaborarse:

A) Salud:

i) Garantizando al adulto mayor acceso a atención integral de su salud, en su prevención, en su asistencia y en eventuales procesos posteriores de rehabilitación, tanto en la esfera pública como en la privada. En esta materia, deberá seguirse el modelo de "cuidados progresivos" privilegiando la atención con base comunitaria, creando alternativas a la hospitalización y generando, además, condiciones que permitan que, cuando fuere posible, la atención se lleve a cabo en el ámbito familiar.

ii) Garantizando al adulto mayor que tanto el sistema de salud público como el privado dispondrán en todo momento de medicación básica para uso gerontológico, al costo más bajo posible, procurando liberarla de todo gravamen fiscal.

iii) Asegurando, mediante un sistema de contralor adecuado, condiciones decorosas en los establecimientos de atención o residencia del adulto mayor (Ley N° 17.066, de 24 de diciembre de 1998).

iv) Creando programas que beneficien al adulto mayor de menores recursos, dándole acceso a una alimentación de buena calidad.

v) Estableciendo condiciones de formación profesional y capacitación para investigadores y médicos especializados en temas relacionados con el envejecimiento, a fin de contar con condiciones de vida sanitariamente adecuadas para el adulto mayor.

vi) Promoviendo la incorporación en los programas de educación para la salud componentes relativos a la adopción de estilos apropiados de vida encaminados a lograr una vejez saludable.

B) Integración social y condiciones de vida:

i) Estimulando la participación activa del adulto mayor en actividades de recreación, educación y vocacionales, mediante la aplicación de descuentos en el acceso a las mismas y en el costo de transporte colectivo, y eliminando además, barreras arquitectónicas o edilicias. Asimismo, en el caso de impedimentos para su desplazamiento, proporcionándole franquicias para la adquisición de ayudas funcionales.

ii) Facilitando al adulto mayor acceso al sistema educativo existente como medio de mantener su inserción social en la comunidad, al tiempo de satisfacer sus requerimientos vocacionales y permitirle la actualización y enriquecimiento de su acervo cultural individual.

iii) Proporcionando al adulto mayor oportunidades de transmitir a los jóvenes la experiencia adquirida en el campo laboral durante su vida activa, tanto en el ámbito de la educación técnica pública y privada como en el empresarial, por acuerdos con los gremios de cada sector.

iv) Introduciendo en la política habitacional normas que garanticen al adulto mayor el acceso a una vivienda decorosa y digna, a costo reducido, y en ambientes agradables y seguros.

v) Estimulando la creación de instituciones que agrupen al adulto mayor, a fin de mantener en esa etapa de la vida niveles de integración social y actividad que le permitan gozarla plenamente.

vi) Promoviendo la introducción en los planes educativos de las tres ramas de la enseñanza pública y privada el tema del adulto mayor y su valoración y respeto en la sociedad y la familia.

C) Asesoramiento y protección legal: Creando condiciones que garanticen la protección legal del adulto mayor, particularmente cuando ha sido víctima de discriminación o violencia.

D) Seguridad Social:

i) Implementando los planes necesarios para que todos los adultos mayores tengan acceso al sistema previsional nacional, lo cual les garantizará el respaldo económico que les permita satisfacer sus necesidades de manera digna.

ii) Reglamentando procedimientos de retiro gradual y progresivo de la actividad laboral. A tal fin, deberán incorporarse formas parciales de trabajo que puedan desarrollarse en actividades similares o diferentes a las originalmente desempeñadas por el trabajador.

Artículo 6º.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro de los ciento ochenta días de su publicación.

Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 14 de julio de 2004.

JOSÉ AMORÍN BATLLE,
Presidente.

Horacio D. Catalurda,
Secretario.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Montevideo, 9 de agosto de 2004.

Habiendo expirado el plazo previsto en la Constitución de la República y de conformidad con lo establecido por su artículo 144 cúmplase, acútese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos.

BATLLE. CONRADO BONILLA. LEONARDO GUZMÁN. SANTIAGO PÉREZ DEL CASTILLO.

ANEXO 2

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres que son residentes en el Hogar de Trinidad y que se les invita a participar en la investigación “Programa de Atención Integral de enfermería al adulto mayor institucionalizado en el Hogar Trinidad.”

Investigador principal: Lic. Enf. Ana Cecilia García Larrauri

Tutor: Prof. Mg. Miriam Costabel

Universidad de la República

Facultad de enfermería

Centro de posgrado

Proyecto Investigación Tesis

Maestría de Gestión de Servicios de Salud

INTRODUCCIÓN

Mi nombre es Ana Cecilia García, soy Licenciada en Enfermería y estudiante de la Maestría de Gestión de Servicios de Salud, Centro de Posgrado, Facultad de Enfermería. Me encuentro realizando una investigación en relación a la funcionalidad en los Adultos Mayores, ya que la proporción de personas en los tramos superiores de edad han aumentado en Uruguay, ubicándose entre los países más envejecidos de América. Le voy a brindar información e invitarle a participar en esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación.

Puede que haya alguna palabra que no entienda, por favor me lo hace saber de forma tal que pueda explicarle. Si tiene alguna pregunta, puede preguntarme sin problema, que trataré de aclararle todas las dudas que pueda tener al respecto.

PROPÓSITO

Es por ello que el objetivo de ésta investigación es implementar y evaluar los efectos de un programa de atención integral destinado a aumentar la

funcionalidad del adulto mayor institucionalizado, como parte de la oferta de cuidados que se brinden dentro de un Modelo de Gestión del Cuidado.

A través de dicha investigación se pretende aportar datos objetivos sobre los beneficios funcionales en el adulto mayor de la implementación de dicho programa, aplicándose un estudio de evaluación/intervención, en el cual se realizará previamente una caracterización del grupo de adultos mayores institucionalizados, luego se implementará el programa de actividades y por último se evaluará la intervención.

TIPO DE INTERVENCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación consistirá en la implementación de un programa de actividades integrales: ejercicio físico, estimulación cognitiva y recreación.

Estamos invitando a todos los adultos mayores institucionalizados en el Hogar que son independientes, dependientes leves o dependientes moderados para participar en la implementación de dicho programa.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Cada residente puede elegir participar o no hacerlo. De igual manera recibirán todos los servicios que generalmente reciben participen o no de la investigación. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Si es analfabeto

Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona debe ser seleccionada por el participante y no debe tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos deben incluir su huella dactilar también.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ Y Huella dactilar del participante
Firma del testigo _____
Fecha _____
Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____
Firma del Investigador _____
Fecha _____
Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento

Informado _____(iniciales del investigador/asistente)