



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY

 Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

## **TRABAJO FINAL DE GRADO**

**Adultos mayores en situación de calle y demencia: Los modelos atención en centros 24 horas bajo la órbita del Programa de Atención a Personas en Situación de Calle (PASC).**

**Estudiante: Marcos Daniel Sosa Larrayoz.**

**C.I: 3.304.547-9**

**Tutor: Prof. Agr. Robert Pérez Fernández.**

**Fecha de entrega: 30 / 07 / 2015.**

**Montevideo, Uruguay.**

## **Agradecimientos**

A mi familia, los que apoyaron incondicionalmente mis proyectos, ideas, motivándome en cada etapa para superarme día a día en busca de mis objetivos.

A mis amigos, los cuales fueron un mojón fundamental en el largo camino que es vivir.

A mis compañeros de distintas instancias de aprendizaje, los que transitaron junto a mí la Facultad de Psicología y a los que puedo llamar hermanos.

A mi gran maestra, por sus consejos, su escucha y cariño.

A Robert, por su disposición para ser mi tutor, sus enseñanzas y sus consejos.

**Resumen:**

El presente trabajo busca conocer los modelos de atención en los centros 24 horas bajo la órbita del programa PASC; en relación a los adultos mayores con demencia. Existen múltiples trabajos sobre la prevalencia de trastornos relacionados a la demencia en adultos mayores; son más escasos sobre la población en situación de calle, sin embargo no hay estudios que identifiquen ambas temáticas en conjunto. Objetivos: Estudiar cómo se abordan las problemáticas de las demencias en centros 24 horas bajo la órbita del programa PASC; analizando los principales modelos sobre salud y enfermedad en dichos centros y las diferentes formas de vulnerabilidad que pueden ser objeto los adultos mayores. Método: Se diseña un estudio cualitativo, descriptivo y analítico, se utilizara como técnica de recolección de datos la observación participante, el análisis documental y entrevistas a los usuarios con demencia como al personal de dichos centros. Se pretende con este estudio conocer los modelos de atención que predominan, a los efectos de realizar recomendaciones que permitan contribuir a la comprensión de este sector altamente vulnerado de nuestra sociedad, permitiendo generar políticas de abordaje y modalidades de atención específicas.

**Palabra Clave:** Demencias, Situación de calle, Centros 24 horas.

**Abstract:**

The present work intends to know the models of care in the 24hours centers under the orbit of the PASC program; in relation to the elderly people that suffer dementia. There are many studies about the prevalence of disorder related to a dementia in elderly people; but there are few studies about homeless people, however there are no study that identifies both problems. Target: Study how the problems of dementia are addressed in 24hours centers under the orbit of the PASC program; analyzing the main models about health and disease in 24hours centers and the different forms of vulnerability that can suffer the elderly people Method: a qualitative descriptive and analytic study is designed, the participant observation, the documentary analysis and the interview to the users with dementia as the personal that works in the centers are used as a technique to collect information. The intention of this study, is know the predominant attention models, in order to realize recommendations that helps to contribute with understanding this sector really vulnerable of our society, allowing the generation of politics of carefulness and specific attention modalities.

**Key Words:** Dementia, Homeless, 24 hours centers.

## Índice

Agradecimientos .....	2
Resumen .....	3
Introducción .....	5
Antecedentes y Fundamentación:.....	7
Trama Teórica: .....	9
Problema y Preguntas de Investigación: .....	12
Objetivos:.....	13
Objetivo General: .....	13
Objetivos específicos .....	13
Metodología:.....	14
Diseño y estrategia metodológica.....	14
Técnicas de recolección de información:.....	14
Universo y muestra .....	16
Factibilidad: .....	16
Procedimientos para resguardar los aspectos éticos: .....	17
Cronograma de ejecución:.....	18
Resultados esperados: .....	18
Referencias: .....	19

## Introducción:

---

América Latina y el Caribe se caracterizó por un crecimiento de la población en el siglo XX. En cambio el siglo XXI se caracteriza por un envejecimiento debido principalmente a la reducción en la natalidad, y al aumento de la esperanza de vida; la misma aumentó de 55,7 años en 1950 a 74,7 años en la actualidad, tan solo 5 años por debajo de los países más avanzados, los nacimientos de la región han pasado de casi seis hijos por mujer en 1950 a un nivel inferior de 2,2 hijos por mujer, situándose por debajo de la media mundial de 2,3. Según se destaca en el informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (CEPAL, 2014). En Uruguay la tasa de crecimiento es baja, con un proceso de envejecimiento acelerado, e irá en aumento año tras año. (Berriel, Pérez y Rodríguez, 2011).

