



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

**INDEPENDENCIA FUNCIONAL E INSTRUMENTAL
DE UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES
RESIDENTES EN COMPLEJOS HABITACIONALES
DE MONTEVIDEO, EN EL PERIODO DE TIEMPO
COMPRENDIDO ENTRE EL 6 AL 13 DE MAYO DE
2013**

Autores:

Br. Muniz, Florencia
Br. Pintos, Gimena
Br. Rendo, Viviana
Br. Silveira, Betiana
Br. Suárez, Lucirene

Tutora:

Prof. Adj. Cristina Camejo

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

Montevideo, 2014



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



<u>INDICE</u>	<u>PAG</u>
Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
Introducción.....	5
Planteamiento del Problema y Justificación.....	6-7
Título.....	8
Pregunta problema.....	8
Palabras Clave.....	8
Objetivos	
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos.....	9
Fundamento Teórico.....	10-17
Metodología.....	18-22
Resultados.....	23-33
Análisis de los datos.....	34-35
Conclusiones.....	36
Sugerencias.....	37
Bibliografía.....	38-39
Anexos.....	40- 130
Anexo 1 Carta de Notificación	
Anexo 2 Consentimiento Informado	
Anexo 3 Escala de Barthel	
Anexo 4 Escala de Lawton y Brody	
Anexo 5 ETSA	
Anexo 6 Programa Nacional del Adulto Mayor	
Anexo 7 Declaración de Helsinky	
Anexo 8 Cronograma y Presupuesto	
Anexo 9 Protocolo de Investigación	



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



AGRADECIMIENTOS

En primera instancia agradecemos a nuestras familias y amigos por el apoyo y comprensión en este proceso de aprendizaje.

A nuestra tutora Prof. Adj. Cristina Camejo, por guiarnos en el desarrollo de la investigación y comprender diferentes situaciones por las que atravesamos.

A la Prof. Adj. Virginia Aquino quien nos brindo apoyo.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



RESUMEN

Este trabajo final de investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería, UDELAR, plan 93 como requisito académico de graduación.

Se trata de una investigación de tipo descriptivo de corte transversal, no probabilístico, realizado entre el 6 al 13 de mayo de 2013 en complejos habitacionales, que tiene por objetivo determinar la independencia funcional e instrumental de los Adultos Mayores estudiados.

El universo de estudio fueron Adultos Mayores residentes en complejos habitacionales en Montevideo.

Los criterios de inclusión para la selección de la muestra poblacional fueron los siguientes: ser AM (considerados por la OMS mayores a 60 años de edad), residentes en complejos habitacionales y que aceptaron participar de la investigación.

Para acceder a la población objetivo, se realizó en primer lugar un encuentro con la comisión de vecinos, con el objetivo de informar sobre los objetivos y la metodología de este trabajo. Se solicitó autorización mediante una carta de notificación (Anexo₁)

Se utilizó metodológicamente la visita domiciliaria, entrevista y encuesta a todos aquellos AM que desearon participar de la investigación, firmando el consentimiento informado (Anexo₂)

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron: Escala de Barthel (Anexo₃) y Escala de Lawton y Brody (Anexo₄), ETSA (Estudio Transversal Socio – Demográfico Epidemiológico Cátedra ADAN FE UDELAR). (Anexo₅)

El análisis de las variables estudiadas se realizó a través de la estadística de tendencia central y se presentaron los datos en tablas bivariadas y Microsoft Excel 2007, se graficaron según el tipo y características de las variables estudiadas.

Una vez procesados los datos, los resultados arrojaron que el 57% presenta independencia funcional (de acuerdo a Escala de Barthel) y el 78% presenta independencia instrumental (de acuerdo a Escala de Lawton y Brody).



INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación final fue realizado por cinco estudiantes pertenecientes a la Universidad de la Republica, Facultad de Enfermería, Licenciatura en Enfermería, plan de estudio 93, cursando actualmente el cuarto ciclo de la carrera.

Se trata de una investigación de tipo descriptivo de corte transversal, no probabilístico, realizado entre el 6 al 13 de mayo de 2013 en complejos habitacionales de la ciudad de Montevideo.

Los criterios de inclusión para la selección de la muestra poblacional fueron los siguientes: ser AM (considerados por la OMS mayores a 60 años de edad), residentes en complejos habitacionales y que aceptaron participar de la investigación.

Se utilizó metodológicamente la visita domiciliaria, entrevista y encuesta a todos aquellos AM que desearon participar de la investigación, firmando el consentimiento informado.

Tomamos como referencia el Programa Nacional del Adulto Mayor (Anexo₆) el cual cuenta con datos "triangulados" (no es únicamente estadística a nivel Nacional sino asociada con otros países) que evidencian diferentes aspectos estadísticos vinculados con la caracterización sociodemográfica y epidemiológica de los Adultos Mayores.

Los datos brindados no profundizan en aspectos de la independencia funcional y/o instrumental de los Adultos mayores por lo que consideramos importante realizar esta investigación.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), nuestro país, se encuentra en una posición predominante en el contexto de América Latina con un elevado envejecimiento demográfico, dado que un 13,4% de la población Nacional es mayor o igual a 60 años de edad. En Montevideo reside el 46% de la población de AM, mientras que en el interior del país reside un 54%¹; criterio por lo cual la investigación se realizó en Montevideo.

En nuestro país, se encuentra vigente, el Programa Nacional del Adulto Mayor implementado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) a partir del año 2005 con el propósito "*Favorecer un Envejecimiento Activo Saludable, que se traduzca en una vida digna, plena y participativa, colaborando en el mantenimiento del Adulto Mayor en la comunidad durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud*"². Sin embargo, el mismo no cuenta con datos estadísticos sobre Independencia funcional e instrumental de los Adultos Mayores.

Cabe agregar, que el INE estima que para el año 2025 la población de Adultos Mayores representará el 17% de la población total del país, esto nos permite visualizar que la población de AM ascenderá progresivamente³.

Estas afirmaciones, van unidas al concepto de funcionalidad como clave dentro de la definición de salud para el anciano, por ello la OMS (1982) propone como el indicador más representativo para éste grupo etario el estado de **independencia funcional**.

Agregando al propósito del Programa Nacional del Adulto Mayor, el equipo investigador, se planteo como objetivo conocer la independencia funcional e instrumental de la población de Adultos Mayores estudiados. Estos datos nos permitirán, como futuros profesionales de Enfermería, trabajar en estrategias que fomenten el envejecimiento Activo y Saludable, para que nuestra población pueda envejecer, con dignidad, autonomía e insertos activamente en la sociedad.

La importancia de la dependencia funcional e instrumental de nuestra población de Adultos Mayores, se hace evidente en sus actividades cotidianas. Esto nos hizo

¹ www.ine.gub.uy/ "Censo 2004"

² Programa Nacional del Adulto Mayor - 2005

³ Instituto Nacional de Estadística "Censo 2004"



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



reflexionar sobre nuestra función como futuros profesionales de la salud, fomentando el autocuidado y desarrollando actividades preventivas dirigidas a disminuir factores de riesgo, que afecten la independencia para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Propósito del curso:

Capacitar a los ASESORES mayores en el uso de los recursos humanos para la independencia funcional e instrumental.

Palabras clave: Adulto Mayor (AM) - independencia - Enfermería.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



TITULO

Independencia funcional e instrumental de una población de Adultos Mayores residentes en complejos habitacionales en el período de tiempo comprendido entre el 6 al 13 de mayo de 2013 en Montevideo.

Pregunta problema:

¿Cuántos de los Adultos Mayores residentes en complejos habitacionales, presentan Independencia funcional e instrumental?

Palabras clave: Adulto Mayor (AM) – independencia - Enfermería.



OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar cuántos Adultos Mayores presentan Independencia funcional e instrumental en una población de Adultos Mayores residentes en complejos habitacionales de Montevideo, en el período de tiempo comprendido entre el 6 al 13 de mayo de 2013.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar socio-demográficamente a la población objetivo mediante instrumento ETSA.
- Determinar la Independencia funcional e instrumental de los Adultos Mayores mediante la Escala de Barthel y Escala de Lawton y Brody.



FUNDAMENTO TEÓRICO

Para realizar esta investigación se tomo como referencia lo establecido por la **OMS** en relación a la edad, definiendo a las personas de 60 a 74 años, de edad avanzada, de 75 a 90 años viejos o ancianos y los que sobrepasan los 90 años se los denominó grandes viejos o longevos⁴

Millan denomina **envejecimiento** al proceso de cambios morfofuncionales que se producen en el ser vivo en relación al paso del tiempo. Dicho proceso de envejecimiento puede ser contemplado desde dos perspectivas principales, la referida a los cambios fisiológicos o esperados para todos los individuos independientemente de sus experiencias vitales, o las referidas a los cambios patológicos, propio de cada individuo y relacionado con las alteraciones del equilibrio orgánico en relación al desarrollo de procesos morbosos.

No podemos establecer el momento en que un organismo inicia su proceso de envejecimiento, aunque lo que sí sabemos es que desde el momento de la concepción el ciclo de vida del sujeto ya es finito.⁵

A lo largo de la historia, muchos han sido los científicos que han tratado de explicar el fenómeno del envejecimiento con más o menos acierto a través de la postulación de teorías. Aunque actualmente hay más de 300 teorías para explicar el fenómeno del envejecimiento, aun no se entiende bien porque los organismos envejecen y porque los mecanismos del envejecimiento pueden variar tanto en velocidad y calidad de un individuo a otro. Algunas de las **teorías del envejecimiento** más aceptadas son: las teorías históricas, las teorías fisiológicas, la teoría de los radicales libres, las teorías genéticas.⁶

Se estima que únicamente entre el 20% y 25% de la variabilidad en la fecha de fallecimiento estará determinada por factores genéticos, de los cuales unos se constituirán en factores de supervivencia, mientras que otros serán factores predominantes para el padecimiento de ciertas enfermedades crónicas.⁷

⁴ www.msp.gub.uy/programadeladultomayor. consultado 9/4/2013 14hs

⁵ MILLAN, Calenti; 'Gerontología y Geriatría', Madrid: Médica Panamericana, 2011

⁶ MILLAN, Calenti; 'Gerontología y Geriatría', Madrid: Médica Panamericana, 2011

⁷ MILLAN, Calenti; 'Gerontología y Geriatría', Madrid: Médica Panamericana, 2011



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



De acuerdo a una concepción general, de las personas mayores (aquellas cuya edad es mayor a 60 años), unos van a envejecer de acuerdo a lo esperado (envejecimiento fisiológico) mientras que otros van a presentar un estado de salud más frágil, resultado de la suma de elementos clínicos, sociales y funcionales (envejecimiento patológico) denominándose entonces geriátricos o ancianos frágiles, que van a ser los más necesitados de atención.

Los determinantes en el proceso de envejecimiento son los socio-económicos, hábitos y estilo de vida.⁸

La Gerontología es la ciencia que estudia el envejecimiento y todos los fenómenos asociados a éste, dividiéndose en tres ramas:

- 1) **Gerontología Social:** cuyo objetivo es el estudio de todos los aspectos socio-económicos y culturales que influyen en el envejecimiento.
- 2) **Gerontología Experimental:** referido a los aspectos de investigación que nos permitió avanzar en el conocimiento del envejecimiento.
- 3) **Gerontología Clínica:** que se refiere a todo lo que tiene que ver con la enfermedad, su prevención, su diagnóstico y la intervención terapéutica, incluida la rehabilitación y la readaptación social.⁹

En el proceso de envejecimiento contamos con una rama de la enfermería, la cual es **Enfermería Gerontológica** encargada en el cuidado del adulto mayor.

La enfermera aplica un método sistemático y organizado, valorando sus necesidades, limitaciones, recursos y posibilidades de funcionamiento autónomo, para de esta forma poder planificar actividades conjuntamente con el Adulto Mayor y su familia, que le permitan mantener o recuperar el mayor grado de independencia, evaluando los resultados de su intervención. De esta forma se desarrollan actividades de prevención de la enfermedad o problemas derivados teniendo en cuenta las situaciones de fragilidad en que se encuentran la mayoría de personas mayores, identificando situaciones de riesgo o bien el seguimiento de tratamientos en situaciones crónicas y la ayuda en el proceso de morir.

⁸ MILLAN, Calenti; 'Gerontología y Geriatria', Madrid: Médica Panamericana, 2011

⁹ MILLAN, Calenti; 'Gerontología y Geriatria', Madrid: Médica Panamericana, 2011



Estas actividades se llevaran a cabo con un equipo interdisciplinario para ofrecer y dar atención integral, definiendo y formulando su especificidad en la atención a las personas mayores, asumiendo el rol que le corresponde en cada circunstancia, intercambiando y aportando a los otros profesionales las opiniones, conocimientos y experiencias en cualquier ámbito de actuación.¹⁰

Desde el punto de vista de nuestra profesión nos parece importante tener en cuenta la **Teoría de OREM** que describe la Teoría general del Autocuidado, la cual relaciona tres subteorías:

- ✓ Teoría de autocuidado como actividad aprendida por los individuos, dirigida por las personas sobre sí mismas hacia los demás o hacia el entorno, en beneficio de su vida, salud o bienestar.
- ✓ Teoría de déficit de autocuidado en la que define como los individuos son sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.
- ✓ Teoría de sistemas de enfermería, en la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:
 - Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera/o cumple con el autocuidado terapéutico de la persona.
 - Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: La enfermera/o desarrolla algunas medidas de autocuidado para la persona compensando las limitaciones de autocuidado que ayuda al mismo.
 - Sistemas de enfermería de apoyo-educación: La enfermera/o regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado con las personas.

Uruguay cuenta con el **Programa Nacional del Adulto Mayor**, es uno de los países con una población más envejecida de las Américas donde el 13,4% es mayor de 60 años.

¹⁰ MILLAN, Calenti; 'Gerontología y Geriatría', Madrid: Médica Panamericana, 2011.



En el Adulto Mayor es importante fomentar la **Independencia** lo que se entiende como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

En el proceso de envejecimiento el Adulto Mayor puede presentar **dependencia**, definida según la OMS como "la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales".

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

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

Para determinar la Independencia funcional del Adulto Mayor se aplicó la Escala de Barthel.

La **Escala de Barthel** es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas.

Origen: El índice de Barthel fue publicado en 1965 por Mahoney y Barthel tras diez años de experiencia en su uso para valorar y monitorizar los progresos en la independencia en el autocuidado de pacientes con patología neuromuscular y/o musculoesquelética ingresados en hospitales de crónicos de Maryland (EE.UU).

Aplicabilidad: valora 10 ítems (comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, usar el retrete, trasladarse, deambular, escalones). Desarrollado en su origen en la rehabilitación de patología neuromuscular, cada ítem puntúa de forma ponderada según la relevancia que los autores otorgaron a cada actividad. Por ejemplo, la máxima puntuación otorgada al ítem del baño es 5, mientras que para la deambulación la puntuación máxima es 15. Sus autores pensaron que la



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



independencia en la deambulación era más importante para el conjunto de la independencia como un todo que la independencia en el baño.

El tiempo de cumplimentación es aproximadamente de 5 minutos, y la recogida de información es a través de observación directa y/o interrogatorio del Adulto Mayor.

Esta propiedad del índice de Barthel permite que la suma de las puntuaciones obtenidas en los diferentes ítems pueda representar la Independencia funcional de un individuo, lo que no ocurre con otras escalas donde todos los ítems tiene igual "peso específico".

