



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

DEMANDA DE CUIDADOS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

Autores:

Br. Caetano, Noelia
Br. Corrales, Natalia
Br. Novellino, Rosina
Br. Occhiuzzi, Natalia
Br. Perdomo, Martin
Br. Rocha, Natalia

Tutora:

Prof. Adj. Lic. Virginia Aquino

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

Montevideo, 2014



AGRADECIMIENTOS

El grupo investigador agradece a las siguientes personas el apoyo y la colaboración brindada para que esta investigación haya podido llevarse a cabo.

- A los Adultos mayores que participaron de esta investigación.
- A los propietarios de los Hogares de Ancianos en la ciudad de Florida (Mónica Taranto- "Hogar Guazú Roga"; María Giudicci- "Luna Hermosa"; Alejandra Ferraro- "Aquellos años"; María Perdomo "El reencuentro"; Belky Soba- "San Antonio"; Graciela Bauzá- "Amanecer"; Rosana Firpo "Las Hortencias").
- A todo el personal que trabaja en dichos Hogares de Ancianos
- A familiares y amigos del grupo investigador.
- A la Licenciada en Enfermería Lilián Morales perteneciente a la DIGESA; la cual nos brindó información sobre los hogares de ancianos existentes en la ciudad de Florida.
- Tutora responsable: Profesora Adjunta Licenciada en Enfermería Virginia Aquino.

A todos, muchas gracias



GLOSARIO

- **Adulto mayor:** Anciano persona mayor de 65 años según Decs.
- **CELADE:** Centro Latinoamericano Desarrollo
- **CEPAL:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- **DECS:** Descripción de Ciencias de la Salud.
- **DIGESA:** Dirección General de Salud.
- **HTA:** Hipertensión arterial
- **IMC:** Índice de Masa Corporal.
- **MSP:** Ministerio Salud Pública.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- **Residenciales:** Hogar de ancianos según Decs.
- **SNC:** Sistema Nacional de Cuidados.
- **MIDES:** Ministerio de Desarrollo Social.
- **DIGESA:** Dirección General de Salud.



RESUMEN

INDICE

Resumen.....	pág.: 1 -2
Introducción.....	pág.: 3 -5
Planteamiento del problema.....	pág.:5
Justificación.....	pág.: 6-9
Objetivos.....	pág.: 10
Marco teórico.....	pág.: 11-21
Metodología.....	pág.: 22-26
Operacionalización de variables.....	pág.: 27-37
Resultados.....	pág.: 38-71
Discusión.....	pág.: 72-77
Conclusión.....	pág.: 77 -78
Bibliografía.....	pág.: 79-81
Cronograma.....	pág.: 82-83
Presupuesto.....	pág.: 84
Anexos.....	pág.:86

RESUMEN

Se realizó un estudio sobre la Demanda de Cuidados en Adultos Mayores Institucionalizados, basado en un diseño descriptivo cuantitativo de corte transversal, encuestando 28 adultos mayores, de ambos sexos, de 7 residenciales de la Ciudad de Florida, Uruguay, en el período comprendido entre el 31 de julio y el 4 de agosto de 2014.

Por medio de esta investigación se identificó la demanda de cuidados de los adultos mayores institucionalizados, y se reconocieron los recursos humanos con los que cuentan las instituciones con la finalidad de generar un precedente de conocimientos que permitan acceder a información para futuras investigaciones sobre el tema.

Para la recolección de datos se diseñó un instrumento basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson. El mismo es un cuestionario con preguntas cerradas (responden sí o no) y semi abiertas (con ítems ya establecidos para cada respuesta).

Para el procesamiento de los datos se utilizaron planillas elaboradas por el grupo investigador para la cuantificación de los datos obtenidos de las variables. La tabulación y presentación gráfica de las variables se realizó utilizando el programa informático Microsoft Excel 2010®

Del análisis cuantitativo de las variables, resultó que el 50% de la muestra Se encuentra en el rango de edad de 87 a 97 años de edad, envejecimiento del envejecimiento, formando parte del grupo más vulnerable; siendo el 71,4% presenta un estado cognitivo normal, y un 46,4% presenta un nivel de dependencia leve para realizar las actividades de la vida diaria. En cuanto a la

demanda de cuidados los que más se destacan son los relacionados a las Necesidades básicas de la vida diaria, por ejemplo: Alimentación, Eliminación, Higiene y Movilización de la valoración de Virginia Henderson. Siendo cubierta esta demanda por los recursos humanos que presentan estos residenciales, de acuerdo a las características generales de los mismos.

PALABRAS CLAVE

Atención de Enfermería - Anciano – Hogares para ancianos- Cuidados-



INTRODUCCION

El siguiente trabajo fue realizado por seis estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, que se encuentran cursando el primer módulo del cuarto ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería plan 93.

Este trabajo final de investigación constituye el último objetivo curricular de la carrera, el cual se lleva a cabo en la cátedra de Adulto y Anciano, bajo la tutoría de la Profesora Adjunta, Licenciada en Enfermería Virginia Aquino.

El trabajo de investigación, que se incluye en líneas de la cátedra, trata sobre "Demanda de cuidado en adultos mayores".

El interés de esta investigación se centró en la demanda de cuidados de los Adultos Mayores institucionalizados, debido a la vulnerabilidad bio-psico-social que estos presentan. Destacando además que no se encontró estudios científicos recientes en el Uruguay sobre este tema a investigar, que nos permitan conocer que cuidados demandan.

Según los datos del último censo del año 2011 del Instituto Nacional de Estadística, existen 844 residencias de larga estadía en el País; en las que viven 13.817 personas, de las cuales 11.560 son Adultos Mayores.

La investigación se llevó a cabo en residenciales de la Ciudad de Florida, el criterio utilizado para la selección provino de los datos obtenidos en dicho censo, posicionando a este Departamento entre uno de los cinco más

envejecidos del país con un 13,7% de su población perteneciente al grupo etario de adultos mayores de 65 años.

El tipo de estudio es no experimental, descriptivo, de corte transversal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se relevaron datos de 7 residenciales de ancianos de los cuales los 6 de ellos, se encuentran en proceso de habilitación. Vale destacar que el órgano de contralor para la habilitación de estos residenciales se encuentra en transición, cediendo esta función la DIGESA- MSP (Dirección General de Salud- Ministerio de Salud Pública) al MIDES (Ministerio de Desarrollo Social).

Para la recolección de datos el instrumento utilizado fue una valoración de Enfermería, basada en las necesidades de Virginia Henderson, creada por los autores, previo a la aplicación del instrumento se realizó un análisis del estado cognitivo de los residentes utilizando el Test de Pfeiffer y su aprobación a través de un consentimiento informado para participar en la investigación.

Debido a las proyecciones de envejecimiento de la población que se espera para el país en las próximas décadas, al desplazamiento del cuidado del adulto mayor fuera del entorno familiar, y a la privatización del cuidado a través de Instituciones privadas que ofician como solución ante las carencias del Estado para albergar y atender la demanda del cuidado del adulto mayor, es que se plantea como futuros adultos mayores la inquietud de saber si estas instituciones son capaces de cubrir las demandas de cuidados, que permitan al



adulto mayor rehabilitarse y/o mantenerse saludable, así como también conocer el papel de enfermería, siendo esta la ciencia que se encarga brindar el cuidado profesional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Título de la investigación: Demanda de cuidados en adultos mayores institucionalizados.

Pregunta problema:

¿Cuál es la "Demanda de cuidados en adultos mayores institucionalizados, en la ciudad de Florida, en julio-agosto de 2014"?



JUSTIFICACIÓN

Desde el principio de los tiempos, el cuidado de los Adultos Mayores ha sido preocupación y ocupación del seno familiar. La progresiva incorporación de la mujer al trabajo, el cambio de roles, la reducción del tamaño de las familias y del espacio físico de las viviendas, ha propiciado el desplazamiento del cuidado del anciano, del entorno familiar, con la imagen femenina como protagonista, a una serie de sistemas de apoyo regido por servicios sociales, como residenciales¹, hogares para ancianos y centros diurnos. Los residentes de estos centros son Adultos mayores de 65 años, con múltiples patologías, en las cuales se puede ver afectada su autonomía y su desempeño para las actividades básicas de la vida diaria; así como también adultos mayores independientes, que por diversos factores optaron residir en éstos. Al no existir servicios intermedios en la ciudad de Florida, y verse comprometida la permanencia en el hogar, se sustituye el cuidado de la familia, por un servicio permanente que brindan los residenciales.

Cuando se hace referencia a Adulto Mayor, se refiere a las personas mayores de 65 años, utilizando el criterio definido en la Ley N° 18.617 de la República Oriental del Uruguay. (ver anexo N°8)

¹ Constitución R.O.U. Ley 17066 Hogares de Ancianos. Artículo 3 y 4. Publicado D.O. 8ene/999- N° 25189



Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos de Las Américas con un 14,1% de su población en el rango comprendido entre los 65 años o mayores a esta edad. Dentro de ellos el subgrupo que crece más aceleradamente es el de mayores de 75 años (envejecimiento del envejecimiento), es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía.

Se estima que 25.000 a 30.000 Adultos Mayores viven en instituciones de larga estancia ("Hogares de Ancianos", "Residencias", "Casas de Salud"), situación favorecida por la ausencia de estructuras y servicios intermedios y diferenciados para Adultos Mayores (atención socio sanitaria domiciliaria programada, centros diurnos, viviendas protegidas) que proporcionen soporte a las familias en la comunidad².

Las características de la morbilidad de esta población, como lo son la existencia de una o varias enfermedades, generalmente interrelacionadas, con importante afectación de la independencia, los conduce a una situación de fragilidad física, psíquica y social. Estos componentes, están contribuyendo en la actualidad a limitar el normal desarrollo de las personas mayores en su entorno.

² Dr. Gabriel Wajner – Geriatra. Programa del Adulto Mayor. "El cambio del Modelo de Atención a los Adultos Mayores". Unidad de Reconversión del Modelo de Atención – RAP - ASSE



"La característica fundamental común a cualquiera de estos Adultos, es la pérdida de la reserva funcional, que condiciona una mayor susceptibilidad a la agresión externa al disminuir los mecanismos de respuesta y su eficacia para conservar el equilibrio del medio interno. (ver anexo N°7) Esta disminución de la respuesta se manifiesta inicialmente sólo bajo circunstancias de intenso estrés para luego pasar a manifestarse ante mínimas agresiones. Según se pierde la reserva funcional la susceptibilidad es mayor, aumentando la posibilidad de que cualquier noxa causal desencadene en pérdida de función, discapacidad y dependencia"³.

Enfermería como parte del equipo de salud, conoce a diario, en todos los niveles de atención, la demanda de cuidados que presentan los adultos mayores; sin embargo, al realizar una búsqueda bibliográfica en los buscadores Timbó y scielo, no se encontró ninguna investigación reciente en Uruguay, sobre la situación del Adulto Mayor institucionalizado en residenciales y la demanda de cuidados que estos presentan.

Por lo tanto como Profesionales y futuros Adultos Mayores, es de interés para el grupo investigador exponer la situación actual de los mismos, desde un abordaje integral en su ámbito, y aportar conocimientos sobre el perfil poblacional, para utilizarlo como información base para futuras investigaciones

³ Patricia Alonso Galbán, Félix J. Sansó Soberats, Ana María Díaz-Canel Navarro, Mayra Carrasco García y Tania Oliva. Revista Cubana de Salud Pública, versión On-line ISSN 0864- 3466. "Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor".



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Adulto y Anciano



y/o proyectos de cuidados. Se pretende conocer los factores que intervienen en su proceso salud enfermedad. Si bien los residenciales brindan una solución habitacional, estos deberían ajustarse a principios que permitan acercarse al concepto ideal de alojamiento, de forma que este repercuta positivamente en el estado de salud de sus residentes.

Vale destacar que el país actualmente atraviesa una etapa de transición, en el que la DIGESA-MSP (Dirección General de Salud- Ministerio de Salud Pública), cede el control para la habilitación de estos hogares al Ministerio de Desarrollo Social.

Caracterizar a la población según su nivel de dependencia y su estado

cognitivo de acuerdo con los test de Barthel y Pfeiffer respectivamente.

Identificar las características generales de los recursos humanos con los que cuentan las residencias para cubrir la demanda de cuidados.



OBJETIVO GENERAL

MARCO CONCEPTUAL

Identificar la demanda de Cuidados en Adultos Mayores institucionalizados en la ciudad de Florida, en el período de julio - agosto de 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a través de la Valoración de Enfermería de Virginia Henderson la demanda de cuidados de los adultos mayores.
- Caracterizar a la población según su nivel de dependencia y su estado cognitivo de acuerdo con las test de Barthel y Pfeiffer respectivamente.
- Identificar las características generales de los recursos humanos con los que cuentan los residenciales para satisfacer la demanda de cuidados.

MARCO CONCEPTUAL

- Enfermería

Virginia Henderson definió el concepto de enfermería como "la función propia de una Enfermera es asistir al individuo, Enfermo o sano, en la realización de aquellas que contribuyen a la salud o a su recuperación (o una muerte tranquila) que podría realizar por sí mismo si tuviera la fuerza suficiente, voluntad o conocimiento, y a realizarlo de tal forma que lo ayude a adquirir independencia lo más rápido posible".

Se entiende por Enfermería al cuidado integral que realiza el personal calificado en Enfermería sobre un individuo en diferentes condiciones de salud.

El objetivo principal de la Enfermería es asistir a través de diversas acciones referentes al paciente.

- Teoría de Virginia Henderson

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir su independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo.

Su filosofía se basa en el trabajo de: Thorndike (Psicólogo estadounidense); sus experiencias de estudiante con la Henry House Visiting Nurse Agency, sus experiencias en enfermería de rehabilitación y la conceptualización de la acción propia de la enfermería de Orlando.

Henderson puso de relieve el arte de la Enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas, en las que se basa la atención de enfermería.

“Virginia Henderson, se apoyó mucho en los postulados de Florence Nightingale e incorporó en su teoría principios fisiológicos psicológicos a su concepto personal de enfermería. Esta teoría planteó los criterios acerca del entorno, la salud, persona y cuidados. En la teoría de la Henderson no se encuentra ninguna definición específica de necesidades, pero identificó las 14 necesidades básicas del paciente.

En la actualidad algunas de estas necesidades se diferencian en el cambio de su nomenclatura, pero en esencia la acción que se ejecuta para dar satisfacción a esas necesidades afectadas es la misma. Cuando la enfermera(o) identifica la necesidad, problemas, patrones funcionales que están afectados, es para conocer cuál es el diagnóstico de enfermería. Esto se realiza en la 1ra. Etapa de Valoración, en la 2da. Etapa de Intervención según la enfermedad del paciente se realizan acciones dependientes, interdependientes e independientes; para valorar si la respuesta a esas necesidades afectadas fueron satisfechas o no, se ubica en la 3ra. Etapa de Evaluación. Por ejemplo, pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial, accidente vascular encefálico, ancianos con anemia y otras, son enfermedades que permiten a la enfermera fundamentar con basamentos teóricos, porque puede utilizar esta teoría u otra o ambas

inclusive. De esta forma habrá una utilización consecuente en la aplicación del PAE".⁴

- **Definición de Cuidado.**

Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional, además de integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad enfermera. Esta asociación e interacción humanística-científica constituye la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores relacionados con la ciencia del cuidar.

Según Watson, las principales hipótesis de la ciencia del cuidar incluyen:

- 1. El cuidar sólo puede ser demostrado y practicado de manera eficaz mediante unas relaciones interpersonales.
- 2. El cuidar comprende factores de cuidados donde el resultado es la satisfacción de ciertas necesidades humanas.
- 3. Para que el cuidar sea eficaz, debe promover la salud como el crecimiento personal y familiar.

- **Tipos de cuidado**

⁴ <http://scielo.sld.cu/scielo.php>. Revista Cubana de Enfermería. Versión online. Año 2000.

Cuidados de prevención primaria: basados en el fomento de la salud y la autonomía.

Cuidados de prevención secundaria: parten de la detección precoz de los problemas y de la pérdida de autonomía.

Cuidados de prevención terciaria: este tipo de cuidados se aplican cuando el problema está instaurado, en periodo de resolución o camino hacia la cronicidad o el estado terminal. Se aplican cuidados paliativos

Cuidados integrales: es el tipo de cuidados propios del equipo interdisciplinario, y considera toda la realidad física, psíquica, social y funcional que afecta al usuario.

Cuidados progresivos: son los cuidados rehabilitadores por excelencia. Van de la dependencia al nivel de autonomía que permite el usuario y sus potencialidades.

- **Demanda de cuidado**

Como resultado de Cambios demográficos y del mercado de trabajo, se ha generado una creciente preocupación por lograr una redistribución del trabajo no remunerado entre hombres y mujeres y políticas integrales que respondan a las necesidades de las personas que requieren de cuidados. Del lado de la oferta de cuidados, el aumento de la participación laboral de las mujeres y de la jefatura femenina del hogar ha generado una menor disponibilidad de tiempo para los cuidados y ha puesto en cuestión la desigual distribución del tiempo que dedican hombres y mujeres a las responsabilidades familiares. Hoy, un

30% de las familias latinoamericanas están a cargo de una mujer y en algunos países, como Nicaragua, casi un 40%.

Con respecto a la demanda de cuidados, la reducción de la caída de la fecundidad ha disminuido la necesidad de cuidado infantil. Sin embargo, la demanda de cuidados por parte de los adultos mayores está aumentando. En 2002, un 20.8% de los hogares urbanos de América latina tenían entre sus miembros al menos un adulto mayor y un 5.1% más de dos se estima que hoy, los/as adultos/as mayores constituyen un 9% de la población. Para el año 2025 se espera que esta cifra sea cercana al 15% y hacia 2050 al 24%, de tal manera que una de cada cuatro personas tendrá 60 años o más. Además, dentro de la tercera edad, el peso de los más viejos (mayores de 75 años), se ha ido acrecentando, alcanzando para el año 2000, en casi todos los países de la región, más del 25% de todos los mayores de 60 años.

En la Vejez, las personas enfrentan varias formas de vulnerabilidad, que disminuyen su autosuficiencia y aumentan la dependencia de otras personas. Con la edad se produce un progresivo deterioro biológico y consecuente aumento de problemas de salud, que se manifiestan en una declinación de las capacidades funcionales y la autonomía. Este deterioro funcional es un pronóstico de discapacidad, definida como la disminución de la habilidad para efectuar tareas y actividades específicas que son esenciales para el cuidado personal y la autonomía, y tiene como correlato la progresiva dependencia de la persona mayor de la ayuda de otras personas para su bienestar.

Uruguay está cumpliendo un papel de liderazgo en la región.

Es el país con la mayor proporción de personas mayores de 60 años, y ya se plantea la idea de crear un organismo regulador con participación del Estado central, los gobiernos locales, los usuarios y otras instituciones, que garantice la calidad, el acceso universal, la evaluación y la formación de los cuidadores. La propuesta está aun en etapa de discusión, pero las orientaciones generales son crear un modelo mixto, en el cual los servicios sea prestados por el sector privado, el público y las organizaciones de la sociedad civil, de forma tal de aprovechar la experiencia acumulada por todas las instituciones que se ocupan del tema. En una lógica de financiamiento compartido, se ha considerado que los servicios de cuidados para las familias de altos ingresos sean comprados en el mercado y cuando estos sean requeridos por las familias más pobres, exista un subsidio estatal, de modo de compensar el "costo" que hoy pagan las mujeres, que son las encargadas de entregar estos cuidados de manera invisible y no remunerada, que impidiéndoles salir al mercado de trabajo. El gobierno de Uruguay está considerando un modelo de financiamiento progresivo, en el que las personas aportarán en forma proporcional a sus ingresos y el Estado entregará un subsidio complementario.

- **Atención Integral de salud del Adulto Mayor institucionalizado.**

Vejez e Institucionalización:

No todos los adultos mayores están en las mismas condiciones respecto a la capacidad para satisfacer las necesidades propias de su ciclo vital esto debido

a que por distintas circunstancias hay grupos de ancianos mayormente vulnerados y posiblemente en desventaja si se compara con otros pares del mismo grupo etario.

Durante el siglo XIX los Hogares Benéficos se responsabiliza del cuidado y protección tanto de los ancianos como de los deficientes mentales e indigentes. En la actualidad la falta de medidas de protección legal reguladas por el Estado y la presión de demanda por cuidados extra familiares genera la apertura de Hogares de Ancianos como una nueva actividad económica con y sin fines de lucro, teniendo diferentes niveles de atención, organización y formalización de actividad, creadas tanto por instituciones benéficas de origen religioso como por privados.

En este contexto los hogares de ancianos constituyen una realidad ineludible y único recurso frente a los casos de abandono, falta de una familia como red de apoyo, pérdida de autonomía, situaciones de carencias de recursos económicos y enfermedades, entre otros.

- **Test de Pfeiffer:** (Valoración del estado cognitivo)

Descripción: cuestionario que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo. Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo.

Forma de administración: la recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.

Población diana: puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad mental.

Argumento para su elección:

- Escala validada en nuestro país.
- Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales del sistema de salud.
- Es una escala sencilla de administrar.
- Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad del 95%.

Valoración:

En el caso de pacientes hospitalizados, esta escala debe realizarse:

- En las primeras 72 horas tras el ingreso.
- Al alta del paciente.
- Se evalúa en función de los errores:

0-2 normal

3-4 deterioro cognitivo leve

5-7 deterioro cognitivo moderado

8-10 deterioro cognitivo severo.

En esta escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona.

Nivel educativo bajo (estudios elementales): se admite un error más para cada categoría.

Nivel educativo alto (estudios universitarios): se admite un error menos para cada categoría.

- **Test de BARTHEL** (Actividades básicas de la vida diaria)

La recogida de información se realizará a través de la observación directa y/o entrevista al paciente, o a su cuidador habitual si su capacidad cognitiva no lo permite. La puntuación total se calculará sumando la puntuación elegida para cada una de las actividades básicas.

Descripción: escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria, tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse al sillón o silla de ruedas, a la cama o subir y bajar escaleras.

Forma de administración: es a través de la información directa y/o interrogatorio del paciente, o si capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiares.

Población diana: Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad funcional, pero se recomienda en especial a los pacientes en rehabilitación física y a los pacientes con patología cerebrovascular aguda.

Argumentos para su elección:

- Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales, en particular de Atención Primaria.
- Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno.
- Es una escala sencilla de administrar.
- Escala validada en nuestro país.
- Es sensible a la detección de cambios pequeños en la situación funcional del paciente, lo que la hace especialmente interesante en el seguimiento de la evaluación del estado del mismo.

Valoración:

Esta escala se debe realizar para valorar dos situaciones:

La situación actual del paciente.

La situación basal, es decir, la situación previa al proceso que nos ocupa.

- La valoración se realiza según puntuación en una escala de 0 a 100
(dependencia absoluta e independencia, respectivamente):

< 20 dependencia total

20-35 dependencia grave

40-55 dependencia moderada

60-90/100 dependencia leve

100 independiente (90 si va en silla de ruedas)

- El valor predictivo de los puntos de corte está basado en el potencial de rehabilitación y capacidad de recuperar la independencia.
- 90 es la puntuación máxima si el paciente va en silla de ruedas.
- También permite puntuaciones parciales de cada actividad, lo que ayuda a conocer las deficiencias específicas de cada persona.

METODOLOGIA

- **Tipo de investigación:** cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.
- **Área de estudio:** Residenciales de la ciudad de Florida.
- **Universo:** Adultos Mayores institucionalizados en la ciudad de Florida.
- **Población:** un total de 64 Adultos Mayores institucionalizados, en 7 residenciales de la ciudad de Florida.
- **Muestra:** Se obtuvo una muestra de 28 adultos mayores; siendo esta, no probabilística intencional, de acuerdo a los criterios de inclusión que se mencionan a continuación
- **Criterios de inclusión:**
 - Adultos Mayores de 65 años de ambos sexos, institucionalizados.
 - Sin deterioro cognitivo o deterioro cognitivo leve a moderado, valorado según test de Pfeiffer.
 - Que consientan ser parte de la investigación.

Métodos de recolección de datos:

Se envió a los referentes de los hogares, una solicitud escrita que habilitó a ingresar a los residenciales para recolectar los datos de interés. Luego se fijó una fecha a conveniencia de las partes y se concurrió a los residenciales de ancianos.

• Valoración basada en el Modelo de Enfermería de Virginia Henderson (ver Anexo N° 5) con un modelo de valoración que comprende 14

Instrumentos de Recolección de Datos:

Respiración y circulación

- **Test de Barthel.** (Ver anexo N° 4, Tabla N° 2) Este índice consta de diez parámetros que sirve para medir el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria:

-Comer

-Vestirse

-Lavarse (la temperatura corporal dentro de las normas normales)

-Arreglarse

-Deposición

-Ir al baño

-Micción

-Trasladarse al sillón/ cama (relacionado a la inestabilidad postural)

-Deambulación (actividades voluntarias)

-Subir y bajar escaleras

• Instrumento del referente del hogar, creado por el grupo de

- **Test de Pfeiffer** (Ver anexo N° 3, tabla N°1) para clasificar su estado cognitivo. Es una prueba desarrollada por Pfeiffer, con 10 ítems que valoran varias funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo

- Valoración basada en el **Modelo de Enfermería de Virginia Henderson** (ver Anexo N° 5). creo un modelo de valoración que comprende 14 necesidades:
 - Respiración y circulación
 - Alimentación
 - Eliminación
 - Movilización
 - Dormir y descansar
 - Vestir y desvestirse
 - Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales
 - Higiene
 - Seguridad
 - Comunicación
 - Valores y creencias
 - Ocupación post retiro que contribuya a la realización personal
 - Participación en actividades recreativas
 - Aprender, descubrir
- **Instrumento del referente del hogar:** creado por el grupo de estudiantes que consta de 14 preguntas que fue utilizado para conocer el personal que lleva a cabo el cuidado de los adultos mayores. Anteriormente implementado en referentes un residencial.

Técnica de Recolección de Datos:

La recolección de datos se divide en 3 etapas:

1° etapa:

Luego de establecidas las fechas para concurrir a realizar la recogida de datos en los residenciales, el grupo investigador decidió dividirse en 2 grupos de 3 estudiantes.

Se entregó y explicó el consentimiento informado a los adultos que allí residen.

2° etapa:

Posteriormente se aplicaron los test de Pfeiffer y Barthel, para luego utilizar la Valoración de Virginia Henderson. La duración de las entrevistas con cada adulto mayor fue de 25 minutos aproximadamente, dicha valoración fue anónima.

3° etapa:

También se recolectaron datos de los referentes de cada residencial utilizando el instrumento realizado por los estudiantes, con duración del mismo de 15 minutos aproximadamente; siendo esta anónima.

Procesamiento de Datos:

Para tabular se diseñó una base de datos en planilla creada por el grupo investigador, la misma se realizó en el programa Excel versión 2010.

Los datos se registraron en tablas las cuales contienen tres columnas: nombre de la variable, frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual. Utilizándose para graficar, la columna que contiene la variable operativa en función de la frecuencia relativa porcentual. Y se realizó un análisis univariado de todas las variables obtenidas

Para los gráficos se utilizaron diagramas de barras; para variables cualitativas nominales y discretas. Para las variables cuantitativas discretas se graficó con diagrama de barras diferencial.

Aspectos Éticos legales:

La implementación de dichos instrumentos en cada institución, se comenzó a aplicar luego de haber obtenido los permisos del responsable de la dirección de cada establecimiento y el consentimiento, cumpliendo con las normas éticas de toda investigación (Ver anexo N° 2). Previo a la valoración de cada Adulto Mayor, se le explicó los objetivos, fundamentación y alcance de nuestra investigación. Y éste accedió a colaborar con la Investigación, firmando un consentimiento informado (Ver anexo N° 1).

Los datos obtenidos son confidenciales y de uso exclusivamente académico, no revelando nombres de pacientes, ni de los referentes de dichos residenciales, de acuerdo al artículo 24 de la Declaración de Helsinki.(Ver anexo N° 6, 6.1)

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Definiciones de variables según instrumento de V. Henderson

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición operativa	Tipo de variable.	Escala de Medición
Aspectos Psicosociales				
Estado cognitivo	Escala para valorar el deterioro cognitivo	0-2 errores: normal. 3-4 errores: leve deterioro cognitivo. 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico. 8-10 errores: importante deterioro cognitivo.	Cualitativa.	Ordinal.
Actividades básicas de la vida diaria	Escala utilizada para valorar la autonomía del usuario para realizar las actividades básicas de la vida diaria.	Nivel de dependencia: Grave = 20-40 Moderada = 45-55 Leve = 60 o mas	Cualitativa.	Ordinal.
Edad	Periodo de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta la actualidad, se expresa en años cumplidos.	65-75 años, 76-86 años, 87-97 años, mayor a 97	Cuantitativa.	Continua.
Lugar de Nacimiento	Departamento del país donde nació.	Montevideo, Canelones, Durazno, Florida, Lavalleja.	Cualitativa.	Nominal categórica.
Nivel de Instrucción	Nivel educativo máximo alcanzado por un individuo al momento de la entrevista.	Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria incompleta, Secundaria completa, Terciaria incompleta, Terciaria completa.	Cualitativa	Nominal categórica.

Registro de carne del adulto mayor	Presencia de documento que permite vigilar la marcha de su salud, sobretodo en caso de enfermos crónicos.	Si, No.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.
Fecha del último control médico	Día al cual concurrió por última vez al servicio de salud, a los diferentes especialistas.	Menos de tres meses - Más de tres meses	Cualitativa.	Nominal categórica.
Motivo por el cual habita en el residencial	Razón por la cual reside en el hogar de ancianos.	Económico, social, otros.	Cualitativa	Nominal categórica.
Visitas de familiares y amigos	Mantiene contacto periódico con su núcleo familiar y/o amigos	Si- No	Cualitativa	Nominal dicotómica
Presencia de patologías crónicas	Enfermedades que tienen un curso prolongado, no se resuelven espontáneamente y raramente curan de forma completa.	Si, No, cual	Cualitativa.	Nominal categórica.
Patología existente	Tipo de enfermedades, crónicas o agudas que presenta el adulto mayor.	HTA- Diabetes- Parkinson- Reuma- Otros	Cualitativa.	Nominal categórica.
RRHH que realiza controles	Encargado de realizar un seguimiento de la/s patologías del anciano	Licenciado/A en Enfermería, Auxiliar de Enfermería, cuidador del residencial	Cualitativa.	Ordinal.
Utiliza algún fármaco específico	Prescripción de algún tipo de fármaco, al anciano.	Si, No.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.
Vía por la que se administra	Medio por el cual se le administra	V/oral- V/sublingual- V/Parenteral. ninguna	Cualitativa.	Nominal categórica.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Adulto y Anciano



	un fármaco a un anciano.			
Persona encargada de administrar medicación	Recurso humano del hogar que administra los fármacos a los adultos mayores.	Licenciado en Enfermería, Auxiliar en Enfermería, Cuidador del Residencial, Lo realiza solo/a.	Cualitativa.	Ordinal.
Necesidades de V. Henderson. Necesidad N° 1				
Alteración en la Frecuencia Respiratoria	Proceso que produce dificultad en las vías aéreas al ingreso y/o salida de aire de los pulmones.	SI – NO	Cualitativa.	Nominal dicotómica.
Alteración existente	Tipo de alteración que presenta en el aparato respiratorio.	Tos- Expectoración- Disnea- ninguna – otros	Cualitativa.	Nominal categórica.
Necesidad N° 2: Alimentación				
Medio de la alimentación:	Vía por la cual recibe la alimentación el Adulto Mayor.	Natural, Artificial	Cualitativa.	Nominal dicotómica.
Requiere cuidados para realizar la alimentación	Procedimientos que se realizan para el mantenimiento de la vía por la cual se realiza la alimentación.	Asistencia de higiene bucal, Asistencia en la alimentación, Cuidado de sonda nasogástrica, Cuidado de ostomías.	Cualitativa.	Nominal categórica.
Recurso humano que realiza los cuidados	Persona o profesional encargado de realizar los cuidados en la vía para la alimentación.	Licenciado en Enfermería, Auxiliar en Enfermería, Cuidador del Residencial.	Cualitativa.	Ordinal.
Realiza régimen	Régimen dietético prescripto por	Si, No.	Cualitativa.	Nominal

dietético	médico o nutricionista, que se realiza para el tratamiento de alguna patología crónica.	SI- NO	Cualitativa	dicotómica.
<u>Necesidad N°3- Eliminación</u>				
Vías de eliminación:	Tipo de vía Renal o Intestinal por la cual el Adulto Mayor elimina.	Natural, Artificial	Cualitativa.	Nominal categórica.
Tipo de cuidado que requiere	Colaboración o Procedimientos que se realizan para el mantenimiento de la vía por la cual se realiza la eliminación.	Cambio de pañal, Sonda vesical, Ostomía, Colocación de chata.	Cualitativa.	Nominal categórica.
RRHH que realiza los cuidados.	Persona o profesional encargado de realizar los cuidados en la vía para que se efectúe la eliminación.	Licenciado en Enfermería, Auxiliar en Enfermería, Cuidador del Residencia. Lo realiza solo/a	Cualitativa.	Ordinal.
<u>Necesidad N°4- Movilización:</u>				
Mantiene reposo	Residente que se mantiene en estado de inactividad. Que permanece todo el tiempo o la mayor parte de éste en cama. Sin actividad física.	SI- NO.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.
Tipo de reposo	Si mantiene reposo absoluto o relativo	Absoluto- Relativo.	Cualitativa	Nominal dicotómica.

Requiere cuidado.	Residente que requiere asistencia para realizar alguna actividad.	SI- No	Cualitativa.	Nominal dicotómica.
Tipo de cuidados requiere	Característica del cuidado que requiere el adulto mayor, para realizar actividades.	Asistencia para deambular- Fisioterapia- Rotación.	Cualitativa.	Nominal categórica.
RRHH que realiza los cuidados	Residente que requiere asistencia para realizar alguna actividad como: asistencia para deambular, rotación, fisioterapia y lo realiza personal del Hogar.	Licenciado en Enfermería, Auxiliar Enfermería, Licenciado en Fisioterapia, Cuidador del Residencial. Lo realiza solo/a	Cualitativa.	Ordinal.
<u>Necesidad N°5- Dormir y descansar</u>				
Cuántas horas duerme	Número de horas nocturnas que descansa el residente.	1 a 4 horas, 5 a 8 horas, 9 o más	Cuantitativa.	Continua.
<u>Necesidad N°6- Vestir y desvestirse</u>				
Requiere colaboración para vestirse o desvestirse	Residente que presenta dificultad para elegir o ponerse la ropa adecuada y requiere de asistencia para la realización de dicha actividad.	Si, No.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.
<u>Necesidad N°7- Mantener la temperatura Corporal dentro de los límites normales</u>				
Temperatura Axilar	Temperatura corporal	(35-37) (38-40) (41)	Cuantitativa.	Continua.

	registrada por un termómetro colocado en la axila.	o más)		
Ropa adecuada al clima	Prendas que utiliza la persona, de acuerdo a la temperatura del ambiente.	Si, No	Cualitativa.	Nominal dicotómica.
<u>Necesidad N°8- Higiene</u>				
Requiere colaboración para realizarse la Higiene Corporal	Necesidad de ayuda de otra persona, para realizarse higiene corporal.	Si, No.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.
RRHH que colabora para realizarle la Higiene corporal.	Persona que ayuda al adulto mayor, para realizar su higiene personal.	Licenciado en Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Cuidador del residencial, familia. Lo realiza solo/a	Cualitativa.	Ordinal.
Forma en la que se realiza la higiene	Tipo de higiene donde se realiza la higiene corporal del adulto mayor.	En cama- ducha En	Cualitativa.	Nominal dicotómica.
<u>Necesidad N°9- Seguridad</u>				
Presencia de caídas en el último año	Residente que ha presentado caídas, en el periodo comprendido desde enero de 2013 hasta la fecha	Si, No.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.

Número de veces	Número de episodios en los que presentó el residente caídas en el último año.	1 vez, 2 veces, 3 veces, 4 o más veces. No presenta	Cuantitativa.	Discreta.
<u>Necesidad N°10- Comunicación:</u>				
Alteración en la comunicación	Alteración en el proceso bilateral, un circuito en el cual se intercambian ideas, pensamientos y sentimientos que se interrelacionan entre dos o más personas a través de un conjunto de signos y símbolos convencionales conocidos por ambos.	SI – NO	Cualitativa.	Nominal dicotómica.
Tipo de alteración	Características de la alteración, que presenta el adulto mayor, al momento de comunicarse.	Oír – Hablar -	Cualitativa.	Nominal categórica.
RRHH que asiste en la comunicación.	Persona que ayuda al anciano a comunicarse.	Licenciado en Enfermería, Auxiliar en Enfermería, Cuidador del Residencial, realiza solo/a.	Cualitativa.	Ordinal.
<u>Necesidad N°11- Valores y Creencias</u>				
Creencias	profesa una determinada fe sea religiosa o no	Si, No.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.
<u>Necesidad N°12- Ocupación post retiro que contribuya a la realización personal.</u>				

Tarea/labor	Asistencia actividades que promuevan a la persona, dentro o fuera del residencial.	Si, No.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.
Tipo de tarea o labor	Características de las tareas o labores, que realizan los Adultos Mayores, para sentirse útil.	Tarea doméstica- Jardinería- Otros. No realiza	Cualitativa.	Nominal categórica.
<u>Necesidad N°13- Participación en Actividades Recreativas</u>				
Participación de Actividades Recreativas	Asistencia actividades recreativas dentro del hogar o fuera de mismo.	Si, No.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.
Tipo de actividades	Características de las actividades recreativas, que realizan los Adultos Mayores, dentro o fuera de la institución.	Actividades físicas- Actividades lúdicas- Lectura- Otros.	Cualitativa.	Nominal categórica.
Frecuencia con la que la realiza.	Cantidad de veces que llevan a cabo dichas actividades.	1 vez por semana- 2 veces por semana- 3 veces por semana- 4 veces por semana o más.	Cualitativa.	Nominal categórica.
<u>Necesidad N°14- Aprender, descubrir</u>				
Conoce su patología	Anciano que tiene información sobre su patología	Si, No.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.
Conoce su tratamiento farmacológico	Anciano que tiene información sobre el tratamiento farmacológico	Si, No.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.
Conoce actividades beneficiosas para su	Anciano que tiene conocimiento sobre actividades	Si, No	Cualitativa.	Nominal dicotómica.

salud	benéficas para su salud.			
-------	--------------------------	--	--	--

Definiciones de variables del Referente del hogar.