Ante esta nueva realidad demográfica las demencias pasan a ser una problemática que cada vez mayor en el panorama mundial.

Según el censo del 2011, el total de la población Uruguaya mayor a 65 años asciende a 463.726 personas (INE, 2011), representando un 14,11%, de los cuales el 52,61% tienen entre 65 a 74 años (Thevenet, 2011).

En Uruguay las políticas hacia la vejez estuvieron tradicionalmente vinculadas a lo sanitario, lo económico y a la seguridad social; hasta el año 2007 donde se crea el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INMAYORES), implementando por parte del gobierno una sostenida generación de políticas públicas donde se promueven nuevos mecanismos de intervención, buscando impactar en la calidad de vida de la población vieja en Uruguay, contribuyendo a la mejora del bienestar; intentando cambiar incluso, la comprensión por parte de la ciudadanía.

Favoreciendo estas mejoras, se puso en funcionamiento una transferencia económica para la población en situación de indigencia (Asistencia a la Vejez) (CEPAL, 2012). Entre otras medidas el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) ha presentado el “Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013-2015” donde se establecen acciones del Estado dirigidas al bienestar de todas las personas adultas mayores, fomentando los mecanismos de protección de derechos, buscando revertir a corto plazo, las situaciones de vulnerabilidad de los derechos de las personas para todas las edades. (INMAYORES, 2012).

No obstante, si bien actualmente la situación de la salud de los adultos mayores es relativamente ventajosa en relación a la región, el Ministerio de Desarrollo Social ha advertido sobre algunos riesgos: como la ausencia de datos confiables para tomar decisiones, falta de protocolización en la atención y falta de capacitación de profesionales para atender a las personas mayores. (Berriel, Pérez y Rodríguez. 2011).

En este marco dentro del Ministerio de Desarrollo Social se crea en el año 2007, el programa PASC (Programa de Atención a Personas en Situación de Calle) en la modalidad de centros nocturnos<sup>1</sup>. Posteriormente este programa en conjunto con organizaciones sociales formaron centros diurnos<sup>2</sup> y centros 24 horas para toda la población en situación de calle. Posteriormente se crean centros 24 horas exclusivos para adultos mayores<sup>3</sup>, lo que permite la elaboración de soluciones integrales, y no tan solo parciales a este sector de la sociedad.

En el año 2006 MIDES (citado por Pérez Fernández, 2008) plantea que 419 personas vivían en refugios transitorios o permanentes, y 320 personas pernoctaban a la intemperie, de las cuales al 12% era mayor de 55 años, siendo las personas mayores de 55 años uno de los colectivos de mayor riesgo en situación de calle; a principios del año 2007 el Ministerio de Desarrollo Social realiza una licitación para poner en funcionamiento un refugio para mayores de 55 años.

Dentro de la población de viejos con demencia que viven en los centros 24 horas, aparece una doble vulnerabilidad, ya que no se trata solo de la población en situación de calle, ni tampoco se trata de los adultos mayores con demencia, se trata de un sector de la sociedad minoritario pero altamente fragilizado.

El presente trabajo nace del interés por la problemática social en la cual se encuentran los adultos mayores con demencia que viven en centros 24 horas, y específicamente como se aborda la demencia en dichos centros. El propósito, es

---

<sup>1</sup> Centros de inclusión social dirigido a personas mayores de 18 años en situación de calle, funcionan en el horario de 18:00 a 09:00 horas.

<sup>2</sup> Centros de inclusión social dirigido a personas mayores de 18 años usuarios de los centros nocturnos, funcionan en el horario de 09:00 a 18:00 horas.

<sup>3</sup> Actualmente en el Uruguay existen dos centros 24 horas para adultos mayores, ambos en Montevideo (Hogar Alberto Hein y Cardin Prado)

analizar y comprender las prácticas de atención, a los efectos de contribuir en su abordaje.