La puntuación total varía entre 0 y 100 (90 para personas limitados en silla de ruedas). No es una escala continua, lo cual significa que una variación de 5 puntos en la zona alta de puntuación (más cercana a la independencia) no es semejante al mismo cambio en la zona baja (más cerca de la dependencia).

Grado de dependencia funcional	
< 20	dependencia total
20 – 35	dependencia grave
40 – 55	dependencia moderada
≥ 60	dependencia leve
100	Independiente

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

Utilidad: Estima la necesidad de cuidados personales y así poder organizar ayuda a domicilio.

En unidades geriátricas se encuentra dentro del protocolo de valoración geriátrica.

Como criterio de eficacia de los tratamientos.

Recientemente se ha comprobado que el índice de Barthel obtenido de un cuestionario complementado por el propio paciente tiene una alta correlación con los datos obtenidos de la entrevista a su cuidador.

Limitaciones: Detecta fácilmente cambios en personas con puntuaciones intermedias aunque presenta limitaciones para detectar cambios en situaciones extremas (próximas a 0 o a 100). Estos inconvenientes no son problemáticos en la práctica clínica pero es necesario tenerlos en cuenta en la investigación.



El contenido fundamental descansa en tareas dependientes de extremidades inferiores.

Las **actividades** de la vida diaria **instrumentales**, son aquellas acciones que necesitan de un objeto intermediario para su desarrollo con el fin de que el individuo presente un adecuado nivel de desempeño y competencia social. Son actividades más complejas que las Actividades Básicas y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal, se asocian tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y también implican interacciones difíciles con el medio.

Para determinar la Independencia instrumental del Adulto Mayor se aplicó las Escala de Lawton y Brody.

La **Escala de Lawton y Brody** mide el grado de independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Origen: fue publicada en 1969 desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para la población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar independencia instrumental.

La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente.

Su traducción al español se publicó en el año 1993

Aplicabilidad: Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y manejo de sus asuntos económicos) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente) . La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos.

Grado de dependencia instrumental	
0 – 1	dependencia total
2 – 3	dependencia severa
4 – 5	dependencia moderada
6 – 7	dependencia ligera
8	Independiente



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Utilidad: Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems.

Ha demostrado utilidad como método de valoración objetiva y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los Adultos Mayores como a nivel docente e investigador.

Detecta las primeras señales de deterioro del anciano.

Limitaciones: Las variables que se estudian están influidas por aspectos culturales y del entorno, por lo que es necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona; algunas actividades requieren ser aprendidas o requieren la presencia de elementos externos para su realización.

No todas las personas requieren la misma habilidad ante el mismo grado de complejidad y la puntuación de diversos parámetros de la escala puede reflejar ciertas situaciones sociales más que el verdadero grado de capacidad del individuo

Se considera una escala más apropiada para las mujeres (muchas de las actividades que mide la escala han sido realizadas tradicionalmente por ellas) pero también se recomienda su aplicación a los hombres aunque todavía están pendientes de identificar aquellas actividades instrumentales realizadas por ellos según los patrones sociales.

Para caracterizar la población se utilizó el instrumento **ETSA** (Estudio Transversal Socio – Demográfico) proporcionado por la Facultad de Enfermería, Cátedra de Salud del Adulto y Anciano.

Aplicamos estos instrumentos, mediante una **visita domiciliaria**, la cual entendemos como la consulta de enfermería realizada en el domicilio del usuario.

De acuerdo a Ramos Calero la Visita Domiciliaria se puede definir como "la base instrumental por excelencia, a través de la cual se presta la atención domiciliaria", es decir "el conjunto de actividades que tiene por objetivo proporcionar atención sanitaria al individuo y a la familia en su domicilio, de acuerdo con sus necesidades, asumiendo con ellos la corresponsabilidad del cuidado continuo e integral, en coordinación con los demás miembros del equipo y con otros servicios sanitarios y sociales".

En la visita domiciliaria utilizamos la técnica de **entrevista**, que se define como conversaciones con un individuo o individuos para obtener informaciones sobre su



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



experiencia y otros datos personales biográficos, sus actitudes y opiniones según Descriptor de Ciencias de la Salud (DeCS)¹¹.

También se utilizó la **Encuesta**, es la recolección sistemática de datos reales pertenecientes a salud y enfermedad de una población humana de un área determinada.

Objetivo y alcance de la encuesta: El objetivo de esta encuesta es conocer las actitudes y opiniones de las personas que participan de la investigación.

Criterios de inclusión: Los criterios de inclusión para la muestra de la encuesta poblacional fueron: ser AM residente en el área de estudio, haberse comprometido en campañas educativas y haber aceptado participar de la investigación.

Objeto de estudio y delimitación: El objeto de estudio fueron las AM y sus actitudes y opiniones de no usar.

Fuente de información de datos: Se fue a una encuesta con el objetivo de la formación de valores, informando sobre la investigación a realizar en los complejos habitacionales y edificios, suministrando información sobre cada de edificio.

Después se realizaron varias entrevistas, entrevistas a las AM residentes en los complejos habitacionales, entrevistas personalizadas mediante el consentimiento informado, se fueron al edificio CTSA que era donde se encontraba la población sociodemográficamente y las Escuelas de Artes y Oficios de Luján y Bello, que era donde se iba a la independencia laboral e institucional respectivamente.

Aspectos éticos de la investigación: El trabajo de investigación se encuentra dentro del plan de acción 1984 de la Facultad de Enfermería UDELAR, la Cátedra de Salud del Adulto y Anciano aprobó la utilización del instrumento ETSA. El consentimiento informado se obtuvo según lo establecido por la declaración de Helsinki y el consentimiento de la comunidad de los edificios de los complejos.

Uso de los datos de la encuesta: Los resultados fueron utilizados en todas las etapas de la investigación, desde la recolección de datos hasta la interpretación de los mismos. Se emplearon gráficos de barras para mostrar los resultados, para visualizar los resultados de acuerdo a los objetivos de la encuesta.

¹¹ <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/> 25/4/2013 14:17hs



METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, de corte transversal no probabilístico realizado en el periodo de tiempo comprendido entre el 6 y el 13 de mayo de 2013, en Montevideo.

- ✓ Universo de estudio: El universo de estudio, fueron Adultos Mayores residentes en dos complejos habitacionales de Montevideo.
- ✓ Selección y tamaño de muestra: residentes en complejos habitacionales y que aceptaron participar de la investigación.
- ✓ Criterios de inclusión: Los criterios de inclusión para la selección de la muestra poblacional fueron: ser AM (considerados por la OMS mayores a 60 años de edad), residentes en complejos habitacionales y que aceptaron participar de la investigación.
- ✓ Unidad de análisis y observación: el sujeto muestral fueron los AM q reúnan los criterios de inclusión.
- ✓ Para realizar la recolección de datos: se llevo a cabo un encuentro con el referente de la Comisión de Vecinos, informando sobre la investigación a realizar en los complejos habitacionales y solicitando autorización mediante una carta de notificación.
Luego se realizaron visitas domiciliarias, entrevistando a los AM residentes en los complejos habitacionales, solicitando autorización mediante el consentimiento informado, aplicando el instrumento ETSA que nos permitió caracterizar la población sociodemográficamente y las Escalas de Barthel, y Escala de Lawton y Brody; que nos permitieron medir la independencia funcional e instrumental respectivamente.
- ✓ Aspectos éticos de la investigación: El trabajo de investigación se encuentra dentro del plan de estudio 1993 de la Facultad de Enfermería, UDELAR. La Cátedra de Salud del Adulto y Anciano autorizó la utilización del instrumento ETSA. El consentimiento informado se utilizó, según lo establecido por la declaración de Helsinki (Anexo7) informándoles de la confidencialidad de los datos recogidos.
- ✓ Plan de análisis de los resultados: las variables fueron analizadas en tablas bivariadas representando frecuencia absoluta y relativa porcentual, de las variables propuestas. Se emplearon gráficos de tipo diagrama de barras simple y circular, para representar los resultados de acuerdo a los objetivos propuestos.

