



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA ADULTO Y ANCIANO



CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL HOSPITAL-CENTRO GERIÁTRICO DR. “LUIS PIÑEYRO DEL CAMPO”.

AUTORES:

Br. Almirón, Karina
Br. Díaz, Katia
Br. Gesteira, Blanca
Br. Reyes, Silvina
Br. Tarrago, Mariana

TUTORES:

Prof. Adj. Lic. Aquino, Virginia
Prof. Adj. Lic. Vellozo, Rosa

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

Montevideo, 2008.

AGRADECIMIENTOS

El grupo investigador agradece a las siguientes personas por el apoyo y colaboración brindados, gracias a las cuales se pudo llevar adelante esta tarea tan importante para nuestra profesión:

- Tutoras responsables, Profesora Adjunta Licenciada en Enfermería Rosa Vellozo y Profesora Adjunta Licenciada en Enfermería Virginia Aquino.
- Al director del Centro Geriátrico Dr. Italo Savio.
- A la Lic. Jefe del Centro Geriátrico Susana Llubieras.
- Al personal de enfermería del Centro Geriátrico que nos recibió y accedió a que se le realizaran las entrevistas.
- A la Lic. en Enfermería María del Carmen Díaz.
- A la Lic. en Enfermería Reyna Malanga.
- Familiares y amigos del grupo investigador.

A todos, muchas gracias.

ÍNDICE

❖ Agradecimientos	Pág. 2
❖ Índice	Pág.3
❖ Resumen	Pág. 4
❖ Introducción	Pág. 6
❖ Marco Conceptual	Pág. 8
❖ Diseño metodológico	Pág.20
❖ Resultados	Pág. 26
❖ Análisis	Pág. 46
❖ Conclusión	Pág. 50
❖ Sugerencias	Pág. 51
❖ Bibliografía	Pág. 52
❖ Anexos	Pág. 53

RESUMEN

La presente investigación fue elaborada por cinco estudiantes bachilleres de la Facultad de Enfermería que cursan la carrera de Licenciatura en Enfermería. El problema planteado fue: ¿Cómo influye la Capacidad Funcional en el comer y el deambular de los adultos mayores institucionalizados en las unidades asistenciales “A” (usuarios con dependencia severa) y “B” (autos validos y dependencia leve) del Hospital - Centro Geriátrico “Dr. Luis Piñeyro del Campo”?

La línea de investigación fue seleccionada según la oferta del Departamento Adulto y Anciano, quedando a total libertad del grupo investigador la dirección del proyecto, formando parte de un conjunto de investigaciones interrelacionadas.

Este estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal.

Para la recolección de los datos utilizamos, la entrevista a fuentes primarias (usuarios) y la observación directa. Los datos fueron recolectados en el periodo comprendido entre el 26 y 30 de mayo de 2008 en el horario de 9 a 13 hs. y registrados en planillas elaboradas previamente por el grupo investigador.

La muestra fue de 107 usuarios y comprendió a todos los adultos mayores institucionalizados en las unidades de Asistencia “A” y “B” del Hospital -Centro Geriátrico “Dr. Luis Piñeyro del Campo” que se encontraban en el momento del corte.

Se seleccionaron variables que nos permitieron lograr nuestro objetivo; siendo el mismo: conocer como la Capacidad Funcional de los adultos mayores institucionalizados en las unidades de asistencia “A” y “B” del Hospital - Centro Geriátrico “Dr. Luis Piñeyro del Campo” afecta el comer y el deambular.

Los hallazgos más importantes revelan que:

- Se encuentra diferencia entre ambos pabellones en cuanto a la Escala de Barthel, siendo el pabellón “A” el más afectado en cuanto al nivel de dependencia.
- En el pabellón “A”, la mayoría de los usuarios presentan adelgazamiento y alteraciones graves en la deambulaci3n.

- En el pabellón “B” los usuarios con bajo peso son la minoría y presentan menor dependencia en la deambulaci3n.

Se concluye la necesidad de continuar con esta l3nea de investigaci3n en un tiempo mayor para profundizar en esta importante problem3tica socio-econ3mica-sanitaria, que afecta a los adultos mayores institucionalizados.

PALABRAS CLAVES:

- ❖ Adultos mayores institucionalizados.
- ❖ Capacidad Funcional.
- ❖ Escala de Barthel.
- ❖ Comer.
- ❖ Deambular.

INTRODUCCION

El objetivo de esta investigación consistió en conocer cómo la capacidad funcional de los adultos mayores institucionalizados en las Unidades de Asistencia "A" y "B" del Hospital - Centro Geriátrico "Dr. Luis Piñeyro del Campo" afecta el comer y el deambular. Fue llevada a cabo en el período comprendido entre los meses, febrero y junio de 2008.

Para esta investigación elegimos la institución Hospital - Centro Geriátrico "Dr. Luis Piñeyro del Campo", ya que es un referente nacional en cuanto a la institucionalización del adulto mayor y cuenta con una gama extensa de usuarios permitiéndonos así la realización de una investigación que nos arroje datos fieles y de cierta manera que nos reflejen la actual situación de los adultos mayores institucionalizados a nivel nacional.

Es una institución pública con una oferta de servicios de corta, media y larga estadía e inserción familiar para personas mayores vulnerables, los cuales reúnen una serie de condiciones socio-sanitarias que los ponen en riesgo de dependencia grave o que ya presentan problemas médicos-sociales complejos que los vuelven dependientes. Esto está directamente relacionado a la capacidad funcional y sus componentes, destacándose el comer y el deambular, siendo éstos los más afectados y los que tienen mayor repercusión en el deterioro general del adulto mayor.

Las características de la morbilidad en la población anciana como son la existencia de una o varias enfermedades, generalmente interrelacionadas, con importante afectación de la independencia, con escasas posibilidades de curación; 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.

Todo ello sumado a otras causas, multifactoriales y relacionadas convierten a este grupo de salud en uno de los principales demandantes de atención socio sanitaria en nuestro país.

Debido a esto orientamos esta investigación a la Capacidad Funcional del adulto mayor, ya que según datos del MSP el 20% de los adultos mayores padecen dificultades en las actividades básicas de la vida diaria, y 25.000 adultos se encuentran institucionalizados.

MARCO CONCEPTUAL:

Partiendo de las concepciones tradicionales acerca de la etapa vital adulta, podemos dejar en claro que a pesar de algunas opiniones que puedan contradecirlo, la vejez no es una enfermedad, pero un hecho si indiscutible, es que características específicas del anciano conllevan a una mayor morbilidad, pues casi todas las afecciones se hacen más frecuentes en la segunda mitad de la vida; además en esta etapa adquieren particular importancia los factores psicológicos y sociales muy resaltados en los últimos tiempos en la concepción del proceso salud-enfermedad.¹ Consideramos a este como un *“proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos”*.²

Con el objetivo de profundizar en este aspecto recurrimos a la gerontología, rama de la ciencia que trata los problemas de adaptación, las enfermedades de la población anciana y de la vejez; así como también a la geriatría, que es la rama de la medicina que se centra en las enfermedades e incapacidades asociadas a la población anciana. Se dedica al estudio y tratamiento de enfermedades propias de la vejez. La enfermería gerontológica se ocupa de la valoración de las necesidades de las personas ancianas, la planificación e implementación de los cuidados de enfermería para satisfacer esas necesidades; mientras que la enfermería geriátrica está dedicada al cuidado del anciano enfermo. Tiene una fuerte orientación a la solución de estados de crisis o enfermedad aguda donde el enfoque esta orientado al alivio de los síntomas o enfermedad.³

El envejecimiento es un proceso que resulta de la interacción de factores genéticos, influencia del medio ambiente y estilos de vida de una persona. Es

¹ Carmenati Díaz I, Soler Orozco L. Evaluación funcional del anciano. Revista Cubana de Enfermería, 2002.

² Marco Conceptual de Facultad de Enfermería Plan 93 “Concepto de Enfermería”

³ Mary M, Burke M, y Walsh. Enfermería Gerontológica, Cuidados integrales del adulto mayor. Segunda edición. Madrid España. Año 1998.

la suma de todos los cambios que normalmente ocurren en el organismo con el paso del tiempo. Si pasamos del envejecimiento del individuo al envejecimiento de la población comprendemos los motivos que han determinado que la gerontología y la geriatría hayan tenido cada vez mayor importancia desde el punto de vista médico y social.⁴

Envejecer es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno. Los cambios propios del proceso de envejecimiento ocurren desde tres perspectivas:

Cambios biológicos: Cambios orgánicos que afectan a sus capacidades físicas.

Cambios psíquicos: cambios en el comportamiento, auto percepción, valores y creencias.

Cambios sociales: cambios en el rol del anciano dentro de la comunidad.

Existen también diversas teorías acerca del envejecimiento, tales como las biológicas, entre las que se mencionan la teoría de la inmunidad, de los radicales libres, del estrés, del error. Todas ellas con un enfoque biológico. Las teorías psicológicas se caracterizan sobre todo por los cambios conductuales, consideran que cada persona mayor es un individuo, cada experiencia vital y cada modificación en el entorno de una persona ejercen un efecto sobre ella. Dentro de las teorías psicológicas del envejecimiento destacamos: la teoría del desligamiento, teoría de la actividad, del curso de la vida, de la continuidad.⁵

Todas las modificaciones que se producen generan un impacto en el estilo de vida de los adultos mayores, aun en los sanos, debido a la disminución de la funcionalidad en los diferentes sistemas. Estos cambios en la estructura y función del organismo especialmente de los sistemas músculo esquelético, óseo y nervioso explican porque el anciano tiende a perder su capacidad de funcionalidad en relación con las actividades cotidianas y aumentar su dependencia, o sea que tiene necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria.

La capacidad funcional se refiere a las actividades de la vida cotidiana y las actividades instrumentales de la vida cotidiana. Las primeras abarcan las necesidades básicas como higiene personal, vestirse, ir al baño, comer y

⁴Bobb, Pamela. Manual de Enfermería Gerontológico. Primera edición. Mc Graw-Hill Interamericana México. 1998.

⁵ Ver Anexo N° 2

moverse; mientras que las últimas incluyen aquellas necesarias para vivir de forma independiente, como obtener y preparar alimentos, utilizar el teléfono hacer el aseo, controlar las finanzas y viajar.⁶

El hombre es un ser biopsico social en relación dialéctica con el medio. Por su quehacer transformador de la realidad objetiva es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de sí mismo y de la realidad; se expresa a través de sus necesidades que emergen de lo social y psicobiológico, aun cuando lo que piensa y siente no siempre se refleja en forma manifiesta⁷. Por ello tiene necesidad de establecer relaciones y vínculos sociales con las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del soporte social a favor de la salud.