### **Antecedentes y Fundamentación:**

---

El Uruguay históricamente ha tenido un sector de personas viviendo en situación de pobreza, pero en situación de calle, sin domicilio fijo, los casos por lo general se restringían a las personas vinculadas con patologías psicológicas, como trastornos afectivos severos, alcoholismo, demencias, etc. Sin embargo a partir del año 2002 los casos se multiplicaron exponencialmente producto de la crisis Bancaria y la devaluación de nuestra moneda, siendo la población en situación de calle uno de los sectores de mayor riesgo psicológico, social y vital, agudizando la situación de deterioro social, impactando en los sectores más vulnerables de nuestra sociedad; consolidando el aumento de la pobreza, familias pasan a vivir en situación de calle, alimentándose de la mendicidad o de hurgar basura, aumenta el desempleo, y una mayor segmentación social. (Pérez Fernández, 2008).

Esta población se ve obligada a crear estrategias y mecanismos de defensa psíquicos para sobrevivir, que a su vez fuerzan su propia exclusión, generan vínculos marcados por la desconfianza, la negatividad o la utilización del otro, quedando atrapados en vivir el día a día, buscando satisfacciones inmediatas, dificultando construir un futuro como proyecto de vida. En suma, conlleva a importantes factores de riesgo psicológico y vital (Pérez Fernández, 2007a).

Se puede decir que dentro de la población en situación de calle existe una marcada diferencia en cuanto a lo generacional. Los adolescentes y jóvenes, que se han criado en contextos de pobreza, con muchas carencias afectivas, jóvenes que nunca han llegado a inscribir al trabajo en su proyecto vital por sus propias condiciones de vida, de haber vivido en calle, utilizando como estrategias de sobrevivencia la mendicidad, el robo o el trabajo transitorio. En cambio la gran diferencia con los adultos mayores radica en que estos han tenido al trabajo como sustento, pertenecientes a una generación con determinados valores en su identidad como el respeto propio y del otro; sin embargo estos valores van quedando desvanecidos gradualmente; en estos casos la ausencia de una red social o familiar de sostén son los primeros elementos que se constatan. Las interacciones son

funcionales al proceso de exclusión, predominando el mecanismo psíquico del aislamiento como defensa a un medio hostil (Pérez Fernández, 2007b).

Ante esta realidad nos encontramos frente a situaciones donde adultos mayores con demencia viven en situación de calle, o en refugios, siendo este contexto de sumo interés para este trabajo, ya que no se trata sobre la problemática de los viejos en hogares 24 horas, ni de la problemática de las demencias en abstracto, sino es la potenciación de ambas situaciones; el motivo por el cual se considera prioritario este estudio es debido a la ausencia de conocimiento en el campo sobre estas dos situaciones en conjunto, porque la situación de fragilidad psicosocial que están sujetas estas personas crean un nivel máximo de vulnerabilidad social<sup>4</sup>, por lo cual resultaría interesante prestar atención a como se aborda a este grupo altamente vulnerable y minoritario de nuestra sociedad. Es una problemática específica dentro del campo de las demencias y a su vez una problemática específica dentro del campo de las personas en situación de vulnerabilidad social.

Teniendo en cuenta que las condiciones en que las personas viven hacen a la evolución de la demencia, no siendo lineal, diversos estudios (Pérez Fernández, 2007; Innes y Manthorpe, 2013; WHO/ADI, 2012) han puesto foco sobre la necesidad de atender a la persona, sus condiciones de vida y cómo impacta en la identidad de la persona y en su calidad de vida vivir con demencia, siendo que en la demencia la identidad es uno de los aspectos más deteriorados, ¿Cómo se relacionan la vulnerabilidad social con la demencia y con pérdida de identidad? ¿Qué pasa con la condición de persona en los centros 24 horas?

---

<sup>4</sup> Al hablar de vulnerabilidad social se toma la concepción de Castel (1992) donde la entiende como una zona de turbulencias caracterizada por una precariedad laboral y fragilidad social, pudiendo llegar a la zona de exclusión donde hay una ruptura social.