VARIABLES ESTUDIADAS EN LA POBLACIÓN OBJETIVO

• **Instrumento ETSA**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	NIVEL DE MEDICION
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer o en general.	Cualitativa Nominal	-Masculino. -Femenino.
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Cuantitativa Continua	60 a 74 75 a 90 >90
Estado Civil	Situación de pareja en que se encuentra el individuo.	Cualitativa Nominal	-Soltero. -Casado. -Unión libre. -Viudo. -Divorciado.
Nivel de Instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso de un individuo.	Cualitativa Ordinal.	-Analfabeto. -Primaria Incompleta. -Primaria Completa. -Secundaria Incompleta. -Secundaria Completa. -Terciaria Incompleta. -Terciaria Completa.
Cobertura Médica	Conjunto de prestaciones que ofrece un servicio de salud.	Cualitativa Nominal	-Pública. -Privada.
Carné del Adulto Mayor	Es una herramienta de registro de datos portátil, pensada en el usuario por su accesibilidad y de manejo fácil para los profesionales	Cualitativa Nominal	-Tiene. -No tiene.
Carné de Salud	Documento certificado de aptitud laboral, a través del cual se puede detectar patologías.	Cualitativa Nominal.	-Vigente. -No vigente.
Ejercicio Físico	Implica una actividad física planificada, estructurada y repetitiva, realiza con una meta, con frecuencia con el objetivo de mejorar o mantener la condición física de la persona.	Cualitativa Nominal.	-Sí. -No.
Presencia de hijos	Situación del individuo en lo que refiere a la presencia de hijos.	Cualitativa Nominal	-Sí. -No.
Accesibilidad de Emergencia Móvil	Alcance que presente el individuo de gozar con el beneficio de emergencia móvil.	Cualitativa Nominal.	-Sí. -No.

• **Escala de Barthel**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR
Comer	Capacidad que tiene el individuo de llevar alimentos a la boca e ingerirlos.	Cualitativa Ordinal	-Independiente. -Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. -Dependiente.
Lavarse	Capacidad que tiene el individuo de autorealizarse la higiene.	Cualitativa Ordinal	-Independiente (entra y sale solo del baño). -Dependiente.
Vestirse	Capacidad que tiene el individuo de cubrir el cuerpo con ropa.	Cualitativa Ordinal	-Independiente (capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos). -Necesita ayuda. -Dependiente.
Arreglarse	Capacidad que tiene el individuo de mejorar su aspecto físico.	Cualitativa Ordinal	-Independiente para lavarse la cara, manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. -Dependiente.
Deposiciones	Evacuación de materia fecal.	Cualitativa Ordinal	-Contiene. -Ocasionalmente (algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorio). Incontinente.
Micción	Acción de orinar.	Cualitativa Ordinal	-Contiene o es capaz de cuidarse la sonda. -Ocasionalmente (máximo un episodio de incontinencia en 24 horas, necesita ayuda para cuidar de la sonda). -Incontinente.
Usar el retrete	Acción de trasladarse al cuarto dotado de las instalaciones necesarias para evacuar el vientre.	Cualitativa Ordinal	-Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa. -Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo. -Dependiente.
Trasladarse	Acción de moverse de un lado a otro.	Cualitativa Ordinal	-Independiente para ir del sillón a la cama. -Mínima ayuda física o supervisión. -Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda. -Dependiente.
Deambular	Capacidad que tiene el individuo de andar, caminar sin dirección determinada.	Cualitativa Ordinal	-Independiente, camina solo 50 metros. -Necesita ayuda física para caminar 50 metros. Independiente en silla de ruedas sin ayuda. Dependiente.
Subir escalones	Capacidad que tiene el individuo de subir o bajar escalones.	Cualitativa Ordinal	-Independiente para subir y bajar escaleras. Necesita ayuda física o supervisión. -Dependiente.

• **Escala de Lowton y Brody**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES
Usar el teléfono	Capacidad que tiene el individuo para utilizar el teléfono.	Cualitativa Ordinal	-Utiliza el teléfono por iniciativa propia. -Es capaz de marcar bien algunos números familiares. Es capaz de contestar el teléfono pero no de marcar. -No utiliza el teléfono.
Hacer compras	Capacidad que tiene el individuo para realizar compras.	Cualitativa Ordinal	-Realiza todas las compras necesarias independientemente. -Realiza independientemente pequeñas compras. - Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra. -Totalmente incapaz de comprar.
Preparación de la comida	Capacidad que tiene el individuo para la preparación de alimentos.	Cualitativa Ordinal	-Organiza, prepara y sirve la comida por sí solo adecuadamente. -Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporciona los ingredientes. -Prepara, calienta y sirve las comidas pero no sigue una dieta adecuada. -Necesita que le preparen y sirvan las comidas.
Cuidado de la casa	Capacidad que presenta el individuo para realizar cuidados en su hogar.	Cualitativa Ordinal	-Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados). -Realiza tareas ligeras, como llevar los platos o hacer las camas. Realiza tarea ligera, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza. -Necesita en todos los labores de la casa. - No participa en ninguna labor de la casa
Lavado de la ropa	Capacidad que presenta el individuo para realizar la higiene de su vestimenta.	Cualitativa Ordinal	-Lava por sí solo toda su ropa. -Lava por sí solo pequeñas prendas. -Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro individuo.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Uso de medio de transporte	Capacidad que tiene el individuo de trasladarse de un lugar a otro por medio del uso de un transporte.	Cualitativa Ordinal	-Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche. -Es capaz de viajar en taxi pero no usa otro medio de transporte. -Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona. -Utiliza el taxi u otro automóvil solo con ayuda de otros. -No viaja.
Responsabilidad con respecto a su medicación	Capacidad que presenta el individuo de cumplir con su tratamiento medicamentoso.	Cualitativa Ordinal	-Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas. -Toma su medicación si la dosis es preparada previamente. -No es capaz de administrarse su medicación.
Manejo de sus asuntos económicos	Capacidad que presenta un individuo de administrar sus ingresos económicos.	Cualitativa Ordinal	-Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo. -Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos, etc. -Incapaz de manejar dinero.

RESULTADOS

Tabla y grafico n°1 Distribución de la población según sexo.

SEXO	FA	FR%
Femenino	40	82%
Masculino	9	18%
N	49	100%

Fuente: Instrumento ETSA. Periodo 6-13 mayo 2013

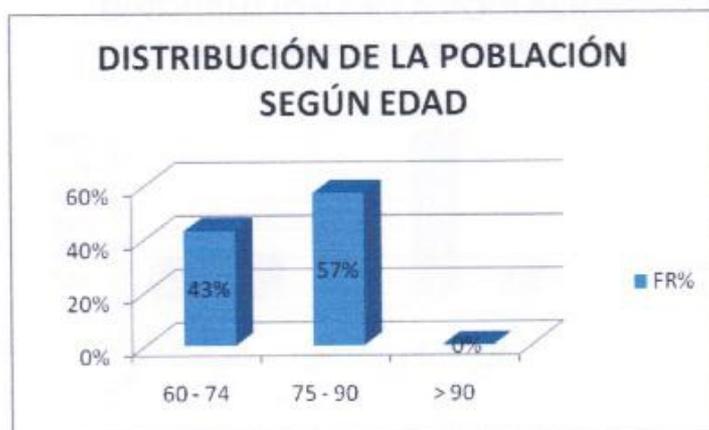


El análisis de esta variable permite concluir que de la muestra estudiada el 82% son mujeres.