Nombre de variable	Definición Conceptual	Definición operativa	Tipo de variable.	Escala de Medición
Edad	Período de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta la actualidad, se expresa en años cumplidos.	(18 – 28); (29 – 39); (40- 50); (51- 61); (mayor a 62).	Cuantitativa	Continua.
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.	Masculino/ Femenino.	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Profesión	Actividad certificada por un centro de enseñanza ya se publicó o privado que habilite al individuo a realizar ciertas funciones inherentes a su cargo.	Médico, Licenciado en Enfermería; Auxiliar en Enfermería; Lic. Fisioterapia; Lic. en Nutrición; Asistente Social.	Cualitativa	Ordinal.
Cargo o función actual:	Rol efectuado por el individuo durante las horas de trabajo.	Médico, Licenciada en Enfermería; Auxiliar en Enfermería; Lic. Fisioterapia; Lic en Nutrición; Asistente Social.	Cualitativa	Ordinal
Historia de trabajo en el hogar:	Tiempo transcurrido desde la fecha de ingreso del trabajador,	Menos de un año; más de un año.	Cuantitativa.	Discreta.

	responsable al residencial desde su ingreso a la fecha.			
Realización de curso sobre cuidados	Instrucción referente a cuidados de adultos mayores recibida por el trabajador que otorga cuidados a los usuarios del hogar.	Si, No.	Cualitativa	Nominal dicotómica
Último curso realizado:	Última capacitación referente al cuidado de adultos mayores obtenida por el cuidador.	Menos de un año – más de un año – dos años o más.	Cuantitativa	Discreta
Presencia de Médico responsable del hogar	Facultativo recibido y habilitado como Dr. en Medicina, quien sea responsable del estado de salud de los residentes.	Si- No	Cualitativa	Nominal dicotómica
Realización periódicamente de controles	Rutina prefija por el médico responsable del hogar para valoración de los usuarios.	Si, No.	Cualitativa	Nominal dicotómica.
Nómina de trabajadores del Hogar	Nómina de profesionales y personal no profesional que trabaja en el hogar.	Médico, Licenciado en Enfermería; Auxiliar en Enfermería; Lic. Fisioterapia; Lic en Nutrición; Asistente Social, Cuidador, Otros.	Cualitativa	Ordinal.
Suficiente personal para cubrir la demanda de cuidados	Apreciación del cuidador con respecto a la cantidad de usuarios-	Si, No.	Cualitativa	Nominal dicotómica.

	demanda de cuidados-personal para hacer frente a esa demanda.			
RH que valora, planifica, organiza, dirige y controla los cuidados del hogar	Persona que se encarga de llevar adelante el proceso administrativo del hogar valorar demanda de cuidados, dirigir el personal que los ejecuta y controlar sus acciones.	Médico, Licenciado en Enfermería, Auxiliar en Enfermería, Cuidador.	Cualitativa	Ordinal.
Gestión de recursos materiales específico para cada cuidado	Proveedor de recursos materiales que requiera el adulto mayor al momento de necesitar un procedimiento específico para su cuidado.	Mutualista, Familia, Residencial, Otros	Cualitativa	Nominal categórica.
Presencia de estructura física segura	Apreciación del cuidador respecto a la disposición y estructura de la planta física y el mobiliario para ser usados por los ancianos.	Sí, No.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.

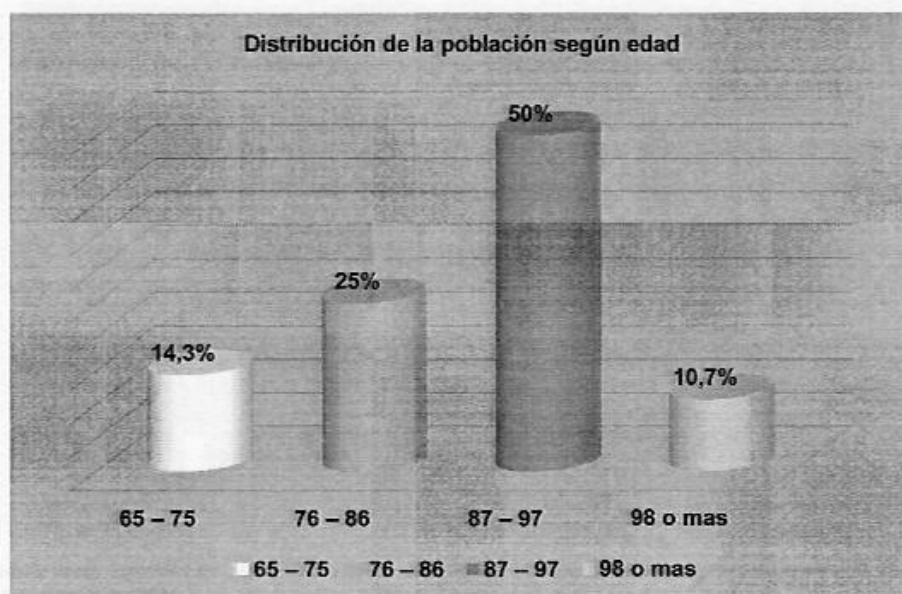
RESULTADOS

Tabla N° 1: Distribución de la población según la variable edad

Edad	FA	FR%
65 – 75	4	14,3%
76 – 86	7	25%
87 – 97	14	50%
98 o mas	3	10,7%
total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N°1:



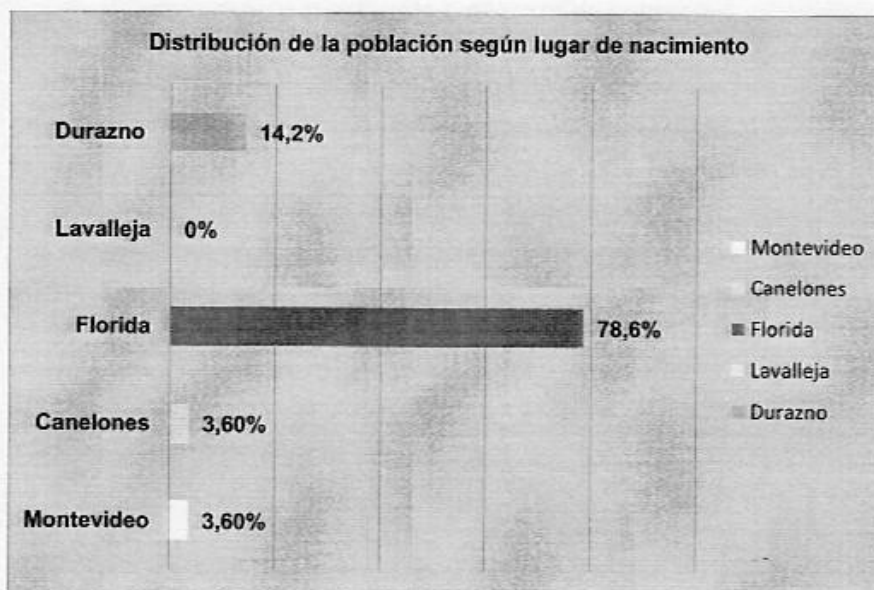
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 2: Distribución de la población según la variable lugar de nacimiento

Lugar de nacimiento	FA	FR%
Montevideo	1	3,6%
Canelones	1	3,6%
Florida	22	78,6%
Lavalleja	0	0%
Durazno	4	14,2%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 2:



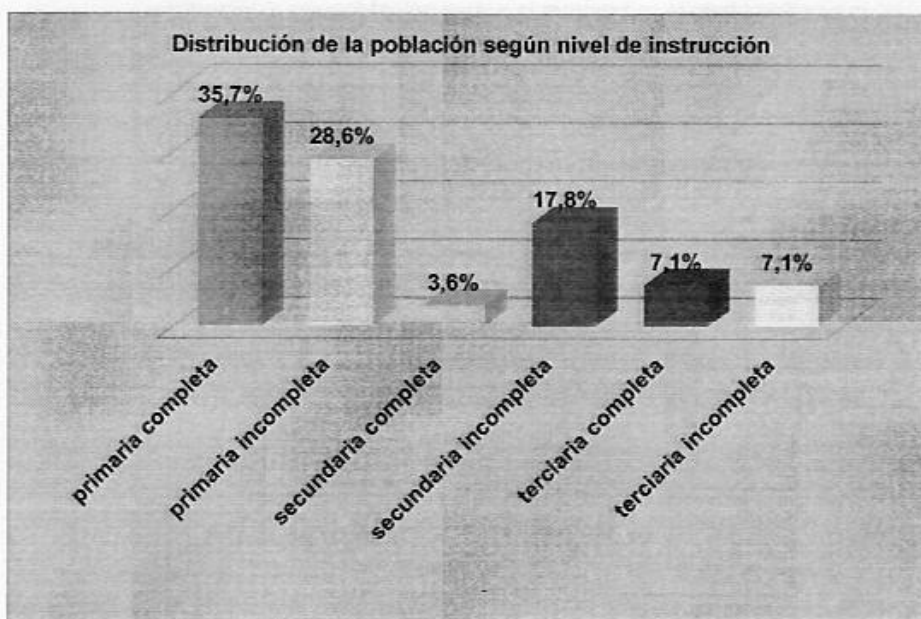
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 3: Distribución de la población según la variable nivel de instrucción

Nivel de instrucción	FA	FR%
primaria completa	10	35,7%
primaria incompleta	8	28,6%
secundaria completa	1	3,6%
secundaria incompleta	5	17,8%
terciaria completa	2	7,1%
terciaria incompleta	2	7,1%
total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N°3:



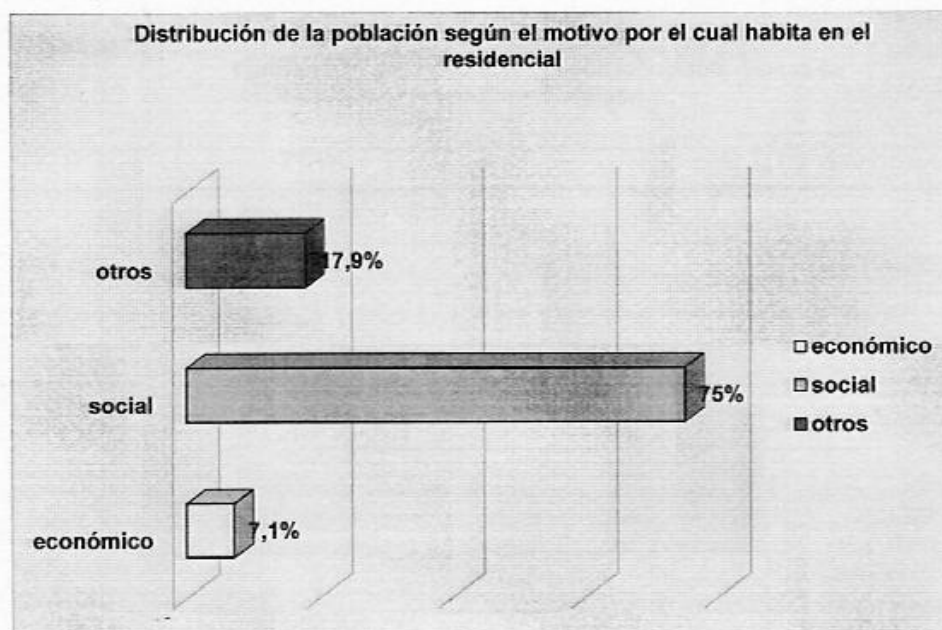
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 4: Distribución de la población según la variable motivo por el cual habita en el residencial.

Motivo por el cual habita en el residencial	FA	FR%
Económico	2	7,1%
Social	21	75%
Otros	5	17,9%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 4:



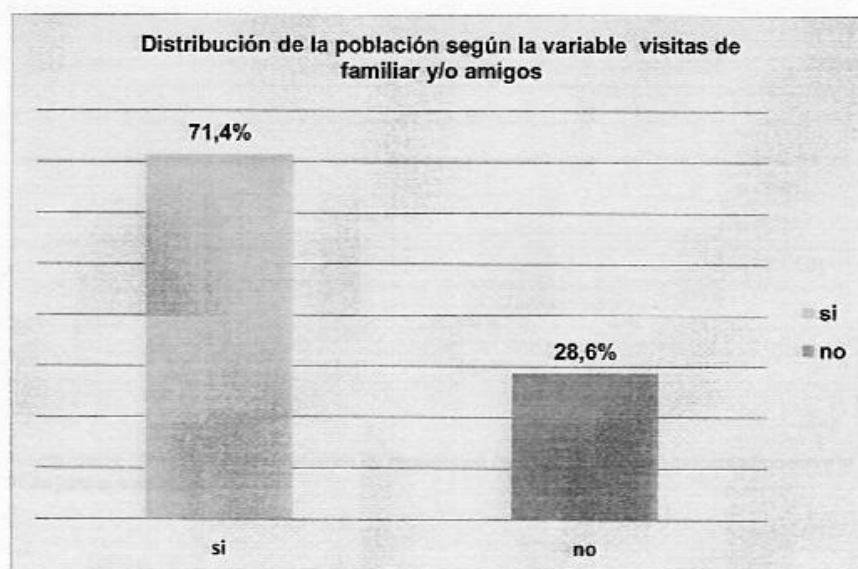
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 5: Distribución de la población según la variable visitas de familiar y/o amigos.

Recibe visitas de familiar y/o amigos	FA	FR%
Si	20	71,4%
No	8	28,6%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 5:



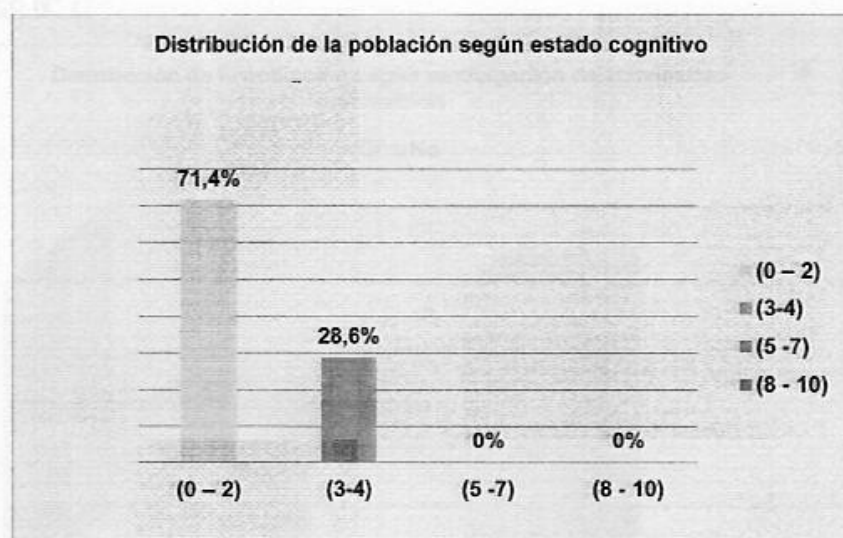
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 6: Distribución de la población según estado cognitivo

Test de pfeiffer	FA	FR%
0 - 2	20	71,4%
3-4	8	28,6%
5-7	0	0%
8-10	0	0%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 6:



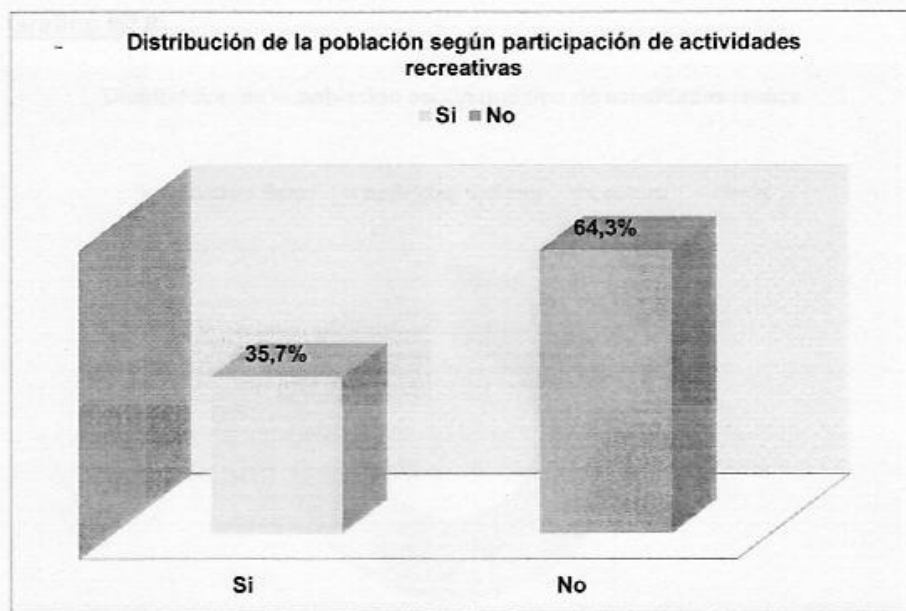
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 7: Distribución de la población según participación de actividades recreativas

Actividades recreativas	FA	FR%
Si	10	35,7%
No	18	64,3%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 7:



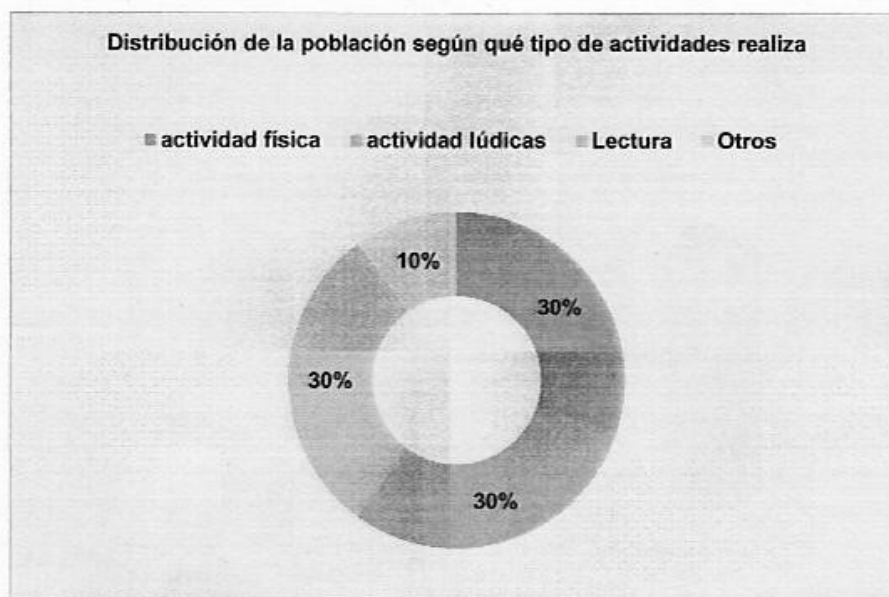
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Tabla N° 8: Distribución de la población según qué tipo de actividades realiza.

Tipo de actividades	FA	FR%
actividad física	3	30%
actividad lúdicas	3	30%
Lectura	3	30%
Otros	1	10%
Total	10	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 8:



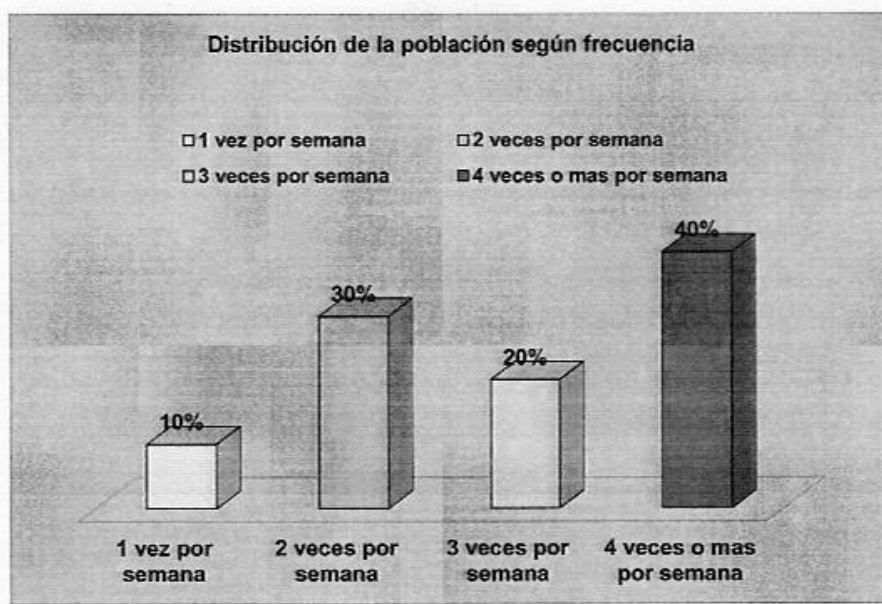
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Tabla N° 9: Distribución de la población según frecuencia

Frecuencia	FA	FR%
1 vez por semana	1	10%
2 veces por semana	3	30%
3 veces por semana	2	20%
4 veces o mas por semana	4	40%
Total	10	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 9:



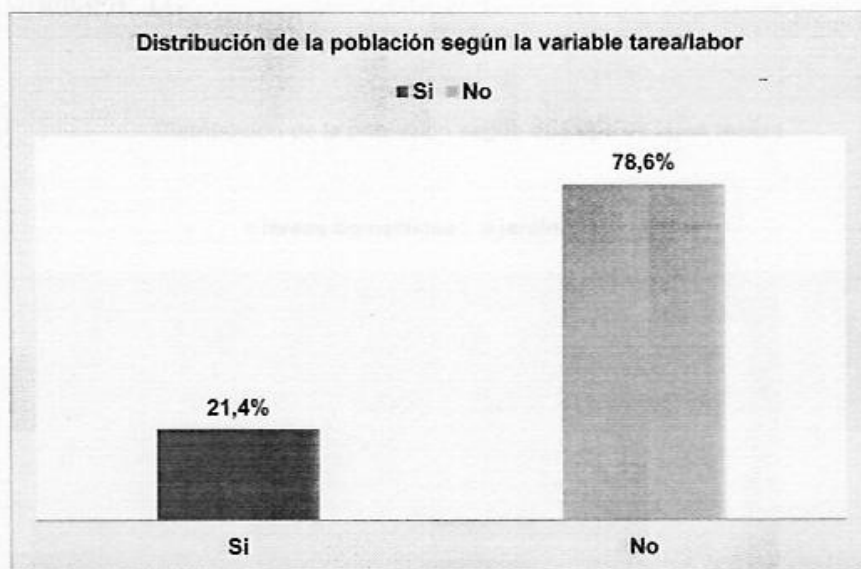
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Tabla N° 10: Distribución de la población según la variable tarea/labor

tarea/labor	FA	FR%
Si	6	21,4%
No	22	78,6%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 10:



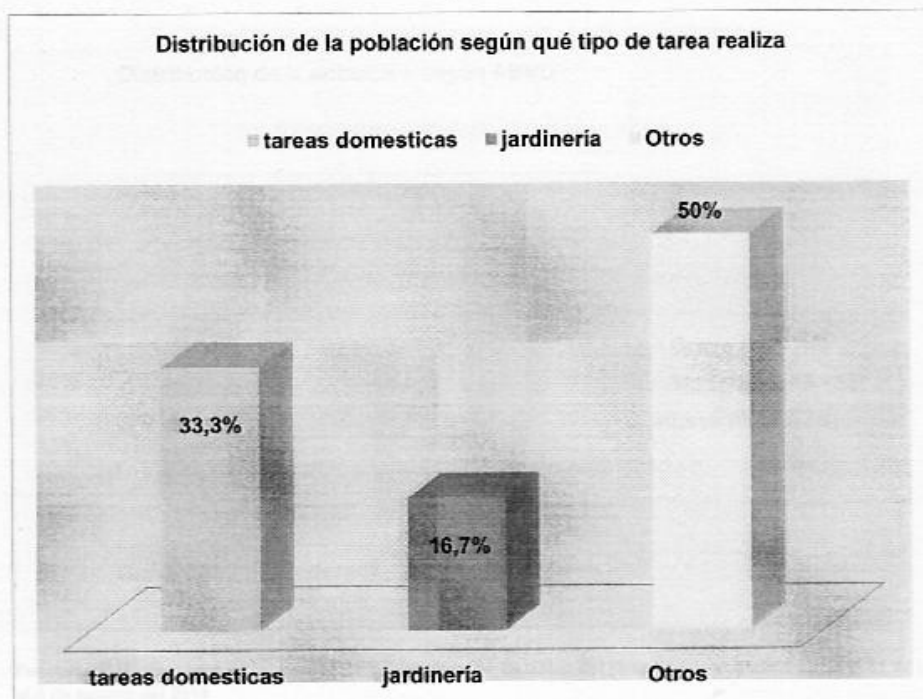
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Tabla N° 11: Distribución de la población según qué tipo de tarea o labor

Que tarea realiza	FA	FR%
tareas domesticas	2	33,3%
jardinería	1	16,7%
Otros	3	50%
Total	6	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 11:



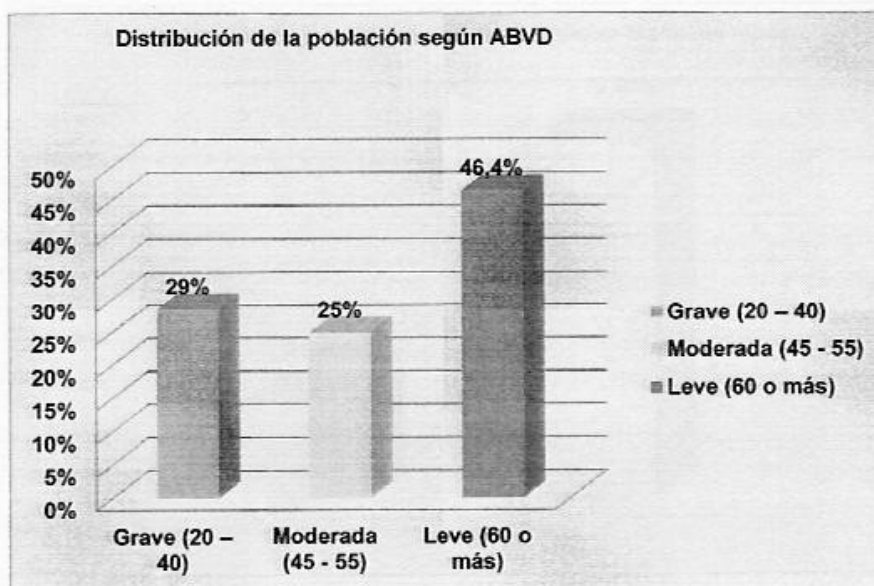
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Tabla N° 12: Distribución de la población según actividades básicas de la vida diaria

Test de Barthel	FA	FR%
Grave (20 – 40)	8	28,6%
Moderada (45 - 55)	7	25%
Leve (60 o más)	13	46,4%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 12:



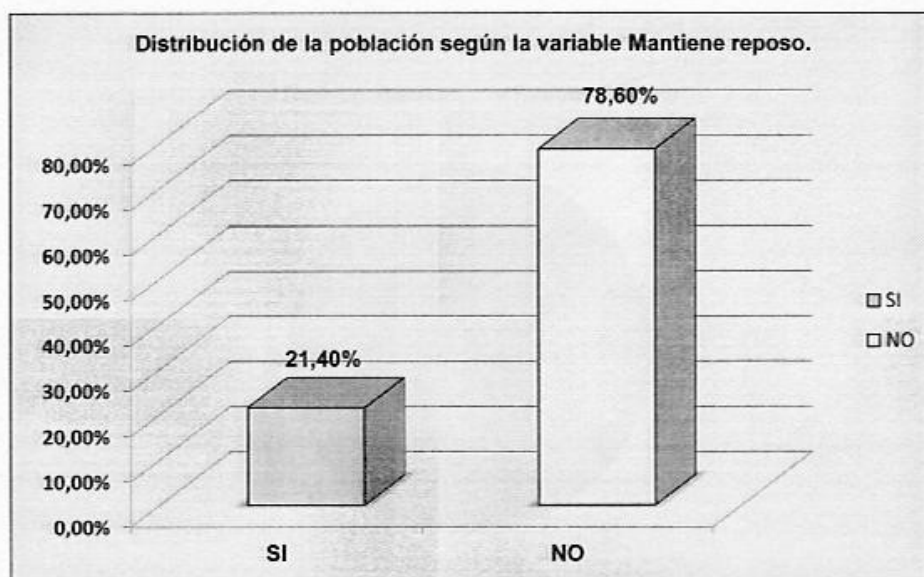
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 13: Distribución de la población según la variable "Mantiene reposo".

Mantiene reposo	FA	FR%
SI	6	21,4%
NO	22	78,6%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 13:



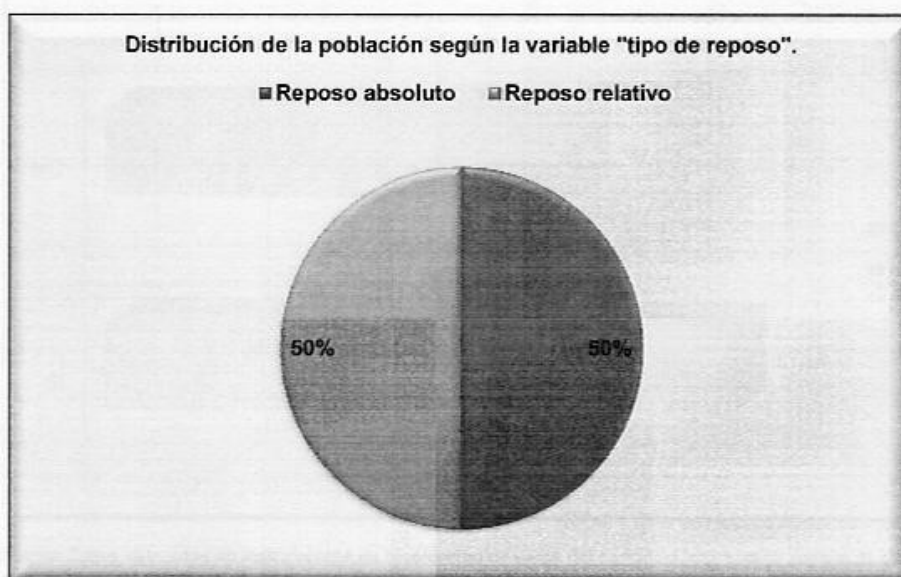
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 14: Distribución de la población según la variable "tipo de reposo".

Tipo de reposo	FA	FR%
Reposo absoluto	3	50%
Reposo relativo	3	50%
Total	6	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 14:



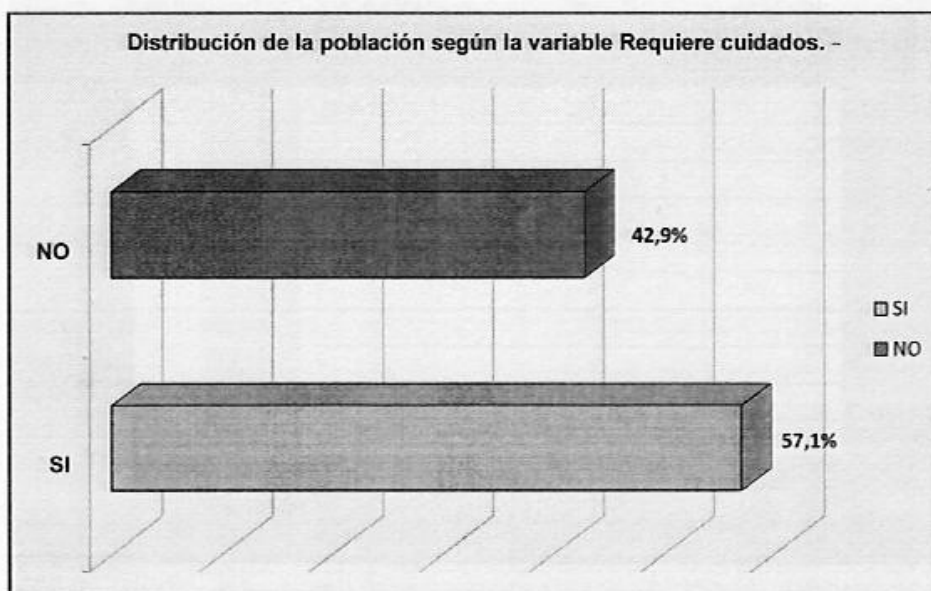
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 15: Distribución de la población según la variable "Requiere cuidados".

Requiere cuidados	FA	FR%
SI	16	57,1%
NO	12	42,9%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 15:



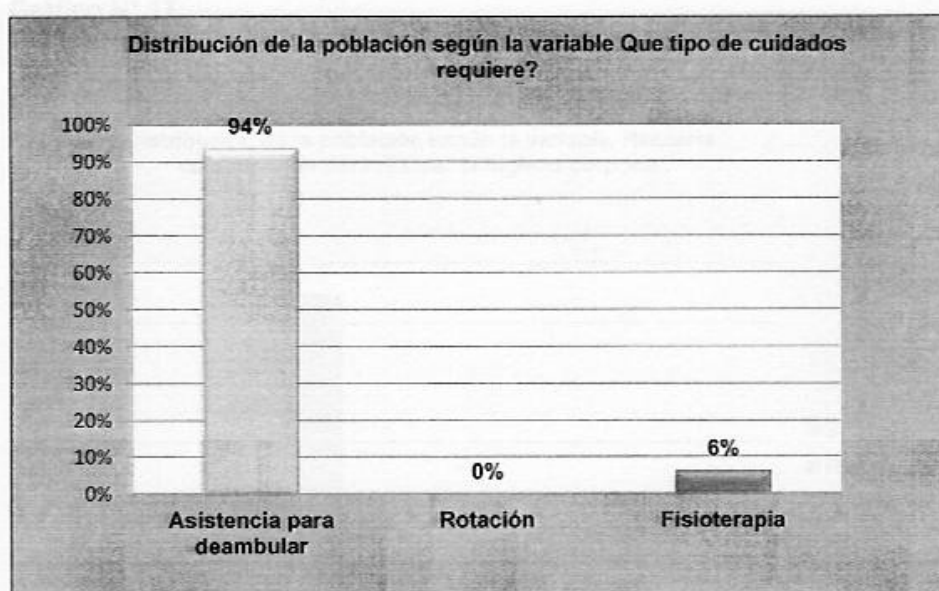
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 16: Distribución de la población según la variable tipo de cuidados.

Que cuidados requiere	FA	FR%
Asistencia para deambular	15	93,7%
Rotación	0	0%
Fisioterapia	1	6,3%
Total	16	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 16:



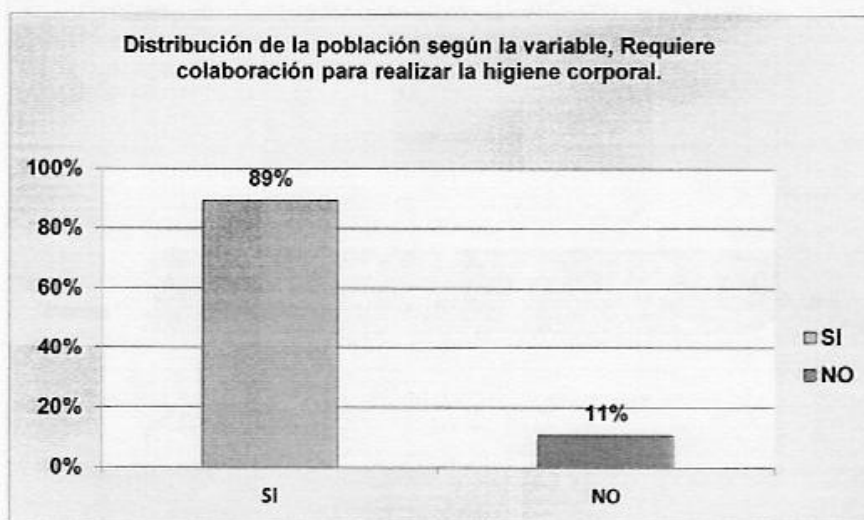
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 17: Distribución de la población según la variable, Requiere colaboración para realizar la higiene corporal.