## Trama Teórica:

---

Se estima que en el mundo aproximadamente 35,6 millones de personas padecen estos trastornos relacionados a las demencias al año 2011, donde estudios epidemiológicos revelan que este número crecerá de manera acelerada, duplicándose cada 20 años, estimándose 65,7 millones de personas que vivan con demencia en el año 2030, y 115,4 millones para el 2050 (WHO/ADI, 2012). Datos más recientes indican que actualmente hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia, donde más de la mitad viven en países de ingresos bajos y medios, donde cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos, la Organización Mundial de la Salud estima un número significativamente superior de personas con demencia para el 2030 en un total de 75,6 millones y 135,5 millones en 2050. (OMS, 2015).

Las demencias<sup>5</sup>, es un síndrome generalmente de naturaleza crónica y progresiva. Se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva<sup>6</sup>, aunque no forma parte del envejecimiento normal. Las personas que viven demencia presentan un significativo impedimento en el funcionamiento intelectual, que interfiere con sus actividades normales y sus relaciones personales, a medida que el cuadro avanza se va perdiendo la capacidad para resolver problemas y para mantener el control emocional, pudiendo tener cambios en la personalidad y problemas de conducta, tales como agitación, delirio y alucinaciones. La demencia afecta a la memoria<sup>7</sup>, el pensamiento, la orientación, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio, deteriorando el control emocional, el comportamiento social y/o la motivación, aunque la conciencia no se ve afectada. La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria. Afectando de manera diferente a cada persona, dependiendo de la enfermedad y la

---

<sup>5</sup> Las demencias son la principal causa de discapacidad y dependencia en la vejez, debido a su gran impacto físico, psicológico, social y económico, tanto de las personas que las padecen, como de sus familiares y la sociedad (OMS, 2015).

<sup>6</sup> La función cognitiva se relaciona con la capacidad para procesar el pensamiento

<sup>7</sup> Si bien la pérdida de memoria es un síntoma común de la demencia, por sí misma, no significa que una persona tenga demencia, se diagnostica demencia si además del deterioro de la memoria hay al menos una de las siguientes alteraciones: afasia (alteración del lenguaje), apraxia (deterioro para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta), agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta), alteración en funciones ejecutivas (p. ej., Planificación, organización, secuenciación y abstracción), la alteración tiene que ser lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa en las actividades laborales y sociales(DSM-IV, 2002)

personalidad pre-mórbida. Aunque por el momento no se ha encontrado la cura. El diagnóstico precoz y tratamiento evita un deterioro acelerado.

Los bajos niveles de concientización y comprensión, muchas veces en forma inconsciente, pero otras en forma consciente y activa (Salvarezza, 1988), contribuyen a la estigmatización, al prejuicio y al aislamiento; existiendo un doble estigma, por un lado la estigmatización por “viejo”, y por otro lado por “loco”, lo que puede suponer un obstáculo para que las personas acudan a los servicios de diagnóstico y atención (OMS, 2015). Salvarezza utiliza el término “*viejismo*” para el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos solo por tener una determinada edad.

La enfermedad de Alzheimer es la causa de demencia más común, estando presente entre un 60% y un 70% de todos los casos. Otras formas frecuentes son la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy (agregados anormales de proteínas en el interior de las células nerviosas), demencia debido a la enfermedad de Huntington, demencia debido a la enfermedad de Pick, demencia debido a la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, demencia inducida por el consumo persistente de sustancias y un grupo de enfermedades que pueden contribuir a la demencia frontotemporal (degeneración del lóbulo frontal del cerebro). Siendo difusos los límites entre las distintas formas, frecuentemente coexisten formas mixtas (OMS, 2015).

A continuación haremos hincapié en los modelos de la salud y de enfermedad, como modelos teóricos que sustentan la política de la atención para la comprensión en este caso de las demencias, generando políticas de abordaje y modalidades de atención específicas que construyen su propia realidad. Los tres modelos<sup>8</sup> teóricos generales son biomédico, psico-social y gerontología crítica.