Tabla y grafico n°2 Distribución de la población según edad.

EDAD	FA	FR%
60 – 74	21	43%
75 – 90	28	57%
> 90	0	0%
N	49	100%

Fuente: Instrumento ETSA. Periodo 6-13 mayo 2013



La edad predominante fue con un 57% entre 75 y 90 años.

Tabla y grafico n°3 Distribución de la población según estado civil.

ESTADO CIVIL	FA	FR%
Soltero/a	6	12%
Casado/a	7	14%
Unión libre	4	8%
Viudo	28	58%
Divorciado	4	8%
N	49	100%

Fuente: Instrumento ETSa. Periodo 6-13 mayo de 2013.



En cuanto al estado civil el 58% de la población son viudos.

Tabla y grafico n°4 Distribución de la población según presencia de hijos.

PRESENCIA DE HIJOS	FA	FR%
Si	36%	73%
No	13%	27%
N	49%	100%

Fuente: Instrumento ETSA. Periodo 6-13 mayo 2013



El 73% de la población tiene hijos.

Tabla y grafico n°5 Distribución de la población según convivencia

CONVIVENCIA	FA	FR%
Solo	25	51%
Acompañado	24	49%
N	49	100%

Fuente: Instrumento ETSA. Periodo 6-13 mayo 2013



El 51% de la población vive solo.

Tabla y grafico n°6 Distribución de la población según nivel de instrucción:

NIVEL DE INSTUCCIÓN	FA	FR%
Analfabeto	0	0%
Primaria incompleta	11	23%
Primaria completa	30	61%
Secundaria Incompleta	3	6%
Secundaria completa	4	8%
Terciaria incompleta	0	0%
Terciaria completa	1	2%
N	49	100%

Fuente: Instrumento ETSA. Periodo 6-13 mayo 2013

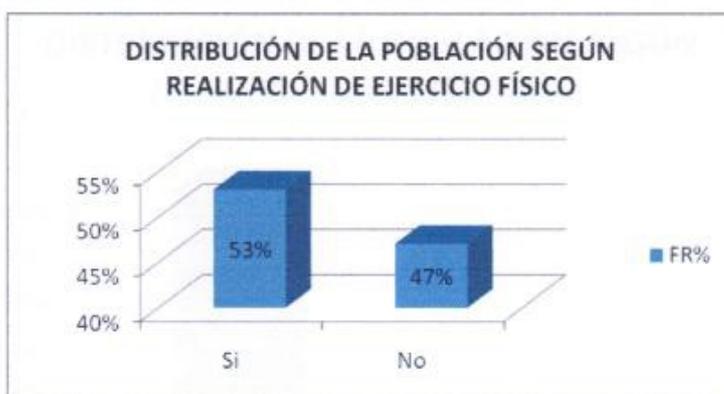


El 61% de la población presenta primaria completa cabe destacar un 0% de adultos mayores analfabetos.

Tabla y grafico n°7 Distribución de la población según ejercicio físico:

EJERCICIO FISICO	FA	FR%
Si	26	53%
No	23	47%
N	49	100%

Fuente: Instrumento ETSA. Periodo 6-13 mayo 2013



El 53% de la población realiza ejercicio físico.

Tabla y grafico n°8 Distribución de la población según cobertura médica:

COBERTURA MÉDICA	FA	FR%
Sí	49	100%
No	0	0%
N	49	100%

Fuente: Instrumento ETSA. Periodo 6-13 mayo 2013



El 100% de la población cuenta con cobertura medica.

Tabla y grafico n°9 Distribución de la población según emergencia móvil:

EMERGENCIA MOVIL	FA	FR%
Si	34	69%
No	15	31%
N	49	100%

Fuente: Instrumento ETSA. Periodo 6-13 mayo 2013

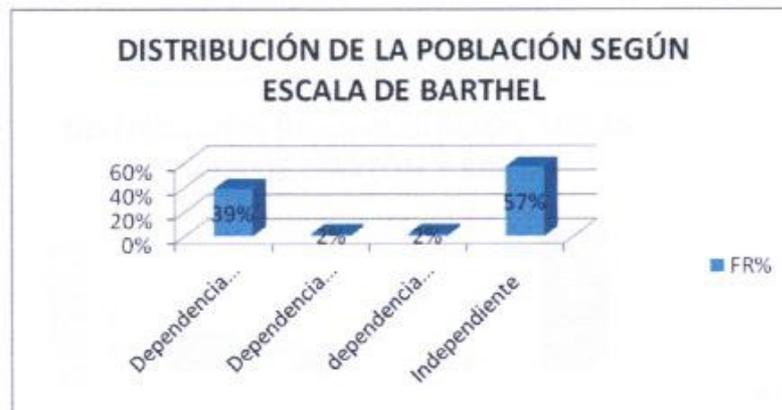


El 69% de la población cuenta con emergencia móvil.

Tabla y grafico n°10 Distribución de la población según Escala de Barthel:

ESCALA DE BARTHEL	FA	FR%
Dependencia leve	19	39%
Dependencia moderada	1	2%
dependencia severa	1	2%
Independiente	28	57%
N	49	100%

Fuente: Escala de Barthel. 6 – 13 mayo de 2013



El 57% de la población es funcionalmente independiente.

Tabla y grafico n°11 Distribución de la población según Escala de Lawton y Brody:

ESCALA DE LAWTON Y BRODY	FA	FR%
Dependencia ligera	8	16%
Dependencia severa	2	4%
Dependencia total	1	2%
Independiente	38	78%
N	49	100%

Fuente: Escala de Lawton y Brody. 6 – 13 mayo de 2013



El 78% de la población son instrumentalmente independientes.



ANÁLISIS DE LOS DATOS

Nuestra muestra poblacional fueron 49 Adultos Mayores, el sexo predominante fue con el 82% el sexo femenino, lo que se relaciona con el Programa Nacional de Adulto Mayor, el cual establece un predominio del sexo femenino con un 58% y el sexo masculino con un 42%.

En cuanto al rango de edades el 57% de la población estudiada, se encuentra entre 75 y 90 años; coincidiendo con los datos establecidos por el Programa Nacional del Adulto Mayor en donde menciona, que el subgrupo que crece aceleradamente es el de adultos mayores de más de 75 años de edad.

En relación al estado civil encontramos que el 58% de la población son viudos, el 14% casado/a.

En dicha población el 73% de los mismos tienen hijos; en lo que refiere a la convivencia el 51% de la población vive solo/a mientras que el 49% convive con otra persona.

En lo que respecta al nivel de instrucción, el 61% de la población de Adultos Mayores cuenta con primaria completa, no se encontraron Adultos mayores analfabetos.

En cuanto a la realización de ejercicio físico, tomando como referencia actividades de mínimamente 30 minutos (caminar, concurrir al gimnasio, etc.) el 53% de la población realiza actividad física, lo que supera nuestra media poblacional. Consideramos este dato como muy valioso desde el punto de vista preventivo, para mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares, la salud ósea y funcional, y reducir el riesgo de depresión y deterioro cognitivo.

En cuanto a la cobertura médica el 100% de la población cuenta con cobertura médica; el 71% cuenta con servicio de emergencia móvil.

Según la Escala de Barthel, la cual se utilizó para medir la independencia funcional, se destaca de la población que el **57% son independientes**, el 39% dependiente leve.

Aplicando la Escala de Lawton y Brody que se utilizó para medir la independencia instrumental, encontramos que el **78% de la población son independientes**, un 16% presenta dependencia ligera.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



En lo que concierne al carné del Adulto Mayor, el cual cuenta con información básica e importante; siendo de utilidad en casos de emergencia en relación a su proceso salud - enfermedad; se destaca que el 76% cuenta con el mismo.