Requiere colaboración	FA	FR%
SI	25	89,3%
NO	3	10,7%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 17:



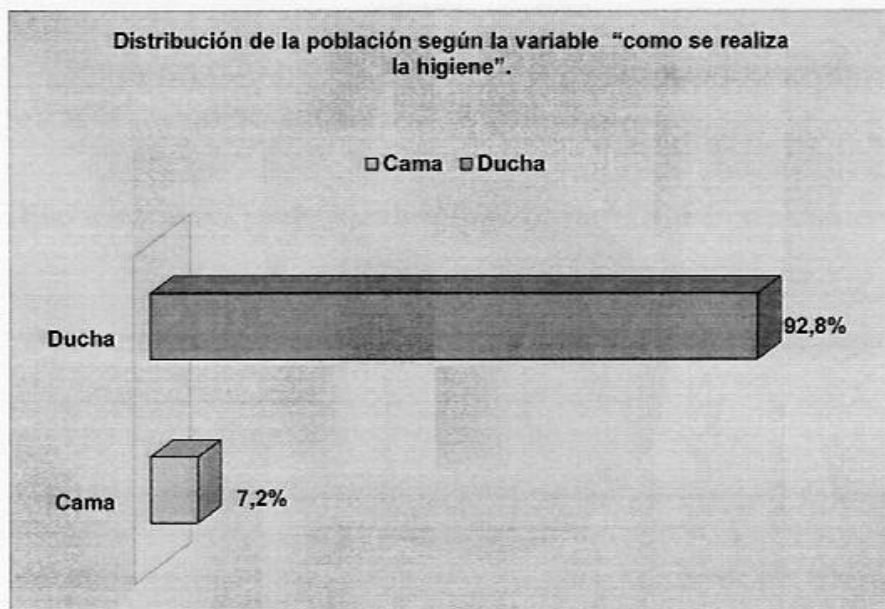
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 18: Distribución de la población según la variable forma en la que se realiza la higiene.

Forma en la que se realiza la higiene	FA	FR%
Cama	2	7,2%
Ducha	26	92,8%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 18:



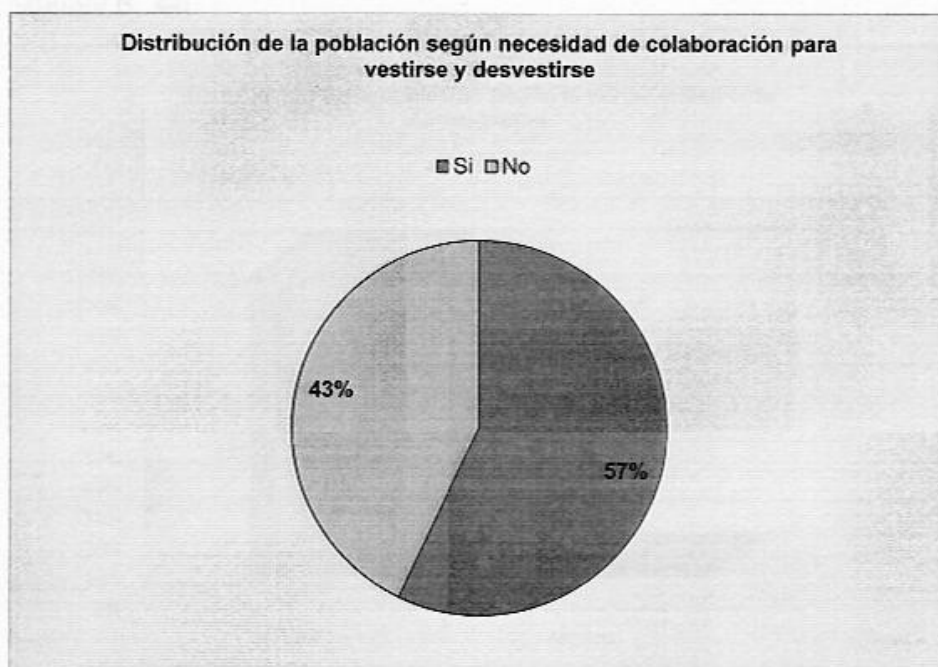
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Tabla N° 19: Distribución de la población según la variable requiere colaboración para vestirse y desvestirse.

colaboración para vestirse y desvestirse	FA	FR%
Si	16	57,1%
No	12	42,9%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 19:



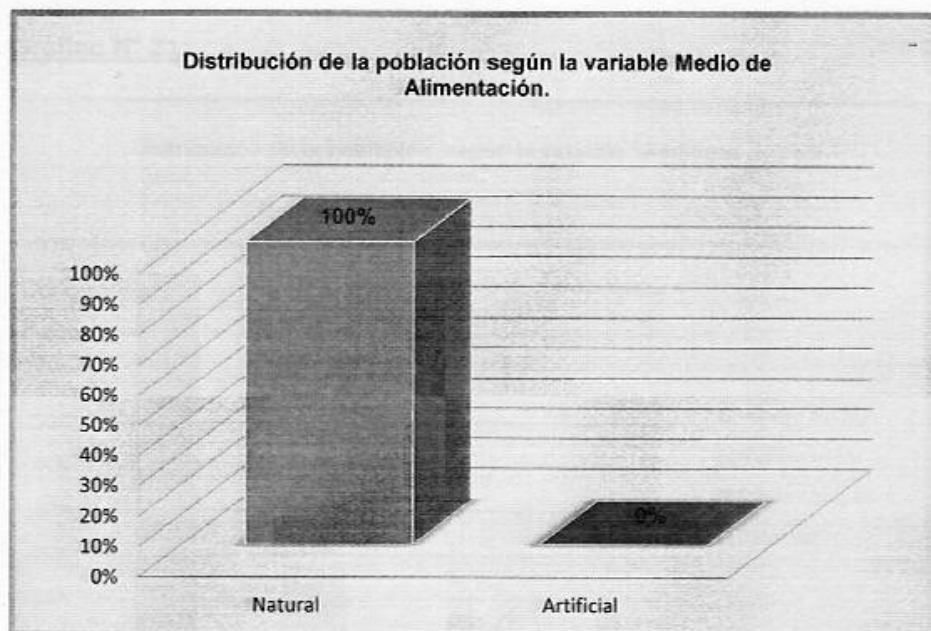
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 20: Distribución de la población según la variable Medio de Alimentación.

Medio de alimentación	FA	FR%
Natural	28	100%
Artificial	0	0%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 20:



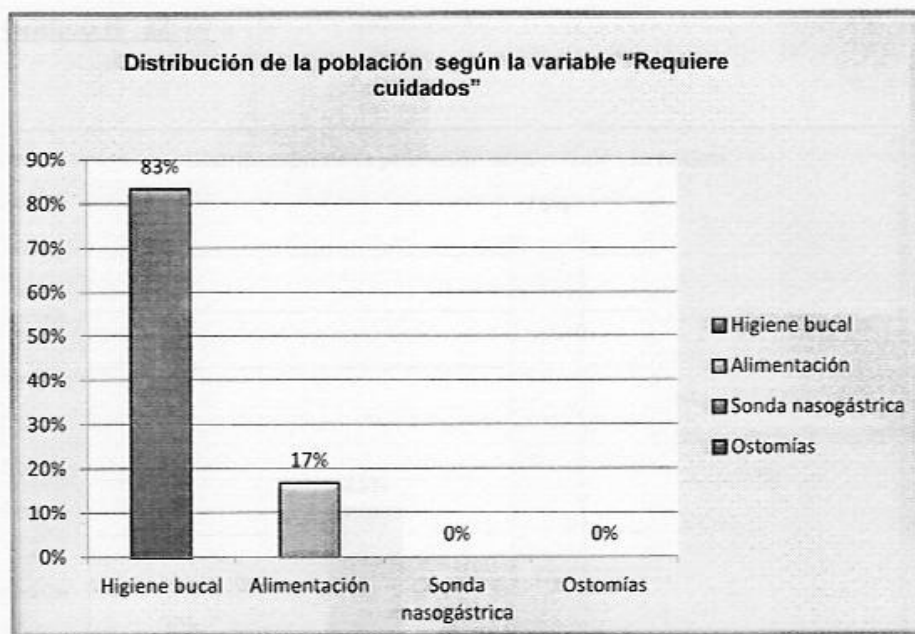
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 21: Distribución de la población según la variable Requiere cuidados

Requiere cuidados	FA	FR%
Higiene bucal	20	83,3%
Alimentación	4	16,7%
Sonda nasogástrica	0	0%
Ostomías	0	0%
Total	24	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 21:



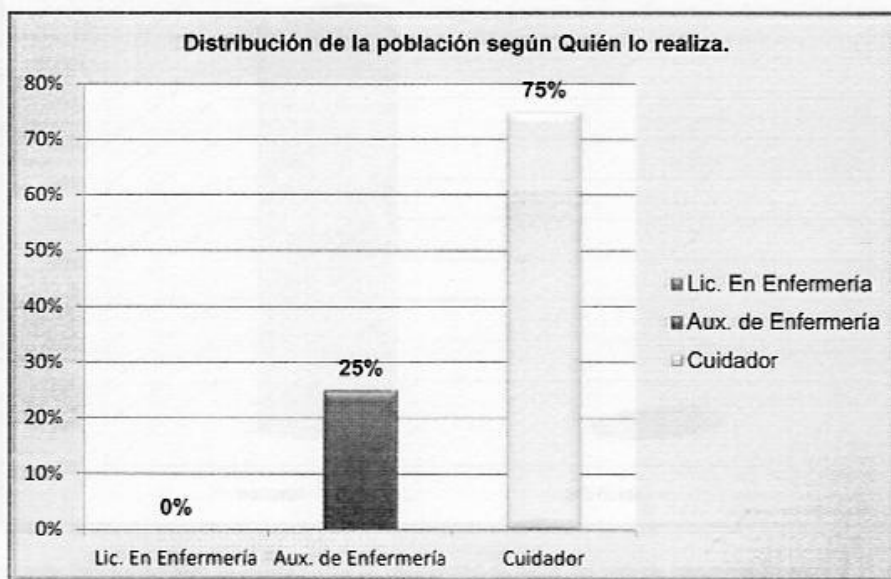
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 22: Distribución de la población según la variable recurso humano que lo realiza.

Quien lo realiza:	FA	FR%
Lic. En Enfermería	0	0%
Aux. de Enfermería	6	25%
Cuidador	18	75%
Total	24	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 22:



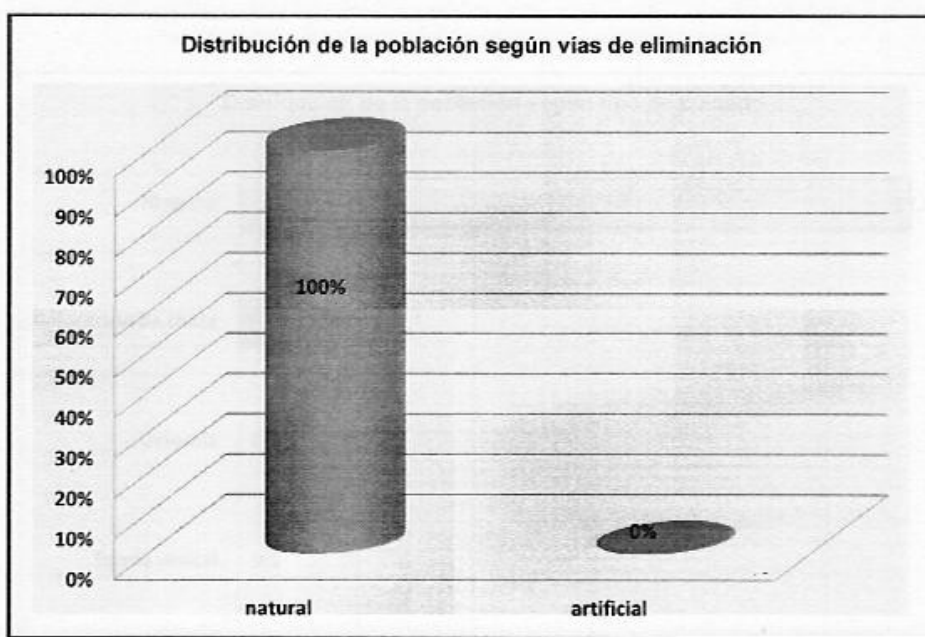
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 23: Distribución de la población según la variable "vías de eliminación".

vías de eliminación	FA	FR%
natural	28	100%
artificial	0	0%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de Instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 23:



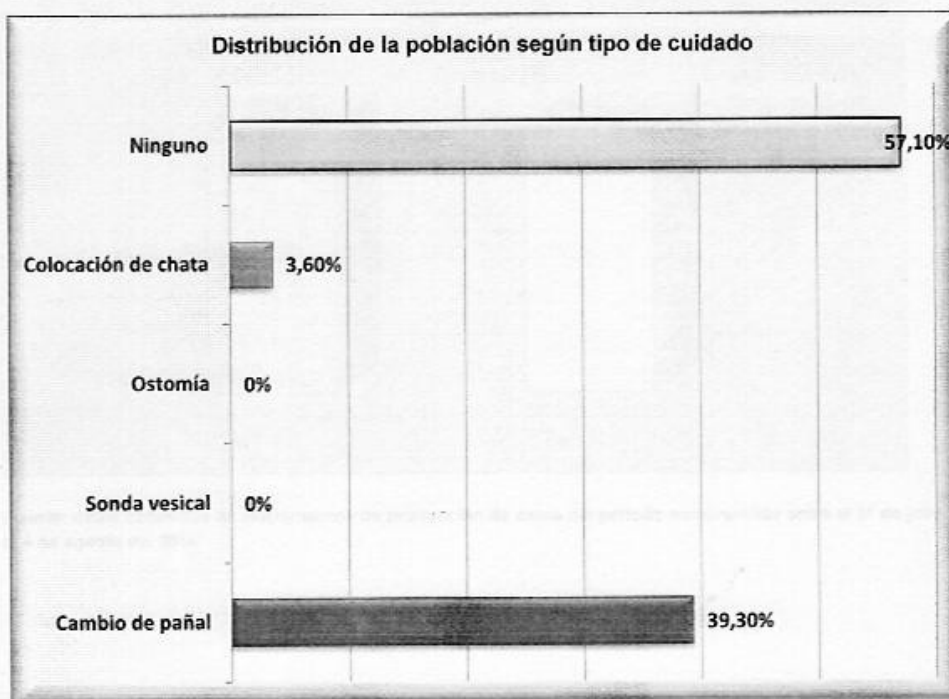
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 24: Distribución de la población según la variable tipo de cuidado

Tipo de cuidado	FA	FR%
Cambio de pañal	11	39,3%
Sonda vesical	0	0%
Ostomía	0	0%
Colocación de chata	1	3,6%
Ninguno	16	57,1%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 24:



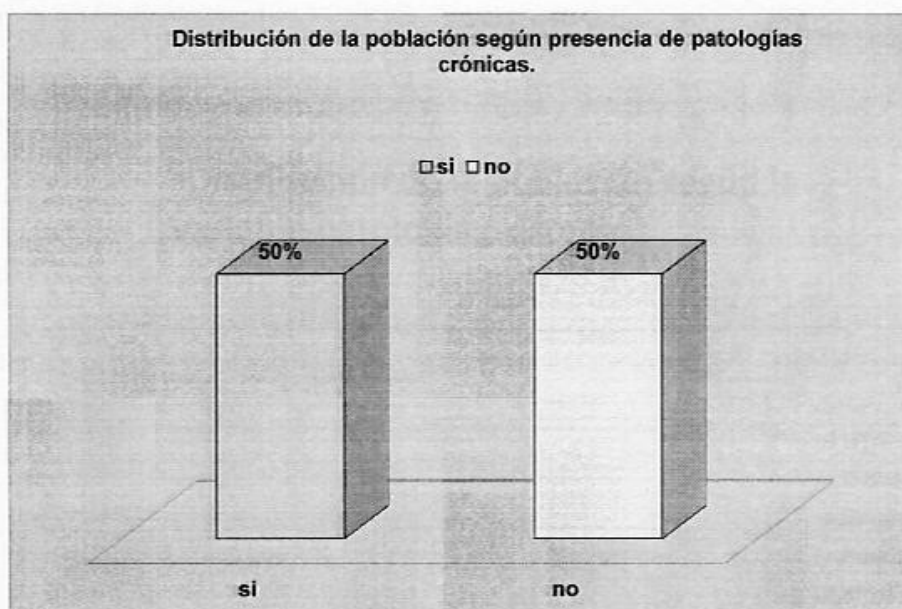
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 25: Distribución de la población según la variable presencia de patologías crónicas.

Presencia de patologías crónicas	FA	FR%
Si	14	50%
No	14	50%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 25:



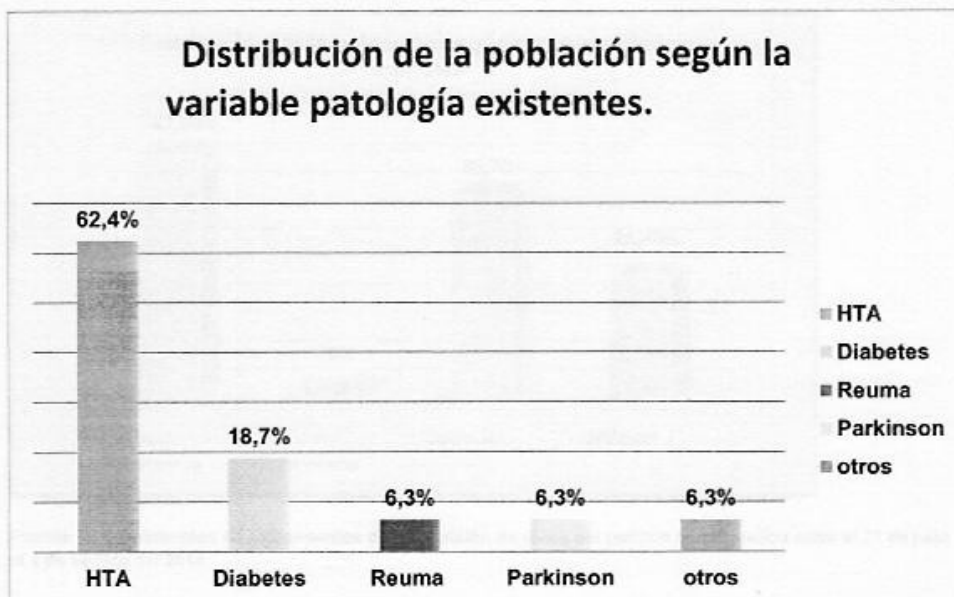
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 26: Distribución de la población según la variable patología existentes.

Que patología presenta	FA	FR%
HTA	10	62,4%
Diabetes	3	18,7%
Reuma	1	6,3%
Parkinson	1	6,3%
Otros	1	6,3%
Total	16	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 26:



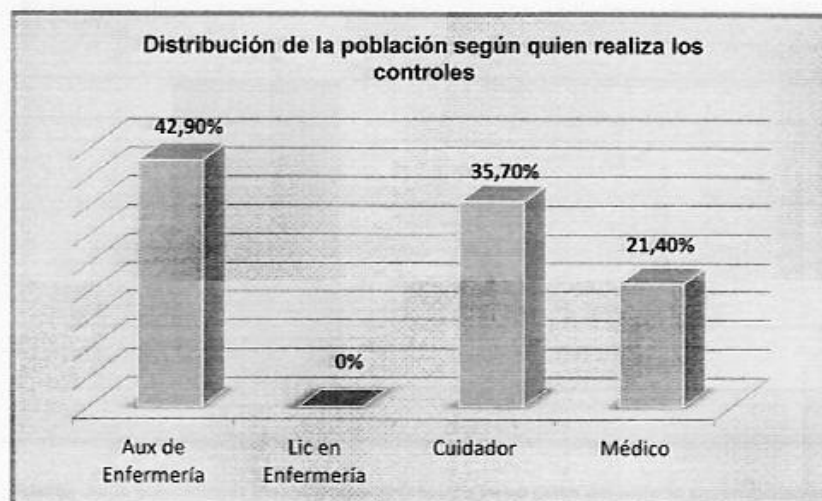
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 27: Distribución de la población según la variable RRHH que realiza los controles

Quien realiza los controles	FA	FR%
Aux de Enfermería	12	42,9%
Lic. en Enfermería	0	0%
Cuidador	10	35,7%
Médico	6	21,4%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 27:



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

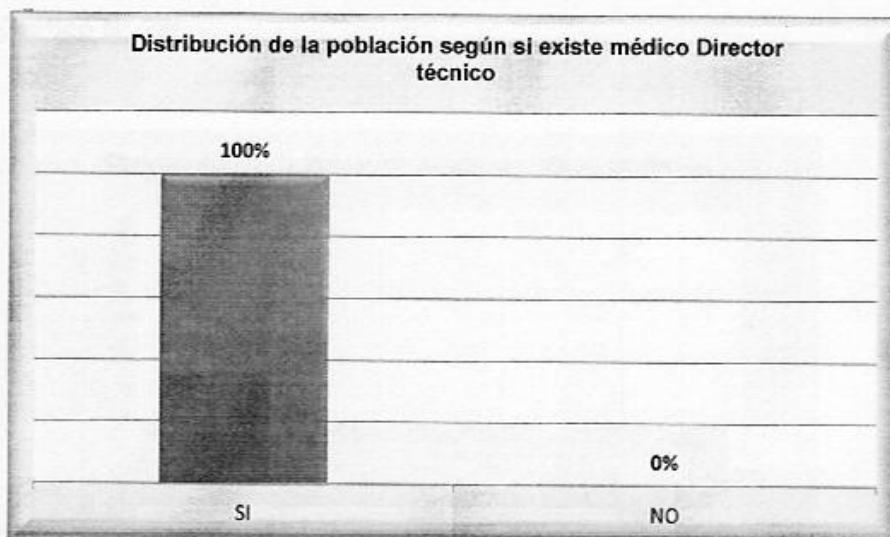
Tabla N° 28: Distribución de la población según la variable "Existe un médico Director técnico en el hogar"

Tabla N° 28: Distribución de la población según la variable "Existe un médico Director técnico en el hogar"

Existe médico director técnico?	FA	FR%
SI	7	100%
NO	0	0%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 28:



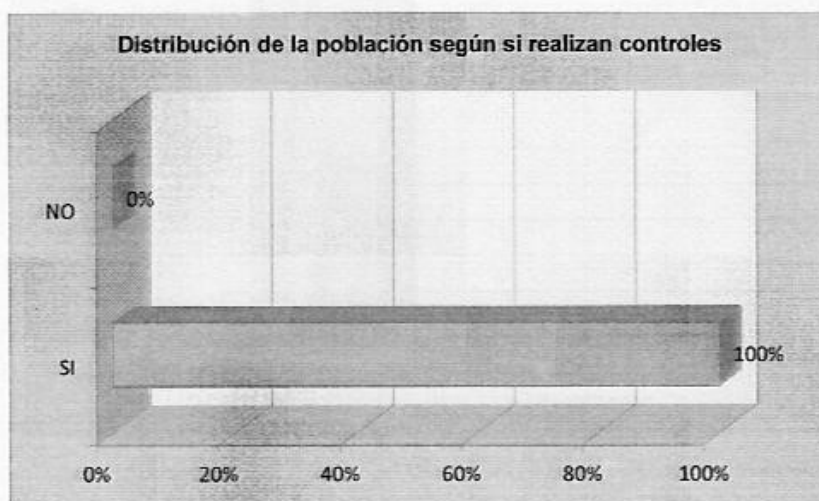
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 29: Distribución de la población según la variable "Realiza periódicamente controles"

Realiza controles	FA	FR%
SI	7	100%
NO	0	0%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 29:



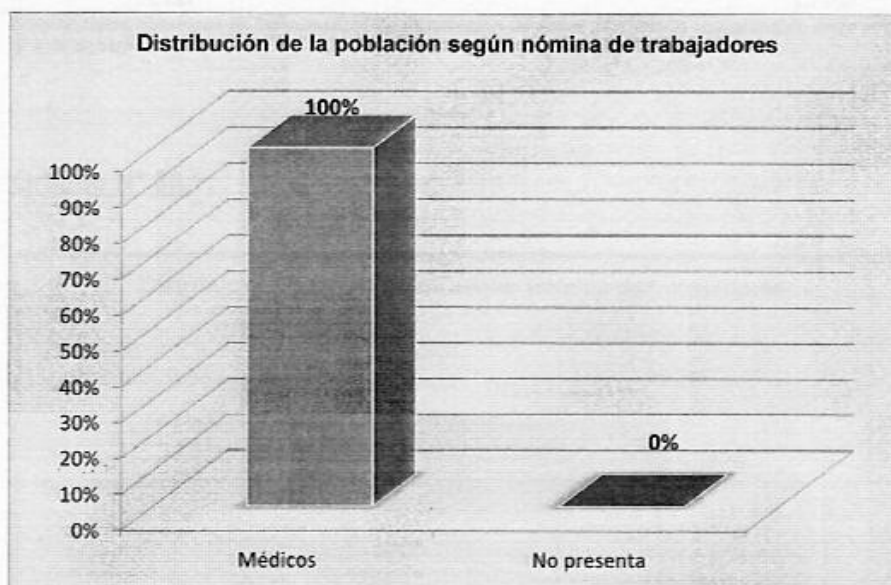
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 30: Distribución de la población según "Nómina de trabajadores"

Nómina de trabajadores	FA	FR%
Médicos	7	100%
No presenta	0	0%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 30:



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

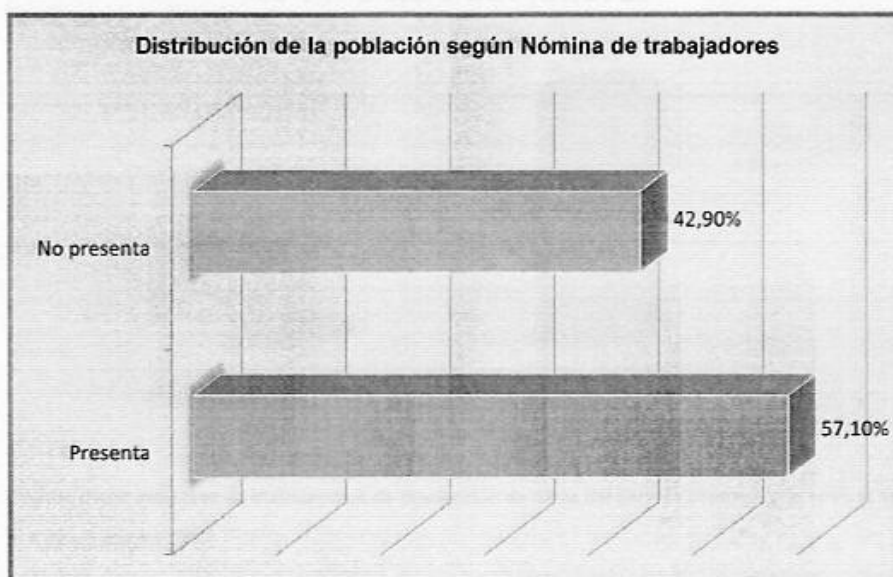
Tabla N° 30.1: Distribución de la población según Nómina de trabajadores

(Auxiliares de Enfermería).

Nómina de trabajadores	FA	FA%
Presenta	4	57,1%
No presenta	3	42,9%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 30.1: Distribución de la población según



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 30.2: Distribución de la población según Nómina de trabajadores (Lic. En Enfermería)

Lic. En Enfermería	FA	FR%
Presenta	0	0
No presenta	7	100%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 30.2:

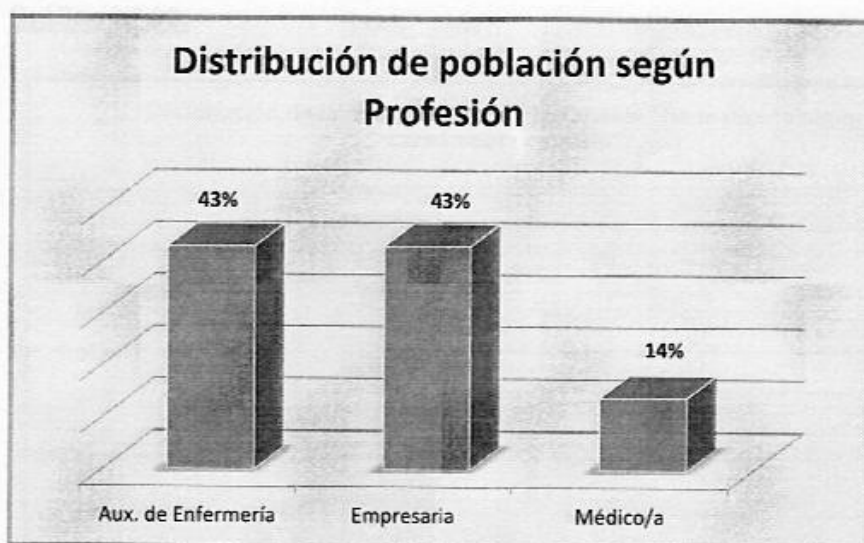


Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 31: Distribución de la población según la variable "Profesión"

Profesión	FA	FR%
Aux. de Enfermería	3	43%
Empresaria	3	43%
Médico/a	1	14%
Total	7	100%

Gráfico.N° 31:



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

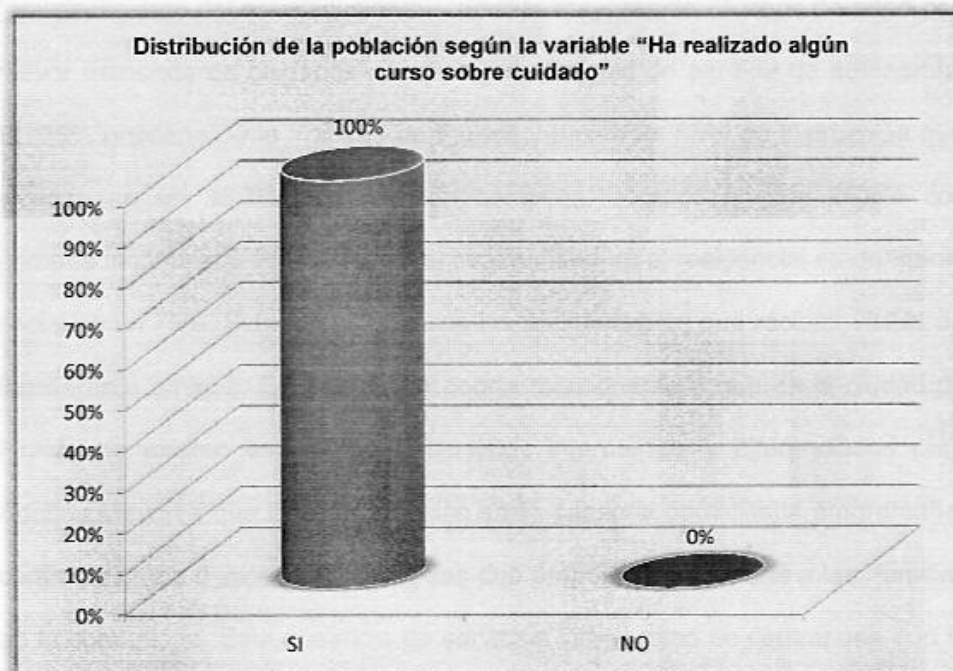
DISCUSION

Tabla N° 32: Distribución de la población según la variable "Ha realizado algún curso sobre cuidado"

Ha realizado algún curso sobre cuidado?	FA	FR%
SI	7	100%
NO	0	0%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 32:



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014



DISCUSION

El presente análisis está basado en una muestra de un total de 28 adultos mayores institucionalizados en siete residenciales de la ciudad de Florida, de un total de nueve residenciales según datos proporcionados por la DIGESA-MSP.

En lo que refiere a la caracterización de la población estudiada (Ver anexo N° 9) se observa que el 50% de estos se encuentran en el rango de 87 a 97 años de edad, ubicándose dentro de las estimaciones que hablan de un "envejecimiento del envejecimiento", adultos mayores de 75 años de edad con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía. El 78% proviene de la ciudad de Florida y posee un nivel de instrucción que alcanza en un 35,7% con primaria completa, seguido por un 28,6% con primaria incompleta. El motivo por el cual habitan en el residencial es de índole social en un 75%. Siendo un 71,4% de los residentes los que reciben visitas de familiares o amigos. Esta situación podría relacionarse a que en la ciudad de Florida no existen estructuras o servicios intermedios y diferenciados para Adultos Mayores que brinden atención socio sanitaria domiciliaria programada, centros diurnos o viviendas protegidas que proporcionen soporte a las familias en la comunidad. Esta ausencia de servicios intermedios se contrapone con lo establecido en la Ley N°18.617. Dicha ley establece el Instituto Nacional del Adulto Mayor en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, siendo competencia de este Instituto como refiere en el artículo 4°, "promover el

acceso a la atención integral en la prevención, asistencia y eventuales procesos de rehabilitación, siguiendo un modelo de cuidados progresivos privilegiando la atención en la base comunitaria, creando alternativas a la institucionalización, generando condiciones de apoyo para la atención en el ámbito familiar”.

En cuanto a la demanda de cuidados que presenta la muestra al aplicar el test de Pheiffer, se obtuvo como resultado que el 71,4% presentaba un estado cognitivo normal, y un 28,6% un deterioro cognitivo leve; según los criterios de inclusión. En este aspecto los cuidados deberían estar centrados en la prevención primaria en el caso de los adultos mayores que presentan un estado cognitivo normal fomentando la estimulación y mantenimiento de esta capacidad y su autonomía, y cuidados de prevención secundaria en los residentes que presentan un deterioro cognitivo leve partiendo de la detección precoz de los problemas para actuar sobre la pérdida de la autonomía.

En lo que respecta a la realización de actividades dentro o fuera del residencial que pueden favorecer la estimulación cognitiva, la desaceleración de la pérdida de autonomía y la sociabilización de los adultos mayores, los datos obtenidos muestran que un 64,3% de los residentes no participa de actividades dentro o fuera del residencial, siendo únicamente el 35,7% que si participa. Dentro de este porcentaje las actividades que más se destacan son; actividades físicas, actividades lúdicas y lectura compartiendo un 30%, con una frecuencia semanal para realizarlas de 4 veces por semana en un 40% de los casos.



En lo que se refiere a la generación de actividades destinadas a la estimulación cognitiva de los adultos mayores el porcentaje se acrecienta cuando el 78,6% de los mismos refiere no realizar alguna actividad o labor dentro del residencial que le permite sentirse útil. El restante 21,4% manifiesta realizar actividades dentro del residencial, como lo son las tareas domestica un 33,%, tareas de jardinería 16,7% y otras actividades un 50%.

Como se mencionó anteriormente un alto porcentaje de la muestra pertenece al grupo etario de mayores de 75 años es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía, esto se ve reflejado en los resultados luego de aplicado el test de Barthel donde un 46,4% presentaba un nivel de dependencia leve para realizar las actividades básicas de la vida diaria, un 25% moderada y por ultimo un 29% grave.

En este sentido los cuidados deberían ser integrales, dirigidos por un equipo interdisciplinario, que considere toda la realidad física, psíquica, social y funcional del adulto mayor en el caso de los niveles de dependencia leve y moderada. Y cuidados de prevención terciaria cuando el problema ya está instaurado, con resolución o camino hacia la cronicidad del problema en el caso del nivel de dependencia grave.

Debido a estos niveles de dependencia que produce la pérdida funcional se genera una demanda de cuidados en torno al adulto mayor que corresponden a la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

De la valoración aplicada a la muestra se logró apreciar que un 21,4% mantiene algún tipo de reposo limitando su autonomía, de este porcentaje el



reposo relativo y absoluto comparten el 50%. En lo que refiere a la higiene personal el 89,3% necesita colaboración para realizarla, siendo el 92,8% realizada en ducha y el 7,2% en cama. En el caso necesitar ayuda para vestirse o desvestirse un 57,1% necesita colaboración.

Respecto a la alimentación el 16,7% necesita de asistencia para llevarla a cabo, mientras que el 83,3% requiere colaboración para la higiene bucal.

En tanto que para la eliminación el 42,8% requiere cuidados para realizarla y de este porcentaje el cuidado que se destaca es el cambio de pañal con un 91,6%.

Se destaca que el 94% requiere asistencia para deambular, presentando caídas en el último año el 75% del total de la muestra. Con una frecuencia de 4 caídas o más en el último año en el 14,2% de los casos, y compartiendo el mismo porcentaje 28,6% entre 1,2 y 3 veces al año.

A demás de los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria producto de la pérdida funcional, los adultos mayores de esta muestra se presentan aún más vulnerables ante el padecimiento de patologías crónicas. De los datos obtenidos se logró comprobar que el 50% las padece, destacándose entre ellas que el 62,4% padece de patologías cardiovasculares, el 18,7% diabetes, mientras que el 6,3% es compartido en igual porcentaje por patologías óseas y neurológicas. Para este grupo en particular los cuidados deberían estar dirigidos a apalejar los efectos nocivos de estas patologías que pueden llegar a deteriorar el estado de salud y la autonomía de los adultos mayores. Para lograr este cometido debe existir un control médico y



seguimiento de los residentes que permita accionar a través del cuidado frente a cambios que pueden generarse en el estado de salud de los mismos.