Desde el enfoque biomédico se hace referencia a la demencia como algo patológico, con un ángulo biologicista y reduccionista que la concibe como una condición anormal patológica, de etiología orgánica que progresa en etapas y diagnosticable mediante evaluaciones biomédicas. (Innes & Manthorpe, 2013). Siendo necesario definir que es normal, dificultando distinguir entre una demencia y el envejecimiento normal (Downs, 2000). Se ofrecen medicamentos, cuando una persona

---

<sup>8</sup> El enfoque biomédico ha influido en muchas políticas y prácticas de atención, los enfoques psico-sociales y gerontología crítica son más recientes y basados en la evidencia, que responde a un modelo social de discapacidad en lugar de un modelo de la enfermedad.

presenta síntomas demenciales, sin embargo puede ser parte del problema y no de la solución, ya que el mal uso de los mismos puede tener graves consecuencias, con un alto riesgo clínico considerable. Los tratamientos farmacológicos son los de mayor influencia en la sociedad, fueron los pioneros y resultan ser los más confiables, pudiendo enlentecer la progresión de algunos aspectos, sin embargo poseen una efectividad limitada. Buscando otra alternativa se plantean los tratamientos no farmacológicos, a través de los cuales se busca la mejoría de los síntomas desde múltiples sentidos y el acompañamiento basado en el vínculo, fortaleciendo la parte sana de la persona con demencia. Atender y entender a la demencia desde este enfoque que visualiza la enfermedad solo como un órgano afectado; fragmentando la realidad, olvidando las emociones, desconociendo que los seres humanos estamos compuestos no solo por componentes biológicos, sino también componentes psíquicos-emocionales y ambientales, es una de las principales críticas a este enfoque. (Innes & Manthorpe, 2013).

Desde un enfoque Psicosocial, Sabat y Harre (1992) plantean el desarrollo del *self*<sup>9</sup>, que este sea reconocido en las personas con demencia, centrándose individualmente en la persona, se destacan las terapias, grupos de autoayuda e intervenciones. El desarrollo del self abarca las características mantenidas por una persona física, mental y emocional, y las creencias que el individuo tiene sobre las mismas. Se trata que la persona afectada reconozca cuáles son sus habilidades y cuáles no, y no que sea el entorno que las determine (Innes & Manthorpe, 2013).

Desde el enfoque de la Gerontología crítica se establece que el mejor punto de vista se da por analizar la experiencia de la demencia en un contexto social más amplio que responda a un modelo social de discapacidad y no a un modelo de la enfermedad. Poniendo acento en la discriminación que sufren las personas mayores, (Innes & Manthorpe, 2013); permitiendo el envejecimiento exitoso (Bowling, 2007).

De cada modelo teórico sobre salud y enfermedad se desprenden políticas de abordaje específicas y prácticas, las diferentes prácticas y modalidades de atención marcan como van a transitar las personas el cuadro; en suma, para una adecuada atención y el proceso de cuidado en demencias, es fundamental un enfoque integrado, dado por el aporte de los tres modelos teóricos, ya que cada uno aporta conocimientos

---

<sup>9</sup> Entendido como el “sí mismo”.

significativos para el diagnóstico y tratamiento; como para la intervención y apoyo de la propia persona y sus familiares.

### **Problema y Preguntas de Investigación:**

---

La literatura sobre la demencia es amplia, en relación a las personas mayores en situación de calle si bien es más acotada existe una suficiente bibliografía sobre el tema. Sin embargo no hemos encontrado trabajos que hayan identificado ambas temáticas. Por lo tanto se estima que la relevancia radica no en estudiar aisladamente cada situación, sino en realizar una mirada en este campo de conocimiento que unifica las problemáticas. Como se expresa en el presente trabajo cada modelo teórico implica una modalidad de abordaje y de acuerdo a estos modelos, va a ser como transiten las personas por la demencia.

¿Desde qué modelos sobre salud y enfermedad se trabaja en los centros 24 horas bajo la órbita del programa PASC?

Si el proceso de atención y el proceso de cuidados tienen una directa relación con la enfermedad ¿Cómo se realiza el proceso de atención y el proceso de cuidado?

Dichos centros ¿Tienden a mantener o diluir la calidad de persona de los beneficiarios con demencia?

¿Cómo transitan las personas con demencia su estadía en dichos centros?

## Objetivos:

---

### Objetivo General:

- Estudiar cómo se abordan las problemáticas de las demencias en centros 24 horas bajo la órbita del programa PASC.

### Objetivos específicos:

- Analizar los principales modelos sobre salud y enfermedad en centros 24 horas.
- Analizar las diferentes formas de vulnerabilidad que pueden ser objeto los adultos mayores que viven con demencia en centros 24 horas.
- Conocer los tratamientos que se aplican a los adultos mayores que viven con demencia en centros 24 horas.