CONCLUSIONES

Los objetivos planteados por el equipo investigador fueron alcanzados, logrando evidenciar estadísticamente los Adultos Mayores que presentan independencia funcional e instrumental de la muestra poblacional.

Se logro caracterizar a la población a través del instrumento ETSA socio – demográficamente para la investigación; mientras que los datos epidemiológicos no fueron utilizados pero formaran parte de la base de datos de la Cátedra de Salud del Adulto y Anciano.

En lo que refiere a las variables sexo y edad encontramos una relación entre los datos estadísticos brindados por el Programa del Adulto Mayor y nuestra investigación.

A modo de observación encontramos que la directora del Programa Nacional del Adulto Mayor es una Licenciada en Enfermería, lo que nos impulsa como futuros profesionales a continuar desarrollando estrategias de cuidados dirigidos a los adultos mayores con dependencia funcional e instrumental.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



SUGERENCIAS

Como futuros profesionales en el área de la salud y dado que nos encontramos presentes en todas las etapas del ciclo vital, consideramos tener una participación importante en programas dirigidos a Adultos Mayores, detectando de forma anticipada situaciones que pongan en riesgo la mantención de su independencia funcional e instrumental, haciendo énfasis en sus necesidades y problemas.

Poniendo como estrategia el autocuidado e incorporar aquellos Adultos Mayores que presentan algún grado de dependencia, manteniendo las actividades que pueden realizar y fomentar la rehabilitación, ya que de nuestra investigación se desprende un porcentaje importante de estos Adultos Mayores.

Sugerimos continuar desarrollando líneas de investigación que evidencien estadísticamente el proceso de envejecimiento de nuestros Adultos Mayores para planificar y ejecutar cuidados de enfermería, que permitan un envejecimiento activo y saludable.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENIA, W; REYES, I; 'Temas de Salud Pública'. 1ra Ed. Montevideo; FEFMUR 2008.

BURKE, M; WALSH, M; 'Enfermería Gerontológica' 2da Ed. Madrid: Mosby – Year Book, 1998.

COSTABEL, M; 'Manual de Guías Didácticas' Montevideo; FEFMUR, 2011.

DORIS, C; MAXINE, P; 'Tratado de Enfermería Geriátrico' México: Mc Grow – Hill, 1986.

KETZOIAN, C; 'Estadística Médica'. Montevideo; FEFMUR, 2004.

MILLAN, Calenti; 'Gerontología y Geriátrica', Madrid: Médica Panamericana, 2011. Pág. 1 – 3; 9 – 13.

PINEDA, E; 'Metodología de la Investigación' 3ra. Ed. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2008.

SAMPIERI, R; COLLADO, C; Lucio, P; 'Metodología de la Investigación' México: Mc Grow – Hill, 1991.

COCHRAN, W; 'Técnicas de muestreo' México: Continental, 1980 Pág. 56



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Sitios web:

<http://www.meiga.info/escalas/ESCALADELAWTONYBRODY.pdf> 6/4/2013 22:00hs

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004

7/4/2013 18:30

<http://www.ine.gub.uy/> 5/4/2013 14:00hs

<http://www.esucar.cl/download/DOCENCIA/ATENCION%20AL%20PUBLICO/LA%20>

[ENTREVISTA.pdf](#) 11/4/2013 15:45hs

<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/> 25/4/2013 14:17hs

<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2957s/18.html> 24/5/14 hora 18:00.



Anexos

Anexo 1

Carta de notificación



CARTA DE NOTIFICACION

Montevideo, mayo de 2013

A quien corresponda

Miembros de prescriptores, enfermeras y técnicos de enfermería que conforman un grupo de 5 facultarios pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Catedra de Salud del Adulto y Anciano. En esta oportunidad por invitación realizada el Trabajo de Investigación Final a cargo de la Titular Prof. Mg. Cristina Casco, denominada "Independencia funcional e instrumental de una población de Adultos Mayores residentes en complejo turístico de Montevideo" en el período de tiempo comprendido entre el 13 de mayo de 2013, a partir y supeditado por la Catedra de Salud del Adulto y Anciano.

El fin de la presente es notificar a los señores investigadores en el Complejo turístico y en el período de tiempo comprendido entre el 13 de mayo de 2013, a partir y supeditado por la Catedra de Salud del Adulto y Anciano.

Anexo 1

Carta de notificación

Saluda atentamente

Profesores de la Facultad de Enfermería



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



CARTA DE NOTIFICACION

Montevideo, mayo de 2013

A quien corresponda:

Mediante la presente nos dirigimos a ustedes con el fin de informarles que somos un grupo de 5 estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería cursando la carrera Licenciatura en Enfermería, en esta oportunidad nos encontramos realizando el Trabajo de Investigación Final a cargo de la Tutora Prof. Adj. Cristina Camejo denominado "Independencia funcional e instrumental de una población de Adultos Mayores residentes en complejos habitacionales de Montevideo, en el periodo de tiempo comprendido entre el 6 al 13 de mayo de 2013." propuesto y autorizado por la Cátedra de Salud del Adulto y Anciano.

El fin de la presente es informarles que realizaremos dicha investigación en el Complejo presente en el periodo comprendido entre el 6 y 13 de mayo de 2013 aproximadamente.

Consentimiento informado

Saluda atentamente

Estudiantes de la Facultad de Enfermería



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, he sido informado por los
Catedráticos de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, que cursan
la carrera de Licenciatura en Enfermería por el Seminario el Trabajo de
Investigación Final a cargo de los Titulares Prof. Drs. Miriam Costabile y Prof. Dr.
Gabriel Casella, denominado "Independencia funcional e itinerarios de vida
de personas de Adultos Mayores residentes en complejos habitacionales de
Montevideo, en el período de tiempo comprendido entre el 1 al 31 de mayo de 2014",
expresado y autorizado por la Cátedra de Salud del Adulto y Anciano.

1. Consentimiento informado de la persona participante en la investigación
2. Permiso de la Universidad de la República para utilizar el
número de identificación de la persona participante en la investigación

Consentimiento informado

Catóna, 10 de mayo de 2014

Enfermería Facultad de Enfermería

Firma: _____

Apellido: _____



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ he sido informado/a por los Estudiantes de la Universidad de la Republica, Facultad de Enfermería, que cursan la carrera de Licenciatura en Enfermería, que desarrollaran el Trabajo de Investigación Final a cargo de las Tutoras Prof. Mg Miriam Costabel y Prof. Adj. Cristina Camejo, denominado "Independencia funcional e instrumental de una población de Adultos Mayores residentes en complejos habitacionales de Montevideo, en el periodo de tiempo comprendido entre el 6 al 13 de mayo de 2013." propuesto y autorizado por la Cátedra de Salud del Adulto y Anciano.

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar dando la información necesaria para la realización de dicho trabajo.
2. Permito que los estudiantes de la Facultad de Enfermería utilicen la información recabada manteniendo el anonimato de mi identidad.
3. He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier etapa de la investigación.

Saluda atentamente

Estudiantes Facultad de Enfermería

Fecha: _____

Firma: _____



Escala de Barthel

El presente es un instrumento de medida que permite evaluar el grado de independencia funcional de una persona en actividades de la vida diaria.