La enfermera debe optimizar el nivel de dependencia y autosuficiencia de la persona en cuanto a las actividades del diario vivir, en prevenir la enfermedad o invalidez, en promover, mantener y restaurar la salud y mantener la vida con dignidad, comodidad y bienestar hasta que llegue la muerte. Se deben identificar y evaluar aquellos componentes positivos existentes para lograr compensar y no exigir o establecer objetivos de enfermería no realizables por la persona. La Enfermería como *disciplina científica está encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona, familia, grupo poblacional)*. La capacidad reaccional del individuo esta dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio, es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones biopsicosociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención (primaria, secundaria, terciaria). En estos niveles enfermería desempeña las funciones de asistencia, docencia, investigación y administración.⁸

Los cuidados de enfermería se dirigen al anciano sano como al enfermo.

Se puede definir al anciano sano como “aquel sujeto con alteraciones funcionales al límite entre lo “normal” y lo “patológico”, en equilibrio inestable y con adaptación de los trabajos funcionales a sus posibilidades reales de rendimiento”.⁹

⁶ Brunner, Sudarth, Enfermería medicoquirúrgica. Vol. 1, 9ª edición. Mac Graw Gil, Interamericana, 2000.

⁷ Marco conceptual, Facultad de Enfermería. Plan 93 “Concepto de hombre”

⁸ Marco conceptual, Facultad de Enfermería. Plan 93 “Concepto de Enfermería”

⁹ Fundamentos de Gerontología y Geriatria, Pietro de Nicola, 1978

Todas las modificaciones que acompañan al organismo humano a lo largo de este proceso repercuten en la expresión de las necesidades individuales.

Las conductas que desarrolla el anciano para desenvolverse en las actividades de la vida cotidiana generan una demanda específica y diferente de la expresada por el mismo individuo en cualquier otra etapa de su vida, por lo tanto se puede decir que la relación dependencia / independencia está condicionada a los recursos individuales.

Se considera “anciano independiente” a aquel que es capaz de solucionar las dificultades que le presentan las actividades de la vida cotidiana y “anciano dependiente” a aquel que es incapaz de resolver las dificultades que le generan dichas actividades.

Cuando hablamos de actividades de la vida diaria como ya habíamos mencionado nos referimos a aquellas que van a satisfacer las necesidades básicas, tareas de desarrollo y las emanadas de los roles asumidos y asignados por la sociedad. Así mismo a través de éstas estamos valorando la capacidad funcional de los individuos para desenvolverse con autonomía en su medio. Los cambios fisiológicos, psíquicos y sociales que se producen en los individuos a lo largo del proceso de envejecimiento influyen de forma directa en la resolución de las necesidades del anciano, condicionando en su satisfacción la dependencia o la independencia si consideramos que el “estado óptimo funcional” es aquel que permite un mantenimiento del equilibrio funcional y adapta las capacidades o limitaciones individuales a las propias necesidades, para dar respuesta a las mismas es preciso conocerlas y saber aquello que es capaz de realizar por si solo y aquello que con un mínimo de ayuda, le permitirá funcionar de forma autónoma.

Para esto, la enfermera debe participar en la promoción, prevención y rehabilitación de la salud del anciano y de esta manera lograr potenciar su calidad de vida. Shin y Jonson han sugerido que “la calidad de vida consiste en la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades individuales y de los deseos, la participación en actividades que permitan el desarrollo personal y la autorrealización y la comparación satisfactoria entre uno mismo y los demás, todo lo cual es dependiente de la experiencia y del conocimiento previo”.¹⁰

¹⁰ Bowling A. La medida de la Salud. Edición única. Barcelona; Masson; 1994.

La OMS concibe a la calidad de vida como: “percepción que tiene el individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”.

En este sentido se la entiende como la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, ejercitando sus capacidades humanas y el desarrollo de su personalidad.¹¹

Los determinantes de la calidad de vida en el adulto mayor son:

- Soporte social, es un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga.
- Se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia.
- Los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, pero no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos.
- Aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos.¹²

Dentro de los biológicos la alimentación y la deambulación representan las afecciones más comunes en este grupo etáreo.

La alimentación juega un rol importantísimo en la salud de los adultos mayores. En el envejecimiento se producen modificaciones fisiológicas y biológicas, el patrón nutricional se ve alterado dado el deterioro progresivo de las funciones y de cada una de las estructuras que conforman el aparato digestivo. Esto entre otras cosas altera el régimen alimenticio y por ende el estado nutricional del adulto mayor.¹³

Las condiciones de vida y el entorno familiar influyen en la ingesta de alimentos, ya que ante la falta de familia o ausencia de apoyo puede experimentarse el abandono del adulto mayor e influir en la cantidad y calidad del mismo, un buen estado nutritivo en este período de la vida proporciona

¹¹ Marín L, Paulo; Manual de Geriátría y Gerontología; 11 Edición; Ediciones Universidad Católica de Chile; Santiago, Chile, Enero 2002, Cáp. I

¹² www.consumer.es/web/es/alimentacion/2001/03/13/43275.php - 45k

¹³ Bobb Pamela, Manual de Enfermería Gerontológica, Edición S/D, Mc Graw Hill Interamericana, México, Capítulos 1 al 4.

bienestar y salud, retrasando muchos cambios propios del envejecimiento, viéndose esto afectado por el nivel socio económico, el cual se ve disminuido por el alejamiento de la actividad laboral y el aumento de gastos en otras necesidades como puede ser la salud.

Las funciones: social, psicológica y fisiológica de la alimentación influyen sobre los hábitos dietéticos de los ancianos. La disminución de sus actividades físicas y de la intensidad de su metabolismo reduce el número de calorías necesarias para mantener el peso normal. La apatía, falta de actividad, depresión, soledad, pobreza, ignorancia, enfermedades bucales y carencia de discriminación gustativa contribuyen a hábitos alimentarios desfavorables.¹⁴

La necesidad de ingerir alimentos y bebidas es básica y necesaria para el mantenimiento de la vida. El anciano sano no tiene necesidad de regímenes especiales, tan solo debe procurar alimentarse para mantener la energía suficiente que le permita un buen funcionamiento orgánico. Aunque es cierto que el anciano no precisa el mismo aporte calórico que el adulto, ya que el gasto energético suele ser menor no por ello debe variar la calidad de los alimentos que ingiera.

La independencia del anciano en la satisfacción de esta necesidad se caracteriza por:

La capacidad suficiente para elegir los alimentos y bebidas adecuadas a sus necesidades, gustos y costumbres.

La posibilidad de adquirir, manipular e ingerir los alimentos.

El mantenimiento del apetito y la capacidad de que el acto de comer le resulte placentero.

La capacidad de compartir el momento de la ingesta, manteniendo el significado de este según su cultura, creencias y valores.

Durante el proceso de envejecimiento la fuerza muscular y la estructura ósea también se ven afectados.

En la tercera edad existe una pérdida de funcionalidad, por déficit progresivo de algunas de las múltiples áreas orgánicas involucradas, trayendo como consecuencia cambios en la deambulación que aparejan menor equilibrio, debilidad muscular, mayor gasto energético, reacciones más lentas y caídas.

¹⁴ Brunner, Sudarth, Enfermería medicoquirúrgica. Vol. 1. Mac Graw Gil, Interamericana. 2000.

Debido al envejecimiento poblacional y al aumento de la expectativa media de vida han evolucionado todas aquellas enfermedades degenerativas; son estas las enfermedades que ocasionan los estados de invalidez, especialmente del aparato locomotor. Invalidez significa falta de autosuficiencia, es decir, necesidad de ayuda. Un sujeto auto suficiente es capaz de levantarse de la cama por si solo, lavarse solo, vestirse, prepararse los alimentos, ocuparse de la organización y de la limpieza doméstica y salir de la casa solo, sin necesidad de ayuda. Los estados de invalidez de la población anciana requieren también ayuda médica, psicológica y socioeconómica.

La inmovilidad se puede definir como la disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.

El síndrome de inmovilidad o descondicionamiento es un problema geriátrico caracterizado por una reducción marcada de la tolerancia al ejercicio (taquicardia, hipertensión arterial, disnea...), progresiva debilidad muscular y en casos extremos, pérdida de los automatismos y reflejos posturales que imposibilitan la deambulación. Se puede distinguir una inmovilidad relativa, en la que el anciano lleva una vida sedentaria pero es capaz de moverse con menor o mayor independencia y una inmovilidad absoluta que implica el encamamiento crónico, estando muy limitada la variabilidad postural.

El riesgo de la inmovilidad relativa es el encajamiento, mientras que la inmovilidad absoluta es un factor de riesgo de institucionalización, de morbilidad y aparición del síndrome del cuidador. Este cuadro clínico es generalmente multifactorial, potencialmente reversible y a distintos niveles, prevenible.¹⁵

La satisfacción autónoma de la necesidad de movimiento denota de forma muy patente la independencia del anciano e influye directamente en la posibilidad de realizar el resto de las actividades vitales.

Las manifestaciones de independencia en su satisfacción son:

Posibilidad de desplazamiento autónomo y mantenimiento de una postura alineada.

¹⁵ <http://web.usal.es/~acardoso/temas/inmovilidad.html>

Destreza de movimientos y mantenimiento de agilidad motriz para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Capacidad para llevar a cabo actividades recreativas adecuadas a sus requerimientos y limitaciones.

Motivación y estabilidad emocional.

Para medir la capacidad física de los ancianos se utiliza la Escala de Barthel ¹⁶ con el fin de poder obtener los diferentes niveles de dependencia de los mismos y poder caracterizarlos para llevar a cabo un adecuado plan de cuidados, involucrando al personal de Enfermería capacitado para un cuidado integral óptimo, acorde a las necesidades individuales de cada anciano. El índice de Barthel es un instrumento ampliamente utilizado para medir la capacidad de las personas para la realización de las diez actividades de la vida diaria obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto. Es una medida fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y aplicar.

Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10, 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente). El Índice Barthel aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada uno de los puntos o puntos parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuales son las deficiencias específicas de la persona, facilita la valoración de su evolución temporal.

La interpretación sobre la puntuación de Barthel es la siguiente:

Independiente: 100 Pts (95 sí permanece en silla de ruedas).

Dependiente leve: >60 Pts.

Dependiente moderado: 40-55 Pts.

Dependiente grave: 20-35 Pts.

Dependiente total: <20 Pts.

Consideramos como nivel independiente a toda aquella persona capaz de cubrir sus necesidades básicas por si solo (comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al baño, trasladarse sillón/cama, deambulación, subir y bajar escaleras).

¹⁶ Ver Anexo N° 3

Dependencia leve: aquella persona capaz de cubrir gran parte de las actividades ya mencionadas.

Dependencia moderada: indica la capacidad de alcanzar dichas actividades por si mismo, pero con algún grado de limitación por lo que necesita ayuda.

Dependencia grave: es aquel donde el usuario limitado por una capacidad funcional importante, necesita ayuda, aunque de cierta manera, con esta ayuda, es capaz de ejecutar sus actividades de forma extremadamente limitada.