Preguntas de investigación	Objetivos específicos
¿Desde qué modelos sobre salud y enfermedad se trabaja en los centros 24 horas bajo la órbita del programa PASC?	Analizar los principales modelos sobre salud y enfermedad en centros 24 horas.
¿Cómo se realiza el proceso de atención y el proceso de cuidado?	Conocer los tratamientos que se aplican a los adultos mayores que viven con demencia en centros 24 horas.
¿Tienden a mantener o diluir la calidad de persona de los beneficiarios con demencia?	Analizar las diferentes formas de vulnerabilidad que pueden ser objeto los adultos mayores que viven con demencia en centros 24 horas.

## **Metodología:**

---

### **Diseño y estrategia metodológica:**

Se diseña un estudio descriptivo y analítico que se enmarca dentro del paradigma cualitativo. Para Taylor y Bogdan (1987) la metodología es la forma en que se enfoca una situación problema y la búsqueda de sus posibles respuestas. La metodología cualitativa pone el acento en el proceso y no en los resultados. La realidad se va construyendo en el marco de la propuesta. El analista tiene la obligación de revisar y exponer su propio proceso analítico y sus procedimientos tan verazmente como le sea posible, lo que implica observar su propio proceso al mismo tiempo que realiza el análisis y dar cuenta de él conjuntamente con el informe de los resultados de la investigación. (Vasilachis, I. 2006).

En este diseño de investigación se apunta a la comprensión y diseño de categorías interpretativas por medio de técnicas de investigación como la observación participante, la entrevista y análisis documental.

La metodología, y su condición naturalista permite trabajar en un clima de “bajo riesgo” ya que sabemos los efectos y tensiones que pueden generarse en las personas (objeto de estudio). Nada se da por entendido, todo es tema de investigación.

Se estudiarán las modalidades y prácticas de atención de las demencias en dichos centros. Se buscará aquí entender que modelos teóricos sobre la salud y enfermedad operan, así como sus concepciones sobre la demencia y los protocolos de atención en que se basan, se instrumentara mediante entrevistas semi-estructuradas. Buscando conocer la situación actual de atención de las demencias en los centros 24 horas bajo la órbita del programa PASC, identificando las diferentes prácticas y cuidados.

### **Técnicas de recolección de información:**

El análisis cualitativo implica organizar los datos recogidos, los cuales no son lineales, ni llevan una secuencia como el proceso cuantitativo, se busca obtener datos

que se convertirán en información. (Hernández Sampieri, R. Fernández-Collado, C & Baptista Lucio, P. 2006).

Se opta por la entrevista tipo semi-estructurada. Vallés (1997) señala entre las ventajas de este instrumento metodológico al estilo, el cual permite la obtención de la información pertinente al objetivo propuesto pero que además tiene una gran riqueza informativa, enmarcado en el proceso de interacción más directo, personalizado, flexible y espontáneo entre entrevistador y entrevistado. La semi-estructuración proporciona al investigador la oportunidad de aclarar el contenido de las respuestas; agregando que esta técnica propicia un buen clima entre los sujetos.

El sistema de entrevistas según Taylor y Bogdan (1987) será flexible y semiestructurada con algunas pautas las cuales ofician de parámetros comunes entre los entrevistados; la duración de las mismas será entre cuarenta minutos y una hora. Los entrevistados serán seleccionados por un informante calificado, en base a los criterios de adultos mayores con demencia, y funcionarios del centro. Se realizará una entrevista, y en caso de necesitar más de una, se procederá a realizar según lo amerite el caso.

Las entrevistas realizadas serán grabadas en audio, desgrabadas y transcritas. Las mismas serán escuchadas y leídas reiteradamente para captar las concepciones e ideas fundamentales de los actores entrevistados. Las concepciones que surjan del análisis de las entrevistas y observaciones participantes serán presentadas en un sistema de categorías.

En la observación participante, se realizarán distintas observaciones en distintos momentos para captar como se relacionan las personas con demencia con los educadores, el equipo técnico y el entorno.

El análisis documental es una técnica que consiste en analizar los documentos que se utilizan como instrumentos, básicamente se utilizaran fichas y registros médicos, como también fichas de usuarios.