Item	Descripción de la actividad	Puntuación
1	Alimentarse	5
2	Transferencia de peso	5
3	Comodidad	5
4	Transferencia de peso	5
5	Transferencia de peso	5
6	Transferencia de peso	5
7	Transferencia de peso	5
8	Transferencia de peso	5
9	Transferencia de peso	5
10	Transferencia de peso	5
11	Transferencia de peso	5
12	Transferencia de peso	5
13	Transferencia de peso	5
14	Transferencia de peso	5
15	Transferencia de peso	5
16	Transferencia de peso	5
17	Transferencia de peso	5
18	Transferencia de peso	5
19	Transferencia de peso	5
20	Transferencia de peso	5
21	Transferencia de peso	5
22	Transferencia de peso	5
23	Transferencia de peso	5
24	Transferencia de peso	5
25	Transferencia de peso	5
26	Transferencia de peso	5
27	Transferencia de peso	5
28	Transferencia de peso	5
29	Transferencia de peso	5
30	Transferencia de peso	5
31	Transferencia de peso	5
32	Transferencia de peso	5
33	Transferencia de peso	5
34	Transferencia de peso	5
35	Transferencia de peso	5
36	Transferencia de peso	5
37	Transferencia de peso	5
38	Transferencia de peso	5
39	Transferencia de peso	5
40	Transferencia de peso	5
41	Transferencia de peso	5
42	Transferencia de peso	5
43	Transferencia de peso	5
44	Transferencia de peso	5
45	Transferencia de peso	5
46	Transferencia de peso	5
47	Transferencia de peso	5
48	Transferencia de peso	5
49	Transferencia de peso	5
50	Transferencia de peso	5
51	Transferencia de peso	5
52	Transferencia de peso	5
53	Transferencia de peso	5
54	Transferencia de peso	5
55	Transferencia de peso	5
56	Transferencia de peso	5
57	Transferencia de peso	5
58	Transferencia de peso	5
59	Transferencia de peso	5
60	Transferencia de peso	5
61	Transferencia de peso	5
62	Transferencia de peso	5
63	Transferencia de peso	5
64	Transferencia de peso	5
65	Transferencia de peso	5
66	Transferencia de peso	5
67	Transferencia de peso	5
68	Transferencia de peso	5
69	Transferencia de peso	5
70	Transferencia de peso	5
71	Transferencia de peso	5
72	Transferencia de peso	5
73	Transferencia de peso	5
74	Transferencia de peso	5
75	Transferencia de peso	5
76	Transferencia de peso	5
77	Transferencia de peso	5
78	Transferencia de peso	5
79	Transferencia de peso	5
80	Transferencia de peso	5
81	Transferencia de peso	5
82	Transferencia de peso	5
83	Transferencia de peso	5
84	Transferencia de peso	5
85	Transferencia de peso	5
86	Transferencia de peso	5
87	Transferencia de peso	5
88	Transferencia de peso	5
89	Transferencia de peso	5
90	Transferencia de peso	5
91	Transferencia de peso	5
92	Transferencia de peso	5
93	Transferencia de peso	5
94	Transferencia de peso	5
95	Transferencia de peso	5
96	Transferencia de peso	5
97	Transferencia de peso	5
98	Transferencia de peso	5
99	Transferencia de peso	5
100	Transferencia de peso	5

Anexo 3

Escala de Barthel



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Escala de Barthel:

Anotar, con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación personal del paciente, respecto a estas 10 preguntas de actividad básica de la vida diaria		
Ítem	Actividad básica de la vida diaria	Puntos
Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente	0
Deposiciones*	Continente	10
	Ocasionalmente, algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinente	0
Micción*	Continente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24 h, necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinente	0
Usar el retrete	Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión	10
	Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 m	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para subir y bajar escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión	5
	Dependiente	0
Total:		
*Micción y deposición: valorar la semana previa. Máxima puntuación: 100 puntos (90 en caso de ir con silla de ruedas). Resultado: < 20 dependiente total. 20-35 dependiente grave. 40-55 dependiente moderado. ≥ 60 dependiente leve. 100 = independiente.		



Escala de Lawton y Brody

Anexo 4

Escala de Lawton y Brody



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Escala de Lawton y Brody

Anotar, con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividad instrumental de la vida diaria

Escala de actividad instrumental de la vida diaria	Puntos
Capacidad para usar el teléfono: Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono	0
Hacer compras: Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa: Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa: Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte: Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja	0
Responsabilidad respecto a su medicación: Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos: Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos, etc.	1
Incapaz de manejar dinero	0
Total	

Máxima dependencia: 0 puntos 8 puntos: Independencia total.



Anexo 5

ETSA (Estudio Transversal
Socio - Demográfico)



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION**



**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

DATOS DEL ENTREVISTADO

Nombre:	C.I.:
---------	-------

Indique el dato que corresponda:													
Montevideo			Interior			Barrio			Manzana/Solar		Calle		Número
Fecha entrevista						Número de visitas							
Sexo		Edad		Trabaja		Tipo Ocupación Anterior			Tipo Ocupación Actual			Jubilado	Pensionista
F	M												
Tiene hijos									Si		No		
Con quien vive													
Solo			Cónyuge			Hijo/a			Nieta		Otros		
Nivel de educación			Primaria completa			Secundaria completa			Terciaria completa				
Cobertura médica			Si			No							
Servicio de emergencia móvil													
Inmunización vigente			Si			No			No sabe				
Vacunas			Si			No			Neumococo		Antigripal	Antitetánica	
Estado Civil													
Soltero			Casado			Divorciado			Viudo		Unión Libre		
Mayor de 65 años			Si			No			Carnet de salud de adulto mayor			Si	No

Antecedentes Familiares

Padres fallecidos por enfermedad cardiovascular				Si		No		No sabe	
Edad al fallecer		Padre		Madre		Tíos			

	Obesidad			Tabaquismo			Sedentarismo			Estrés			Diabetes			Hipertensión Arterial			Dislipemia			
	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	
Si																						
No																						

Antecedentes Personales

Factores de riesgo modificables								
	Obesidad	Tabaquismo	Sedentarismo	Estrés	Diabetes	Hipertensión Arterial	Dislipemia	Enfermedades Respiratorias
Si								
No								



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION**



**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

I) FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR (C.V.)

Patologías (si es portador de estas patologías marque con una X lo correspondiente)

	Se controla		Toma medicación		Nombre el fármaco
	Si	No	Si	No	
Hipertenso					
Diabético					
Obeso					
Hipercolesterolemia					

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Estilo de vida - Hábitos Alimenticios

	Si	No	Todos los días	3 veces/semana	1 vez al mes
Consumo carnes rojas					
Consumo pollo					
Consumo cerdo o derivados					
Consumo pescado					

Realiza ejercicio físico

	Si	No	Diariamente	3 veces/semana	Cant. minutos
Bicicleta					
Concurre al gimnasio					
Camina					
Corre					
Otro tipo de actividad					

	Si	No	Hiposódico	Le agrega sal	Normal
Come con sal					

	Si	No	Diariamente	3 veces/semana	1 vez al mes
Come comida rápida (pizza, hamburguesas, etc.)					
Consumo comidas elaboradas (embutidos, ya preparadas, etc.)					

Actividad laboral

	Si	No
Trabajo rural		
Trabajo con productos químicos (anilinas, barniz, cadmio)		

CONTROL MÉDICO

	Si	No	6 meses	2 años
Tiene carnet de salud vigente				

Realiza control médico		Preventivo	Rutina
Cardiología	Si No Geriátrica Si No Medicina Gen. Si No Otros		



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION**



**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

Exámenes	Control P/A (1)	ECG (2)	ECOCAR (3)	HOLTER (4)	Otina (5)	ECO. Ap. Ultrasonio (6)	Dopler de vasos de cuello (7)	Sangre (8)	R. TX. (9)	Alergado (mg r ²)
Si										
No										

	Si	No	Cada cuanto
Examen ginecológico			
Papanicolaou (PAP)			
Ecografía ginecológica			
Colposcopia			
Ecografía Transvaginal			
Mamografía			
Eco de mama			

Presenta alguno de estos síntomas (marque el dato afirmativo)	Si	No
Confusión repentina, dificultad al hablar o del entendimiento del habla		
Dificultad repentina para ver en uno o en ambos ojos		
Dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida del equilibrio o de la coordinación		
Dolores de cabeza fuertes, repentinos y sin causa conocida		
Visión doble		
Somnolencia		
Otros		