Del total de residenciales visitados se destaca la presencia del médico referente, establecido en el artículo N° 10 de la Ley: 17.066 ,dicha ley establece la presencia de un médico geriatra gerontólogo o en su defecto un médico general encargado de la vigilancia de la salud del adulto mayor. En lo referido a la muestra estudiada el 57,1% recibió controles médicos en un periodo no mayor a 3 meses y el 42,9% mayor a 3 meses. Estos porcentajes muestran que se cumplen con un seguimiento del médico referente. En cuanto a los controles diarios pertinentes para cada una de estas patologías, podemos destacar que en un 42,9% son realizados por un auxiliar de enfermería, siendo 57,1% el total de los residenciales que cuentan con este integrante del equipo de salud, en su nómina de personal. Cabe destacar que en el 100% de los residenciales no existe la figura del Licenciado en Enfermería. La escasa o inexistente presencia de Profesionales o Técnicos de Enfermería en la nómina de empleados dentro de estos residenciales, puede deberse a que la reglamentación técnica de ley N°17066 estipula que " Todos los establecimientos que alojen individuos enfermos, con discapacidad física y/o mental deberán contar con servicios básicos de enfermería las 24 horas del día. Dichos servicios podrán ser internos o externos". En cuanto a la formación de los referentes de los 7 residenciales encuestados, quienes planifican, organizan, dirigen y controlan los cuidados que se le realizan a los adultos mayores, el 43% posee la certificación de auxiliar de enfermería, otro 43% sin formación en enfermería o medicina, y en un 14% son médicos. El 100% refiere

haber realizado algún curso sobre cuidados en el adulto mayor, con una antigüedad de 2 años o más en el 42% de los casos, más de un año y menos de un año en el 28,6% de los casos respectivamente.

CONCLUSION

La presente investigación ha llevado a cabo un estudio aplicado a conocer la Demanda de Cuidados que presentan los adultos mayores institucionalizados en residenciales de la ciudad de Florida.

En cuanto a los objetivos planteados, fueron estos alcanzados en su totalidad.

Es en base a estos objetivos que se puede concluir: que los cuidados que se brindan en los residenciales no satisfacen en forma integral la demanda de los mismos. Centrándose en cuidados asistenciales que se ocupan de la dependencia física; como son: alimentación, eliminación, movilización e higiene; ignorando los aspectos relacionados al estado cognitivo y la sociabilización de los adultos mayores. Este modelo asistencial apunta a la satisfacción de las demandas de las actividades de la vida diaria, no contemplando el estado cognitivo.

El adulto mayor requiere en su proceso de envejecimiento una atención de un equipo interdisciplinario que trabajando en conjunto con los referentes de los residenciales, favorezcan la mejora en la calidad de vida, para llevar a cabo la articulación de este equipo interdisciplinario se requiere de un agente socio-



sanitario con conocimientos en planificación, organización, control y dirección de los cuidados que se le brindan.

Citas Bibliográficas

Alonso Calvo P., Pérez S., Solares, Diaz A., Navarro C., Carrasco M. et al.
La propuesta resulta utópica teniendo en cuenta la situación socio - económica de cada adulto mayor y los residenciales, siendo imposible muchas veces contar con esos recursos.

Si bien existen leyes que reglamentan y amparan la situación del adulto mayor, el Estado debería propiciar la creación de más espacios de atención intermedia como los hogares diurnos, que apoyen a las familias a afrontar los cambios de este proceso de envejecimiento, permitiendo que el adulto mayor no sea separado de su entorno familiar, fortaleciendo la sociabilización y la autonomía. Destinando los residenciales como último recurso para quienes no tienen alternativa habitacional y/o dependencia física severa.

El Nivel 2011.7 ed. Pág. 50

- Wagner D. El desafío del cuidado de atención a los adultos mayores. Programa del adulto mayor. Intercon 2007. Disponible en: http://www.med.unlp.edu.ar/intercon/programa/Programa_Adulto_Mayor.pdf [Consulta: 11 de dic. 2013].

Bibliografía consultada

- Consideraciones prácticas sobre algunos de los temas del envejecimiento. Revista cubana investigación biomédica (Internet). 2003; 22(1): 22-31.

BIBLIOGRAFIA

Citas Bibliográficas

- Alonso Galván P. Félix J, Soberats, Díaz A, Navarro C, Carrasco M, et al. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev. Cubana Salud Pública [internet] v.33 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2007 disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662007000100010&script=sci_arttext
- Hogares de ancianos. Ley 17.066 Art: 3-4. 8 de enero 1999. Constitución R.O.U [internet] disponible en:
<http://www.elderechodigital.com.uy/acceso1/legisla/leyes/lev17066.html>
[consulta: 5 dic. 2013]
- Marriner Tomey A. Royle Alligood M. Modelos y teorías de enfermería: Elsevier, 2011 7º ed. Pág. 50
- Wajner G. El cambio del modelo de atención a los adultos mayores. Programa del adulto mayor. [internet] 2008 setiembre. Disponible en:
http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/posgrado/Prog_Adulto_Mayor_RAP.ppt. [consulta: 16 dic. 2013]

Bibliografía consultada

- Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. Revista cubana investigación biomédica (internet) 2003 ene marz v 22 n1

disponible:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403002003000100008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403002003000100008&script=sci_arttext)
&script=sci_arttext. Consulta [30/05/14 23:48]

- DIGESA – PRONAM. [internet] Uruguay 2005 – 2010. Disponible en :
http://www.smu.org.uy/cartelera/pro_ad.pdf [consulta: 24 nov. 2013]
- Henderson V. Principios básicos del cuidado de enfermería. Ginebra: consejo internacional de enfermería 1971
- Hernández Sampieri R, Fernández Callado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación 4º ed. México: MC Graw Hill 2006
- Instituto Nacional del adulto mayor. Ley 18617. Art: 1-5 del 6 noviembre 2009. Constitución ROU. [internet] disponible en:
<http://www.parlamento.gub.uy/leves/ley18617.htm> [consulta: 12 may 2014]
- Instituto Nacional de Estadística. Censo 2011. [internet] disponible en:
<http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.htm> [consulta: 7 abr 2013]
- López Norori M. Memoria de investigación: "Evaluación de los hogares de ancianos en la región centro-norte de Nicaragua" Abril – Dic. 2006
- Mary M. Burke, RN, DNSc, GNP-C. Associate Professor. Enfermería gerontológica. Cuidados integrales del adulto mayor. 2º ed. Nurse Practitioner Program. George Washington University. Washington DC. 1998.
- Pintos A; Casco M. instrumento de evaluación y criterios diagnósticos. Manual de Geriatría. Dpto. de Geriatría. Fac. Medicina

- Theubnet N. Análisis descriptivo de los datos del censo 2011. Cuidados en personas adultas mayores [internet] Montevideo Uruguay. Disponible en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy> [consulta: 24 mar 2013]
- Vernet Aguiló F. concepto básico de enfermería en la atención gerontológica. Rev. Gerokomos 2007; vol. 18; N° 2: 24 – 9

25/02/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para modificación del protocolo de investigación.
08/03/13	Encuentro de grupo de estudiantes en Hospital de Clínicas para definición de objetivos de investigación y formulación de preguntas de investigación.
11/03/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas.
13/03/13	Reunión de docentes, estudiantes y grupo de investigadores. Cátedra de Adulto y Anciano.
14/03/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para inicio de trabajo de investigación.
20/04/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para discutir con la docente sobre el protocolo de investigación.
20/04/13	Reunión de estudiantes con docentes sobre para implementación de protocolo de investigación.
26/04/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para modificación del protocolo de investigación de tema F13A.
07/05/13	Reunión de estudiantes en Hospital de Clínicas para cultura institucional de modificación de objetivos y definición de los variables a estudiar en el.
09/05/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para modificación del protocolo de investigación.
24/5/13	Encuentro de estudiantes para finalización de protocolo de investigación.
25/05/13	Trabajo de protocolo de investigación y reunión de grupo.
04/10/13	Encuentro de docentes y estudiantes del Hospital de Clínicas.
24/10/13	Reunión de estudiantes en Hospital de Clínicas para discusión de modificaciones a protocolo de investigación.
28/10/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para modificación del protocolo de investigación.
14/11/13	Reunión de estudiantes en Hospital de Clínicas para inicio de actividades del protocolo de investigación con la docente suora.
18/11/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para modificación del protocolo de investigación.
20/11/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para revisión de estado del protocolo y asignación de tareas de consentimiento informado.
28/11/13	Reunión de estudiantes en Hospital de Clínicas para inicio de actividades del protocolo.
03/12/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para modificación del protocolo de investigación.
19/12/13	Reunión de estudiantes en Hospital de Clínicas para inicio de actividades del protocolo.
19/12/13	Reunión de estudiantes en Hospital de Clínicas para definición de protocolo.
12/12/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para discusión

CRONOGRAMA

Tabla N° 1.1: Cronograma de actividades

Fecha	Actividad realizada
25/02/13	Orientación al Trabajo de investigación. Designación de líneas de investigación. Reunión en CEDEPO.
08/03/13	Encuentro de grupo de estudiantes en Hospital de Clínicas para delimitación del problema de investigación y formulación de pregunta problema.
11/03/13	Comienzo de revisión bibliográfica.
13/03/13	1° Tutoría de docentes responsables y grupo de estudiantes. Cátedra de Adulto y Anciano.
18/03/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para iniciar protocolo de investigación.
02/04/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para continuar con la elaboración del protocolo de investigación.
25/04/13	Reunión de estudiantes con docentes tutores para mejoramiento de protocolo, en CEDEPO.
08/05/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para modificación de instrumento de recabación de datos ETSA.
17/05/13	Reunión de estudiantes en Hospital de clínicas para culminar instrumento de recabación de datos y definición de las variables incluidas en él.
09/06/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para modificación del protocolo de investigación.
24/07/13	Encuentro de estudiantes para finalización del protocolo de investigación.
25/07/13	Entrega de protocolo de investigación a docentes tutores.
04/10/13	Devolución de correcciones del protocolo por parte de docentes.
06/10/13	Reunión de estudiantes en Hospital de Clínicas para comienzo de modificaciones a protocolo corregido.
28/10/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para modificación del protocolo de investigación.
14/11/13	Reunión de estudiantes en Hospital de Clínicas para arreglo de correcciones del protocolo en conjunto con la docente tutora.
19/11/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para modificación del protocolo de investigación.
20/11/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para continuar arreglo del protocolo y elaboración de cartas de consentimiento informado.
26/11/13	Reunión de estudiantes en Hospital de Clínicas para arreglo de correcciones del protocolo.
03/12/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para modificación del protocolo de investigación.
09/12/13	Reunión de estudiantes en Hospital de Clínicas para creación de instrumento de valoración.
10/12/13	Reunión de estudiantes en Hospital de Clínicas para definición de variables.
13/12/13	Encuentro de estudiantes en Hospital de Clínicas para culminación

	de protocolo de investigación.
28/12/13	Entrega de protocolo de investigación a docentes tutores.
01/02/14	Devolución de correcciones del protocolo por parte de docentes.
02/02/14	Reunión de estudiantes en Hospital de Clínicas para comenzar correcciones nuevas del protocolo.
25/02/14	2ª Tutoría con docente en 3º piso del Hospital de Clínicas.
04/03/14	Reunión de estudiantes en XXX para comenzar nuevas correcciones de protocolo.
11/03/14	Reunión de estudiantes en XXX para culminar correcciones de protocolo.
14/03/14	Entrega de protocolo de investigación a docentes tutores.
07/04/14	Reunión de estudiantes en XXX para correcciones de protocolo.
06/05/14	Reunión de estudiantes en XXX para correcciones de protocolo
15/05/14	Entrega de protocolo de investigación a docentes tutores.
06/06/14	Devolución de correcciones del protocolo por parte de docentes.
30/06/14	Reunión de estudiantes en XXX para correcciones del instrumento de recolección de datos.
15/07/14	Realización de prueba piloto en el 1º Hogar
20/07/14	Realización de prueba piloto en 2º y 3º Hogar
30/07/14	1º día de recolección de datos.
01/08/14	2º día de recolección de datos.
04/08/14	3º día de recolección de datos.
09/08/14	Procesamiento de los datos obtenidos.
15/08/14	Comienzo de análisis.
22/08/14	Finalización de análisis.
30/08/14	Conclusión y sugerencias.
01/09/14	Últimos arreglos al TFI. Presentación a docente tutora.
23/10/14	Muestra informe y diapositivas a Tutora
27/10/14	Entrega de informe cátedra



PRESUPUESTO

Presupuesto para una tesis de grado de tesis de grado

Año	2013											2014									
Mes	Fe br er o	M ar zo	A br il	M a y o	Ju ni o	Ju lio	A g o.	Se t.	O ct	N ov	D i c	E n e r o	F e b r e r o	M ar z o	Abri l	May o	Juni o	Juli o	Agos to	s e t i e m b r e	oct ubr e
Selección tema inv.																					
Pregunta problema																					
Objetivos																					
Justificación																					
Marco teórico																					
Prueba piloto																					
Ejecución protocolo																					
Resultados, análisis y conclusión.																					
Defensa ante tribunal																					



Presupuesto para realizar el trabajo de Investigación

Recursos Humanos: 6 estudiantes de Licenciatura de Enfermería.

Recursos Materiales: Cuadernos, lapiceras, computadoras, impresora, hojas A4.

Recursos Financieros:

Viáticos: \$ 22.650.

Papelería: \$ 1.300

ANEXOS



ANEXO N° 1

Montevideo, junio 2014.

Dirigido a:

A través de esta nota presentamos con la Estudiantes de la Licenciatura de
Enfermería, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República,
que nos encontramos realizando nuestro trabajo de investigación para el curso de
la Licenciada en Enfermería Virginia Aguirre. El tema a abordar en
esta investigación trata sobre "Demanda de Cuidados Adultos Mayores,
según necesidades".

ANEXOS

Desde la nueva Facultad, garantizando la confidencialidad de la información
obtenida, no interfiriendo con el normal desempeño del Centro.

Por tal razón solicitamos la autorización para realizar el trabajo de investigación
en dicho Centro.

Saludos cordiales,

Estudiantes de Facultad de Enfermería.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Cirugía
Av. 25 de Mayo 125, Paso
Montevideo - Uruguay

Dr. Christian Fossa

01 4 570 3114

Dr. Christian Nofre

01 5 014 746-5



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra Adulto y Anciano



ANEXO N° 1

Montevideo, Junio 2014.

Dirigido a...

A través de esta nos presentamos como Estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, que nos encontramos realizando nuestro trabajo de Investigación Final bajo la tutoría de la Licenciada en Enfermería Virginia Aquino. El tema a abordar en dicha Investigación trata sobre "Demanda de Cuidados en Adultos Mayores, según necesidades".

Luego de aprobado el Protocolo de Investigación por parte de nuestra tutora, se pretende para el estudio trabajar con los adultos mayores institucionalizados de la Ciudad de Florida. Cabe destacar que el tema y los datos obtenidos en esta investigación son solo de interés académico para la Cátedra de nuestra Facultad, preservando la confidencialidad de la información obtenida, no interfiriendo con el normal desempeño del Centro.

Por tal razón solicitamos la autorización para realizar el trabajo de Investigación en dicho Centro.

Saluda atentamente;

Estudiantes de Facultad de Enfermería.

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

Br. Caetano, Noelia

CI: _____

Br. Corrales, Natalia

CI: _____



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



Cátedra en Adulto y Anciano

Br. Novellino, Rosina CI:

Br. Occhiuzzi, Natalia CI:

Br. Perdomo, Martin CI:

Br. Rocha, Natalia CI:

Fecha: 23/07/2014

Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra de Adulto y Anciano

Prof. Adj. Lic. Virginia Aquino

Tutora:

Prof. Adj. Lic. Aquino, Virginia

Me dirijo a Ud. en respuesta de la nota de fecha 23/07/2014, recibida en el día de hoy, donde se solicita la autorización de realizar un trabajo de investigación en esta cátedra.

Dado constando de la autorización para realizar dicha investigación, en el momento que se encuentra a mi cargo.

Atte. Rosina Novellino

Firma: [Firma manuscrita]

Recepción de Firma:

Nombre del receptor: [Nombre manuscrito]



ANEXO N° 2:

Fecha:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo a realizar valoración de Enfermería, con el fin de aportar datos para un trabajo de investigación final, a los Estudiantes de Facultad de Enfermería, pertenecientes a la Universidad de la República, bajo la tutoría de la Prof. Adj. Lic. En Enf Virginia Aquino.

He sido informado sobre el fin de la utilización de estos datos, las ventajas y beneficios que representará para la investigación sobre el tema.

Si el residente no firma, deja constancia de su imposibilidad y razón de la misma (colocar una x donde corresponda).

Incapacidad física:

No sabe firmar:

Dejo constancia que soy estudiante de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, y le he explicado la naturaleza y el propósito de esta investigación. Dejo constancia que yo personalmente he obtenido la firma del consentimiento y he constatado que el residente ha comprendido la presente.

Firma del estudiante:

Firma del Residente:

Aclaración de firma:

Aclaración de la firma:



Firma Docente: _____ Aclaración de firma: _____
del local "El Casa", el nombre de la ciudad de residencia, el nombre de la
ciudad o institución.

ANEXO N° 3:

Tabla N° 1: Cuestionario Portátil del estado mental de Pfeiffer:

TEST DE PFEIFFER		ERROR	
1)-	Fecha de hoy: DD/MM/AA	0:	1:
2)-	Día de la semana	0:	1:
3)-	Nombre del lugar	0:	1:
4)-	Número de teléfono	0:	1:
5)-	Dirección:(si no tiene teléfono)	0:	1:
6)-	Edad	0:	1:
7)-	Fecha de Nacimiento	0:	1:
8)-	Nombre del Presidente actual	0:	1:
9)-	Nombre del Presidente anterior	0:	1:
10)-	Nombre de la madre	0:	1:
11)-	Restar 3 a 20 y seguir restando sucesivamente	0:	1:

Instrucciones para completar el cuestionario:

Plantee al sujeto las preguntas de 1 a 10 de la lista y registre todos los errores.

Para ser realizado en forma correcta las respuestas deben ser dadas sin referencias al calendario, periódico, certificado de nacimiento u otra ayuda para la memoria.

La pregunta 1, se considera correcta solamente cuando son dados correctamente la fecha, el mes y el año exactos.

La pregunta 2, se define por si sola.



La pregunta 3, se considera correcta si brinda cualquier descripción correcta del local. "Mi casa", el nombre de la ciudad de residencia, el nombre de la ciudad o la institución.

La pregunta 4, se considera correcta cuando puede ser verificado el número de teléfono. La pregunta 4ª se realiza solamente si el sujeto no tiene teléfono.

La pregunta 5, se considera correcta cuando la edad mencionada se corresponde con el año de nacimiento.

La pregunta 6, se considera correcta solamente cuando son dados la fecha, el mes, y el año exacto.

Las preguntas 6 y 7, solamente requieren los apellidos de los presidentes.

La pregunta 9, no requiere ser verificada. Se considera correcta si es dado un nombre de pila femenino más un apellido diferente al del sujeto.

La pregunta 10, requiere que todas las series sean realizadas correctamente para ser consideradas valida. Cualquier error al intentar la serie inválida al resto.

Puntajes del cuestionario:

La educación influye sobre el rendimiento en la prueba y por lo tanto debe ser tomada en cuenta al realizar la puntuación. A los efectos de realizar la puntuación se han considerado tres niveles educacionales:

- a)- personas que solamente han tenido una educación de nivel escolar.
- b)- personas que han cursado estudios secundarios en forma parcial o completa.



c)- personas que han recibido educación superior.

Para los sujetos con nivel de educación secundaria rigen los siguientes criterios:

0-2 errores: funcionamiento intelectual normal.

3-4 errores: alteración intelectual leve

5-7 errores: alteración intelectual moderada.

8-10 errores: alteración intelectual severa.

Se permite un error más si la persona ha tenido solamente educación escolar, y un error menos si ha recibido educación más allá de la secundaria.

TEST DE PHEIFFER: Valoración del estado cognitivo

Descripción: cuestionario que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo. Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo.

Forma de administración: la recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.

Población diana: puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad mental.



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



Argumento para su elección:

- Escala validada en nuestro país.
- Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales del sistema de salud.
- Es una escala sencilla de administrar.
- Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad del 95%.

Valoración:

En el caso de pacientes hospitalizados, esta escala debe realizarse:

- En las primeras 72 horas tras el ingreso.
- Al alta del paciente.
- Se evalúa en función de los errores:

0-2 normal

3-4 deterioro cognitivo leve

5-7 deterioro cognitivo moderado

8-10 deterioro cognitivo severo.

- En esta escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona.



Nivel educativo bajo (estudios elementales): se admite un error más para cada categoría.

Nivel educativo alto (estudios universitarios): se admite un error menos para cada categoría.

ANEXO N° 4:

Tabla N° 2: Índice de Barthel

Comer	
Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada por otra persona.	10 puntos
Necesita ayuda para cortar la carne o pan, extender la mantequilla, etc. pero es capaz de comer solo.	5 puntos
Dependiente: necesita ser alimentado por otra persona.	0 puntos.
Lavarse (bañarse):	
Independiente: capaz de lavarse entero, puede	5 puntos



<p>ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.</p>	<p>10 puntos</p>	Vestirse:	
<p>Dependiente: necesita ayuda o supervisión.</p>	<p><u>0 puntos.</u></p>	<p>Independiente: capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa por ejemplo, braguero, corsé etc. Sin ayuda.</p>	<p>10 puntos.</p>
		<p>Necesita ayuda: pero realiza solo al menos la mitad de tareas en un tiempo razonable</p>	<p>5 puntos</p>
		<p>Dependiente</p>	<p>0 puntos.</p>
		Arreglarse:	
		<p>Independiente: realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara, manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y limpiarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por una persona.</p>	<p>5 Puntos.</p>
		<p>Dependiente: necesita alguna ayuda.</p>	<p>0 Puntos.</p>



Deposición:		Ir al baño.	
Continente: ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorio es capaz de administrárselo por sí solo.	10 puntos.	Independiente: entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc), es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar.	10 Puntos.
Accidente u ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.	5 puntos.	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda en equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aun es capaz de utilizar el retrete.	5 Puntos.
Incontinente. Incluye administración de enemas o supositorios por otro.	0 Puntos.	Dependiente. Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.	0 Puntos.
Micción: (valorar situación en semana previa)		Trasladarse al sillón / cama:	
Continente. Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.	10 Puntos.	Independiente. Sin ayuda en todas las fases.	15 Puntos.
Accidente ocasional. Máximo uno en 24 horas, incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas o dispositivos.	5 Puntos.	Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin	10 Puntos.
Incontinente. Incluye pacientes con sondas incapaces de manejarse.	0 Puntos.		



Deambulaci3n:		entrenamiento.	
Independiente. Puede caminar al menos 50cm o su equivalente sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante, puede usar cualquier ayuda; excepto andador.	15 Puntos.	Gran ayuda. Capaz de estar sentado sin ayuda pero necesita mucha asistencia, para salir / entrar de la cama.	5 Puntos.
Necesita ayuda. Supervisi3n o peque1a ayuda f1sica. Incluye andador	10 Puntos.	Dependiente. Incapaz de permanecer sentado	0 Puntos.
Independiente en silla de ruedas. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.	5 Puntos.	Subir y bajar escaleras.	
Dependiente. Si utiliza sillas de ruedas necesita ser empujado	0 Puntos.	Independiente. Capaz de subir y bajar escaleras un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar apoyo que precisa (andador, bast3n) y el pasamanos.	10 Puntos.
		Necesita ayuda. Supervisi3n f1sica o verbal.	5 Puntos.
		Dependiente.	0 Puntos.

Una puntuaci3n de la clasificaci3n funcional para la movilidad de un paciente a los niveles de independencia total y a los niveles de dependencia leve.

Puntuaci3n orientadora del grado de dependencia:	
Total:	< 20
Grave:	20 – 40
Moderada:	45 – 55
Leve:	60 o m1s

TEST DE BARTHEL.
La recogida de informaci3n se realizar1 a trav1s de la observaci3n directa y/o entrevista al paciente, o a su cuidador habitual si su capacidad cognitiva no lo



permite. La puntuación total se calculará sumando la puntuación elegida para cada una de las actividades básicas.

Descripción: escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria, tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse al sillón o silla de ruedas, a la cama o subir y bajar escaleras.

Forma de administración: es a través de la información directa y/o interrogatorio del paciente, o si capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiares.

Población diana: Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad funcional, pero se recomienda en especial a los pacientes en rehabilitación física y a los pacientes con patología cerebrovascular aguda.

Argumentos para su elección:

- Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales, en particular de Atención Primaria.
- Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno.
- Es una escala sencilla de administrar.



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



- Escala validada en nuestro país.
- Es sensible a la detección de cambios pequeños en la situación funcional del paciente, lo que la hace especialmente interesante en el seguimiento de la evaluación del estado del mismo.

Valoración:

Esta escala se debe realizar para valorar dos situaciones:

La situación actual del paciente.

La situación basal, es decir, la situación previa al proceso que nos ocupa.

- La valoración se realiza según puntuación en una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente):

< 20 dependencia total

20-35 dependencia grave

40-55 dependencia moderada

60-90/100 dependencia leve

100 independiente (90 si va en silla de ruedas)

- El valor predictivo de los puntos de corte está basado en el potencial de rehabilitación y capacidad de recuperar la independencia.
- 90 es la puntuación máxima si el paciente va en silla de ruedas.
- También permite puntuaciones parciales de cada actividad, lo que ayuda a conocer las deficiencias específicas de cada persona.



ANEXO N° 5:

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Puntuación test de Pffifer:

Puntuación test de Barthel:

Aspectos Psicosociales

Edad:

Lugar de Nacimiento:

Residencia Actual:

Nivel de Instrucción: Prim. Completa

Sec. Incompleta

Prim. Incompleta

Terc. Completo

Sec. Completa

Terc. Incompleto.

Tiene carne del Adulto Mayor: SI NO

Fecha de último control médico: Menos de 3 meses

Más de 3 meses

Motivo por el cual habita en el residencial:

Social

Económica

Otros

Recibe visitas de familiar y/o amigos:

SI

NO

Presenta Patologías crónicas:



Universidad de la Republica

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



SI NO Cuál?

Vías de Administración: Natural Artificial

Requiere cuidador: Higienista Alimentación

Quién realiza los controles pertinentes: Lic. En Enf

Quién lo realiza: Lic. En Enf Aux. de Enf.

Aux. de Enf. Cuidador

Cuidador

Utiliza algún fármaco específico: SI NO

Vía por la que se administra: V/O S/L V/Parenteral

Quién los administra: Lic. En Enf:

Aux. de Enf:

Cuidador:

Vías de administración: Natural Artificial

NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

Necesidad N° 1: Respiración y Circulación

Presenta alteración en la F. Respiratoria: SI NO

Cuál: Tos Expectoración Disnea Otros

Control de PA: SI NO

Quien lo realiza: Lic. En Enf Aux. de Enf:

Cuidador

Mantiene reposo: SI NO



Universidad de la Republica

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



Necesidad N° 2: Alimentación

Requiere cuidados: SI NO

Medio de Alimentación: Natural Artificial

Requiere cuidados: Higiene Bucal Alimentación

Requiere: Sondas Nasogástricas Ostomías

Quién lo realiza: Lic. En Enf.

Quién lo realiza: Aux de Enf.

Cuidador

Solo

Realiza algún régimen dietético: SI NO

Necesidad N° 3: Eliminación.

Vías de eliminación: Natural Artificial

Requiere de cuidados: SI NO

Cuál: Cambio de Pañal

Sonda vesical

Ostomía

Colocación de chata

Quién lo realiza: Lic. En Enf.

Aux. de Enf.

Requiere de cuidados: Cuidador

Necesidad N° 4: Movilización.

Mantiene reposo: SI NO



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



Cuál: Reposo absoluto Reposo Relativo

Requiere cuidados: SI NO

Cuál: Asistencia para deambular

Rotación

Fisioterapia

Quién lo realiza: Lic. En Enf.

Aux. de Enf.

Cuidador

Fisioterapeuta

Necesidad N° 5: Dormir y descansar

Considera que presenta alteración en el sueño y descanso:

SI NO

Cuántas horas duerme por día: 1 - 4

5 - 8

9 o más

Necesidad N° 6: Vestir y desvestirse

Necesita de colaboración para vestirse o desvestirse:

SI NO



Necesidad N° 7: Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

TAX: 35° - 37°C
38° - 40° C
41° C o más.

Ropa adecuada al clima: SI NO

Necesidad N° 8: Higiene

Requiere colaboración para realizar la higiene corporal:

SI NO

Quién colabora con usted:

Lic. En Enf.

Aux. de Enf.

Cuidador

Familia

Solo/a

Como se realiza la higiene: Cama Ducha

Presenta alguna lesión en la piel: SI NO

Se realiza curación: SI NO

Quién la realiza:

Lic. En Enf.

Aux. de Enf.

Cuidador.



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



Solo/a.

Realiza alguna tarea/ labor que le permita sentirse útil:

Necesidad N° 9: Seguridad

Cuál: Tareas domésticas Jardinería Otros

Tuvo caídas en el último año: SI NO

Cuántas veces: 1 vez

2 veces

3 veces

4 veces o más

Participa de actividades recreativas, fuera e dentro del hogar:

Necesidad N°10: Comunicación

Presenta alguna alteración en la comunicación:

SI NO Otras

Cuál: Oír Hablar Otros

Quién lo asiste: 2 veces por semana

Solo Lic. En Enf. Aux. de Enf.

Cuidador 1 vez o más por semana

Necesidad N° 11: Valores y creencias.

Es creyente?: SI NO

Conoce su día de retiro/pensión: SI NO

Necesidad N° 12: Ocupación post retiro que contribuya a la realización personal.



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



Realiza alguna tarea/labor que le permita sentirse útil:

SI NO

Cuál: Tareas domésticas Jardinería Otros

Necesidad N°13: Participación en actividades recreativas.

Participa de actividades recreativas, fuera o dentro del hogar:

SI NO

Cuál: Activ. Física Activ. Lúdicas
Lectura Otros

Con que frecuencia: 1 vez por semana
2 veces por semana
3 veces por semana
4 veces o más por semana.

Necesidad N° 14: Aprender, descubrir.

Conoce su patología: SI NO

Conoce su tto farmacológico: SI NO

Conoce actividades beneficiosas para su salud:

SI No



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



Instrumento para referente del hogar.

Edad:

Sexo: Femenino Masculino

Profesión:

Cargo o función actual:

Historia de trabajo en el hogar: Más de 1 año

Menos de 1 año

Ha realizado algún curso sobre cuidado:

SI NO

Último curso realizado: Menos de 1 año

Más de 1 año

2 años o más

Existe un Médico Director técnico en el hogar:

SI NO

Éste realiza periódicamente controles?:

SI NO

Nómina de trabajadores del hogar:

Médico Lic. En Enf. Aux. de Enf

Fisioterapeuta Nutricionista

Asist. Social

¿Usted considera que el personal es suficiente para cubrir la demanda de cuidados del hogar?

SI NO



ANEXO N.º 8:

¿Quién valora, planifica, organiza, dirige y controla los cuidados en el hogar?

Médico Lic. En Enf Aux. de Enf
Cuidador Otros

¿Si un residente, necesita algún recurso material específico para realizar los cuidados (ej: oxígeno) quien o quienes gestiona y/o proporcionan estos?

Mutualista Familia
Residencial

A su criterio el hogar, en cuanto a su estructura física es seguro?

SI NO



ANEXO N° 6:

PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS

INSTRUMENTOS Y PAUTAS INTERNACIONALES

El primer instrumento internacional sobre ética de la investigación médica, el Código de Nuremberg, fue promulgado en 1947 como consecuencia del juicio a los médicos que habían dirigido experimentos atroces en prisioneros y detenidos sin su consentimiento, durante la segunda guerra mundial. El Código, diseñado para proteger la integridad del sujeto de investigación, estableció condiciones para la conducta ética de la investigación en seres humanos, destacando su consentimiento voluntario para la investigación.

La Declaración Universal de Derechos Humanos fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948. Para darle fuerza legal y moral a la Declaración, la Asamblea General aprobó en 1966 el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. El artículo 7 del Pacto establece que "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos".

Justamente, a través de esta declaración, la sociedad expresa el valor humano fundamental considerado para guiar toda investigación en seres humanos: la protección de los derechos y bienestar de todos los sujetos humanos en la experimentación científica.



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



La Declaración de Helsinki, formulada por la Asociación Médica Mundial en 1964, es el documento internacional fundamental en el campo de la ética de la investigación biomédica y ha influido en la legislación y códigos de conducta internacionales, regionales y nacionales. La Declaración, revisada varias veces, más recientemente en el año 2000, es una formulación integral sobre ética de la investigación en seres humanos. Establece pautas éticas para los médicos involucrados en investigación biomédica, tanto clínica como no clínica.

PRINCIPIOS ÉTICOS GENERALES

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios –que en teoría tienen igual fuerza moral– guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.



b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño).

La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo,



o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

En general, los patrocinadores de una investigación o los investigadores mismos, no pueden ser considerados responsables de las condiciones injustas del lugar en que se realiza la investigación, pero deben abstenerse de prácticas que podrían aumentar la injusticia o contribuir a nuevas desigualdades. Tampoco debieran sacar provecho de la relativa incapacidad de los países de bajos recursos o de las poblaciones vulnerables para proteger sus propios intereses, realizando una investigación de bajo costo y evitando los complejos sistemas de regulación de los países industrializados con el propósito de desarrollar productos para los mercados de aquellos países.

En general, el proyecto de investigación debiera dejar a los países o comunidades de bajos recursos mejor de lo que estaban o, por lo menos, no peor. Debiera responder a sus necesidades y prioridades de salud, de modo que cualquier producto que se desarrolle quede razonablemente a su alcance y, tanto como sea posible, dejar a la población en mejor posición para obtener atención de salud efectiva y proteger su salud.

La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas debieran ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación. El riesgo para los sujetos vulnerables está más justificado cuando surge de intervenciones o procedimientos que les ofrecen



una esperanza de un beneficio directamente relacionado con su salud. Cuando no se cuenta con dicha esperanza, el riesgo debe justificarse por el beneficio anticipado para la población de la cual el sujeto específico de la investigación es representativo.

ANEXO N° 6.1:

Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Introducción

1 La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2 Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

Principios generales

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en



investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

13 Los grupos que están sub-representados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto



acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Riesgos, Costos y Beneficios

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsible para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.

Quando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

El estudio debe hacer referencia a los grupos de personas que son particularmente vulnerables.

Grupos y personas vulnerables

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional.

Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

Requisitos científicos y protocolos de investigación

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

Comités de ética de investigación

23 El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de



cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Privacidad y confidencialidad

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar



su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28. Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al



representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en bio-bancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

Uso del placebo



33. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con las mejores intervenciones probadas, excepto en las siguientes circunstancias:

Cuando no existe una intervención probada, el uso de un placebo, o ninguna intervención, es aceptable; o

Cuando por razones metodológicas científicamente sólidas y convincentes, sea necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención el uso de cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el uso de un placebo o ninguna intervención.

Los pacientes que reciben cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el placebo o ninguna intervención, no correrán riesgos adicionales de daño grave o irreversible como consecuencia de no recibir la mejor intervención probada.

Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

Estipulaciones post ensayo

34. Antes del ensayo clínico, los auspiciadores, investigadores y los gobiernos de los países anfitriones deben prever el acceso post ensayo a todos los participantes que todavía necesitan una intervención que ha sido identificada como beneficiosa en el ensayo. Esta información también se debe proporcionar a los participantes durante el proceso del consentimiento informado.

Inscripción y publicación de la investigación y difusión de resultados



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



35. Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

36. Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

Intervenciones no probadas en la práctica clínica

37. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Tales intervenciones deben ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia.



Universidad de la Republica

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

ANEXO N°7:

Teorías del Envejecimiento

Muchas teorías y clasificaciones han sido propuestas para explicar el envejecimiento humano, pero como una sola no puede explicar todas las observaciones relacionadas con este, se diferencian 2 tipos de teorías:

1. Teorías estocásticas: engloban aquellos fenómenos que comportan una serie de variables aleatorias que hacen que este fenómeno sea producto del azar y deba ser estudiado recurriendo a cálculos probabilísticos. Estas teorías cuentan con la acumulación fortuita de acontecimientos perjudiciales debido a la exposición de factores exógenos adversos.

2. Teorías deterministas: engloban aquellos fenómenos que se describen mediante un número limitado de variables conocidas, que evolucionan exactamente de la misma manera en cada reproducción del fenómeno estudiado, sin recurrir a ningún cálculo probabilístico.

Teorías estocásticas

Dentro de estas se van a estudiar un conjunto de teorías, que por un lado pueden considerar al genoma como principal protagonista del fenómeno y, por



otro lado, incluyen un conjunto de fenómenos ambientalistas que consideran al entorno celular como responsable del deterioro de la homeostasis celular.

-Teorías genéticas

En la actualidad se propugnan 3 teorías genéticas y estocásticas.

1. Teoría de la regulación génica: se establece que cada especie posee un conjunto de genes que aseguran el desarrollo y la reproducción; la duración de la fase de reproducción depende de la capacidad de defensa del organismo ante determinados factores adversos. De acuerdo con esta teoría, el envejecimiento es el desequilibrio entre los diferentes factores que han permitido el mantenimiento de la fase de reproducción.

-2. Teoría de la diferenciación terminal: en esta teoría, el envejecimiento celular se debe también a una serie de modificaciones de la expresión genética, pero que comportan una diferenciación terminal de las células. Se hace especial hincapié en los efectos adversos del metabolismo sobre la regulación genética.