Finalmente el nivel de dependencia total se refiere a todos aquellos individuos que tienen un grado considerable de discapacidad funcional, que lo hace incapaz de realizar las actividades básicas ya mencionadas, aún con ayuda.¹⁷

Cuando los ancianos pierden la capacidad de vivir solos, se ven obligados a vivir con sus hijos. Sin embargo, es habitual que la familia, dado los cambios mencionados, encuentre dificultades en el momento de hacerse cargo de sus padres. La sociedad actual está organizada de tal manera que los ancianos a menudo constituyen una carga para la familia. Las casas son pequeñas, la mujer sale a trabajar, los ingresos son escasos, los ancianos sufren enfermedades crónicas que poco a poco van limitando su autonomía. Debido a estas situaciones los ancianos se vuelven más vulnerables, necesitando mayor atención y cuidados, lo que conlleva a ser institucionalizados en residencias, centros geriátricos, etc. Se define anciano vulnerable como “aquellos que reúnen simultáneamente una serie de condiciones socio sanitarias que les ponen en riesgo de dependencia o que ya presentan problemas médicos, sociales complejos que les vuelven dependientes, incluyendo la edad (igual o mayor a 65 años), la dependencia de grado moderado a severo, de causa física y/o mental y la precariedad socioeconómica (coexistencia de ingresos insuficientes y carencia absoluta de soporte familiar)”.

El traslado a un centro geriátrico es un hecho traumático para la mayoría de los ancianos, la pérdida de su medio habitual y las limitaciones del control de su vida, hacen del período de adaptación una etapa de riesgo.

El ingreso a una residencia esta considerado como un momento de transición en la vida de la persona. Significará por tanto un cambio muy importante en el ciclo de su vida. Traslarse a un medio residencial, implica “rupturas”, de tipo

¹⁷ www.msc.es/salud/epidemiologia/res/199702/barthel.htm

afectivo (amistades, familia, relaciones sociales), materiales (dejar el hogar, objetos personales) y de posición social. En ocasiones cambia el concepto que uno tiene de si mismo. Adecuarse a la vida en residencias es especialmente difícil cuando hablamos de la tercera edad, caracterizada por su gran heterogeneidad, que tiene que dejar espacios, posesiones personales y rutinas y adaptarse a una serie de normas más homogéneas, con un conjunto de individuos muy diferentes. A estas pérdidas hay que sumar, que en muchos casos se ingresa a la residencia tras el fallecimiento del cónyuge, por lo que la elaboración del duelo es doblemente dificultosa.

El residente tendrá que incorporar nuevos sonidos, nuevos olores, informar de ciertas cuestiones íntimas, acomodarse a vivir en un espacio reducido, en muchos casos compartido, acostumbrarse a escenas perturbadoras, a la desnudez ajena y a la muerte.¹⁸

El Hospital-Centro Geriátrico “Dr. Luis Piñeyro del Campo” es una institución pública con una oferta de servicios de corta, media y larga estada e inserción familiar para personas mayores vulnerables. Hasta junio de 2001, funcionaba sobre la base de un modelo hospicio-asilar. Se incluían entre otros aspectos la ausencia de una misión y población objetivo, claramente definidas, ausencia de trabajo en equipo, hacinamiento de residentes y coexistencia de residentes no geriátricos. Su reconversión supuso un proyecto específico cuya implementación se inicia en el año 2001 y que implicó la definición de nuevas áreas claves de intervención: un modelo de gestión interinstitucional, un modelo de atención y cuidados y un modelo de acondicionamiento ambiental y arquitectónico, junto al establecimiento de trabajo en equipo en las unidades de atención, en un modelo centrado en el usuario (sus derechos, preferencias y necesidades) y en principios de la organización, consensuados en el equipo de gestión y con el personal de atención.

El centro geriátrico cuenta con diferentes Unidades Asistenciales, las cuales son:

Unidad Asistencial “A”: Alberga residentes con dependencia severa que necesitan ser higienizados, vestidos, transportados y en algunos de los casos alimentados. También son trasladados allí los residentes que padeciendo

¹⁸OPS. Enfermería Gerontológica para la práctica. Paltex. EEUU. 1993.

patologías crónicas al descompensarse necesitan mayor cantidad de cuidados o cuidados especiales. Estarían allí como en una unidad de corta estadía.

Unidad Asistencial “B”: Residentes auto válidos en su gran mayoría, en algunos casos con dependencia leve. En estos casos hay personas mayores que no tienen trastornos cognitivos pero requieren ser ayudados en su higiene, vestidos y trasladados en sillas de rueda. La dependencia resulta de secuela motora de AEC, fractura de cadera, disminución de la agudeza visual, entre otras.

Unidad Asistencial “C”: Alberga a residentes que padecen Sicopatías, estos residentes son auto válidos, realizan su auto cuidado pero son medicados y controlados con periodicidad. Son atendidos por un equipo multi - disciplinario. Algunos residentes que se encuentra compensados tienen autorización de salida del centro.

Unidad Asistencial “D”: Aquí se encuentran las personas mayores con trastornos cognitivos, se denomina Psicogeriátrico, agrupa a demencias de todo tipo según la clasificación conocida. También agrupa a las personas mayores que presentan trastornos cognitivos de distintos grados de dependencia no catalogados aún como demencias pero sí como vulnerables. Los residentes de este pabellón, presenta en mayor o menor grado, alteraciones que se nucleán en el Síndrome Geriátrico: depresión, confusión, incontinencia.

Hogar diurno: Unidad cuya arquitectura es de una casa con instalaciones donde se reciben adultos mayores, desde su domicilio, de lunes a viernes en el horario de 9 a 16 hs. Son traídos y llevados por camionetas. Allí realizan terapia ocupacional, taller de lectura y ejercicios físicos. Es una unidad de recreación y ocupación del tiempo libre, destinadas a estimulación logrando mantener a los ancianos motivados, integrados a personas de su mismo grupo etáreo y se promueve el desarrollo de aquellas inquietudes y destrezas que hayan deseado realizar y no han podido por diferentes causas.

Se debe reconocer que los cuidados de Enfermería son una variable fundamental en el funcionamiento de los servicios de salud; se estima que aproximadamente un 70% de la respuesta de salud corresponde a actividades de Enfermería. Por lo tanto, la mejor o peor calidad de dichos cuidados tiene

impacto decisivo en la atención que proporciona el sistema de salud en su conjunto.

DISEÑO METODOLÓGICO:

TIPO DE ESTUDIO:

Es un estudio descriptivo, de corte transversal.

AREA DE ESTUDIO:

El trabajo de investigación se llevó a cabo en la ciudad de Montevideo, en el Hospital-Centro Geriátrico “Dr. Luis Piñeyro del Campo”.

UNIVERSO

Todos los adultos mayores institucionalizados en el Hospital-Centro Geriátrico “Dr. Luis Piñeyro del Campo”.

POBLACIÓN:

Comprende a los 125 adultos mayores institucionalizados en las Unidades de Asistencia “A” y “B” del Hospital-Centro Geriátrico “Dr. Luis Piñeyro del Campo”.

MUESTRA:

Abarca 107 adultos mayores institucionalizados en las unidades de Asistencia “A” y “B” del Hospital-Centro Geriátrico “Dr. Luis Piñeyro del Campo” que se encontraban en el momento del corte.

TIPO DE MUESTRA:

La muestra es de tipo no probabilística; por conveniencia de los investigadores. La misma se selecciono debido a las características comparativas de nuestra investigación, nos pareció de gran relevancia confrontar ambos pabellones ya que son totalmente opuestos entre si, siendo el pabellón A con usuarios con dependencia severa y el pabellón B de autoválidos o dependencia leve.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todos los adultos mayores institucionalizados en las Unidades de Asistencia “A” y “B” del Hospital-Centro Geriátrico “Dr. Luis Piñeyro del Campo” que se encontraban en el momento del corte.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Todos aquellos usuarios que sean menores de 65 años.

UNIDAD DE ANALISIS

Abarca 107 adultos mayores institucionalizados en las unidades de Asistencia “A” y “B” del Hospital-Centro Geriátrico “Dr. Luis Piñeyro del Campo” que se encontraban en el momento del corte.

FUENTES DE DATOS:

-Primarias: usuario.

INSTRUMENTO:

Se realizó un cuestionario que nos permitió realizar la caracterización de la población, para esto se tomo en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, ocupación, ingreso económico y familia, recibe ayuda, IMC, Escala de Barthel modificada; de esta forma nos permitió conocer la población a estudiar. Nuestro instrumento de recolección de datos se conformó por preguntas cerradas, en el cual se marcó con una cruz la respuesta que correspondía. La recolección de datos se realizó entre el 26 y el 30 de mayo de 2008 en el horario comprendido entre las 9 y 13 hs. En este periodo se llevó a cabo una prueba piloto que permitió validar el instrumento de recolección de datos; se realizo a 10 adultos mayores de dicha institución, que fueron elegidos al azar.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Las variables cualitativas fueron analizadas en tablas representando frecuencia absoluta y porcentajes, se emplearon gráficos del tipo diagrama en barras simples y estratificadas.

Posteriormente a través de la técnica del test no paramétrico de Chi Cuadrado, estudiamos si existe o no asociación estadística entre las variables de interés de este estudio.

El programa estadístico utilizado fue el SPSS versión 12.0 (Statistical Package for the Social Sciences Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales).

Se consideró significativo un valor $p < 0,05$ (P = Probabilidad de encontrar un valor mayor o igual que el Chi cuadrado tabulado).