La observación participante como el análisis documental, permitirá otra visión del mismo fenómeno, que junto a las entrevistas generan la posibilidad de triangular lo que da mayor validez al estudio de investigación.

## **Universo y muestra**

Criterios de inclusión: El universo de trabajo de la investigación está dado por los adultos mayores con demencia que viven en centros 24 horas bajo la órbita del PASC<sup>10</sup>; que mantengan el lenguaje conservado, y que presenten un cuadro de demencia diagnosticado, como también los funcionarios de dichos centros, se recogerá información por medio de entrevistas hasta llegar a niveles de saturación teórica, cuando el material cualitativo deje de aportar datos nuevos, teniendo en cuenta el criterio de saturación de la información en investigación cualitativa.

## **Factibilidad:**

---

**Contexto de la investigación y viabilidad de la propuesta:** El investigador principal dispone de horas para dedicar al proyecto. Se intenta producir insumos para el abordaje de la población con demencia en centros 24 horas bajo la órbita del programa PASC, beneficiando en su calidad de vida dicha población. Se solicitará la autorización de los centros para la realización del estudio. Asimismo, se buscará obtener el apoyo de diversas asociaciones que les interese elevar el contenido social y educativo.

**Recursos Humanos asignados al proyecto:** El autor de la presente propuesta será el encargado de llevar a cabo el proyecto, en un plazo de 12 meses.

**Materiales e insumos:** Se cuenta con una oficina equipada: (PC, impresora, internet, teléfono, fax y grabadores digitales de audio).

**Obstáculos:** Como obstáculo se considera la falta de financiación.

---

<sup>10</sup> La población puede modificarse por expulsiones, por vías de salida de calle, o por fallecimiento.

## **Procedimientos para resguardar los aspectos éticos:**

---

Todas las acciones del proyecto estarán regidas por las normas éticas vigentes definidas en las leyes y decretos nacionales para investigación con seres humanos<sup>11</sup>. Previo a su ejecución, deberá contar con la aprobación expresa del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Todo material de trabajo que pudiera identificar a cualquier participante (ficha de investigación, informe, desgrabación de entrevistas, supervisión, interconsulta u otros) será utilizado bajo las normas de confidencialidad y secreto profesional. En el caso de las entrevistas semiestructuradas, todo el material (archivo de audio y su transcripción a texto) será identificado con un código. Se redactará una lista con los nombres de las personas y los códigos respectivos por si fuese necesario recuperar esa información. Esa lista será guardada en un archivo digital con contraseña, al que sólo tendrá acceso el investigador principal. A los participantes se les informará sobre la investigación por escrito. Para ser incluidos deberán estar plenamente informados del estudio y otorgar su consentimiento en forma escrita. Se les informará que la participación es totalmente voluntaria y que tiene derecho a negarse a participar, o a finalizar la entrevista cuando así lo desee, sin que esto tenga consecuencia alguna para la persona.

Las entrevistas serán realizadas por el investigador principal. A todo participante del estudio se le entregará la información institucional de contacto con el investigador principal por cualquier duda respecto al estudio. Finalizado el mismo, se realizarán instancias de presentación de los resultados dirigido a los diferentes participantes del estudio, lo cual se realizará en un lenguaje acorde a cada población.

Si aconteciera algún evento negativo para la persona facilitado por la entrevista, se procederá de la forma más indicada, según el caso, para que la persona pueda resolver ese evento negativo. A todo participante del estudio se le entregará la información de contacto con el investigador principal por cualquier duda respecto al estudio. Finalizando el mismo, se realizaran instancias de presentación de los

---

<sup>11</sup> Decreto CM 515 del Poder Ejecutivo 4/08/2008 sobre Investigación con Seres Humanos; Reglamentación de Ley 18335 sobre los Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los Servicios de Salud; Ley 18331 sobre protección de datos personales y Habeas Data y los Decretos vinculados

resultados dirigido a los diferentes participantes del estudio, lo cuál se realizará en un lenguaje acorde a la población.

**Cronograma de ejecución:**

Cronograma de ejecución												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Contacto con las instituciones	■	■	■	■	■	■				■	■	■
Aprobación del comité de Ética	■											
Análisis Documental		■	■	■								
Realización de las entrevistas a las personas con demencia			■	■	■	■						
Realización de las entrevistas con los funcionarios			■	■	■	■						
Transcripción de las entrevistas				■	■	■	■	■				
Análisis de datos cualitativos					■	■	■	■	■			
Elaboración de informe final de tesis										■	■	■
Comunicación de resultados												■

**Resultados esperados:**

Producir conocimientos sobre los diferentes modelos de salud y enfermedad, lo cual servirá para poder implementar políticas de mejoras.