-3. Teoría de la inestabilidad del genoma: se pone de relieve la inestabilidad del genoma como causa de envejecimiento, y pueden producirse modificaciones tanto al nivel del DNA como afectando a la expresión de los genes sobre el RNA y proteínas.

Estas 3 teorías genéticas confieren al entorno celular el papel de ser el responsable de todos los daños provocados al azar en el DNA

- Teoría de la mutación somática



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



Esta teoría fue propuesta por Szilard en 1959, el cual predijo que el envejecimiento ocurre como un resultado de la acumulación de mutaciones en el ADN nuclear de las células somáticas.

Comfort, en 1979, también propugnó esta idea que después se matizó por otros autores, los cuales refieren que la lesión en el ADN sería fundamentalmente al nivel mitocondrial.

Estas mutaciones en el ADN mitocondrial causan enfermedades humanas y están asociadas con un espectro amplio de manifestaciones clínicas incluida la demencia, los desórdenes del movimiento, el fallo cardíaco, la diabetes, la disfunción renal, la sordera, la ceguera y la debilidad.

-Teoría de los radicales libres

Esta teoría fue propuesta por Denham Harman en 1956, la cual postula que el envejecimiento resulta de los efectos perjudiciales fortuitos causados a tejidos por reacciones de radicales libres. Estas reacciones pueden estar implicadas en la producción de los cambios del envejecimiento, asociados con el medio ambiente, enfermedad y con su proceso intrínseco.

Los radicales libres reactivos formados dentro de las células pueden oxidar biomoléculas y conducir a muerte celular y daño tisular. Las reacciones perjudiciales de los radicales libres se producen sobre todo en los lípidos, los cuales son los más susceptibles.

Harman, en 1956, con esta teoría pretendía explicar varios aspectos:



1. El origen de la vida y su evolución.
2. El aumento de la longevidad en especies animales sometidas a manipulaciones dietéticas y ambientales.
3. El proceso de envejecimiento.
4. El gran número de enfermedades en cuya patogenia están implicados los radicales libres del oxígeno.¹⁴

Las reacciones de los radicales libres contribuyen considerablemente al desarrollo de desórdenes estocásticos observados durante el envejecimiento.¹⁵ Los radicales libres, además, están implicados en enfermedades degenerativas como arteriosclerosis, amiloidosis, demencia senil tipo Alzheimer, enfermedades autoinmunes.^{14,16} Pese a ser la teoría de los radicales libres la de mayor aceptación en los últimos años, permanecen preguntas sin una contestación definitiva, como la de si los radicales libres contribuyen a la iniciación y/o propagación del envejecimiento.

-Teoría error - catástrofe

Esta teoría fue propuesta por Orgel en 1963 y modificada por él mismo en 1970.

Esta hipótesis postula que, con la edad, surgen errores en los mecanismos de síntesis de proteínas, que causan la producción de proteínas anormales. Si alguna de estas proteínas llega a formar parte de la maquinaria que sintetiza proteínas, causarían incluso más errores en la próxima generación de



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



proteínas, y así sucesivamente, hasta llegar a una pérdida "catastrófica" de la homeostasis celular que conduce a la muerte celular. Según esta teoría, el envejecimiento estaría acompañado por la síntesis de proteínas defectuosas y se ha demostrado inequívocamente que no es así. Durante la senescencia aparecen formas anómalas de algunas proteínas, pero no surgen de errores en la biosíntesis de proteínas sino que se trata de modificaciones pos sintéticas.

-Teoría de las uniones cruzadas de estructuras celulares

Esta teoría postula que la formación de enlaces moleculares entre proteínas o cadenas de ácidos nucleicos, aumenta con la edad. Brownlee, en 1991, revisó el papel fundamental que la glicación no enzimática ejerce en el desarrollo de las complicaciones diabéticas. La glicación comienza con la reacción de la glucosa con residuos de lisina y con ciertas bases de ácidos nucleicos. Se forma una base de SCHIFF y se generan los AGE (productos finales de glicosilación avanzada), que alteran la función biológica de las proteínas extracelulares por reaccionar con lisinas esenciales. Se produce un aumento significativo de productos AGE con la edad.

Muchos autores han determinado que las complicaciones crónicas de la diabetes provienen de los entrecruzamientos de polímeros (meloidinas: polímeros segmentados provenientes de la deshidratación sufrida por la fructosamina y reagrupamientos con otras proteínas) y cadenas proteicas, con carácter irreversible; constituyen así los pigmentos fluorescentes y amarronados que entrelazan proteínas.



Algunos autores afirman que las hipótesis sobre los radicales libres de oxígeno y la glicación son componentes de una única vía bioquímica, porque el número de puentes cruzados aumenta con la edad, de forma similar a los productos generados por la acción de los radicales libres de oxígeno.

-Teoría de la acumulación de productos de desecho

Sheldrake, en 1974,²³ propuso que: "el envejecimiento celular se puede explicar en términos de la acumulación de la ruptura de productos citoplásmicos, algunos de los cuales pueden ser perjudiciales para la célula; la única manera que las células podrían evitar su mortalidad inevitable sería creciendo y dividiéndose, diluyendo la ruptura acumulada de productos". Sheldrake sugirió que el pigmento de edad o lipofuscina podía ser un ejemplo de tal producto. Esta teoría está basada en 3 puntos:

1. Las células producen un producto de desecho que es perjudicial para la reproducción. Ahora bien, con respecto a la lipofuscina se conoce su acumulación dentro de las células, pero no está claro si la lipofuscina es perjudicial para las funciones metabólicas celulares o para las funciones reproductoras.
2. El producto de desecho no puede destruirse o transportarse a través de las membranas más externas de las células. Respecto a la lipofuscina, hay pruebas de que los lisosomas pueden degradarla.
3. Su concentración puede reducirse por la "dilución" en la división celular.



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



Pero esta sustancia no tiene que ser un producto de desecho en el sentido usual de la palabra. Por ejemplo, puede ser el material represor en la teoría de restricción del codón o el factor de senescencia propuesto por Jazwinski en 1990, para explicar el envejecimiento en levaduras. Jazwinski ha identificado varios genes que prolongan la vida de *Saccharomyces cerevisiae*. Uno de estos llamado LAG 1 (el gen 1 que garantiza la longevidad), es más activo en las células jóvenes que en las viejas. Al inducir una actividad LAG1 extra, después del declive normal de su expresión, se le alarga la vida hasta un tercio. Estas células de levadura no se tornan inmortales, se mantienen jóvenes durante un periodo más prolongado. Jazwinski ha descubierto que un gen similar se expresa en ciertas células humanas.

-Teoría inmunológica

Esta teoría genética del envejecimiento propone que el genoma nuclear, actuando como un "reloj molecular" o "reloj celular", es el responsable de programar los cambios que se irán presentando en el desarrollo de un organismo a lo largo de su vida, desde la concepción hasta el envejecimiento pasando por la madurez sexual.

Pero hay otros factores que pueden estar también implicados en el envejecimiento. Un aspecto importante son los cambios en la respuesta inmune con la edad creciente. Esta respuesta disminuida se ha demostrado más claramente con las células T, en particular en la capacidad de estas células para proliferar en respuesta a estímulos extraños, incluidos antígenos



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



específicos y anticuerpos celulares anti - T. La involución notable de la masa y composición del timo que se observa en ratones viejos y humanos es responsable de la pérdida de la inmunidad defensiva. Se ha establecido que la proliferación de los linfocitos T depende de la interacción de la interleucina 2 (IL-2) con su receptor específico. Mientras las células T en reposo no poseen receptores para IL-2 ni producen IL-2, las células T activadas durante la linfoproliferación sintetizan estas 2 proteínas. Por causa de la necesidad de IL-2 para la proliferación de las células T, se ha hipotetizado por muchos autores que la disminución en la linfoproliferación que ocurre con la edad creciente, se debe a una producción disminuida de IL-2 y/o expresión disminuida del receptor IL-2.²⁹ De aquí la idea de corregir el envejecimiento mediante la adición de IL-2 exógena, porque es un inmunomodulador potente.

El deterioro del sistema inmune probablemente no explica todas las observaciones del envejecimiento, aunque está claro que retardar el envejecimiento conduce a retardar la senescencia inmune, incluida la pérdida de células T, funcionales.

Teorías deterministas

Sugieren que una serie de procesos del envejecimiento están programados innatamente dentro del genoma de cada organismo.

- Teoría de la capacidad replicativa finita de las células



Durante muchos años, se pensó que las células humanas capaces de proliferar en el organismo, se replicarían indefinidamente en los cultivos celulares. Sin embargo, Hayflick y Moorhead dieron a conocer en 1961 que los fibroblastos humanos normales tenían una limitación del número de veces que podían dividirse: las poblaciones de fibroblastos procedentes de un embrión pueden duplicarse 50 veces. Este "límite de Hayflick" describe el fenómeno de la esperanza de vida proliferativa finita que muestran las células humanas in vitro. Hay 2 observaciones que tienen gran interés:

1. Martin y otros, en 1970 demostraron que la capacidad de las células para duplicarse desciende progresivamente con la edad del donante. Además, otros investigadores también encontraron una relación inversa entre la edad del donante y la división potencial de las células in vitro. Ejemplos de esto se encuentran en cristalinos, músculo liso arterial, y en poblaciones de timocitos.
2. El telómero podría ser el reloj que determina la pérdida de la capacidad proliferativa de las células. Harley y otros vieron en 1990 que la longitud de los telómeros desciende progresivamente en las células somáticas que se dividen en el organismo, y lo mismo sucede durante el envejecimiento de los fibroblastos en cultivo. La hipótesis del telómero del envejecimiento celular da un mecanismo que explica la capacidad replicativa finita de estas células somáticas normales. Esta hipótesis postula que la telomerasa, enzima responsable de mantener la longitud



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



del telómero, es activa durante la gametogénesis, y permite la viabilidad a largo plazo de las células germinales. Pero esta enzima se encuentra reprimida durante la diferenciación de las células somáticas, lo que explica de este modo la pérdida de ADN telomérico, asociado con la capacidad replicativa finita de estas células. Esto demuestra que tanto la longitud del telómero como la actividad telomerasa son bio marcadores que pueden estar implicados en el envejecimiento celular e inmortalización.

-Teorías evolutivas

La senescencia es perjudicial para el individuo en casi todos los aspectos y constituye una característica normal en la vida de los animales superiores.

Hay 3 teorías evolutivas que explican por qué ocurre el envejecimiento:

1. La primera teoría postula que la senescencia es una adaptación necesaria, programada como desarrollo, debido a que sin la senescencia el recambio y renovación de poblaciones resultaría perjudicado.

Como una explicación general del envejecimiento, esta teoría se criticó por 2 razones:

- La mayoría de las muertes naturales, exceptuando a humanos, ocurren por accidentes, que suceden antes de que el envejecimiento sea evidente. Esto significa que la mayoría de los animales no sobreviven en su estado salvaje el tiempo suficiente para entrar en la senescencia.



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



2. Esta teoría selecciona el grupo y necesita condiciones especiales que no tienen muchas especies. Esto significa que, según esta teoría evolutiva, solo los individuos más aptos son los que dejan su impronta en el acervo hereditario de las generaciones siguientes, seleccionándose aquellas modificaciones genéticas que mejoren las aptitudes de los individuos.

Esta teoría propone que el control genético activo de los acontecimientos senescentes está mediado por genes específicos.

3. La segunda teoría propone que las mutaciones perjudiciales que se activan tarde son las responsables del envejecimiento. Los genes del envejecimiento se habrían instalado cómodamente en los cromosomas humanos porque la selección natural no habría podido evitar su difusión. Los alelos perjudiciales persistirían en una especie si sus efectos nocivos no se evidenciaban hasta avanzada ya la madurez sexual. Por lo tanto, esta teoría afirma que se acumulan una variedad de genes perjudiciales que se activan tarde, y que causan senescencia y muerte cuando un individuo se traslada a un medio protegido y vive el tiempo suficiente para experimentar sus efectos negativos.

4. La tercera teoría sugiere que la senescencia es el resultado de un desajuste entre la supervivencia tardía y la fecundidad temprana. La teoría del soma desechable afirma que el nivel óptimo de inversión en el mantenimiento somático es menor que el nivel que se necesitaría para la longevidad somática indefinida. Por lo tanto, al existir la probabilidad del riesgo de muerte violenta, la especie haría bien en invertir en sistemas de protección que garanticen el vigor



juvenil solo durante el período de reproducción, dirigiéndose el resto del suministro energético de un organismo hacia la promoción de una fertilidad óptima. Esta teoría sugiere que la selección pone a punto el nivel de inversión en los procesos de mantenimiento somático para conseguir un equilibrio óptimo entre supervivencia y reproducción.

ANEXO N° 8:

Ley N° 18.617

INSTITUTO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR

SE CREA EN LA ÓRBITA DEL MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y SE ESTABLECEN SUS COMPETENCIAS

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

DECRETAN:

Artículo 1°. (Institucionalidad).- Créase en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM), que será presidido por un Director designado por el Presidente de la República entre profesionales, técnicos o personalidades reconocidamente expertas en el tema.

Artículo 2°. (Competencias).- El Instituto Nacional del Adulto Mayor tendrá como competencias:

- A) 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



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



años, tengan residencia permanente y fehacientemente demostrable en el país, independientemente de su nacionalidad o ciudadanía, según lo establecido en el artículo 1º de la Ley N° 17.796, de 9 de agosto de 2004.

- B) La planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de las políticas nacionales relativas al adulto mayor, promoviendo programas y actividades que logren su desarrollo pleno e integración social y económica.
- C) La coordinación y co ejecución con los organismos estatales y privados de la aplicación efectiva de las políticas de salud integral, educación, capacitación, recreación, apoyo e integración social.
- D) El asesoramiento a los organismos del Estado sobre los derechos de los adultos mayores establecidos en la Plataforma de Acción de la Convención de Población y Desarrollo de 1994, ratificada por nuestro país, cuyo ejercicio debe incorporarse en las acciones y programas dirigidos a esta población.
- E) La realización de convenios con los organismos internacionales de cooperación técnica y financiera.
- F) La elaboración de un Plan Nacional de Promoción que encare orgánicamente las necesidades del adulto mayor en todos los planos de la vida individual y colectiva para el cumplimiento de sus derechos como persona y sujeto social.



Universidad de la Republica

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



Artículo 3º. (Coordinación).- Créase un Consejo Consultivo integrado por el Ministerio de Salud Pública, el Banco de Previsión Social, la Cátedra de Geriátrica de la Facultad de Medicina, el Congreso de Intendentes y hasta tres organizaciones de la sociedad civil que representen los intereses de los adultos mayores jubilados, pensionistas y de sus intereses culturales a los efectos de dar cumplimiento a las competencias asignadas al Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM), quien presidirá dicho Consejo.

Los organismos del Estado integrantes del mismo deberán prestar aporte técnico y económico con destino a la ejecución de políticas.

Artículo 4º. (Principios rectores).- Para dar cumplimiento a lo establecido en el literal F) del artículo 2º de la presente ley, además de cualesquiera otros elementos que puedan ser agregados como materia de regulación para la promoción integral del adulto mayor por parte del Consejo Consultivo del Adulto Mayor, el Plan Nacional de Promoción del Adulto Mayor deberá contemplar los siguientes principios:

- 1) Promover el acceso a la atención integral de su salud en la prevención, asistencia y eventuales procesos de rehabilitación, tanto en la esfera pública como privada, siguiendo el modelo de "cuidados progresivos". Para ello se privilegiará la atención con base comunitaria creando alternativas a la institucionalización y generando condiciones de apoyo para la atención en el



ámbito familiar.

- 2) Promover que el sistema de salud tanto en el ámbito público como en el privado asegure la medicación básica para uso gerontológico, al costo más bajo posible.
- 3) Colaborar con el Ministerio de Salud Pública fijando las bases sobre las cuales éste controlará las condiciones básicas de funcionamiento de los establecimientos de atención, inserción familiar y residencia del adulto mayor, sean públicos o privados, dando así cumplimiento a la Ley N° 17.066, de 24 de diciembre de 1998.
- 4) Coordinar las políticas sociales y los programas de asistencia en alimentación y vivienda a los efectos de que contemplen las necesidades de los adultos mayores que requieran dicho apoyo.
- 5) Fomentar programas de capacitación y de formación de los técnicos, profesionales y funcionarios que estén en relación con los adultos mayores haciendo conocer los derechos específicos de esta etapa etárea.
- 6) Promover la incorporación en los programas de educación componentes relativos a la adopción de estilos de vida apropiados encaminados a lograr una vejez saludable.
- 7) Estimular la participación activa del adulto mayor en actividades de



recreación, promoviendo la accesibilidad en el transporte, en la eliminación de barreras arquitectónicas y en el desplazamiento.

- 8) Facilitar al adulto mayor el acceso al sistema educativo como medio de mantener su inserción social en la comunidad, al tiempo de satisfacer sus requerimientos vocacionales y permitirle la actualización y el enriquecimiento de su acervo cultural individual.
- 9) Proporcionar 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 como empresarial o por acuerdos con los gremios de cada sector.
- 10) Incluir en las políticas habitacionales nacionales normas que garanticen el acceso a una solución habitacional digna y decorosa, de costos accesibles y de ambientes agradables y seguros con destino a los adultos mayores, incluyendo aquellos que padecen diversos grados de pérdida de autonomía y discapacidad.
- 11) Estimular la creación de instituciones que agrupen al adulto mayor, a fin de mantener niveles de integración social que permitan vivir la etapa plenamente.
- 12) Promover la introducción en los planes educativos de las tres ramas de la



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



enseñanza la valoración del adulto mayor tanto en la sociedad como en las familias.

13) Promover la capacitación en prevención de la violencia hacia el adulto mayor tanto en la comunidad como en el ámbito doméstico, haciendo conocer sus derechos legales al respecto.

14) Promover procedimientos de retiro gradual y progresivo de la actividad laboral, incorporando formas parciales de trabajo que se desarrollen en actividades similares o diferentes a las originalmente desempeñadas por el trabajador.

Artículo 5º.- Derógase la Ley N° 17.796, de 9 de agosto de 2004.

RODOLFO NIN NOVOA,

Presidente.

José Pedro Montero,

Santiago González Barboni,

Secretarios.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



**MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO
AMBIENTE**

Montevideo, 23 de octubre de 2009.

De acuerdo a lo dispuesto por el artículo 145 de la Constitución de la República cúmplase, acúsese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, la Ley por la que se crea, en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM).

TABARÉ VÁZQUEZ.

MARINA ARISMENDI.

MARÍA SIMON

JULIO BARÁIBAR

MARÍA JULIA MUÑOZ

Anexo N°9

RESULTADOS

Caracterización de la Población

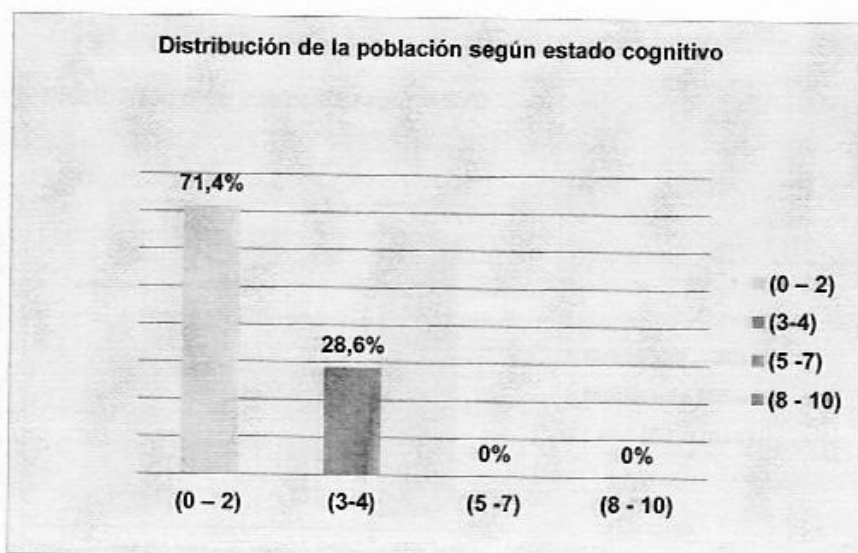
- **Aspectos psicosociales:**

Tabla N° 1: Distribución de la población según estado cognitivo

Test de pheiffer	FA	FR%
0 - 2	20	71,4%
3-4	8	28,6%
5-7	0	0%
8-10	0	0%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 1



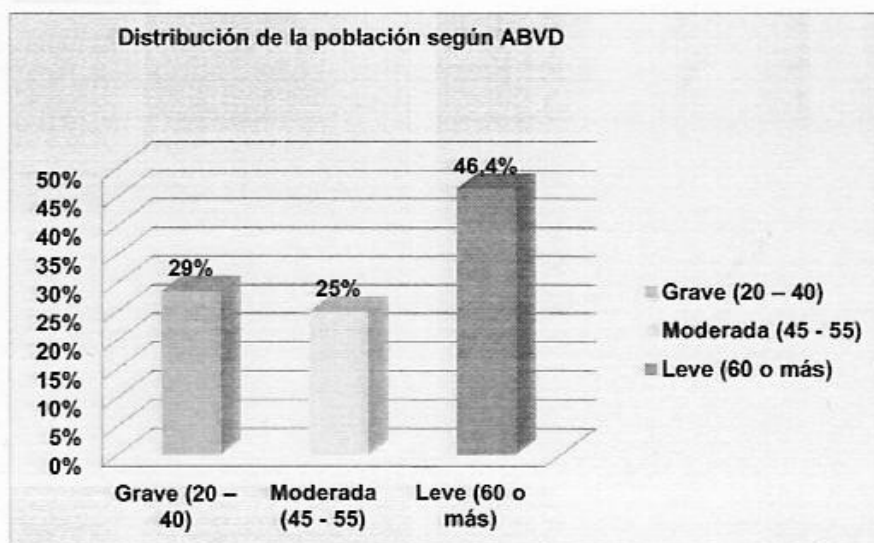
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 2: Distribución de la población según actividades básicas de la vida diaria

Test de Barthel	FA	FR%
Grave (20 – 40)	8	28,6%
Moderada (45 - 55)	7	25%
Leve (60 o más)	13	46,4%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N°2





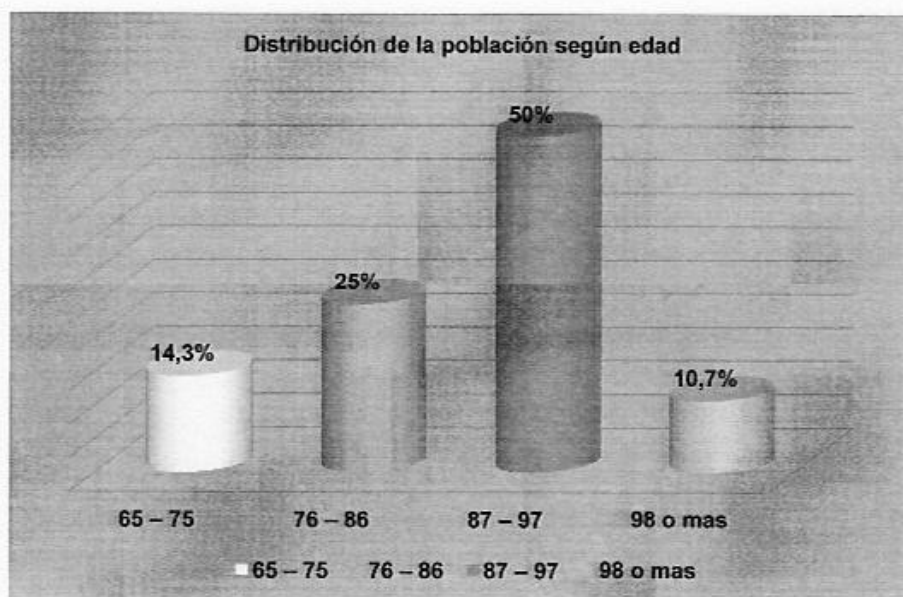
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 3: Distribución de la población según la variable edad

Edad	FA	FR%
65 – 75	4	14,3%
76 – 86	7	25%
87 – 97	14	50%
98 o mas	3	10,7%
total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N°3



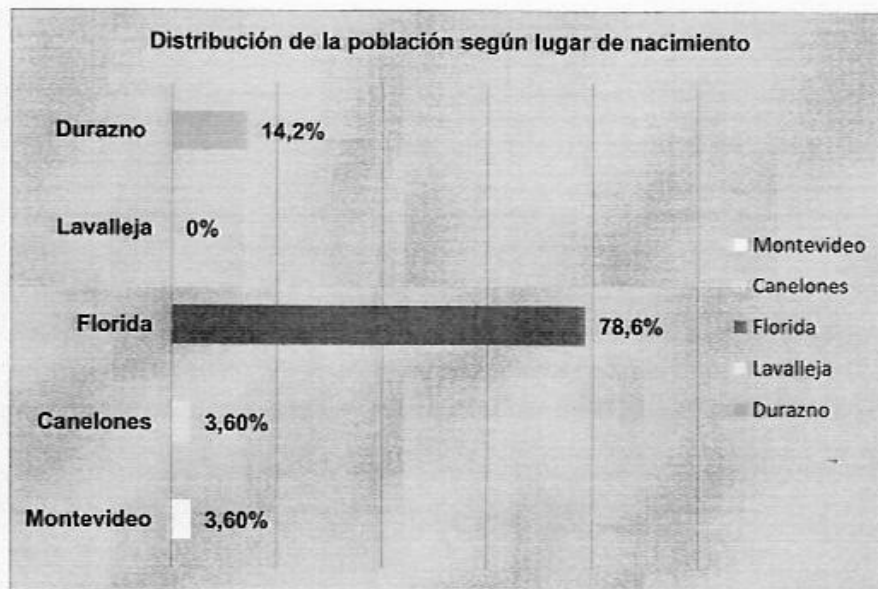
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 4: Distribución de la población según la variable lugar de nacimiento

Lugar de nacimiento	FA	FR%
Montevideo	1	3,6%
Canelones	1	3,6%
Florida	22	78,6%
Lavalleja	0	0%
Durazno	4	14,2%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 4



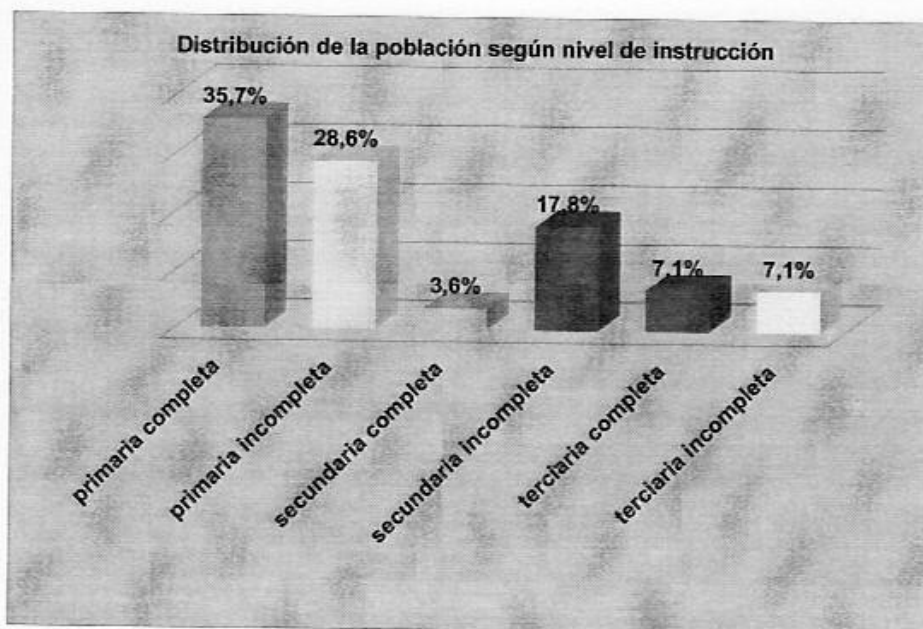
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 5: Distribución de la población según la variable nivel de instrucción

Nivel de instrucción	FA	FR%
primaria completa	10	35,7%
primaria incompleta	8	28,6%
secundaria completa	1	3,6%
secundaria incompleta	5	17,8%
terciaria completa	2	7,1%
terciaria incompleta	2	7,1%
total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N°5



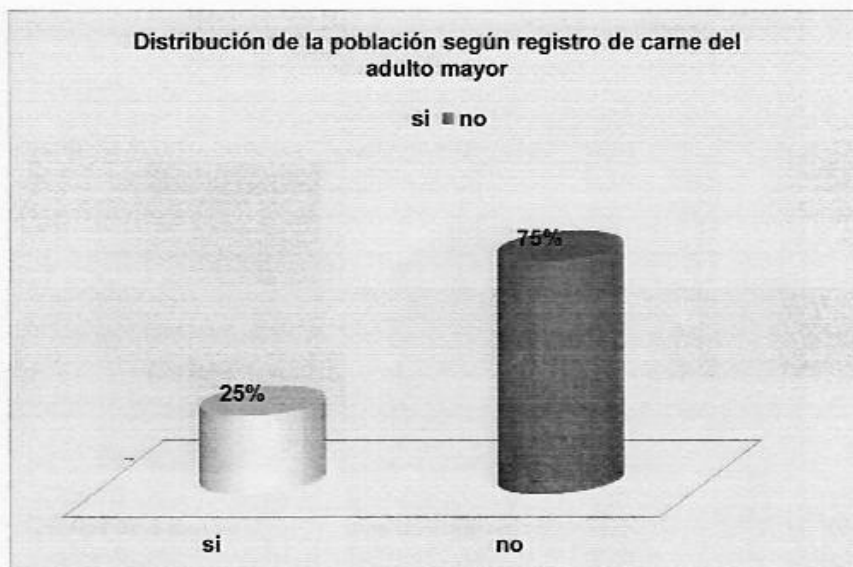
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 6: Distribución de la población según registro de carne del adulto mayor

Carne del adulto mayor	FA	FR%
Si	7	25%
No	21	75%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 6



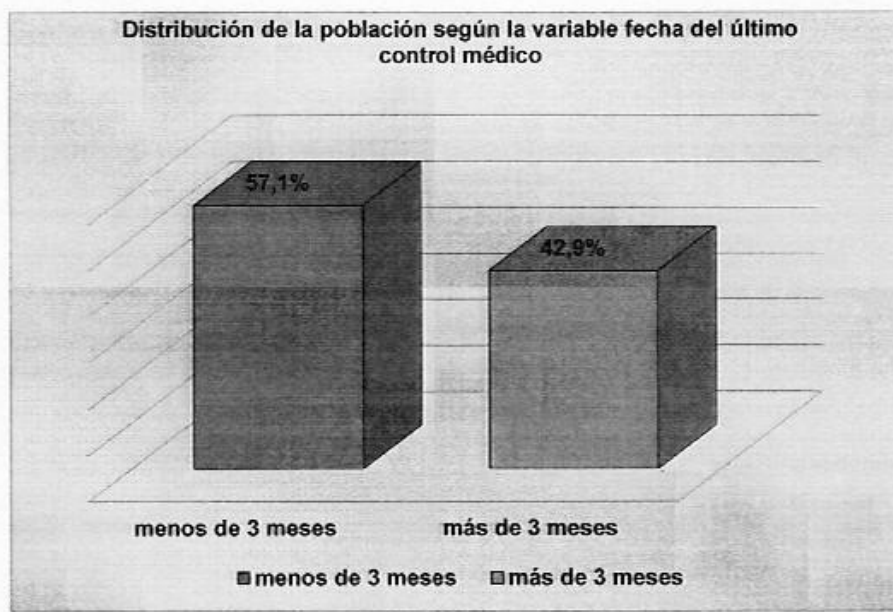
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 7: Distribución de la población según la variable fecha del último control médico.

Fecha del último control médico	FA	FR%
Menos de 3 meses	16	57,1%
Más de 3 meses	12	42,9%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 7



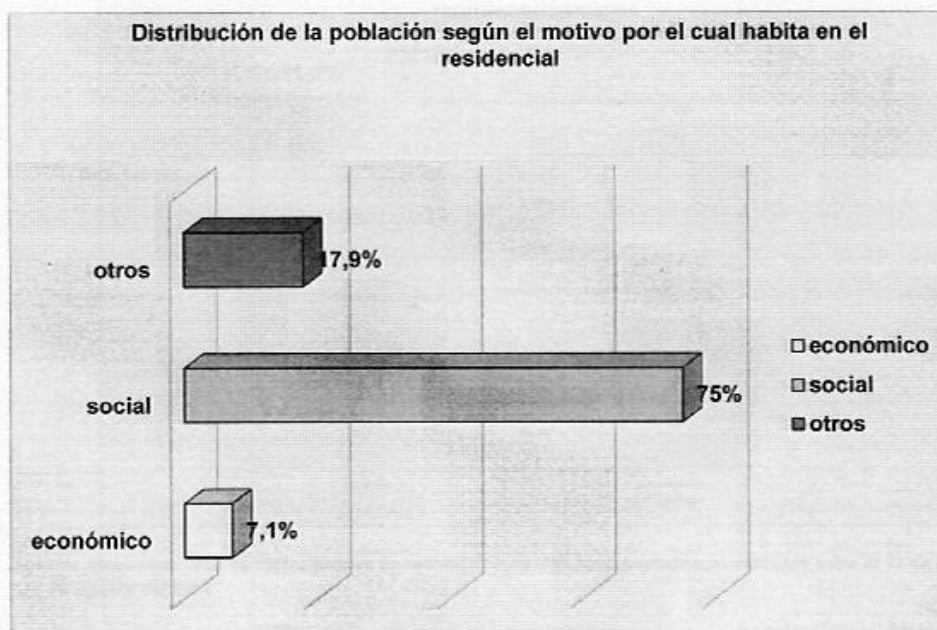
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 8: Distribución de la población según la variable motivo por el cual habita en el residencial.

Motivo por el cual habita en el residencial	FA	FR%
Económico	2	7,1%
Social	21	75%
Otros	5	17,9%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 8



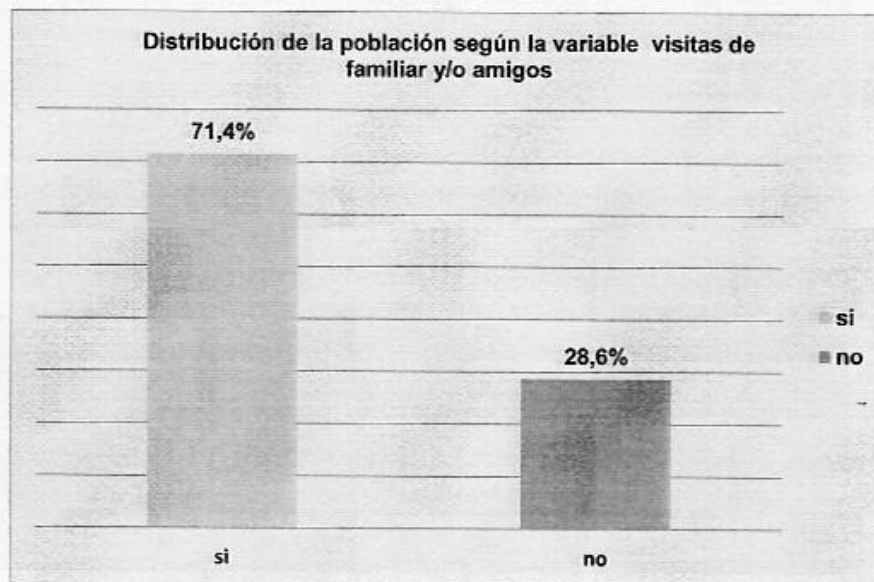
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 9: Distribución de la población según la variable visitas de familiar y/o amigos.

Recibe visitas de familiar y/o amigos	FA	FR%
Si	20	71,4%
No	8	28,6%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N°9



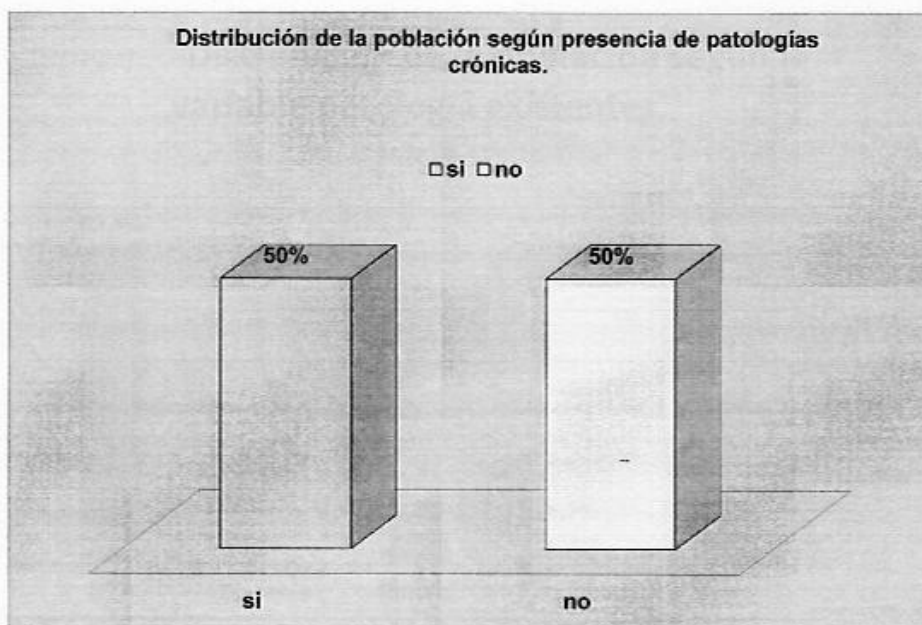
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 10: Distribución de la población según la variable presencia de patologías crónicas.