VARIABLES:

VARIABLES	INDICADORES	TECNICAS
Edad: Tempo en que una persona ha vivido desde su nacimiento.	65 – 70 71 – 75 76 – 80 81 - 85	Entrevista
Sexo: Clasificación en masculino o femenino basado en numerosos criterios entre ellos el cromosómico y anatómico.	-Femenino -Masculino	Entrevista
Estado Civil: Condición de cada persona a los derechos y obligaciones civiles.	-Soltero -Viudo -Divorciado -Casado -Unión Libre	Entrevista
Ingreso económico: Dinero o cualquier otra ganancia o rendimiento de naturaleza económica obtenida durante cierto período de tiempo.	-Jubilado -Pensionista -Otros	Entrevista
Familia: Conjunto de personas relacionadas por lazos de parentesco (ya sean en sangre, matrimonio o adopción) que conjuntamente satisfacen necesidades físicas como emocionales. Tales personas pueden compartir un mismo techo o habitar en viviendas	-Si -No	Entrevista

separadas.		
Recibe Ayuda: Apoyo psicoemocional y/o material que recibe el usuario internado por parte de familia o amigos.	-Si -No	Entrevista
IMC (índice de masa corporal): valor que nos indica el estado nutricional.	-Adelgazado -Normo peso -Sobrepeso -Obeso	Entrevista
Escala de Barthel: Es un instrumento que nos permite medir la capacidad física de los ancianos. Consta de 10 variables	-Independiente -Dependiente leve -Dependiente moderado -Dependiente grave -Dependiente total	Observación y Entrevista
Comer: Masticar y desmenuzar el alimento en la boca y pasarlo al estómago.	-Independiente -Necesita ayuda. -Dependiente.	Observación y Entrevista
Uso del retrete: Capacidad para usar el cuarto de baño.	-Independiente -Necesita ayuda. -Dependiente	Observación y Entrevista
Traslado sillón / cama: Capacidad de desplazarse de la cama al sillón o viceversa.	-Independiente -Mínima ayuda -Gran ayuda -Dependiente.	Observación y Entrevista
Deambulaci3n: Capacidad para trasladarse hacia un lugar.	-Independiente. -Necesita ayuda. -Dependiente.	Observaci3n y Entrevista
Subir / bajar escaleras:	-Independiente.	Observaci3n y

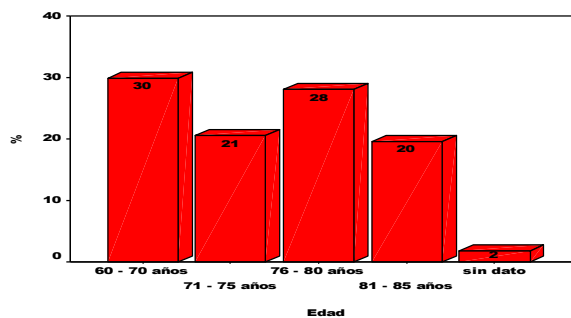
Capacidad de bajar y subir un piso.	-Necesita ayuda. -Dependiente.	Entrevista
-------------------------------------	-----------------------------------	------------

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO.

Cuadro 1: Edad

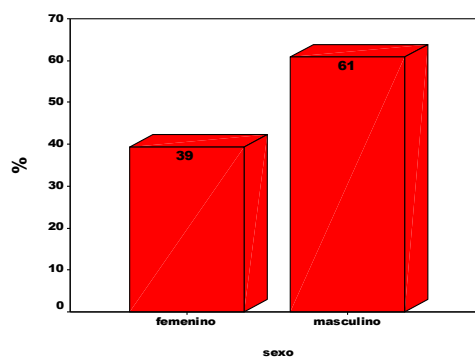
edad

	Frecuencia absoluta	Porcentaje
60 - 70 años	32	29,9
71 - 75 años	22	20,6
76 - 80 años	30	28,0
81 - 85 años	21	19,6
sin dato	2	1,9
Total	107	100,0



En lo que respecta a la edad de la población predomina el grupo etáreo comprendido entre los 60 y 70 años con el 30%; y con el 28% usuarios que tienen entre 76 y 80 años.

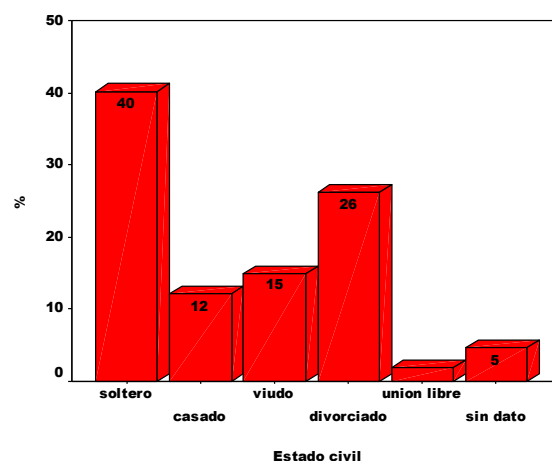
Cuadro 2: Sexo



En cuanto al sexo de la población, existe una prevalencia del sexo masculino con el 61%.

Cuadro 3: Estado Civil

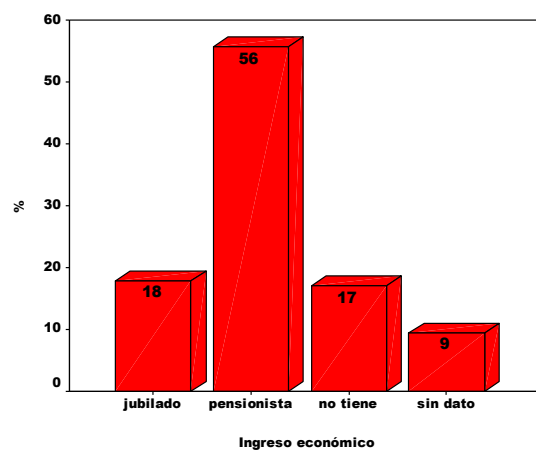
Estado civil		
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
soltero	43	40,2
casado	13	12,1
viudo	16	15,0
divorciado	28	26,2
union libre	2	1,9
sin dato	5	4,7
Total	107	100,0



En cuanto al estado civil el 40% de la población es soltero, seguido del 26% divorciado, siendo el menor porcentaje los usuarios que se encuentran en unión libre.

Cuadro 4: Ingresos económicos

Ingreso económico		
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
jubilado	19	17,8
pensionista	59	55,1
no tiene	18	16,8
sin dato	10	9,3
Total	107	100,0

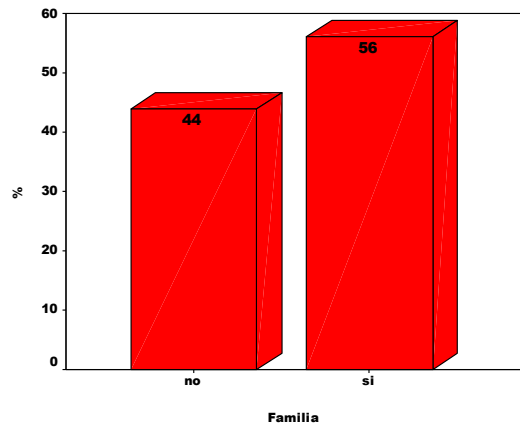


Con respecto a los ingresos económicos el 56% de los adultos mayores son pensionistas.

Cuadro 5: Familia

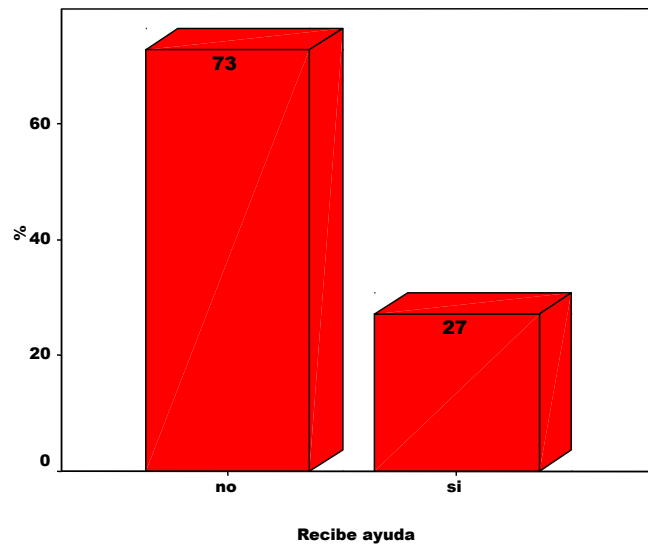
familia

	Frecuencia absoluta	Porcentaje
no	47	43,9
si	60	56,1
Total	107	100,0



El 56% de los usuarios institucionalizados tienen familias.

Cuadro 6: Recibe ayuda

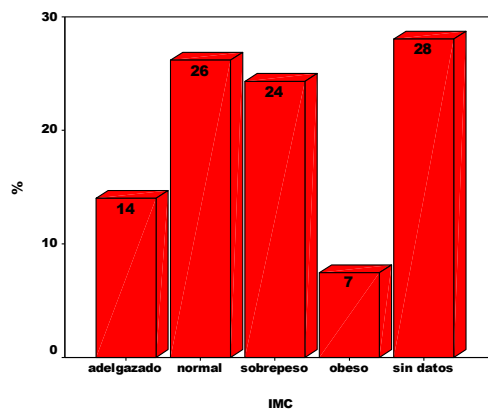


Recibe ayuda

	Frecuencia absoluta	Porcentaje
no	78	72,9
si	29	27,1
Total	107	100,0

El 73% de los usuarios no recibe ayuda.

Cuadro 7: IMC



IMC

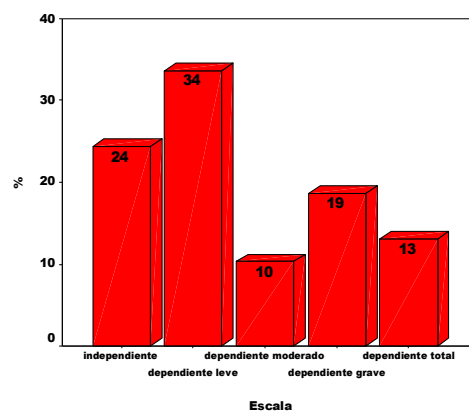
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
adelgazado	15	14,0
normal	28	26,2
sobrepeso	26	24,3
obeso	8	7,5
sin datos	30	28,0
Total	107	100,0

En cuanto al IMC el 26% de la población se encuentra en normopeso, el 24% en sobrepeso, el 14% adelgazado y el 7% en obesidad.

Cuadro 8: Escala de Barthel

Escala

	Frecuencia absoluta	Porcentaje
independiente	26	24,3
dependiente leve	36	33,6
dependiente moderado	11	10,3
dependiente grave	20	18,7
dependiente total	14	13,1
Total	107	100,0

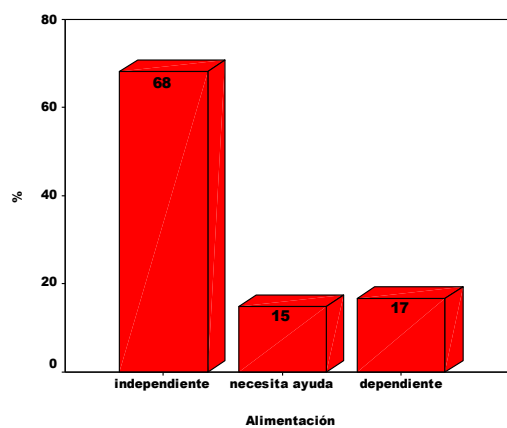


La mayoría de los usuarios tienen una dependencia leve, la misma corresponde al 34%, el 24% representa a usuarios independientes, el 19% dependencia grave y el 13% a dependencia total.