Se espera poder tener una amplia visión sobre los modelos que se llevan a cabo en los centros 24 horas bajo la órbita del programa PASC.

## Referencias:

---

American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Berriel, F., Pérez, R., y Rodríguez, S. (2011). *Vejez y envejecimiento en Uruguay. Fundamentos diagnósticos para la acción*. Montevideo: MIDES

Berriel, F., y Pérez, R. (2007). *Alzheimer y psicoterapia. Clínica e investigación*. Ed. 1, Montevideo: Psicolibros Universitarios.

Bowling, A. (2007). The International Journal of Aging and Human Development: *Aspirations for old age in the 21st century, what is successful aging?*. 64, 263–297.

INE - Instituto Nacional de Estadísticas (2011) *Resultados finales*. Disponible en URL: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.html> (Recuperado en mayo 2015)

CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2012) *Tercera conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: Informe Nacional: República Oriental del Uruguay*. Santiago de Chile: CEPAL Documento de referencia

CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2014) *Primera Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL Documento de referencia

Downs, M. (2000). *Dementia in a socio-cultural context: An idea whose time has come*. *Ageing and Society*, 20, 369–375.

INMAYORES - Instituto Nacional del Adulto Mayor. (2012). *Plan Nacional del Envejecimiento y Vejez 2013-2015*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social

Hernández Sampieri, R. Fernández-Collado, C & Baptista Lucio, P (2006). (Cuarta edición), *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill INTERAMERICMA EDITORES, S.A.

Innes, A., Manthorpe, J. (2013) *Developing theoretical understandings of dementia and their application to dementia care policy in the UK*. *Dementia*: 12(6): 682–696.

Ley Nº 18.331. *Protección de datos personales y acción de “habeas data”*. Publicada en Diario Oficial Nº 27549 del 18 de Agosto del 2008. Uruguay.

Ley Nº 18.335. *Pacientes y usuarios de los servicios de salud. Se establecen sus derechos y obligaciones*. Publicada en Diario Oficial Nº 27554 del 26 de Agosto del 2008. Uruguay.

OMS-Organización Mundial de la Salud. (2015) *Demencia*. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/> (Recuperado en mayo 2015)

Pérez Fernández, R. (2007a) Desigualdad, vulnerabilidad Social y Salud Mental. Vivir en situación de calle en Montevideo, En: *Memorias de I Congreso Ecuatoriano de Psicología Comunitaria. Entre desesperanzas y utopías*. Quito: Universidad Politécnica Salesiana

Pérez Fernández, R. (2007b) “Subjetividad y exclusión psicosocial. Viejos en situación de calle en Montevideo”. En: Facultad de Psicología, Universidad de la Republica (2007) *Envejecimiento, Memoria colectiva y Construcción de Futuro. Memorias de II Congreso Iberoamericano y I Congreso Uruguayo de Psicogerontología*. Montevideo: Psicolibros Universitario, pp. 237 – 244.-

Pérez Fernández, R. (2008). El refugio como primer eslabón de inclusión psicosocial para adultos mayores en situación de calle. En: *Red Latinoamericana de Gerontología (2008) Concurso de experiencias gerontológicas “Una sociedad para todas las edades” Primer premio categoría personas naturales*. Tercera Edición.

Pérez Fernández, R. (2013). *Trayectorias de atención en personas con Demencia en el Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay. Prácticas y cuidados en Salud Mental. (Proyecto de Investigación de Tesis Doctoral)* Universidad de Lanús. Montevideo.

- Sabat, S., & Harre', R. (1992). The construction and deconstruction of self in Alzheimer's disease. *Ageing & Society*, 12, 443–461
- Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Taylor, S. J., Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Thevenet, N. (2011). *Cuidados en personas adultas mayores. Análisis descriptivo de los datos del censo 2011*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.
- WHO/ADI – World Health Organization / Alzheimer's Disease International (2012). *Report: Dementia. A public health priority*. United Kingdom: World Health Organization.