Presencia de patologías crónicas	FA	FR%
Si	14	50%
No	14	50%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 10



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

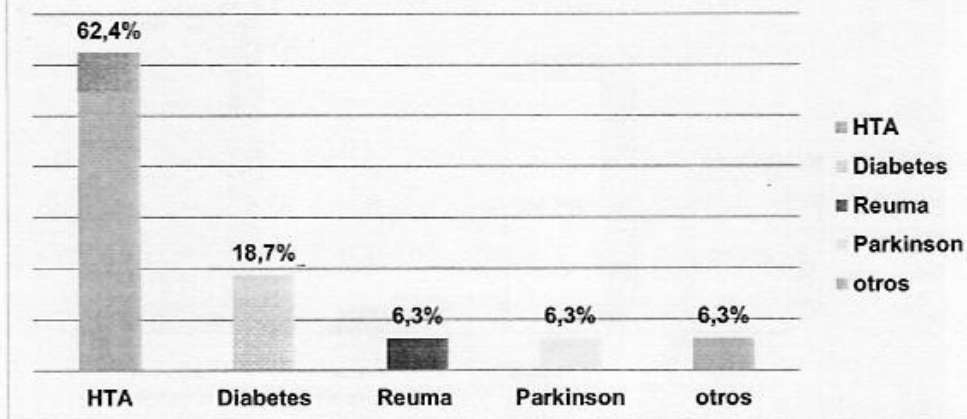
Tabla N° 10.1: Distribución de la población según la variable patología existentes.

Que patología presenta	FA	FR%
HTA	10	62,4%
Diabetes	3	18,7%
Reuma	1	6,3%
Parkinson	1	6,3%
Otros	1	6,3%
Total	16	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 10.1

Distribución de la población según la variable patología existentes.



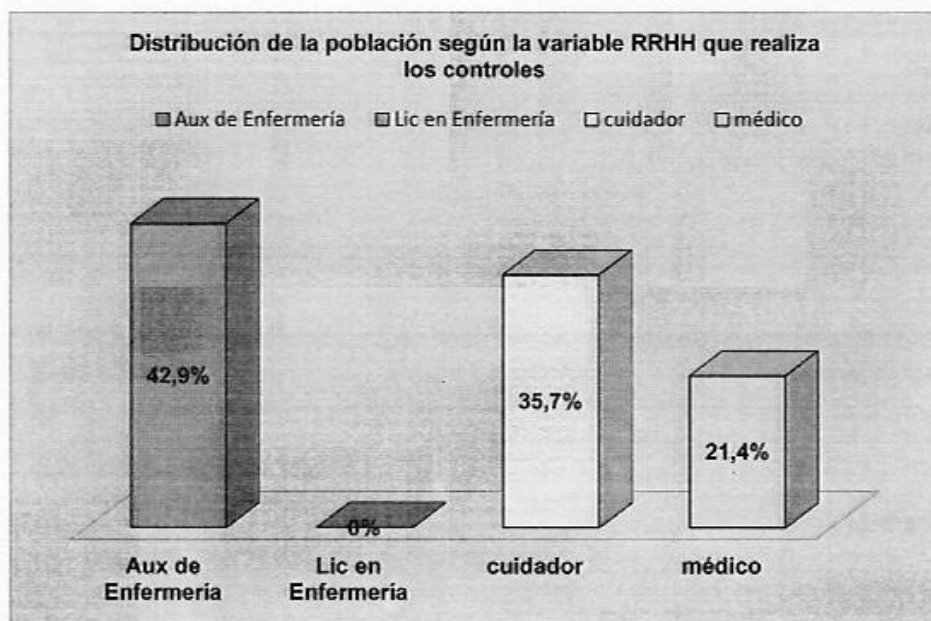
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 11: Distribución de la población según la variable RRHH que realiza los controles

Quien realiza los controles	FA	FR%
Aux de Enfermería	12	42,9%
Lic en Enfermería	0	0%
Cuidador	10	35,7%
Médico	6	21,4%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N°11



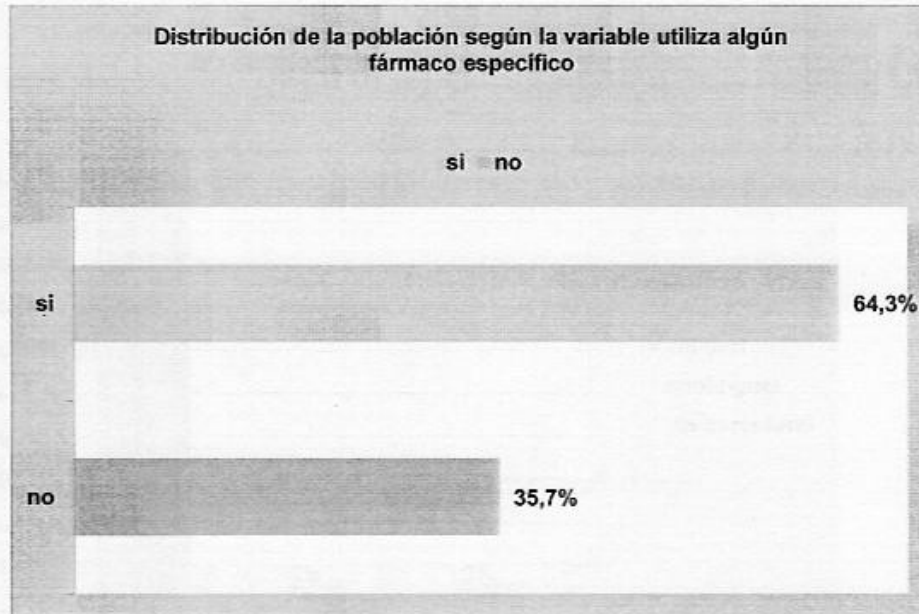
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 12: Distribución de la población según la variable utiliza algún fármaco específico.

Utiliza fármaco específico	FA	FR%
si	18	64,3%
no	10	35,7%
total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 12



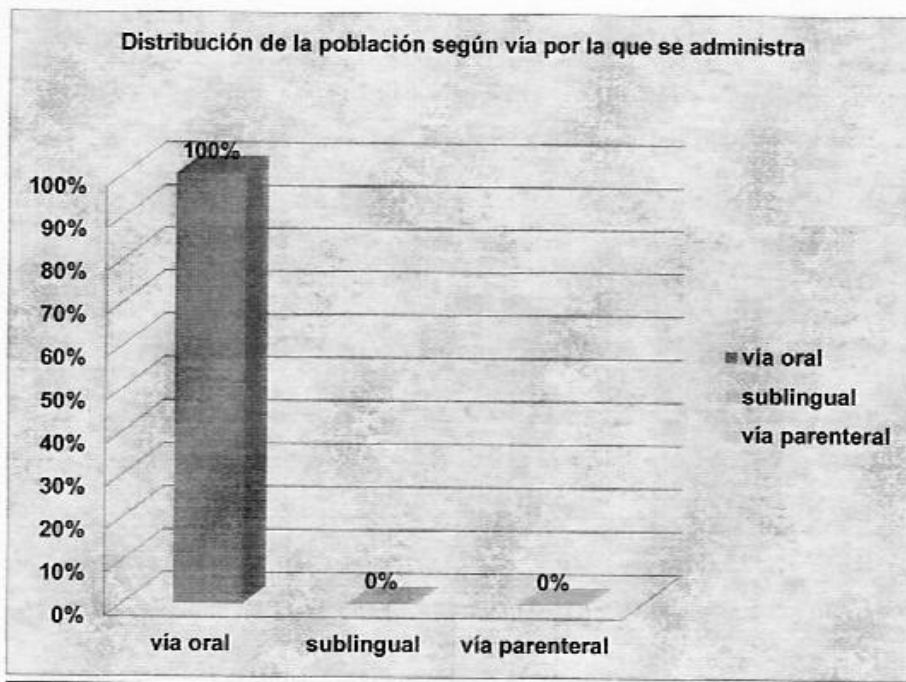
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 12. 1: Distribución de la población según la variable "vía por la que se administra".

Vía por la que se administra	FA	FR%
Vía oral	18	100%
Sublingual	0	0%
Vía parenteral	0	0%
Total	18	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 12.1



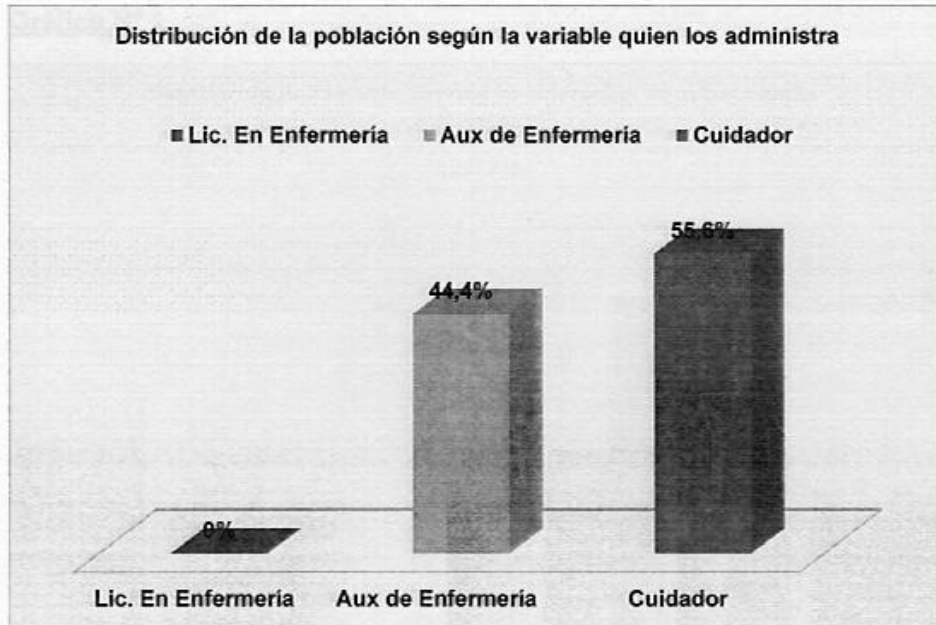
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N°12.2: Distribución de la población según la variable persona encargada de administrar la medicación

Quien los administra	FA	FR%
Lic. En Enfermería	0	0%
Aux de Enfermería	8	44,4%
Cuidador	10	55,6%
Total	18	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N°12.2



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Necesidades según Virginia Henderson.

Tabla N° 1.1. Distribución de la población según la variable presencia de alteración

- Necesidad N°1

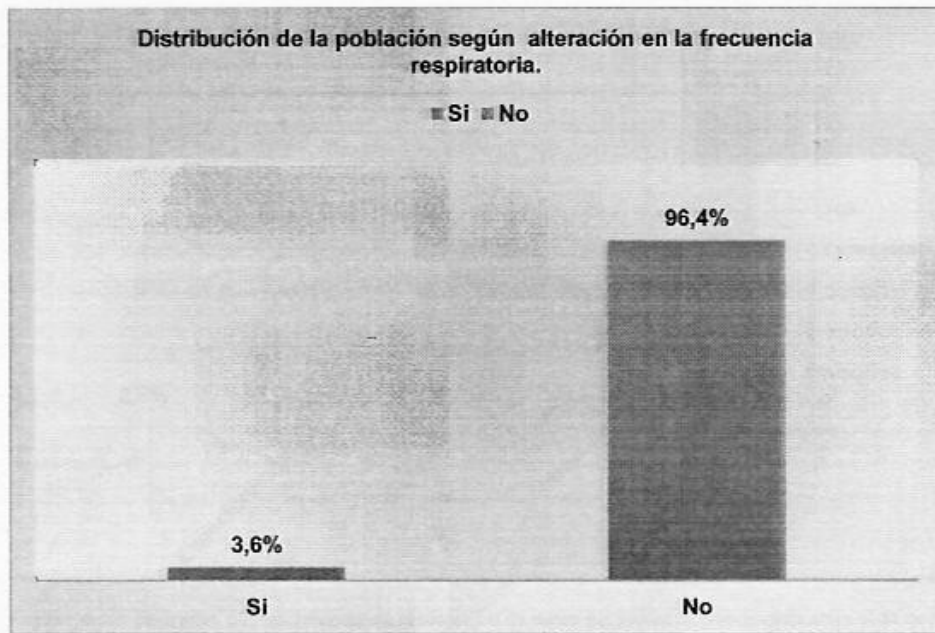
Tabla N° 1: Distribución de la población según la variable alteración en la frecuencia respiratoria.

Presencia de alteración en la frecuencia respiratoria	FA	FR%
Si	1	3,6%
No	27	96,4%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 1

Gráfico N° 1



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

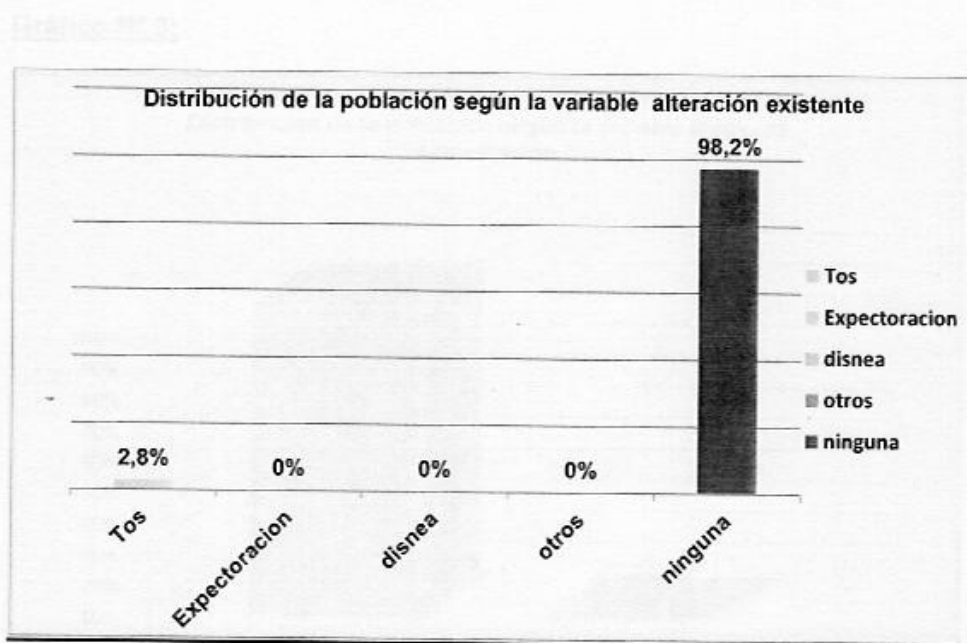
Tabla N° 1.1

Tabla N° 1.1: Distribución de la población según la variable alteración existente

Qué alteración presenta	FA	FR%
Tos	1	2,8%
Expectoración	0	0%
Disnea	0	0%
Otros	0	0%
Ninguna	27	98,2%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 1.1



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

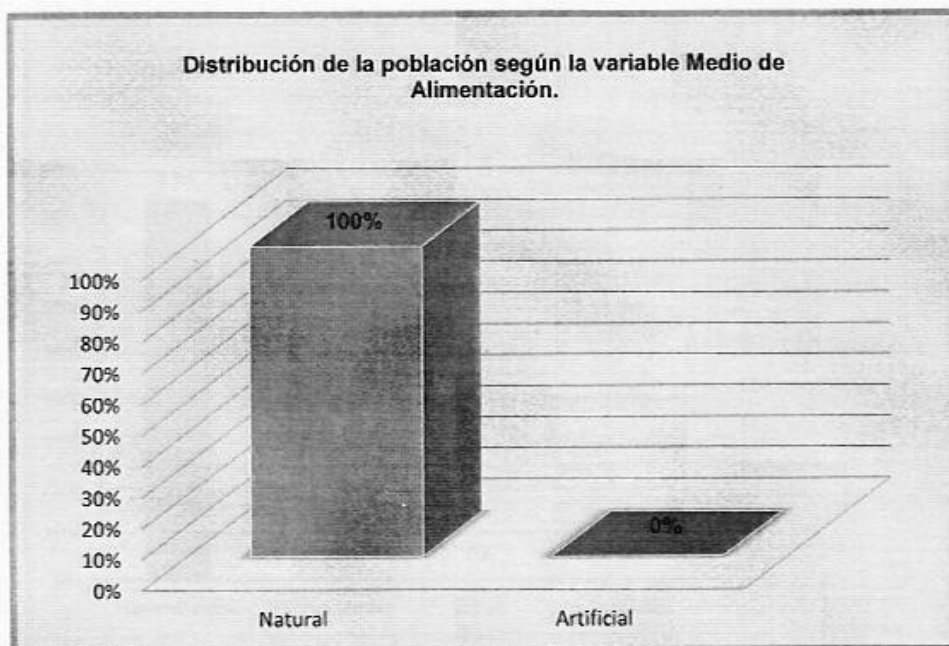
- **Necesidad N°2:**

Tabla N° 3: Distribución de la población según la variable Medio de Alimentación.

Medio de alimentación	FA	FR%
Natural	28	100%
Artificial	0	0%
Total	28	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 3:



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

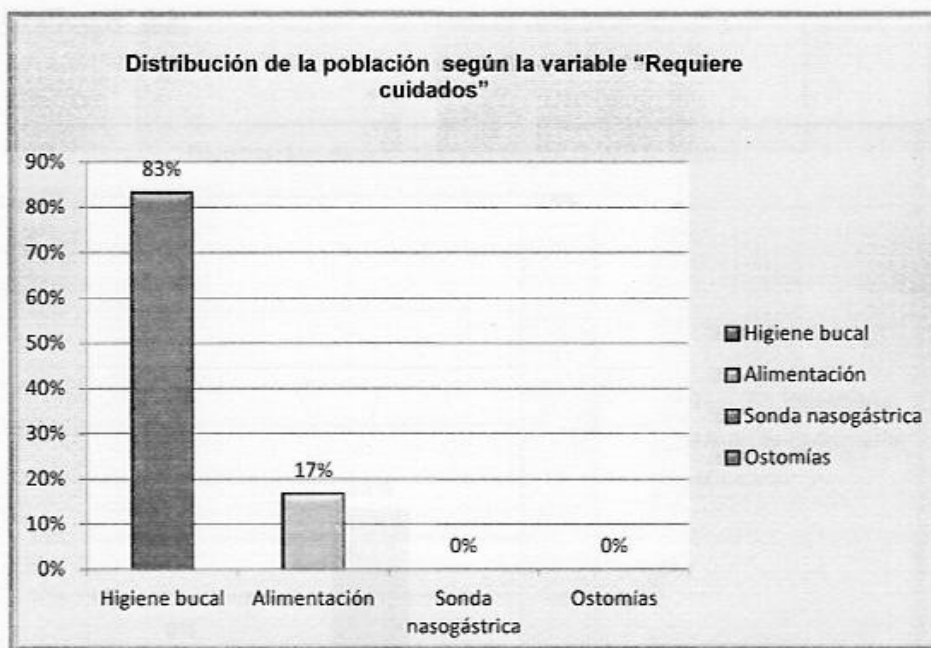
Tabla N° 3.2: Distribución de la población según la variable tiempo natural que lo realiza

Tabla N° 3.1: Distribución de la población según la variable Requiere cuidados

Requiere cuidados	FA	FR%
Higiene bucal	20	83,3%
Alimentación	4	16,7%
Sonda nasogástrica	0	0%
Ostomías	0	0%
Total	24	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 3.1:



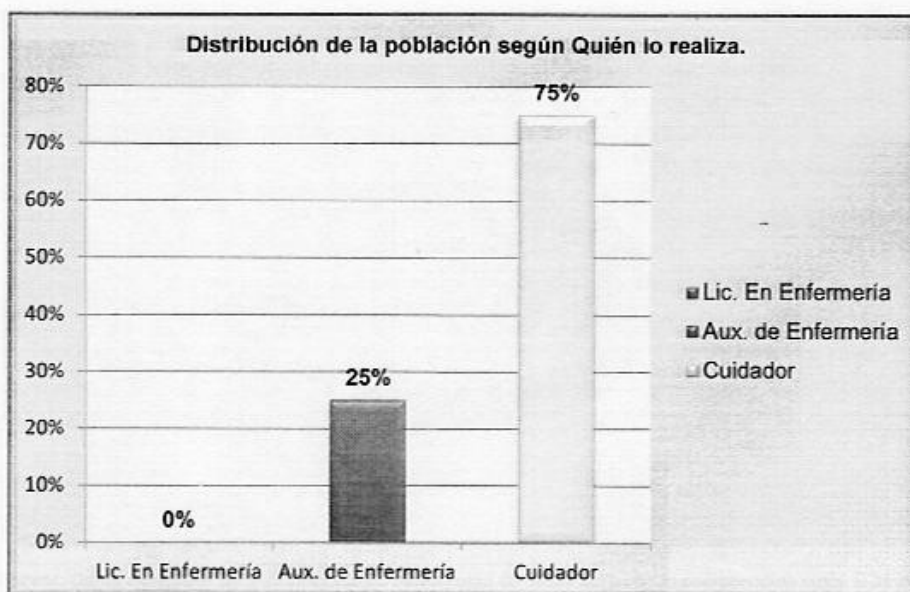
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 3.2: Distribución de la población según la variable recurso humano que lo realiza.

Quien lo realiza:	FA	FR%
Lic. En Enfermería	0	0%
Aux. de Enfermería	6	25%
Cuidador	18	75%
Total	24	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 3.2:



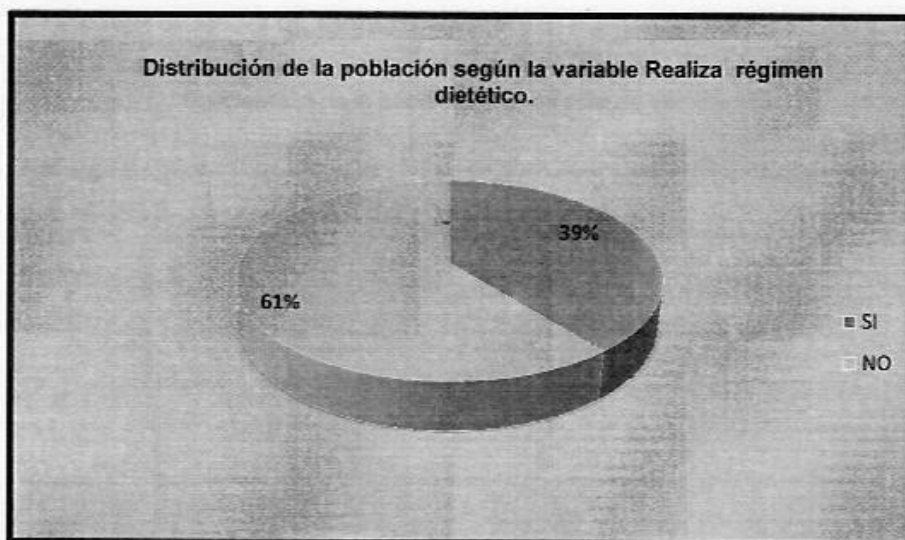
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 3.3: Distribución de la población según la variable Realiza régimen dietético.

Régimen dietético	FA	FR%
SI	11	39,2%
NO	17	60,8%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 3.3:



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

- **Necesidad N°3**

Tabla N° 5: Distribución de la población según la variable "vías de eliminación".

vías de eliminación	FA	FR%
Natural	28	100%
Artificial	0	0%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 5



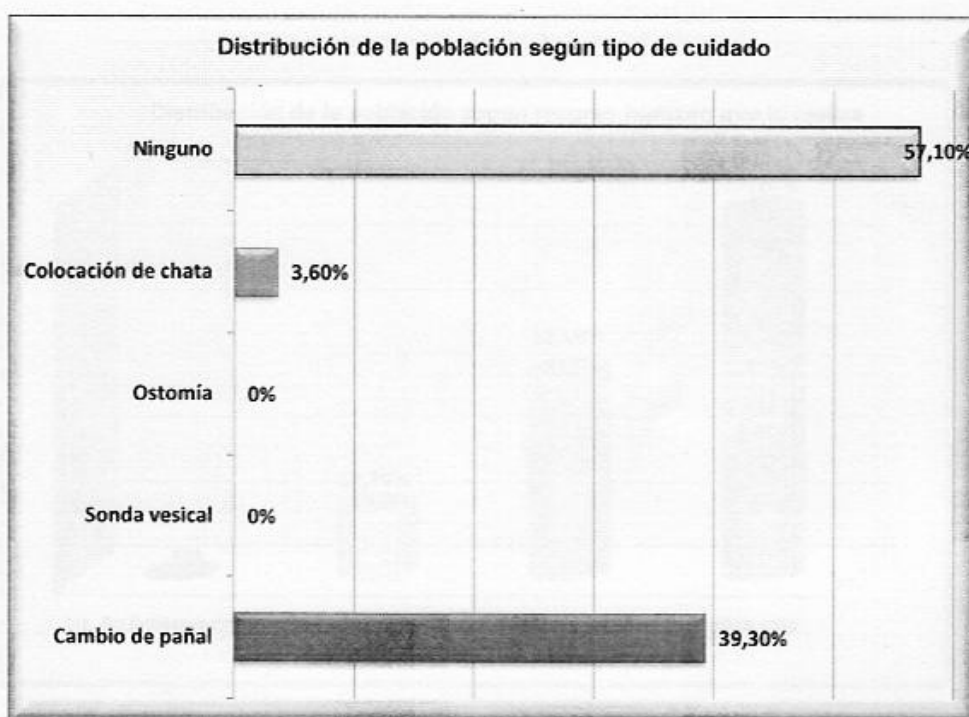
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 5.1: Distribución de la población según la variable tipo de cuidado

Tipo de cuidado	FA	FR%
Cambio de pañal	11	39,3%
Sonda vesical	0	0%
Ostomía	0	0%
Colocación de chata	1	3,6%
Ninguno	16	57,1%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 5.2



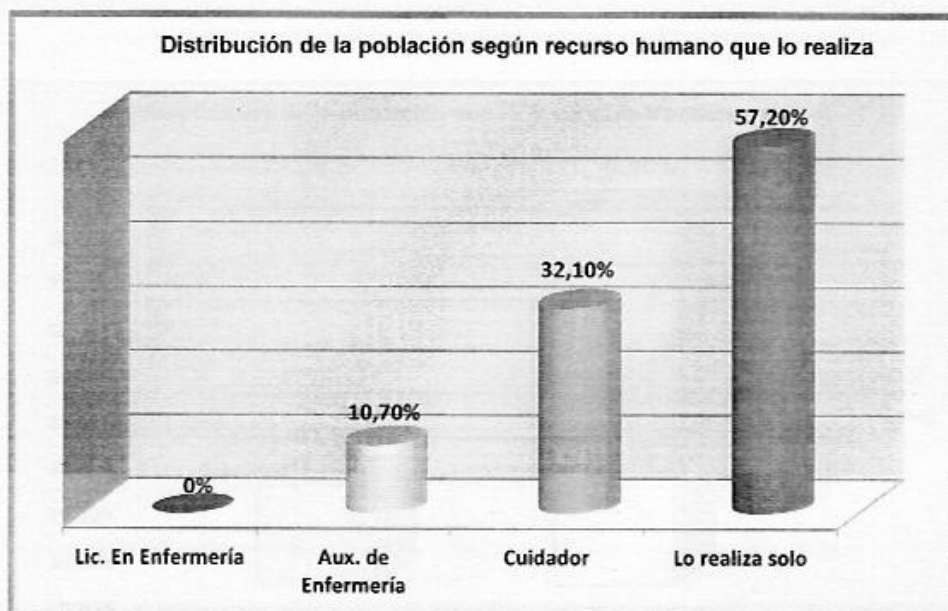
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 5.3: Distribución de la población según la variable recurso humano que lo realiza

Quien lo realiza	FA	FR%
Lic. En Enfermería	0	0%

Aux. de Enfermería	3	10,7%
Cuidador	9	32,1%
Lo realiza solo	16	57,2%
Total	28	100%

Gráfico N° 5.3



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

• **Necesidad N° 4:**

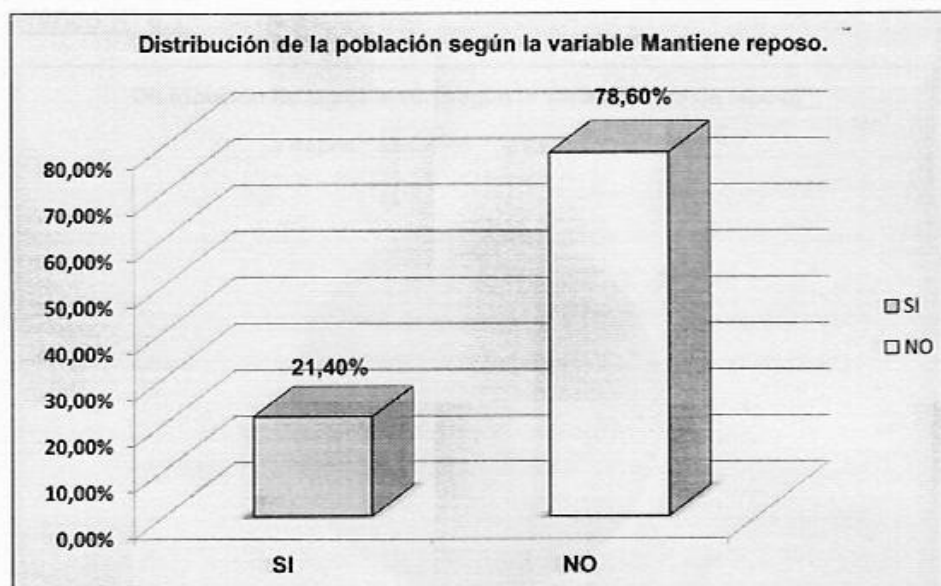
Tabla N°6: Distribución de la población según la variable "Mantiene reposo".

Mantiene reposo	FA	FR%
SI	6	21,4%

NO	22	78,6%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 6:



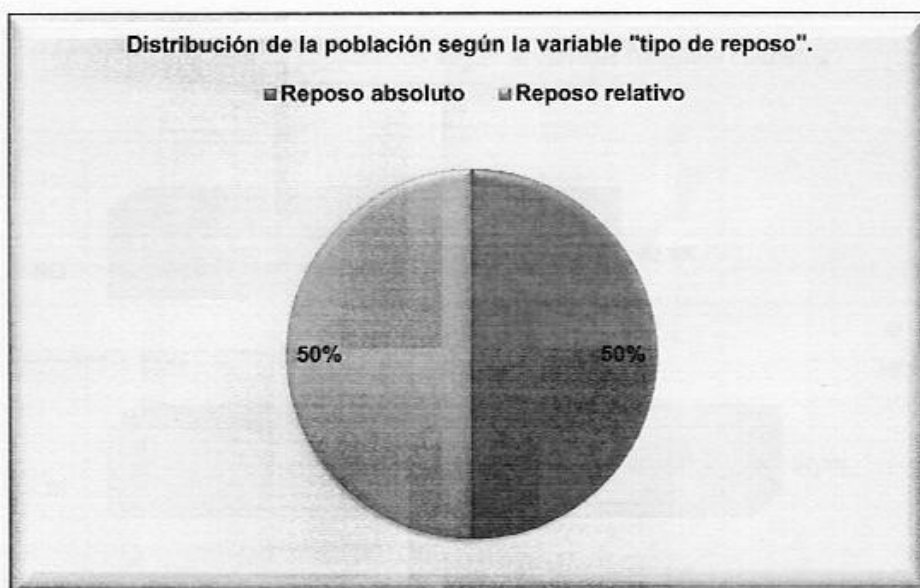
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 6.1: Distribución de la población según la variable "tipo de reposo".

Tipo de reposo	FA	FR%
Reposo absoluto	3	50%
Reposo relativo	3	50%
Total	6	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 6.1:



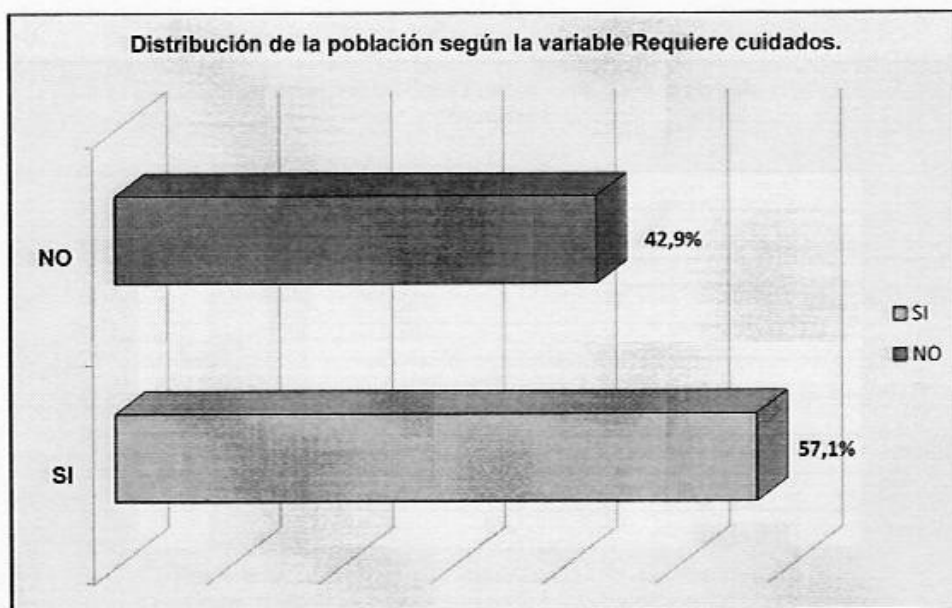
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 6.2: Distribución de la población según la variable "Requiere cuidados para moverse".

Requiere cuidados	FA	FR%
SI	16	57,1%
NO	12	42,9%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 6.2:



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 6.3: Distribución de la población según la variable tipo de cuidados.