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

Cuadro 9: Comer

Alimentación		
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
independiente	73	68,2
necesita ayuda	16	15,0
dependiente	18	16,8
Total	107	100,0

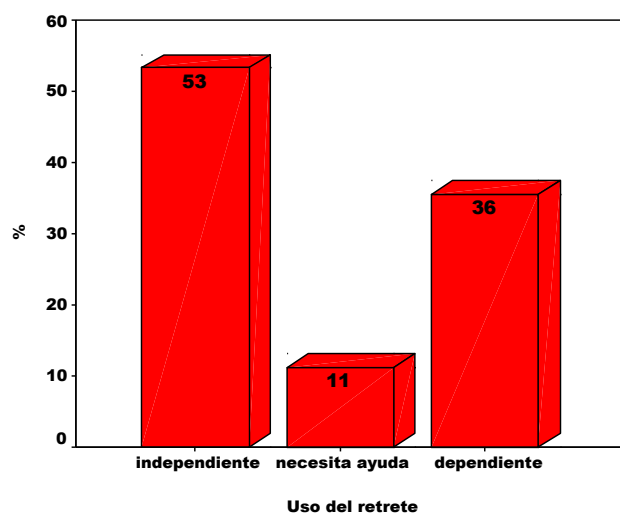


Se observó que, el 68% de la población son independientes para alimentarse y el 17% totalmente dependientes.

Cuadro N° 10: Uso del retrete

Uso del retrete

	Frecuencia absoluta	Porcentaje
independiente	57	53,3
necesita ayuda	12	11,2
dependiente	38	35,5
Total	107	100,0

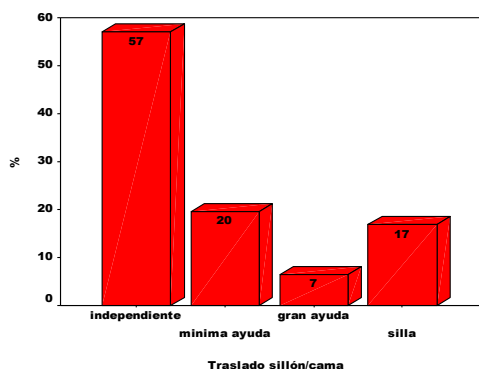


Se observó en cuanto al uso del retrete que el 53 % son independientes, mientras que el 35 % son dependientes.

Cuadro N°11: Traslado sillón / cama

Traslado sillón/cama

	Frecuencia absoluta	Porcentaje
independiente	61	57,0
minima ayuda	21	19,6
gran ayuda	7	6,5
silla	18	16,8
Total	107	100,0

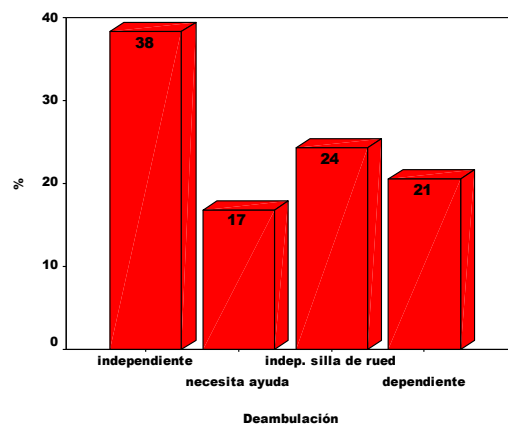


En lo que refiere al traslado sillón / cama se observó que la gran mayoría son independientes (57%)

Cuadro 12: Deambulación

Deambulación

	Frecuencia absoluta	Porcentaje
independiente	41	38,3
necesita ayuda	18	16,8
independiente en silla de ruedas	26	24,3
dependiente	22	20,6
Total	107	100,0

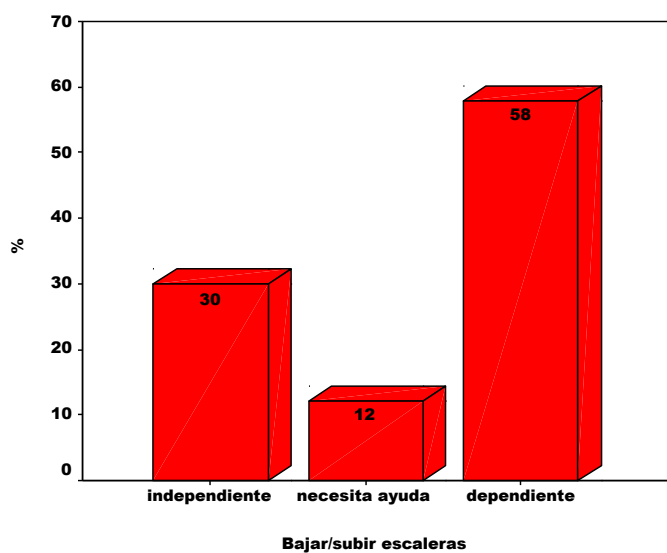


El 38% de la muestra son independientes mientras que el 21% son totalmente dependientes

Cuadro N° 13: Bajar / subir escaleras

Bajar/subir escaleras

	Frecuencia absoluta	Porcentaje
independiente	32	29,9
necesita ayuda	13	12,1
dependiente	62	57,9
Total	107	100,0

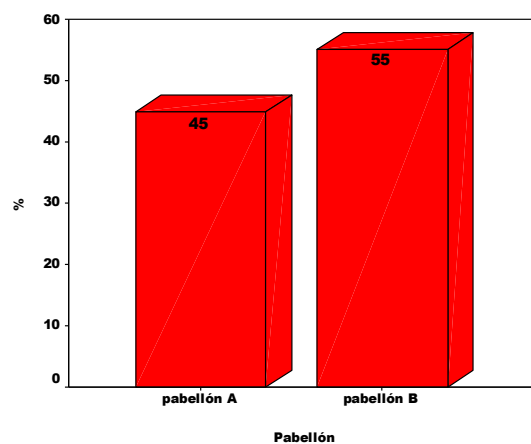


Se registró que la mayoría de los usuarios presentan dependencia (58%).

Cuadro 14: Distribución de usuarios por pabellón

Pabellón

	Frecuencia absoluta	Porcentaje
pabellón A	48	44,9
pabellón B	59	55,1
Total	107	100,0

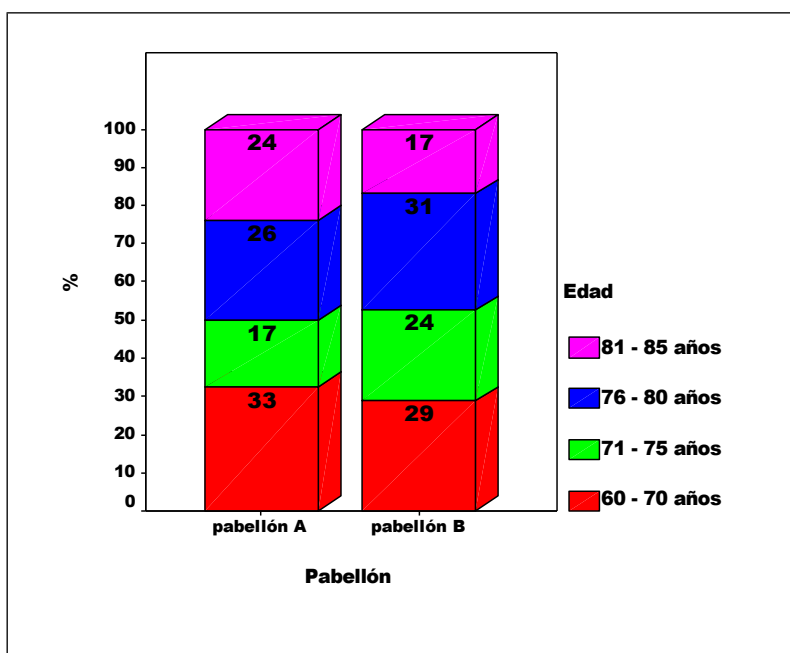


Al distribuir la muestra por pabellones se encontró que el 55% pertenece al B y el 45% al A

RESULTADOS SEGÚN LA COMPARACION DE LOS PABELLONES

Variable Edad

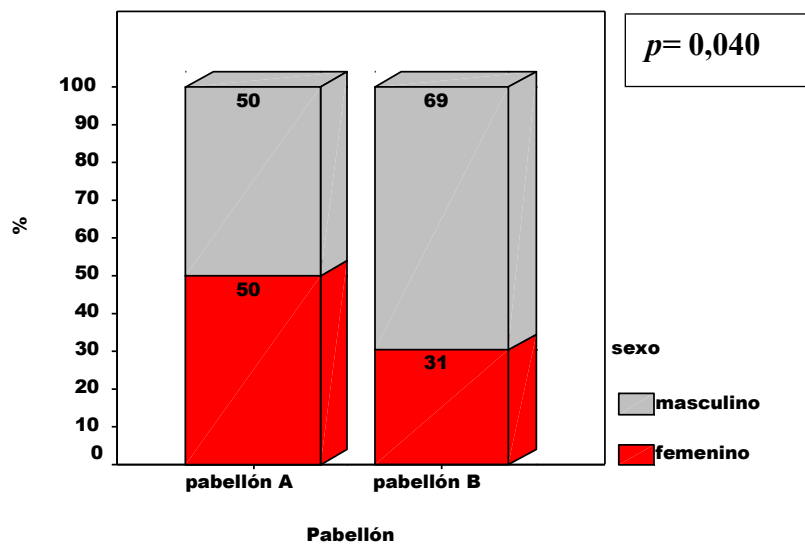
		edad				Total
		60 - 70 años	71 - 75 años	76 - 80 años	81 - 85 años	
Pabellón	pabellón A	15 32,6%	8 17,4%	12 26,1%	11 23,9%	46 100,0%
	pabellón B	17 28,8%	14 23,7%	18 30,5%	10 16,9%	59 100,0%
Total		32 30,5%	22 21,0%	30 28,6%	21 20,0%	105 100,0%



De acuerdo a los resultados según comparación de estos de los pabellones podemos decir que de la proporción de los diferentes grupos etareos no difiere significativamente entre los mismos ($p > 0,05$).

Variable Sexo

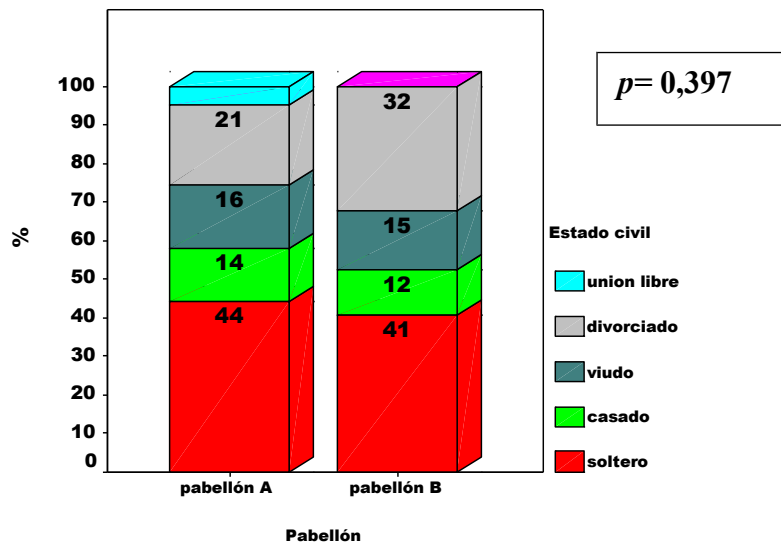
		sexo		Total
		femenino	masculino	
Pabellón	pabellón A	24 50,0%	24 50,0%	48 100,0%
	pabellón B	18 30,5%	41 69,5%	59 100,0%
Total		42 39,3%	65 60,7%	107 100,0%



Encontramos diferencias significativas en cuanto a las diferentes proporciones de los diferentes sexos, debido a que en pabellón B hay una franca mayoría del sexo masculino.