Que cuidados requiere	FA	FR%
Asistencia para deambular	15	93,7%
Rotación	0	0%
Fisioterapia	1	6,3%
Total	16	100%



Universidad de la República

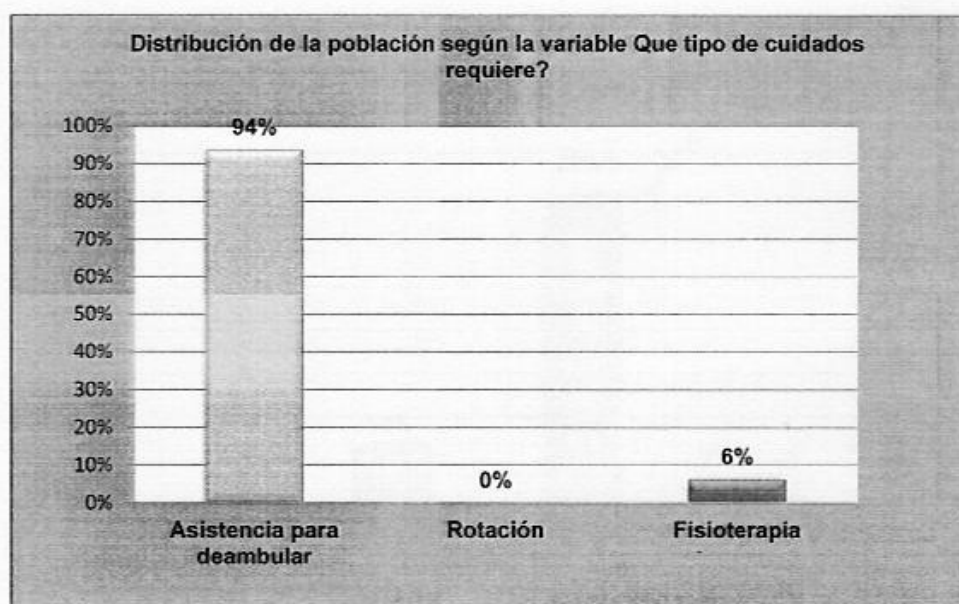
Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 6.3:



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

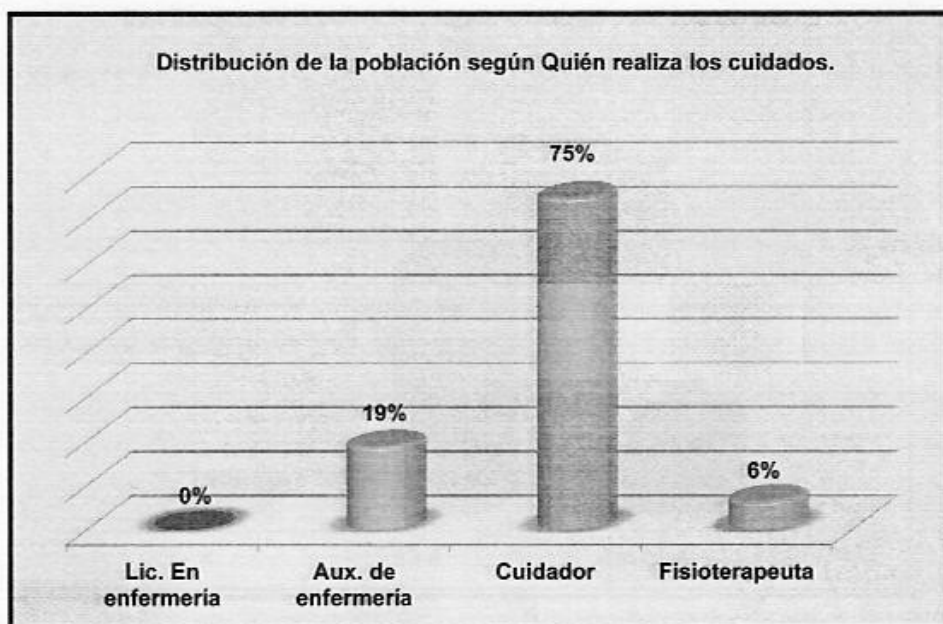
Tabla N° 6.4: Distribución de la población según recurso humano que lo realiza

Quién realiza los cuidados.	FA	FR%
Lic. En enfermería	0	0%
Aux. de enfermería	3	18,7%
Cuidador	12	75%

Fisioterapeuta	1	6,3%
Total	16	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 6.4:



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

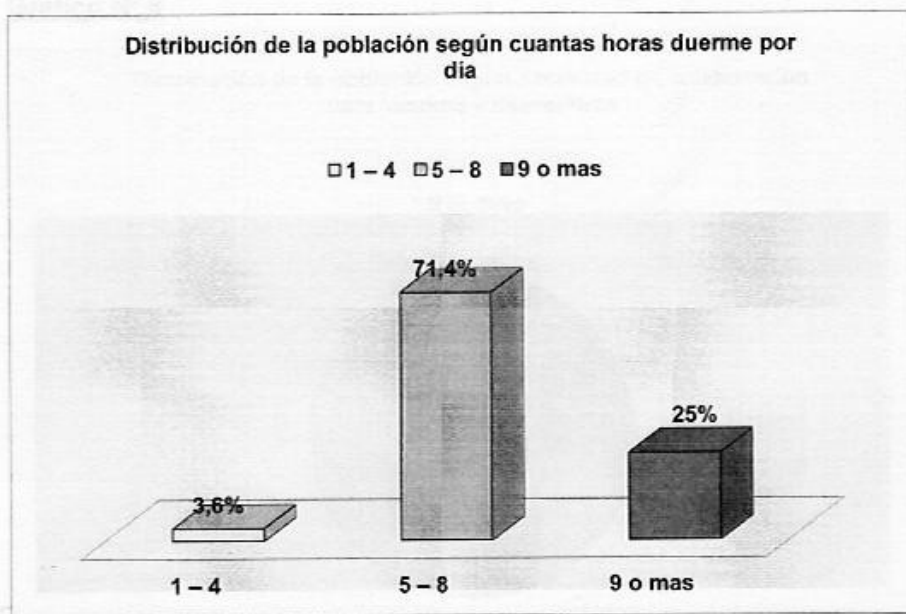
- **Necesidad N° 5**

Tabla N° 7.1: Distribución de la población según la variable cuantas horas duerme por día

Cuántas horas duerme por día	FA	FR%
1 – 4	1	3,6%
5 – 8	20	71,4%
9 o mas	7	25%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 7.1



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

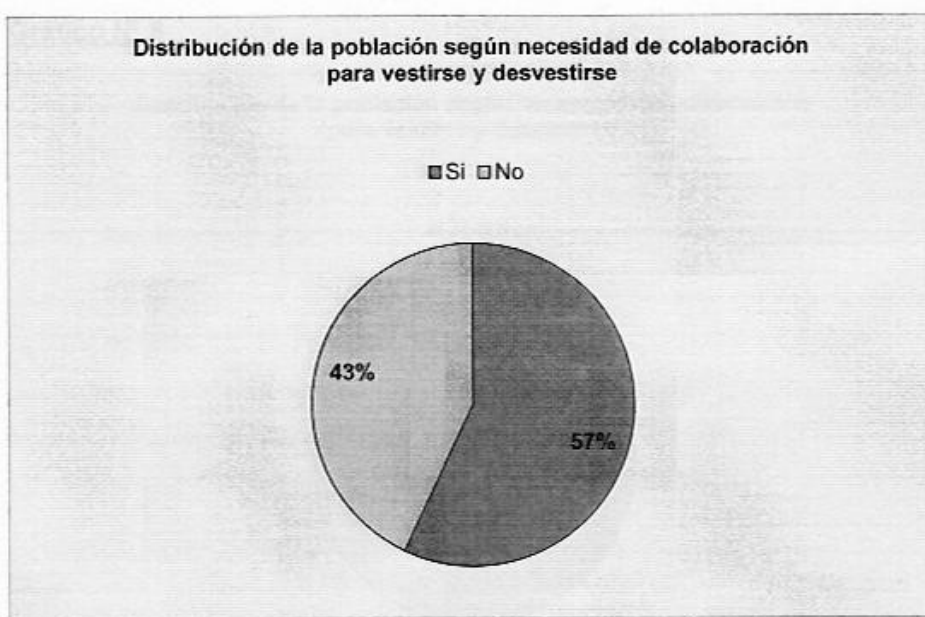
- **Necesidad N° 6**

Tabla N° 8: Distribución de la población según necesidad de colaboración para vestirse y desvestirse

colaboración para vestirse y desvestirse	FA	FR%
Si	16	57,1%
No	12	42,9%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 8



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

- **Necesidad N° 6**

- **Necesidad N° 7**

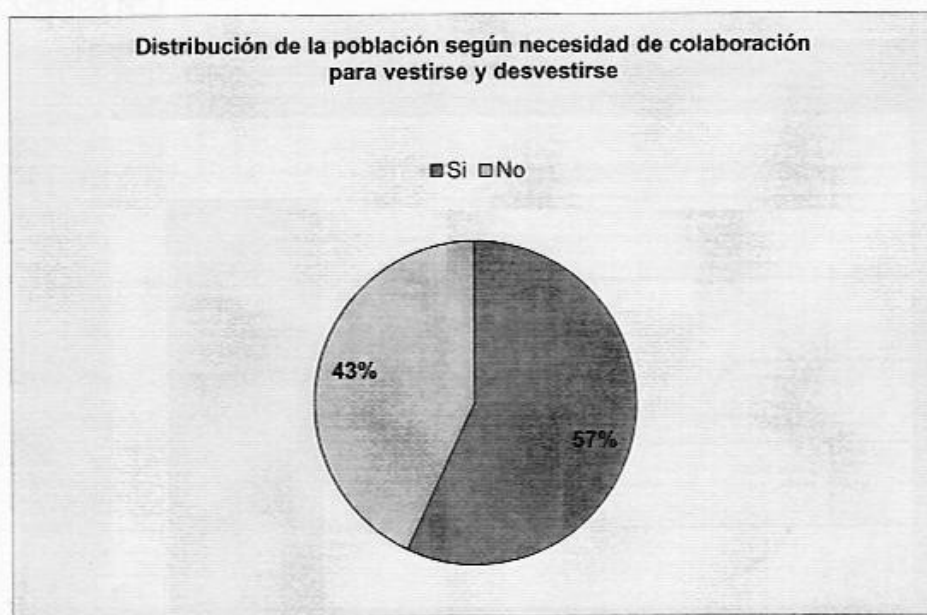


Tabla N° 8: Distribución de la población según la variable requiere colaboración para vestirse y desvestirse.

colaboración para vestirse y desvestirse	FA	FR%
Si	16	57,1%
No	12	42,9%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 8



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

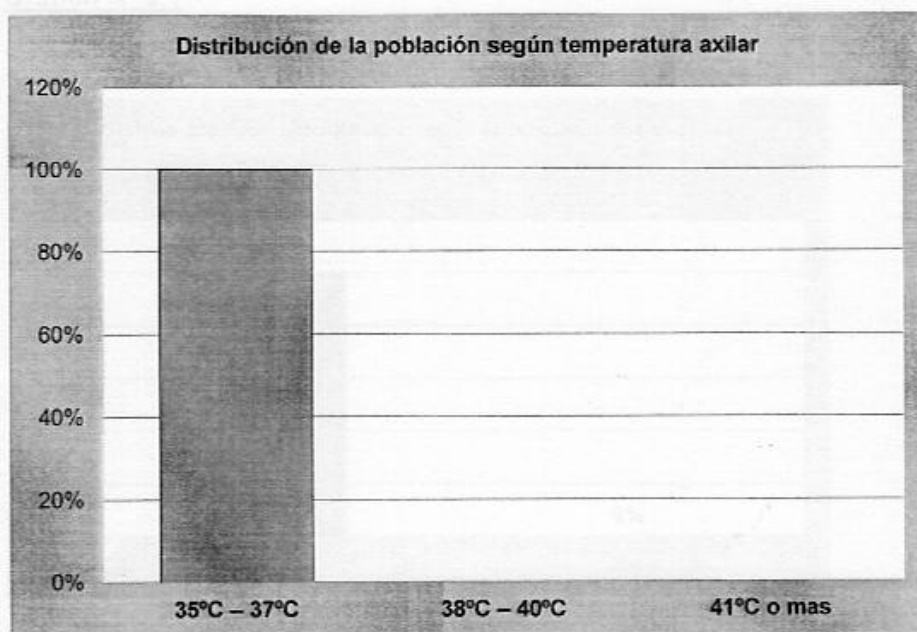
- **Necesidad N° 7**

Tabla N° 9: Distribución de la población según temperatura axilar

temperatura corporal	FA	FR%
35°C – 37°C	28	100%
38°C – 40°C	0	0%
41°C o mas	0	0%
total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 7



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.



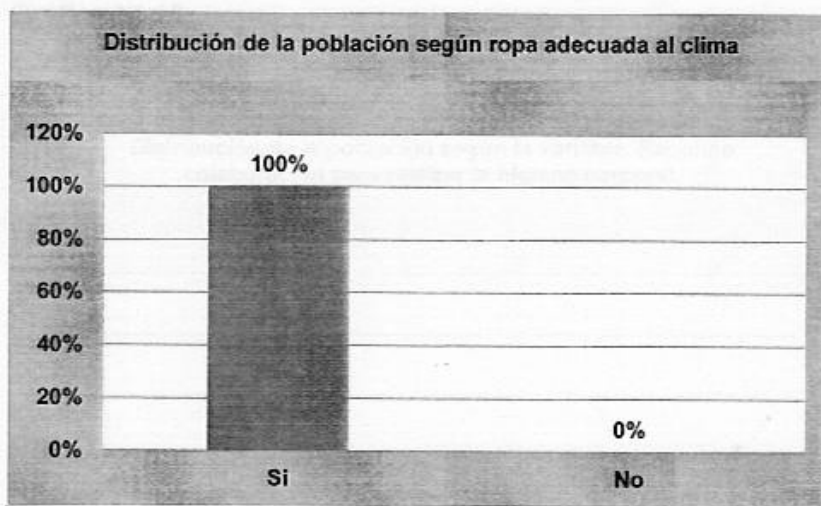
Tabla N° 9.1:

Distribución de la población según ropa adecuada al clima.

Ropa adecuada al clima	FA	FR%
Si	28	100%
No	0	0%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 9.1



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.



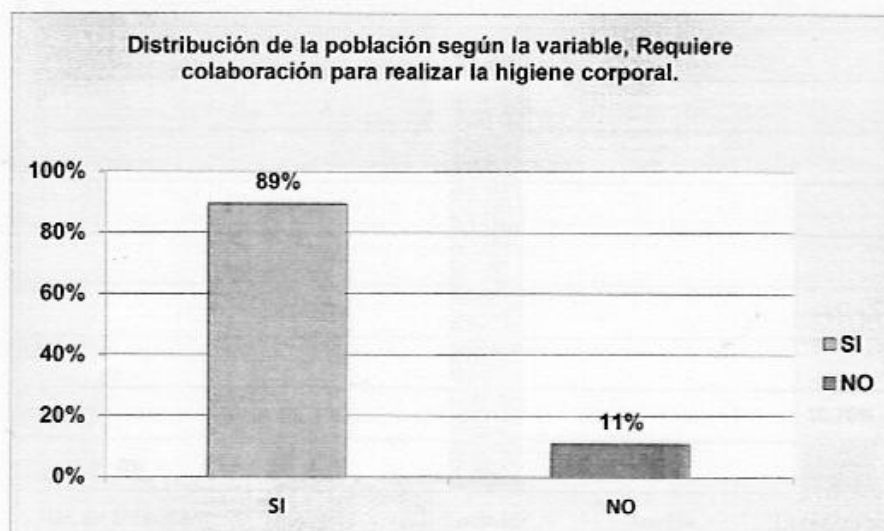
- **Necesidad N°8:**

Tabla N° 10: Distribución de la población según la variable, Requiere colaboración para realizar la higiene corporal.

Requiere colaboración	FA	FR%
SI	25	89,3%
NO	3	10,7%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 10:



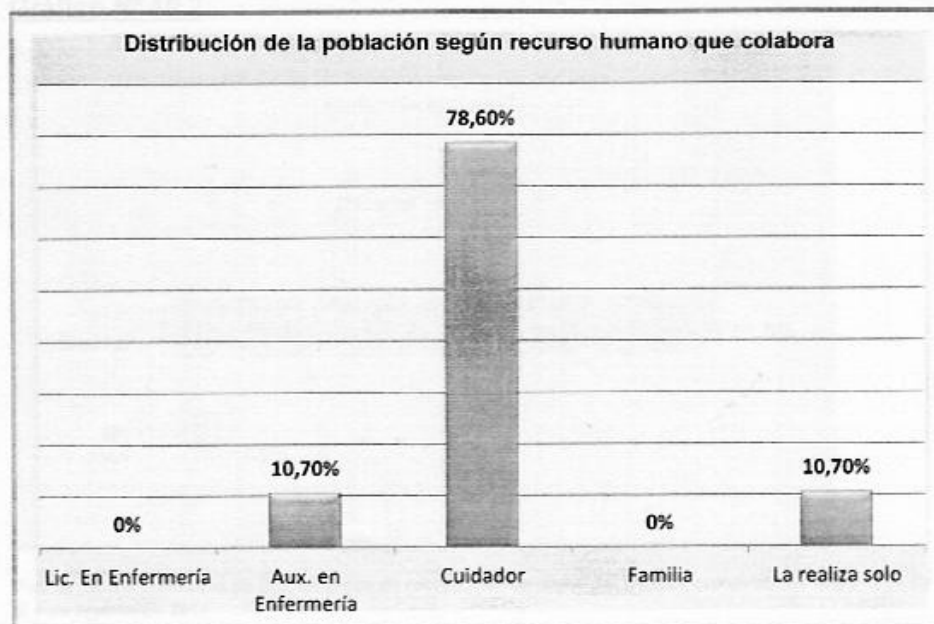
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 10.1: Distribución de la población según la variable recurso humano que colabora

Recurso humano que colabora	FA	FR%
Lic. En Enfermería	0	0%
Aux. en Enfermería	3	10,7%
Cuidador	22	78,6%
Familia	0	0%
La realiza solo	3	10,7%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Gráfico N° 10.1



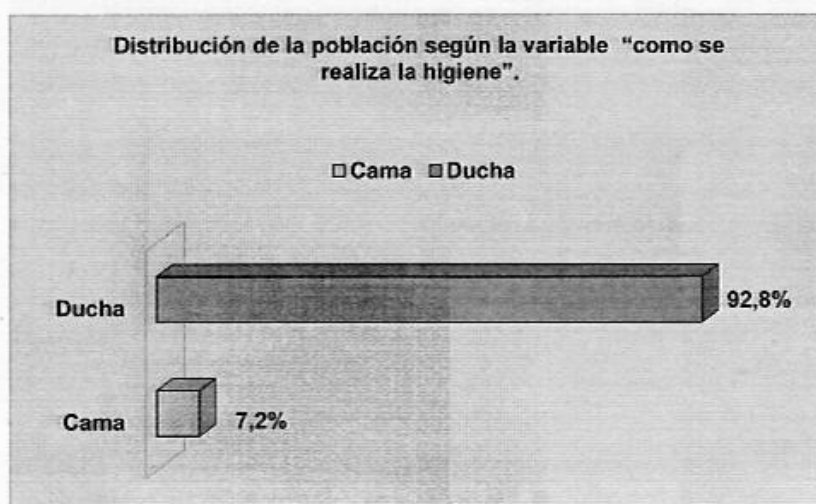
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014.

Tabla N° 10.2: Distribución de la población según la variable forma en la que se realiza la higiene

Forma en la que se realiza la higiene	FA	FR%
Cama	2	7,2%
Ducha	26	92,8%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 10.2



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

- **Necesidad N° 9**

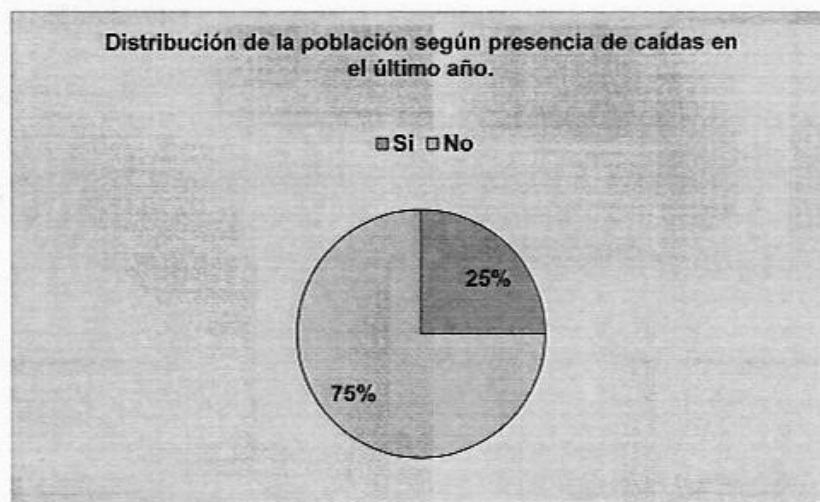
Tabla N° 11.1 Distribución de la población según N° de veces

Tabla N° 11: Distribución de la población según presencia de caídas en el último año.

caídas en el último año	FA	FR%
Si	7	25%
No	21	75%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 11:



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Cátedra Adulto y Anciano

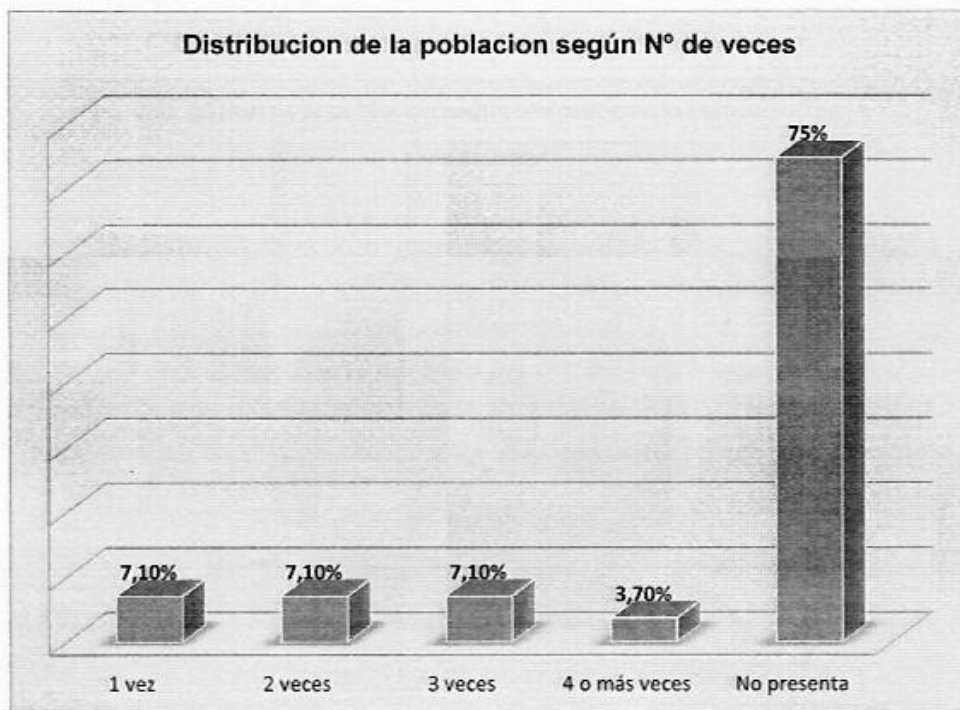


Tabla N° 11.1: Distribución de la población según N° de veces

N° de veces	FA	FR%
1 vez	2	7,1%
2 veces	2	7,1%
3 veces	2	7,1%
4 o más veces	1	3,7%
No presenta	21	75%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N°11.1



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

• **Necesidad N° 10** de la población según el ambiente que vive en

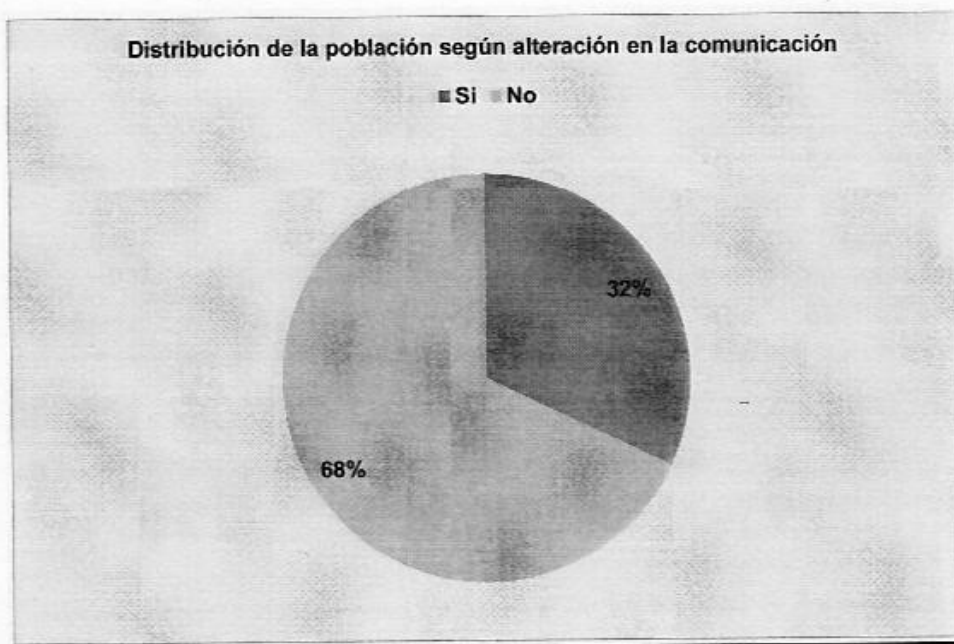
Tabla N° 12: Distribución de la población según alteración en la comunicación

Alteración en la comunicación	FA	FR%
Si	9	32,1
No	19	67,9
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 12:

Gráfica N° 12.1:



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

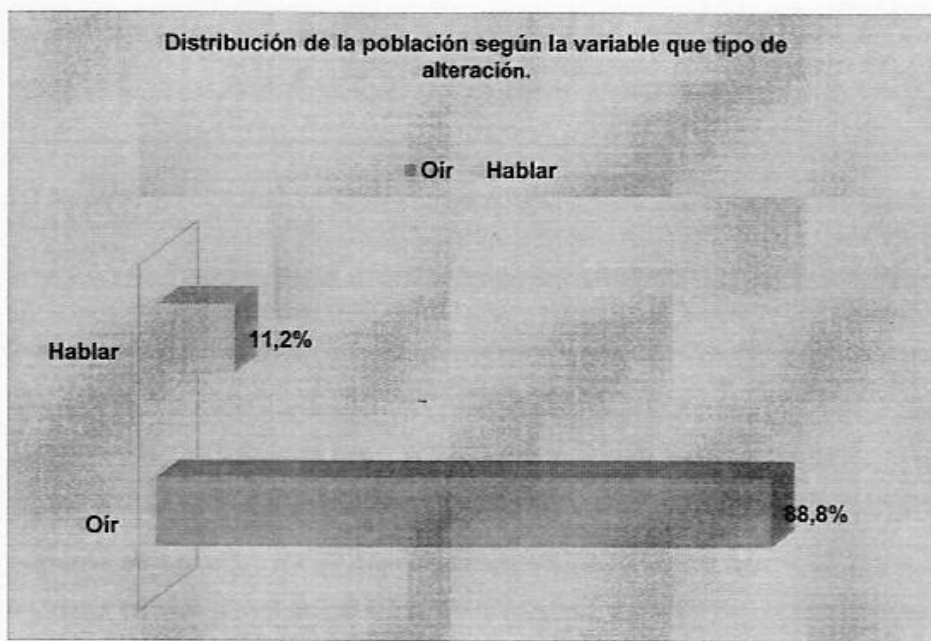
Tabla N° 12.2: Distribución de la población según alteración según tipo de alteración

Tabla N° 12.1: Distribución de la población según la variable que tipo de alteración.

Tipo de alteración	FA	FR%
Oír	8	88,8%
Hablar	1	11,2%
Total	9	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 12.1:



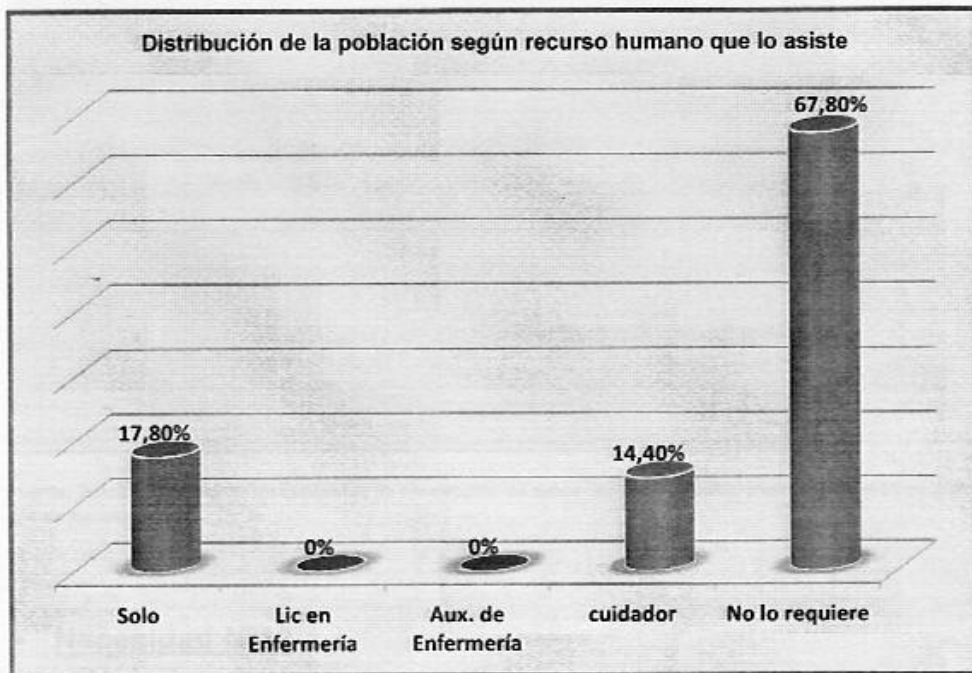
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Tabla N° 12.2: Distribución de la población según recurso humano que lo asiste

Quien lo asiste	FA	FR%
Solo	5	17,8%
Lic en Enfermería	0	0%
Aux. de Enfermería	0	0%
cuidador	4	14,4%
No lo requiere	19	67,8%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 12.2



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

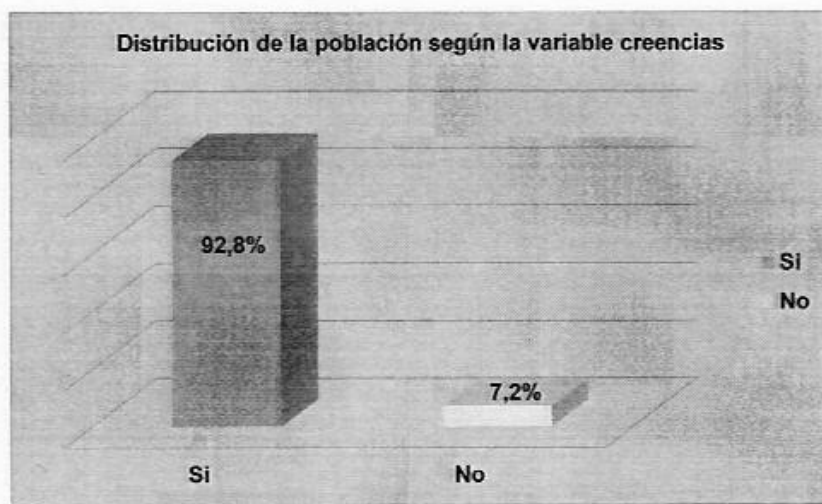
• **Necesidad N° 11**

Tabla N° 13: Distribución de la población según la variable creencias

Creencias	FA	FR%
Si	26	92,8%
No	2	7,2%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 13:



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

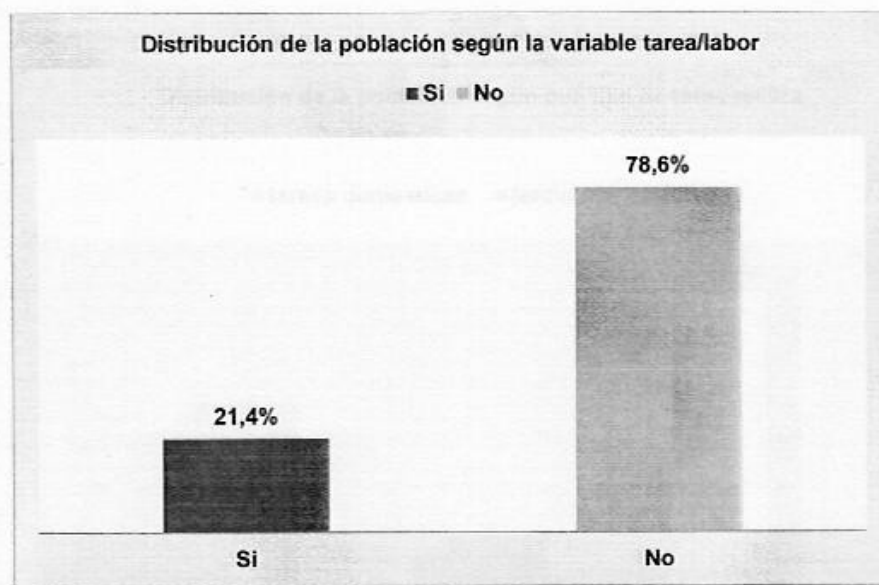
• **Necesidad N°12**

Tabla N° 14: Distribución de la población según la variable tarea/labor

tarea/labor	FA	FR%
Si	6	21,4%
No	22	78,6%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 14



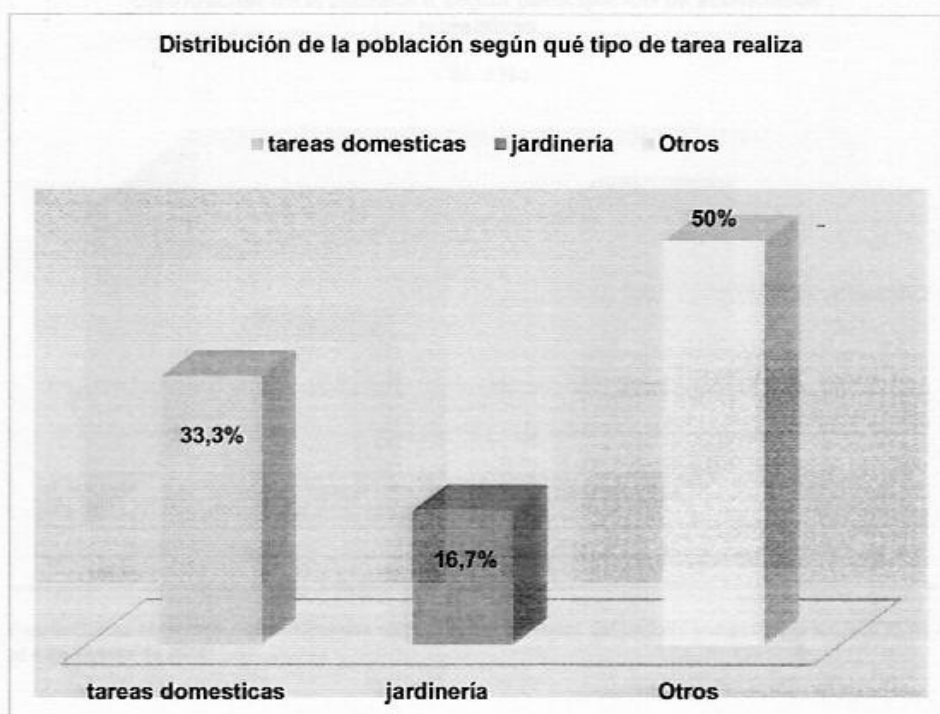
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Tabla N° 14.1: Distribución de la población según qué tipo de tarea o labor

Que tarea realiza	FA	FR%
tareas domesticas	2	33,3%
jardinería	1	16,7%
Otros	3	50%
Total	6	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 14.1



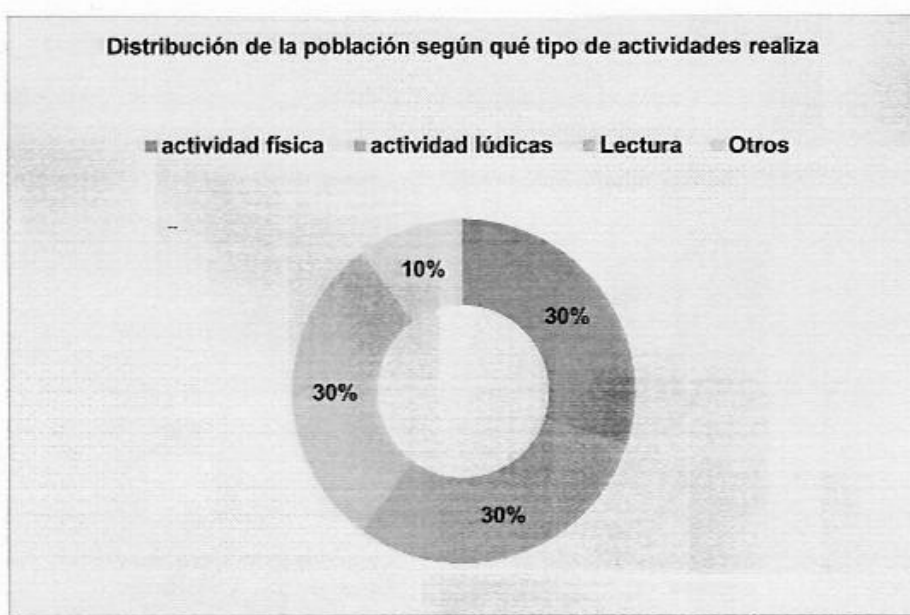
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

• **Necesidad N°13**

Tabla N° 15: Distribución de la población según participación de actividades recreativas

Actividades recreativas	FA	FR%
Si	10	35,7%
No	18	64,3%
Total	28	100%

Gráfico N° 15.1:



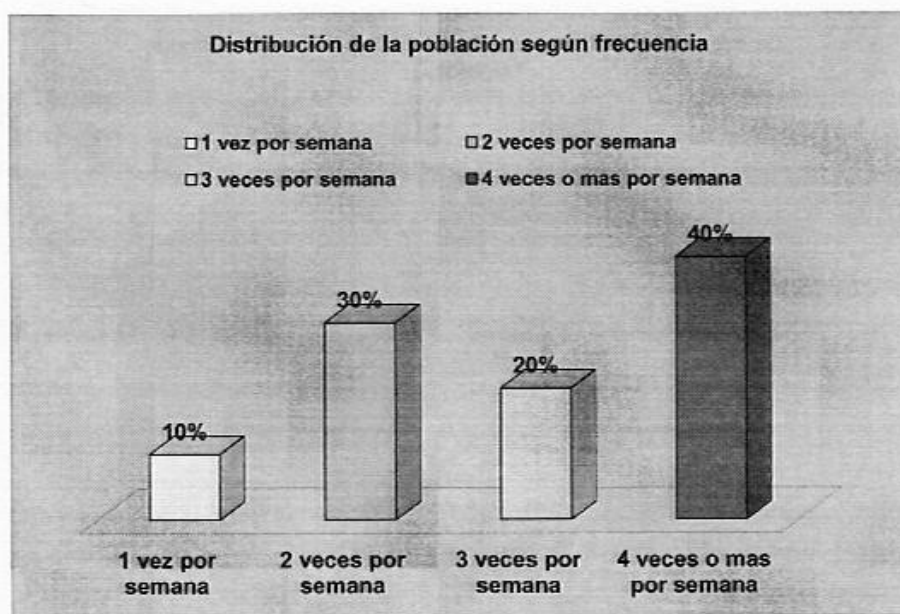
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Tabla N° 15.2: Distribución de la población según frecuencia

Frecuencia	FA	FR%
1 vez por semana	1	10%
2 veces por semana	3	30%
3 veces por semana	2	20%
4 veces o más por semana	4	40%
Total	10	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 15.2:



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

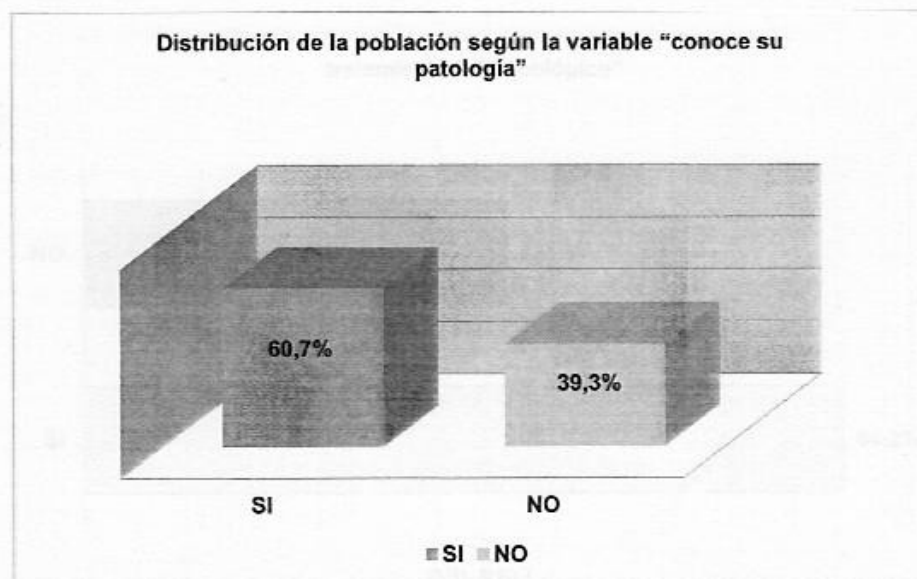
• **Necesidad N° 14:**

Tabla N° 16: Distribución de la población según la variable conoce su patología

Conoce su patología	FA	FR%
SI	17	60,7%
NO	11	39,3%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 16



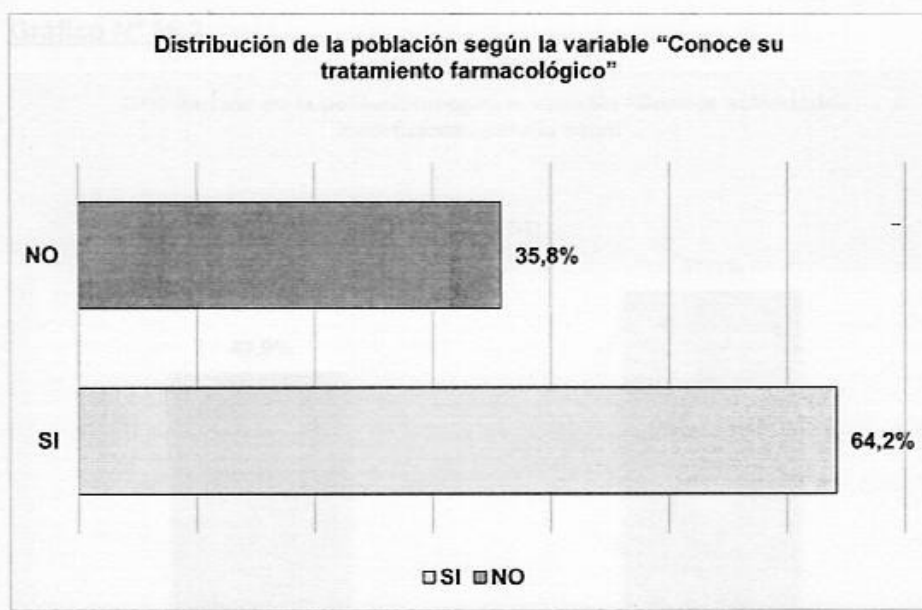
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Tabla N° 16.1: Distribución de la población según la variable Conoce su tratamiento farmacológico

Conoce su tto farmacológico	FA	FR%
SI	18	64,2%
NO	10	35,8%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N°16.1



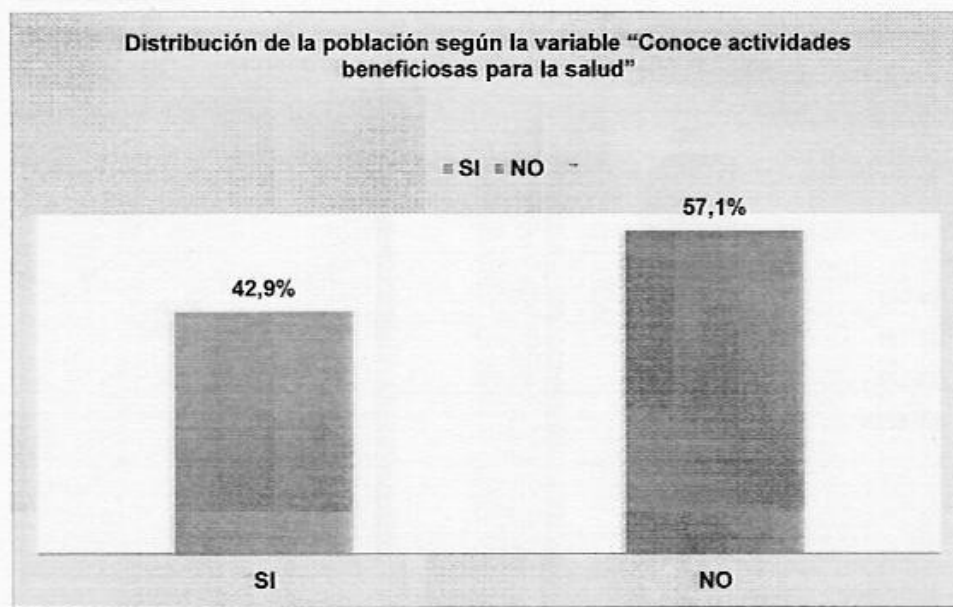
Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Tabla N° 16.2: Distribución de la población según la variable Conoce actividades beneficiosas para la salud

Conoce activ. Beneficiosas para su salud	FA	FR%
SI	12	42,9%
NO	16	57,1%
Total	28	100%

Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del período comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Gráfico N° 16.2



Fuente: Datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de Julio al 4 de Agosto de 2014

Tablas y gráficas de Referente del hogar

Tabla N° 1: Distribución de la población según la variable Edad.

Edad	FA	FR%
(30-40)	1	16%
(41-51)	2	28%
(52-62)	2	28%



Universidad de la República

Facultad de Enfermería

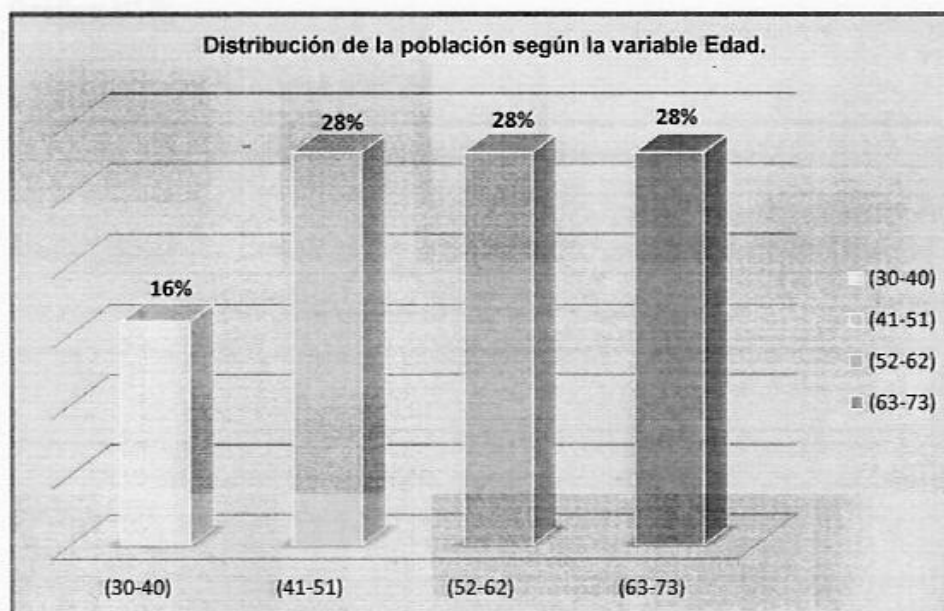
Cátedra Adulto y Anciano



(63-73)	2	28%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 1:



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 2: Distribución de la población según la variable "Sexo".

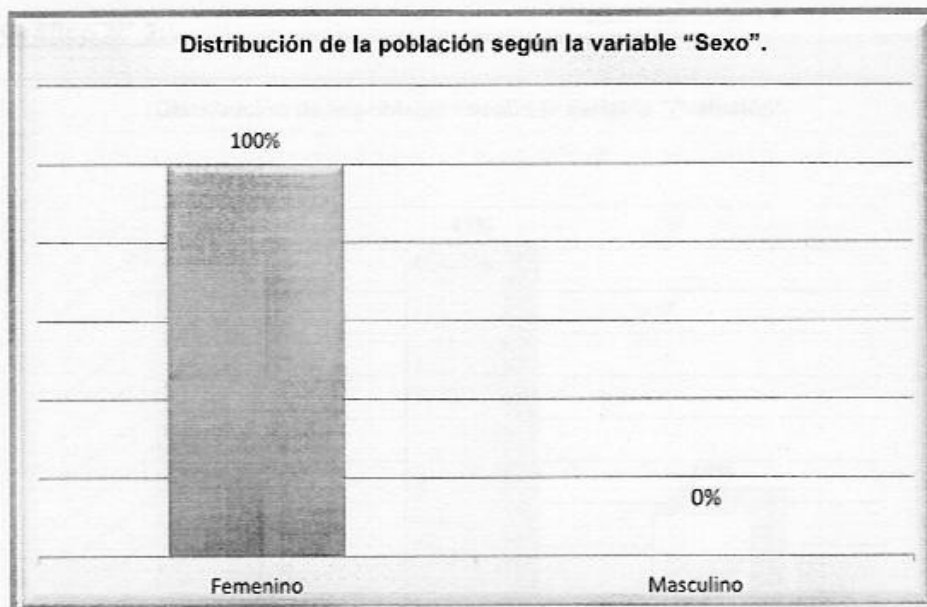
Sexo	FA	FR%
Femenino	7	100%
Masculino	0	0%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014



Plan de Investigación Científica de la Facultad de Enfermería - Universidad de la República
al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 2:



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Plan de Investigación Científica de la Facultad de Enfermería - Universidad de la República
al 4 de agosto del 2014

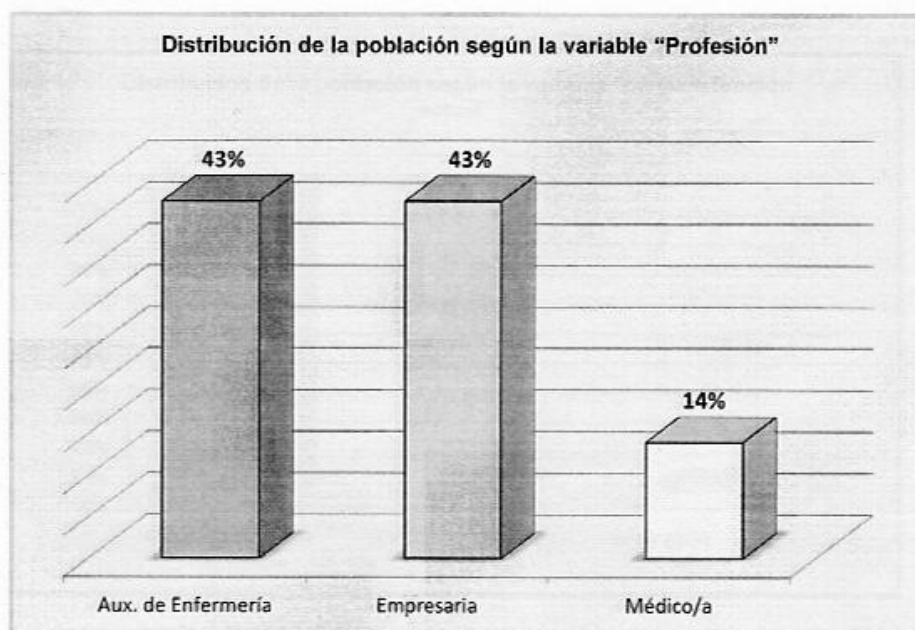
Tabla N° 3: Distribución de la población según la variable "Profesión"

Profesión	FA	FR%
Aux. de Enfermería	3	43%
Empresaria	3	43%
Médico/a	1	14%
Total	7	100%



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 3:



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 4: Distribución de la población según la variable "Cargo o función actual"

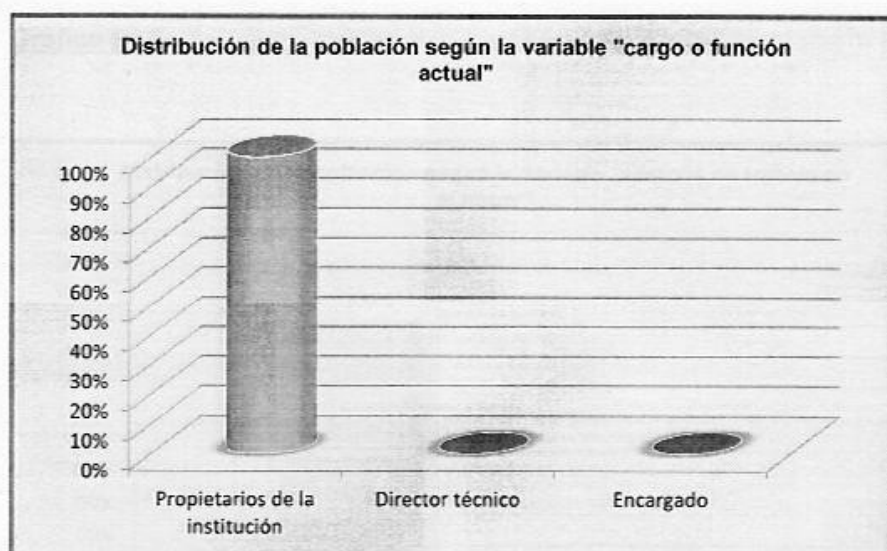
Cargo o función actual	FA	FR%
Propietarios de la institución	7	100%



Director técnico	0	0
Encargado	0	0
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 4:



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 5: Distribución de la población según la variable "Historia de trabajo en el hogar"

Historia de trabajo en el hogar	FA	FR%
Más de 1 año	7	100%
Menos de 1 año	0	0%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

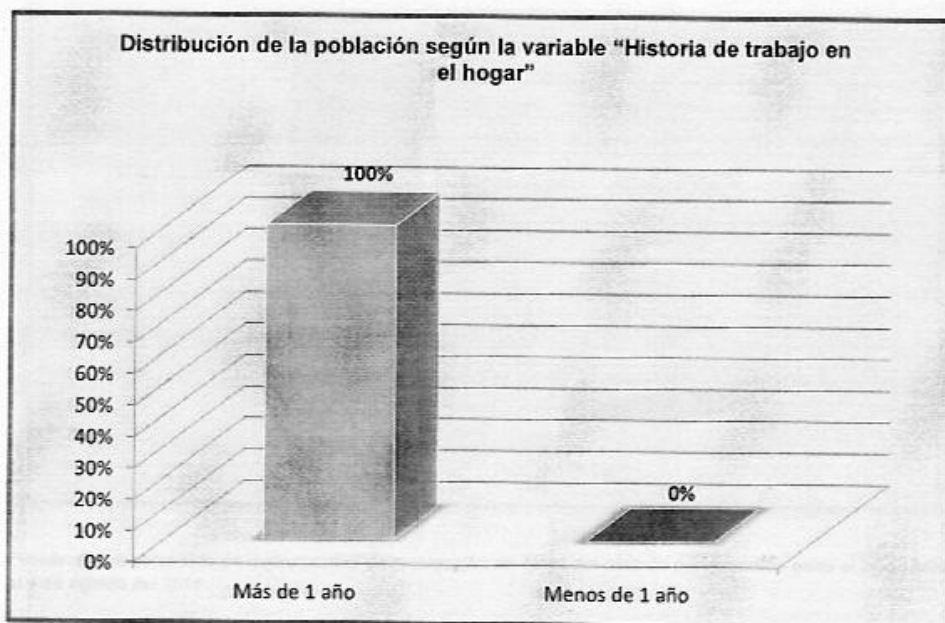
Ha realizado algún curso sobre cuidado?

SI	NO
100%	0%

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Gráfico N° 5:

Gráfico N° 5:



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

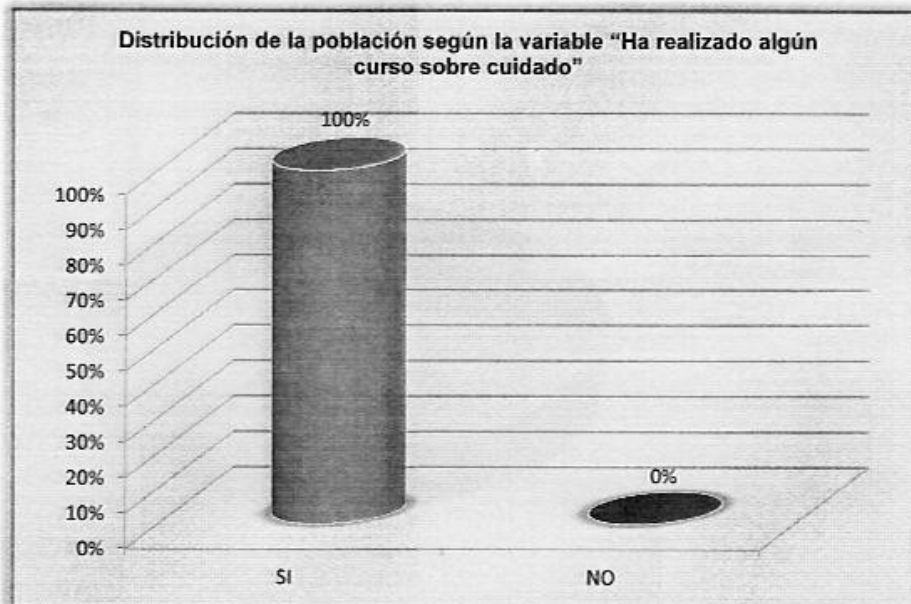
Tabla N° 6: Distribución de la población según la variable "Ha realizado algún curso sobre cuidado"

Tabla N° 2: Distribución de la población según la variable "Curso curso"

Ha realizado algún curso sobre cuidado?	FA	FR%
SI	7	100%
NO	0	0%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 6:



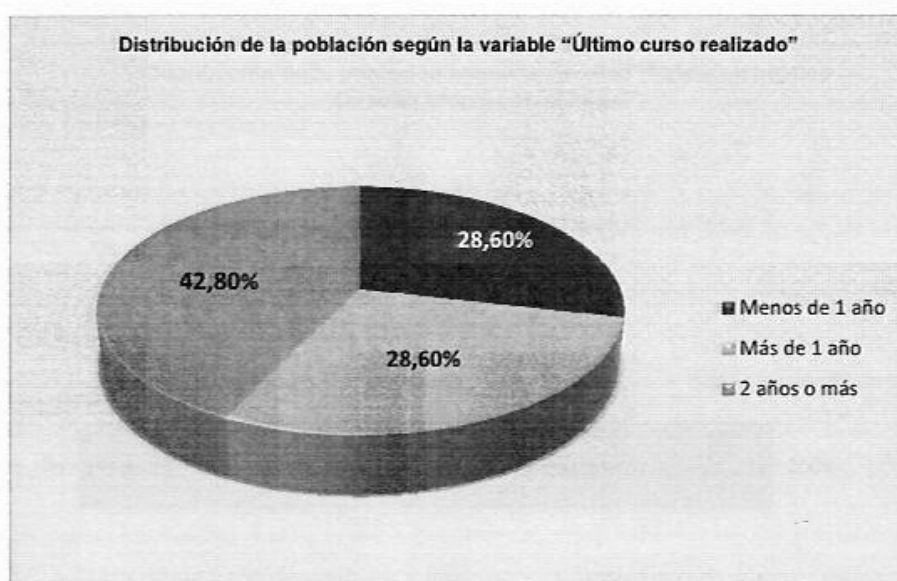
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 7: Distribución de la población según la variable "Último curso realizado"

Último curso realizado	FA	FR%
Menos de 1 año	2	28,6%
Más de 1 año	2	28,6%
2 años o más	3	42,8%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 7:



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

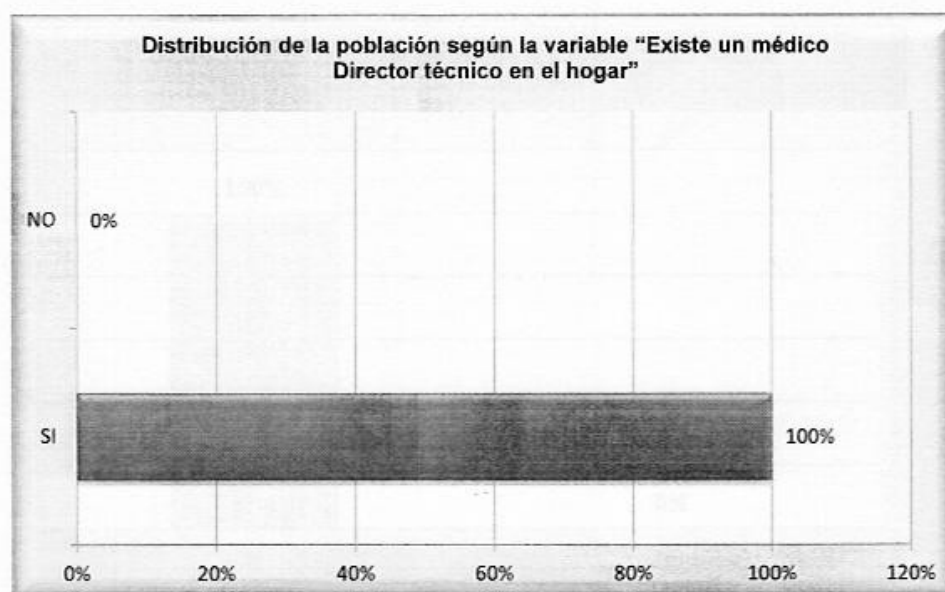
Tabla N° 8: Distribución de la población según la variable "Existe un médico Director técnico en el hogar"



Existe médico director técnico?	FA	FR%
SI	7	100%
NO	0	0%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 8:



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

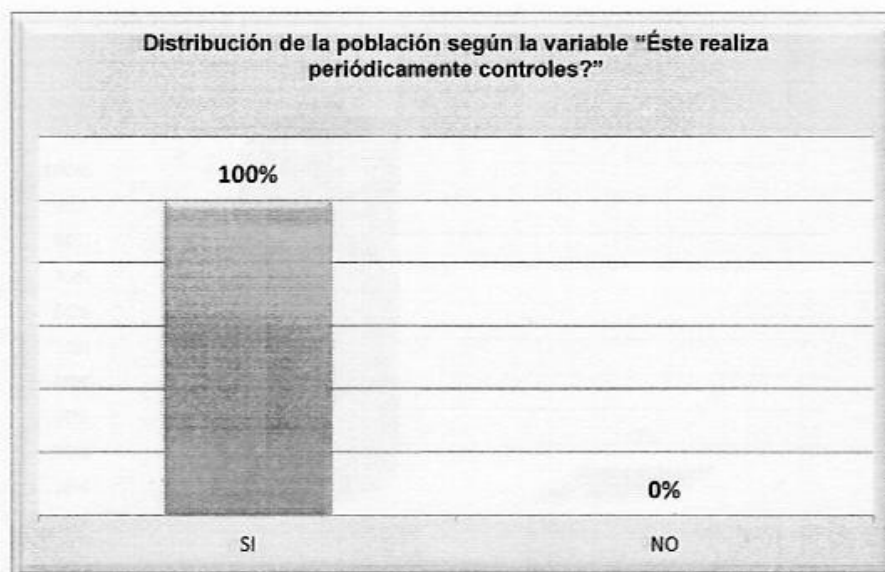


Tabla N° 9: Distribución de la población según la variable "¿Este realiza periódicamente controles?"

Realiza controles?	FA	FR%
SI	7	100%
NO	0	0%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 9:



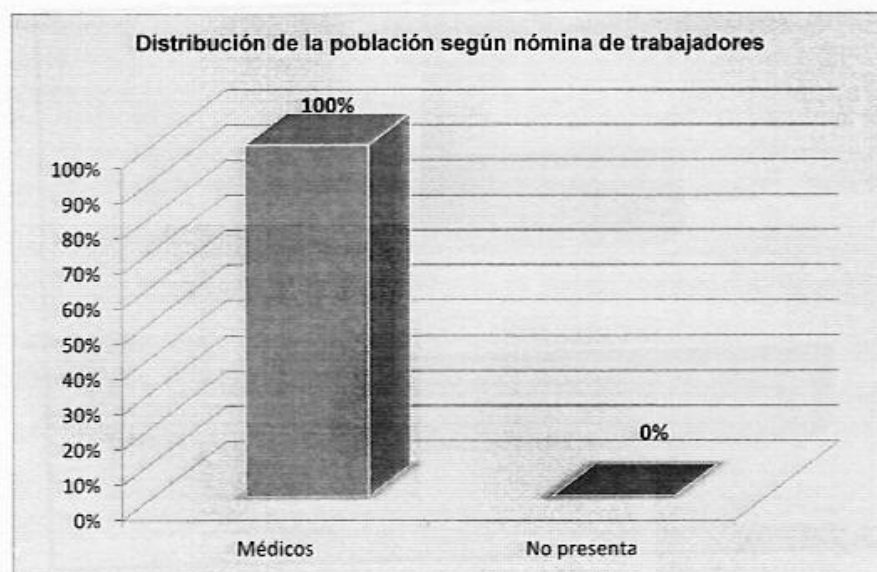
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 10: Distribución de la población según "Nómina de trabajadores"

Nómina de trabajadores	FA	FR%
Médicos	7	100%
No presenta	0	0%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 10:



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 10.1: Distribución de la población según Nómina de trabajadores (Lx
(Auxiliares de Enfermería)

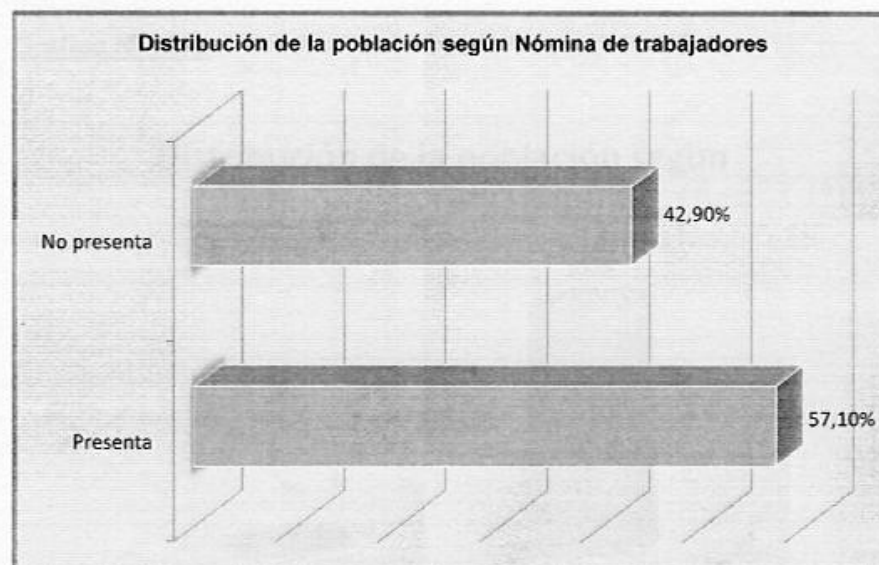
Tabla N° 10.1: Distribución de la población según Nómina de trabajadores

(Auxiliares de Enfermería).

Nómina de trabajadores	FA	FA%
Presenta	4	57,1%
No presenta	3	42,9%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 10.1:



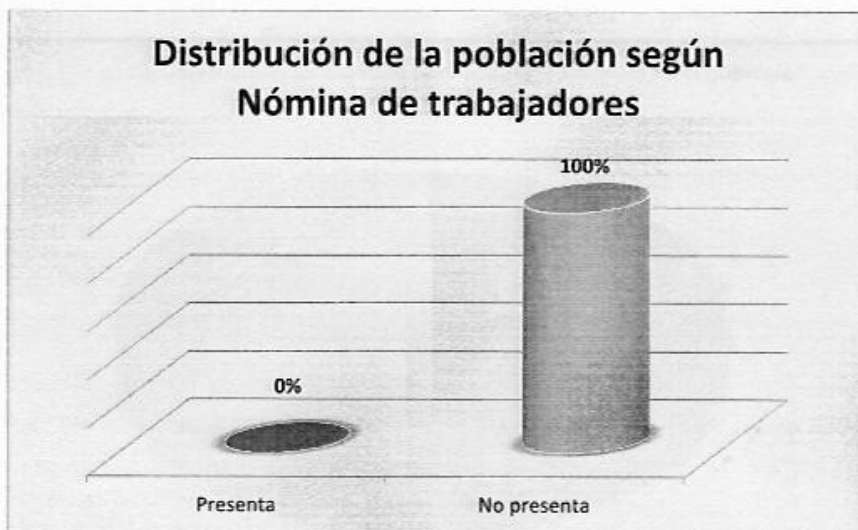
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 10.2: Distribución de la población según Nómina de trabajadores (Lic. En Enfermería)

Lic. En Enfermería	FA	FR%
Presenta	0	0
No presenta	7	100%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 10.2:



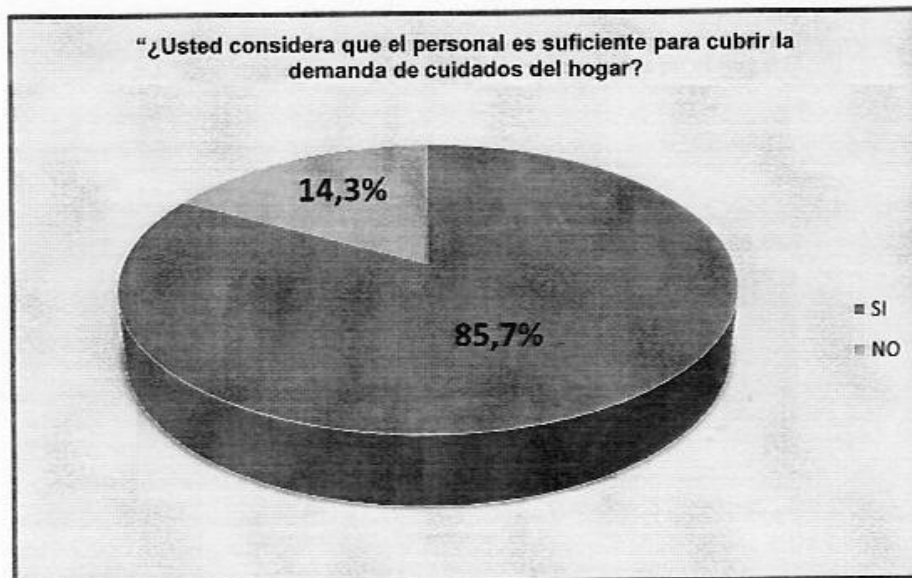
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 11: Distribución de la población según la variable "¿Usted considera que el personal es suficiente para cubrir la demanda de cuidados del hogar?"

Considera que el personal es suficiente?	FA	FR%
SI	6	85,7%
NO	1	14,3%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 11:



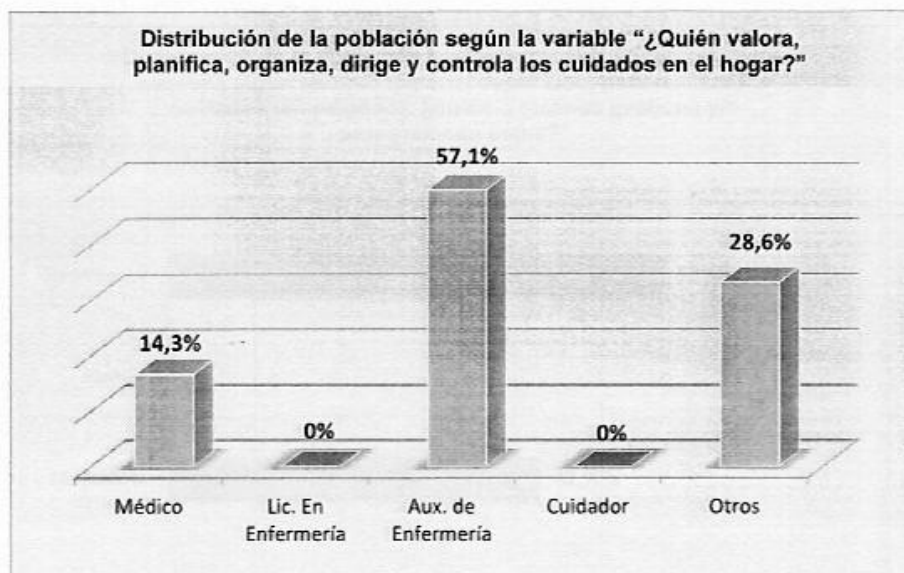
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 12: Distribución de la población según la variable "¿Quién valora, planifica, organiza, dirige y controla los cuidados en el hogar?"

"¿Quién valora, planifica, organiza, dirige y controla los cuidados?"	FA	FR%
Médico	1	14,3%
Lic. En Enfermería	0	0%
Aux. de Enfermería	4	57,1%
Cuidador	0	0%
Otros	2	28,6%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 12:



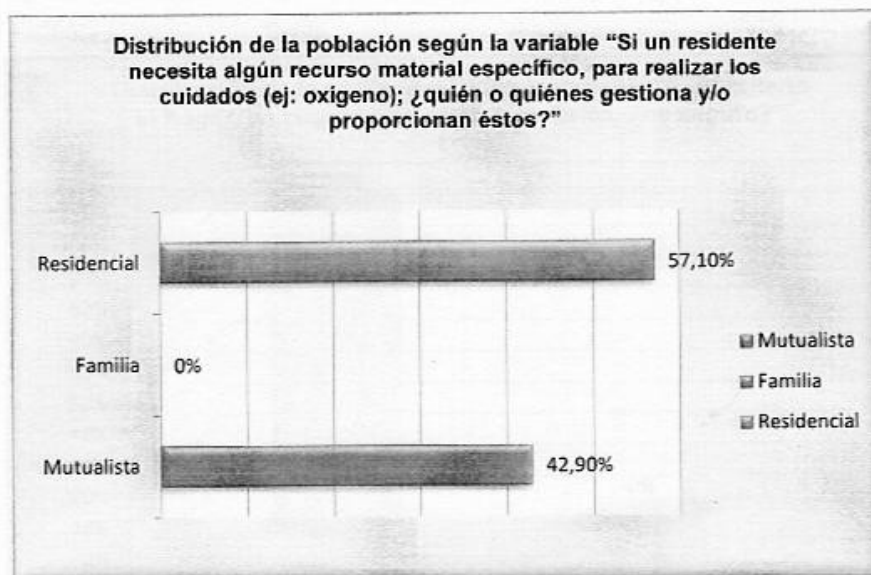
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 13: Distribución de la población según la variable "Si un residente necesita algún recurso material específico, para realizar los cuidados (ej: oxígeno); ¿quién o quiénes gestiona y/o proporcionan éstos?"

¿Quién gestiona los RRMM para los cuidados?	FA	FR%
Mutualista	3	42,9%
Familia	0	0%
Residencial	4	57,1%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 13:



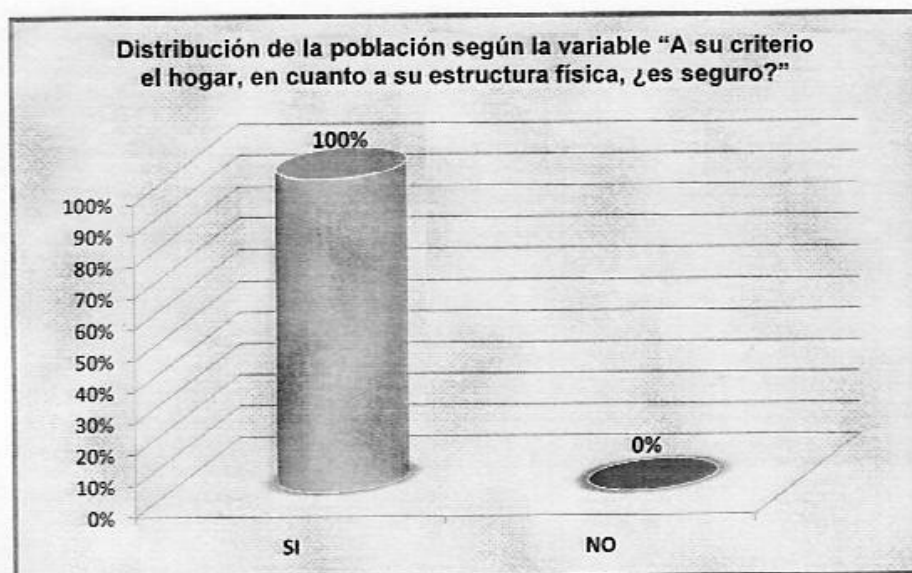
Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Tabla N° 14: Distribución de la población según la variable "A su criterio el hogar, en cuanto a su estructura física, ¿es seguro?"

En cuanto a estructura física, es seguro?	FA	FR%
SI	7	100%
NO	0	0%
Total	7	100%

Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014

Gráfico N° 14:



Fuente: datos obtenidos de instrumentos de recolección de datos del periodo comprendido entre el 31 de julio al 4 de agosto del 2014