Variable Estado Civil

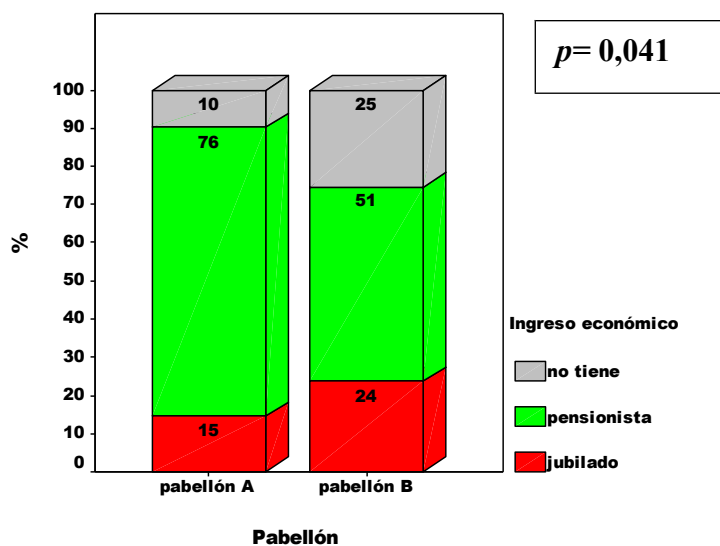
		Estado civil					Total
		soltero	casado	viudo	divorciado	union libre	
Pabellón	pabellón A	19 44,2%	6 14,0%	7 16,3%	9 20,9%	2 4,7%	43 100,0%
	pabellón B	24 40,7%	7 11,9%	9 15,3%	19 32,2%		59 100,0%
Total		43 42,2%	13 12,7%	16 15,7%	28 27,5%	2 2,0%	102 100,0%



El estado civil se distribuye en forma homogénea según los diferentes pabellones) $p > 0,05$).

Variable Ingreso Económico

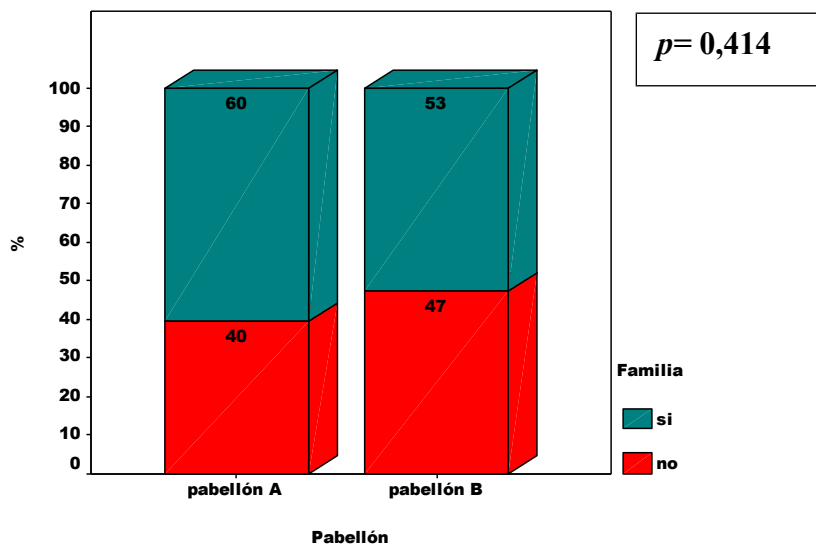
		Ingreso económico			Total
		jubilado	pensionista	no tiene	
Pabellón	pabellón A	6 14,6%	31 75,6%	4 9,8%	41 100,0%
	pabellón B	13 23,6%	28 50,9%	14 25,5%	55 100,0%
Total		19 19,8%	59 61,5%	18 18,8%	96 100,0%



De acuerdo a los ingresos se aprecia una diferencia significativa a expensas de la categoría pensionista que es la que predomina francamente en el pabellón A. ($p > 0,05$).

Variable Familia

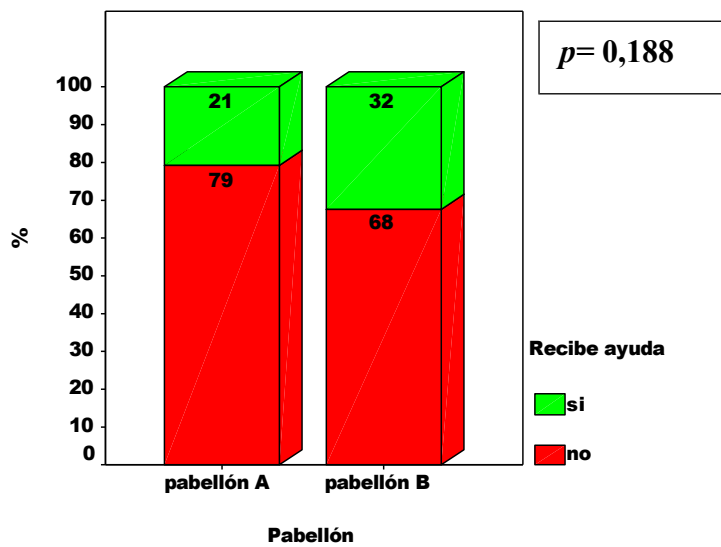
		familia		Total
		no	si	
Pabellón	pabellón A	19 39,6%	29 60,4%	48 100,0%
	pabellón B	28 47,5%	31 52,5%	59 100,0%
Total		47 43,9%	60 56,1%	107 100,0%



La variable si poseen o no familia, se distribuye en forma homogénea en ambos pabellones. ($p > 0,05$).

Variable Recibe ayuda

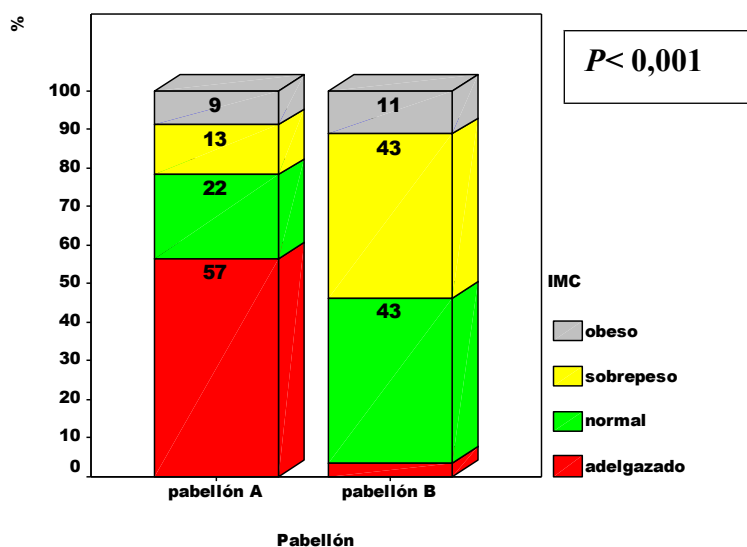
		Recibe ayuda		Total
		no	si	
Pabellón	pabellón A	38 79,2%	10 20,8%	48 100,0%
	pabellón B	40 67,8%	19 32,2%	59 100,0%
Total		78 72,9%	29 27,1%	107 100,0%



Respecto a la variable si reciben o no ayuda, no se encuentran diferencias significativas entre ambos pabellones ($p > 0,05$).

Variable Índice Masa Corporal

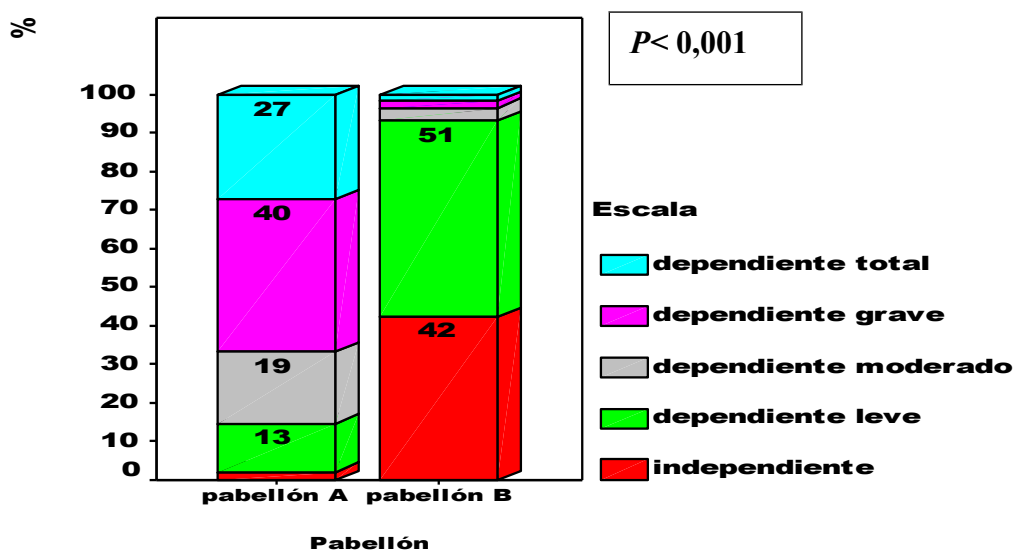
		IMC				Total
		adelgazado	normal	sobrepeso	obeso	
Pabellón	pabellón A	13 56,5%	5 21,7%	3 13,0%	2 8,7%	23 100,0%
	pabellón B	2 3,7%	23 42,6%	23 42,6%	6 11,1%	54 100,0%
Total		15 19,5%	28 36,4%	26 33,8%	8 10,4%	77 100,0%



El pabellón A muestra elementos de gravedad en cuanto al estado nutricional debido a que la mayoría de ellos poseen adelgazamiento, mientras que más de la mitad de los que se ubican en el pabellón B son normales o poseen sobrepeso, y esa diferencia es altamente significativa ($p < 0,001$).

Variable Escala de Barthel

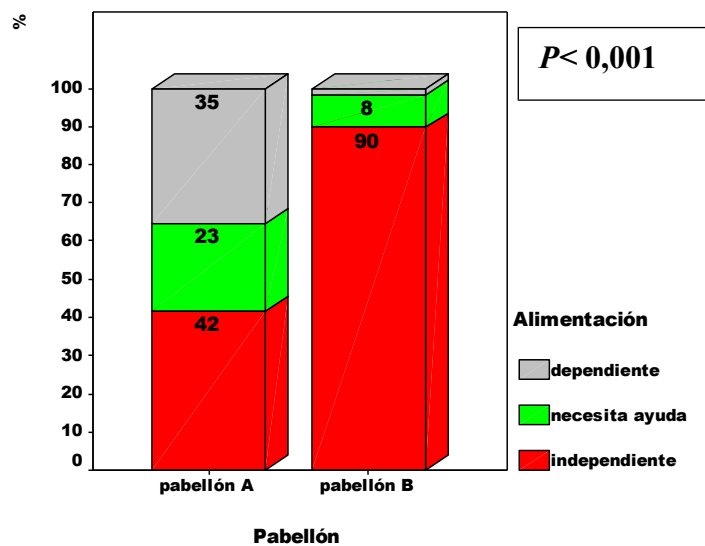
		Escala					Total
		independiente	dependiente leve	dependiente moderado	dependiente grave	dependiente total	
Pabellón	pabellón A	1 2,1%	6 12,5%	9 18,8%	19 39,6%	13 27,1%	48 100,0%
	pabellón B	25 42,4%	30 50,8%	2 3,4%	1 1,7%	1 1,7%	59 100,0%
Total		26 24,3%	36 33,6%	11 10,3%	20 18,7%	14 13,1%	107 100,0%



Se encuentra diferencia significativa entre ambos pabellones en cuanto a la escala de Barthel ($p < 0,001$) siendo el pabellón más afectado el A.

Variable Alimentación

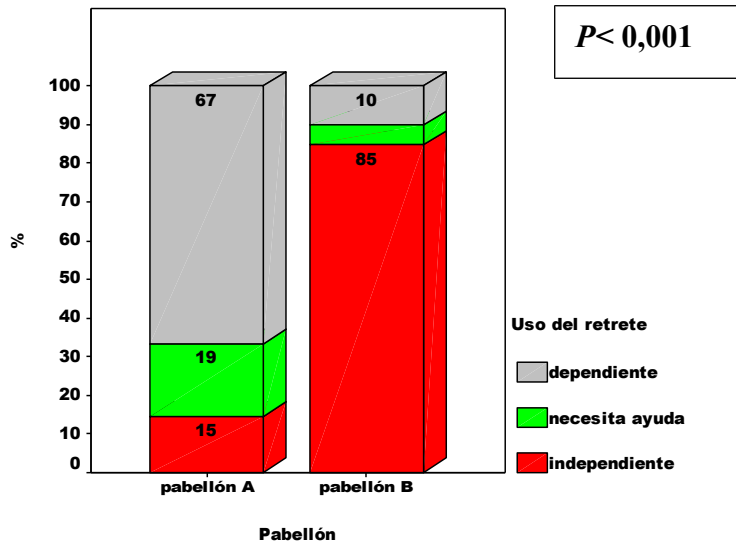
		Alimentación			Total
		independiente	necesita ayuda	dependiente	
Pabellón	pabellón A	20 41,7%	11 22,9%	17 35,4%	48 100,0%
	pabellón B	53 89,8%	5 8,5%	1 1,7%	59 100,0%
Total		73 68,2%	16 15,0%	18 16,8%	107 100,0%



Los pabellones son heterogéneos en cuanto a la proporción de pacientes con diferentes grados de dependencia, de forma tal que el más afectado es el pabellón A.

Variable uso del retrete

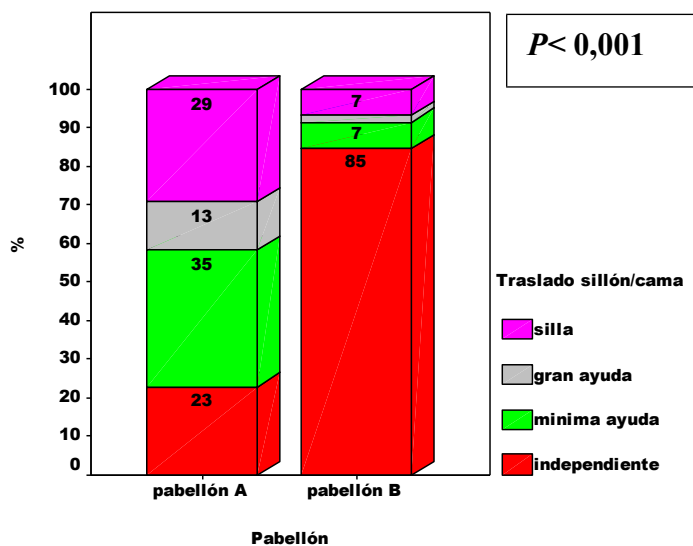
		Uso del retrete			Total
		independiente	necesita ayuda	dependiente	
Pabellón	pabellón A	7 14,6%	9 18,8%	32 66,7%	48 100,0%
	pabellón B	50 84,7%	3 5,1%	6 10,2%	59 100,0%
Total		57 53,3%	12 11,2%	38 35,5%	107 100,0%



De acuerdo a la variable uso del retrete podemos decir que ambos pabellones difieren significativamente dado que el A posee una elevada proporción de pacientes con niveles de dependencia, mientras que en el B es significativamente bajo. ($p < 0,001$).

Variable traslado sillón / cama

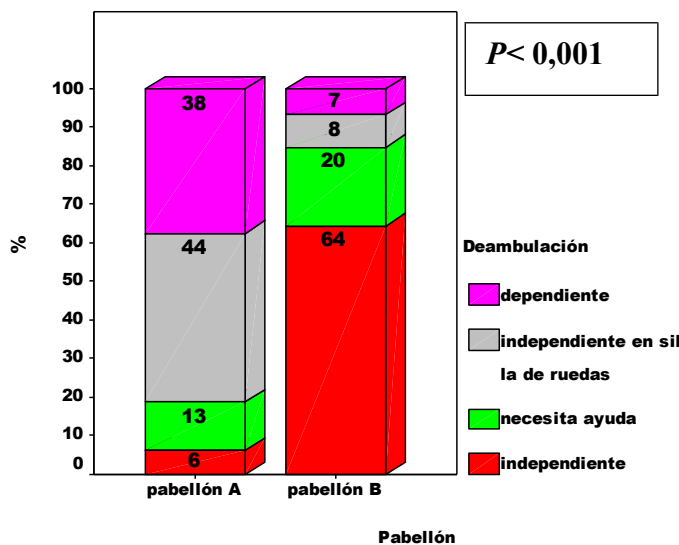
		Traslado sillón/cama				Total
		independiente	minima ayuda	gran ayuda	silla	
Pabellón	pabellón A	11 22,9%	17 35,4%	6 12,5%	14 29,2%	48 100,0%
	pabellón B	50 84,7%	4 6,8%	1 1,7%	4 6,8%	59 100,0%
Total		61 57,0%	21 19,6%	7 6,5%	18 16,8%	107 100,0%



Con respecto al traslado en sillón/ cama, objetivamos que ambos pabellones poseen una diferencia significativamente dado que el B posee una elevada proporción de pacientes con niveles de independencia, mientras que en el A se aprecia una elevada proporción de pacientes que requieren ayuda. ($p < 0,001$).

Variable Deambulaci3n

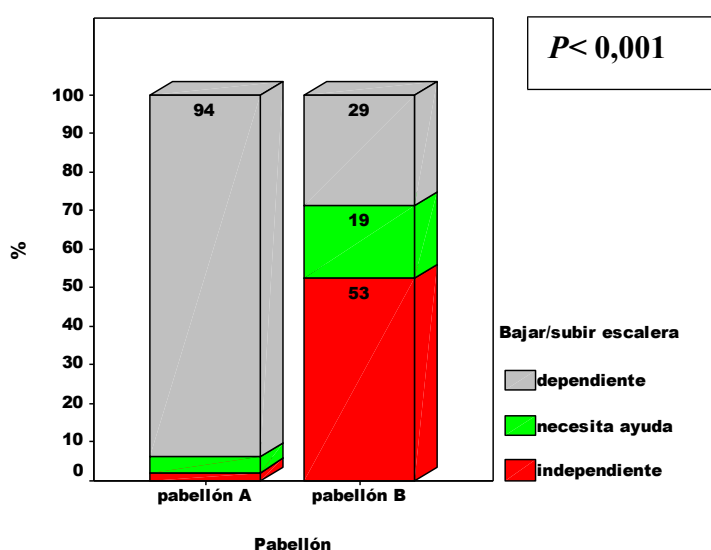
		Deambulaci3n				Total
		independ.	necesita ayuda	independiente en silla de ruedas	dependiente	
Pabell3n	pabell3n A	3 6,3%	6 12,5%	21 43,8%	18 37,5%	48 100,0%
	pabell3n B	38 64,4%	12 20,3%	5 8,5%	4 6,8%	59 100,0%
Total		41 38,3%	18 16,8%	26 24,3%	22 20,6%	107 100,0%



En cuanto a la deambulaci3n podemos decir que las diferencias significativas que apreciamos se deben al elevado porcentaje de pacientes con dependencia en el pabell3n A, mientras que en el B el mismo es relativamente bajo. ($p < 0,001$).

Variable Subir / bajar escaleras

		Bajar/subir escaleras			Total
		independiente	necesita ayuda	dependiente	
Pabellón	pabellón A	1 2,1%	2 4,2%	45 93,8%	48 100,0%
	pabellón B	31 52,5%	11 18,6%	17 28,8%	59 100,0%
Total		32 29,9%	13 12,1%	62 57,9%	107 100,0%



De acuerdo a bajar / subir escaleras, ambos pabellones difieren en cuanto a la proporción de pacientes con niveles de dependencia dado que el A posee una elevada proporción de pacientes con niveles de dependencia (94%), mientras que en el B se aprecia una elevada proporción de pacientes con independencia (53%). ($p < 0,001$).

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Una vez presentados los resultados obtenidos en la investigación, se procedió al análisis de las variables en estudio, determinando así su comportamiento.

El total de la muestra fue de 107 adultos mayores institucionalizados en ambos pabellones en el momento del corte, distribuyéndose de la siguiente manera: 45% (48) en el Pabellón "A" y el 55 % (59) restante correspondieron al Pabellón "B"; se obtuvo que existen diferencias significativas en cuanto a las proporciones de los diferentes sexos en ambos pabellones. En el pabellón "A" la distribución es equitativa con un 50 % (24) de sexo femenino y 50% (24) de sexo masculino, mientras que en el Pabellón "B" hay una franca mayoría del sexo masculino en un 69% (41) y 31% (18) en cambio es de sexo femenino. Esto no refleja las características demográficas de nuestro país, según cifras del MSP el 58% de los adultos mayores pertenece al sexo femenino y el 42% al sexo masculino.

Las edades de los pacientes tienen una distribución homogénea de acuerdo a los rangos de edades establecidos. Si nos referimos al Pabellón "A" tenemos un 33% (15) de entre 60 y 70 años, mientras que en el "B" el que predomina con un 31% (18) es el de 76 a 80 años. Observamos en este caso que la edad no tiene relación con la dependencia física.

En cuanto a la variable estado civil encontramos que en ambos pabellones prevalece el indicador soltero con un 44% (19) en el Pabellón "A" y un 41% (24) en el Pabellón "B". El segundo indicador más frecuente en ambos pabellones es el de divorciados con un 32% (19) en el Pabellón "B" y 21% (9) en el Pabellón "A". En cuanto al indicador viudo encontramos un 16% (7) en el Pabellón "A" y un 15% (9) en el "B", debiéndose destacar que la cantidad de adultos cuyo estado civil es casado es la minoría en ambos pabellones (un 14 % (6) en el A y 12% (7) en el B. Esto provoca que los adultos mayores se encuentren en una situación de vulnerabilidad social, haciéndose más susceptible a la institucionalización.

En relación a la familia, en el pabellón "A" un 60% (29) posee familia y en el pabellón "B" un 53% (31) cuenta con ella. Mientras que el 44% del total (Pabellones "A" y "B") no poseen familia, siendo el 47% (28) en el Pabellón "B" y el 40% (19) en el "A".

Respecto a la variable si reciben o no ayuda en ambos pabellones la mayoría de los residentes no reciben ayuda, registrándose en el Pabellón "A" un total de 38 residentes (79%) y en el "B" 40 (68%). Mientras que reciben ayuda 10 residentes (21%) en el Pabellón "A" y 19 (32%) en el Pabellón "B". Deducimos que el hecho de que los residentes posean familia no está relacionado con que ellos perciban ayuda o contención por parte de ella.

De acuerdo a los ingresos económicos se aprecia una diferencia significativa a expensas de la categoría pensionista que es la que predomina francamente en el pabellón A con un 76% (31) mientras que el Pabellón B se registraron un 51% correspondiente a esta categoría. Le sigue en prevalencia los residentes jubilados, registrándose un total de 24% (13) en el Pabellón B y 15% (6) en el A. Cabe destacar que no poseen ingresos económico el 19% (18) de los cuales corresponden el 25% (14) al pabellón B y 10% (4) al pabellón A.

En cuanto a la variable Escala de Barthel se encuentran diferencias significativas entre ambos pabellones, siendo el Pabellón A el más afectado con un 27 % (13) de dependencia total, seguido de un 40% (19) de dependencia grave, un 19% (9) con dependencia moderada, un 13 % (6) con leve y un porcentaje realmente bajo de independientes (2%) (1). En contraste al Pabellón A, el Pabellón B presenta una predominancia de dependencia leve 51% (30), seguida con un 42% (25) que representa a los usuarios independientes, teniendo un porcentaje bajo de usuarios con dependencia moderada 3% (2) y grave 1% (1).

En cuanto a la variable comer, los pabellones son heterogéneos en cuanto a la proporción de usuarios con diferentes grados de dependencia, de forma tal que el más afectado es el Pabellón A donde encontramos un 35 % (17) de dependientes, un 42% (20) independientes y un 23% (11) necesita ayuda. Mientras que en el Pabellón B la gran mayoría con un 90% (53) son independientes.

En cuanto a la variable IMC, si la distribuimos por Pabellón y teniendo en cuenta las características de los mismos, encontramos que el Pabellón A el cual es un área asistencial compuesta por usuarios con dependencia severa cuenta con que el 57 % (13) de los residentes están adelgazados, lo cual no sucede en el B que son la minoría con un 4% (2). En cuanto al indicador normo peso se observan un total de 43% (es el indicador que se encuentra en menor

porcentaje en esta población (23) 43% en el Pabellón B y en el A un 22% (5). En cuanto al sobrepeso, en el pabellón A hay un 13% (3) y en el Pabellón B un 43% (23). Con respecto a la obesidad Esto nos da la pauta de que el estado nutricional esta directamente relacionado al nivel de dependencia. El Pabellón A muestra elementos de gravedad en cuanto al estado nutricional debido a que la mayoría de ellos poseen adelgazamiento, mientras que más de la mitad de los que se ubican en el Pabellón B son normales o poseen sobrepeso, y esa diferencia es altamente significativa.

Según expertos en gerontología el mayor problema de los ancianos es la malnutrición. Tan sólo el 30% de los ancianos que viven en asilos o centros especializados sigue una dieta sana y equilibrada. Así lo demuestran distintos estudios científicos que revelan además cómo estas personas reciben una alimentación peor que los que residen en sus casas.

Asimismo se detectaba un peor estado de nutrición en aquellas personas con demencia, falta de autonomía a la hora de comer y deambulacion alterada.

En cuanto a la deambulacion observamos que el mayor porcentaje de independientes 64% (38) están en el Pabellón B, ocurriendo lo inverso en el A, donde los independientes son la minoría un 6% (3). También es significativo el porcentaje de los adultos mayores que utilizan silla de ruedas, la mayoría del Pabellón A con un 44% (21) y solamente un 8% (5) en el Pabellón B. El 38 % (18) del Pabellón A son totalmente dependientes, siendo este rango el mas bajo en el Pabellón B 7% (4).

También encontramos que en el Pabellón B los residentes que requieren algún tipo de ayuda (bastón, andador) representan un 20 % (12) y en el A un 13% (6). En cuanto al uso del retrete en el Pabellón A el 67% es totalmente dependiente, el 19 % necesita ayuda y el 14 % es totalmente independiente. En cambio en el Pabellón B encontramos que el 85 % es independiente y solamente el 10 % son dependientes.

Respecto a la variable traslado sillón / cama encontramos que en el Pabellón A el 31 % son dependientes, el 35 % necesita mínima ayuda, el 23 % son independientes y el 10 % necesita gran ayuda. Mientras que en el Pabellón B el 85 % son independientes y solamente un 7 % son dependientes.

Referente a la variable subir / bajar escaleras se registró en el Pabellón A un 94 % son dependientes, mientras que en el B el 53 % son independientes, el 29 dependientes y el 19 % necesita ayuda para hacerlo.

La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del anciano y de su calidad de vida, ya que determina su grado de independencia. El anciano inmovilizado es considerado un paciente de alto riesgo para la aparición de complicaciones médicas. La inmovilidad aumenta con la edad. El 18% de los mayores de 65 años tienen problemas para moverse sin ayuda y a partir de 75 años más del 50% tienen problemas para salir de casa, de los que un 20% quedan confinados en su domicilio.

CONCLUSIÓN

El grupo etáreo que predomina es el de 60 a 70 años de edad en el pabellón "A" siendo en el "B" de 76 a 80 años. La mayoría son solteros en ambos pabellones y casi la mitad de los adultos institucionalizados no poseen familia. Esto provoca que se encuentren en una situación de vulnerabilidad social, haciéndose más susceptible a la institucionalización y en muchos de estos casos no reciben ayuda.

En relación al comer, el pabellón "A" es el más afectado; el mayor porcentaje necesita ayuda para la ingesta de alimentos y más de la mitad de la población está adelgazada a diferencia del pabellón "B" donde el mayor porcentaje es independiente. Esto se refleja en el IMC, que indica que en el pabellón "B" los residentes con bajo peso son la minoría.

En el pabellón A encontramos usuarios con un elevado nivel de dependencia, con afectación del sistema músculo esquelético, lo que lleva a una deficiencia en la deambulación, en un alto porcentaje los usuarios requieren el uso de ayuda instrumental como silla de ruedas.

En relación a bajar / subir escaleras, existe una relación directa en cuanto al nivel de dependencia de cada pabellón, siendo el más afectado el "A". lo mismo sucede con el traslado sillón-cama y el uso del retrete.

En ambos pabellones observamos que el número de personal de enfermería es reducido para cubrir diferentes aspectos de la capacidad funcional que se ven afectados y potenciar aquellos aspectos saludables del adulto mayor, potenciando el autocuidado y evitando el deterioro progresivo e irreversible.

SUGERENCIAS

Nos parece de vital importancia que se siga investigando el perfil bio psico social del adulto mayor institucionalizado ya que es una población vulnerable y que necesita un mayor enfoque de sus necesidades que son múltiples, variadas y específicas.

Sería de gran utilidad emplear periódicamente escalas de valoración a los adultos mayores, que tomen al anciano como un ser integral, valorando todas las áreas; pudiendo así realizar diagnósticos de enfermería los que nos van a permitir elaborar el plan de cuidados individualizado y determinar de esta manera los recursos necesarios para llevarlos a cabo. Todo esto dentro del proceso de atención de enfermería que es el método fundamental con que cuenta nuestra disciplina.

Creemos importante aumentar el número de personal de enfermería calificado para el cuidado de los adultos mayores lo que permita una mejor atención, cubriendo las necesidades individuales de los mismos favoreciendo así la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA:

- Adulto mayor, más calidad de vida a los años. <http://www.msp.gub.uy>.
- Babb P. Manual de Enfermería Gerontológica. México: Interamericana; 1998.
- Bowling A. La medida de la Salud. Barcelona: Masson; 1994.
- Brunner L, Sudarth S. Enfermería médicoquirúrgica. Vol I, 9º ed. México: Interamericana; 2000.
- Carmenati Díaz I, Soler Orozco L. Evaluación funcional del Anciano. Revista Cubana de Enfermería. 2002.
- Comisión asesora en cuidados y desarrollo profesional. Hospital Universitario Carlos Haya. 2003.
- Damonte A. Como envejecen los uruguayos. Montevideo: CEPAL; 2000.
- Diccionario Mosby. Barcelona: Océano; [s.d.].
- Gestión de cuidados de Enfermería. Complejo Hospitalario Norte. Nueva estructura orgánico funcional en el contexto de reforma sanitaria. Chile.
 - <http://web.usal.es/~acardoso/temas/inmovilidad.html>.
- Jornadas de Enfermería, XI. Detección y seguimiento de usuarios adultos mayores vulnerables.
- Marin L, Paulo. Manual de Geriátría y Gerontología; 11a ed. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile; 2002. Cap. I.
- Burke M, Walsh M. Enfermería Gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor. 2a ed. Madrid; [s.n.]; 1998.
- Nicola P. Fundamentos de Gerontología y Geriátría. [s.l.]: [s.n.]; 1978.
- OPS. Enfermería Gerontológico para la práctica. Washington: OPS; 1993.
- Pineda E. Metodología de la Investigación. 2ª ed. Washington: OPS; 1994.
- Facultad de Enfermería. Plan 93. Marco conceptual. Montevideo: Facultad de Enfermería; 1993.
- Sampieri R. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 1996.
- www.consumer.es/web/es/alimentacion/2001/03/13/43275.php – 45k
- www.msc.es/salud/epidemiologia/res/199702/barthel.htm

Gestión de cuidados de Enfermería. Complejo Hospitalario Norte. Nueva estructura orgánico funcional en el contexto de reforma sanitaria. Chile.