EXÁMEN FÍSICO

	Valor	Fecha
Talla		
Peso		
IMC		
Perímetro de la cintura		
Cifra de glucemia		
Cifra de colesterol total		
P/A	Valor último	

Realizar escalas de adulto mayor (mayor de 65 años)		
Pfeiffer		Lawton y Brody



**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

II) FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

Antecedentes Personales CÁNCER DE BOCA

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes Familiares				Padres fallecidos Enf. A. Digestivo			
Si		No		Si		No	

Antecedentes Familiares

Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No	No sabe

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Consumo alcohol		Frecuencia		Fumador		Cuentos cigarrillos diarios	
Si	No	1 vaso diario (70 cm ³)	Más de 70 cm ³	Si	No		

Mala higiene bucal		Uso de prótesis		Alto consumo de hidratos de carbono	
Si	No	Si	No	Si	No

Observaciones

Antecedentes Personales CÁNCER DE ESÓFAGO

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes Familiares				Padres fallecidos			
Si		No		Si		No	

Antecedentes Familiares

Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No	Antecedentes Familiares	
							Si	No	Si	No

Acalasia

Radioterapia previa

Esofagitis Cáustica

Divertículos esofágicos

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Presenta ud. reflujo gastro esofágico

Observaciones

Consumo de alimentos muy calientes

EXÁMEN SÍNTOMAS

Síntomas (marque Si o No)	Si	No	A veces
Disfagia para sólidos			
Retención para líquidos			
Hemorragia digestiva			
Diarrea o estreñimiento			
Dolor precordial			
Pérdida de peso			
Tos			
Disfonía			



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION**



**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

Antecedentes Personales CÁNCER DE ESTÓMAGO E INTESTINO

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES									
Antecedentes Familiares					Padres fallecidos				
Si		No			Si		No		
Infección por <i>Helicobacter pylori</i>		Anemia megaloblástica o perniciosa (causada por la deficiencia de vitamina B12)			Gastritis aguda o crónica				
Si		No			Si		No		
Antecedentes Familiares									
Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No	Quien
Tiene sangre tipo A			Si			No			
Cáncer de estómago			Si			No			
Cirugía previa del estómago			Si			No			
Cáncer de colon no polipósico			Si			No			
Poliposis familiar Adenomatosa			Si			No			
Observaciones									

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES		
Consumo una dieta que incluye:	Si	No
Cantidades elevadas de alimentos carnes y pescados curados con sal		
Alimentos con alto contenido de almidón y con poca fibra		
Vegetales en vinagre		
Alimentos y bebidas que contienen nitratos y nitritos (acelga, lechuga, sin 3 veces lavados)		
El abuso del tabaco		
El abuso del alcohol		
Exposición a factores ambientales como polvos y vapores en el lugar de trabajo		

EXÁMEN SÍNTOMAS		
Síntomas (marque Si o No)	Si	No
Malestar o dolor en el abdomen		
Náuseas y vómitos		
Diarrea o estreñimiento		
Pesadez abdominal después de las comidas		
Pérdida del apetito		
Fatiga y debilidad		
Vómitos con sangre o sangre en las heces		



**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

III) FACTORES DE RIESGO PARA PATOLOGÍA DE PROSTATA - CP (Cáncer de próstata)

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes de patologías neoplásicas		Raza Negra		Antecedentes Familiares de C.P.	
Si	No	Si	No	Si	No

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Actividad física		Actividad sexual		Dieta		Hábitos: Tabaquismo/Alcohol	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Obesidad

Peso (kg)	Talla ²	IMC>25

EXÁMENES PREVENTIVOS A PARTIR DE LOS 40 AÑOS

	Si	No
Control con Urologo 1 vez al año		
PSA (Antígeno prostático específico)		
Tacto rectal		

PRESENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

	Si	No
Hematuria		
Disuria		
Nicturia		
Trastornos en la micción (dificultad en inicio, chorro débil, entrecortado, micción prolongada, urgencia)		
RAO		
Polaquuria		
Incontinencia		

IV) FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE MAMA

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

	Si	No
Menarca precoz		
Antecedentes familiares de cáncer de mama		
Nulípara		



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

V) FACTORES DE RIESGO DE LA PIEL

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

			Antecedentes Familiares		Padres fallecidos	
	Si	No	Si	No	Si	No
Cáncer de cualquier origen						
Piel blanca						
Piel negra						
Piel asiática						
Tiene protuberancias o manchas que cambien de color, duelan o sangren			Si	No		

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

	Si	No
Exposición al medio ambiente		
Horas de exposición al sol a horas inapropiadas		
Uso de sombra como protección		
Exposición a RX ej: laborales		
Exposición a sustancias químicas		
Tiene en cuenta el índice de radiación ultravioleta		

VI) FACTORES DE RIESGO OFTALMOLÓGICO

FACTORES DE RIESGO

	Si	No
Presenta signos y síntomas de disminución de la visión		
Antecedentes Familiares patología ocular		
Antecedentes Personales patología ocular (aclare cual)		
Antecedentes Familiares patologías crónicas		
Cirugías oculares previas		
Uso lentes (registre Artigmatismo - Presbicia - Miopía)		
Trabajo donde se expongan los ojos o tengan riesgo o mucho esfuerzo visual		
Tratamos peri oculares y oculares (anteriores)		
	Especifique cuales:	
Ingesta de medicamentos (Amiodarona, Isotretinoín, Sumatripan, Cloridina, etc.)		
Alergias y hospitalizaciones	Si	No
Última consulta	Fecha	
Otros datos		



Anexo 6

Programa del Adulto Mayor

PROGRAMA NACIONAL
DEL
ADULTO MAYOR

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD
DIVISIÓN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA
ESTRATEGIA 2005-2011



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Dr. Jorge Russo
Director de División Salud de la Población
Dr. Marcelo Piroch
PROGRAMA NACIONAL
Directora del Programa del Adulto Mayor
Lic. Enf. Luciana Luaces
DEL
ADULTO MAYOR

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD
DIVISIÓN SALUD DE LA POBLACIÓN
URUGUAY 2005 - 201



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Ministra de Salud Pública

Dra. María Julia Muñoz

Subsecretario de Salud Pública

Dr. Miguel Fernández Galeano

Director General de la Salud

Dr. Jorge Basso

Director de División Salud de la Población

Dr. Manuel Bianchi

Coordinador del Área Programática.

Dr. José Pereira.

Directora del Programa Nacional del Adulto Mayor

Lic. Enf. Eugenia De Marco



Programa Nacional Adulto Mayor

Participaron en la elaboración del programa:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA:

DIGESA:

División Salud de la Población - Programa Nacional del Adulto Mayor

ASSE:

Hospital Centro Geriatrico Piñeyro del Campo Red de Atención del
Primer Nivel

INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO:

División Salud Servicio de Atención a la Salud Secretaría del Adulto
Mayor



INTRODUCCION

La salud y las políticas socio - sanitarias son una prioridad en el cambio de modelo de atención. Las mismas estarán sustentadas en la calidad, accesibilidad y equidad, haciendo realidad un modelo de atención integral y fortalecimiento del primer nivel de atención.

En esta dirección el Programa Nacional del Adulto Mayor procura incorporar el concepto de mejora de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores, esto significa que se debe garantizar a todos ellos una vida digna, plena y participativa, mediante el desarrollo de un programa que fomente todas las áreas que se vinculan con la salud, promoviendo hábitos de vida saludables.

Como forma de permitir una mejor identificación de las acciones y las respuestas, se ha diseñado un plan acción que identifique los problemas, de forma que los objetivos permitan crear respuestas aplicables y evaluables.



JUSTIFICACION

La ancianidad se presenta como un fenómeno social que avanza en forma silenciosa, constante e irreversible, invadiendo todos los campos de la estructura global de la sociedad.

El ciudadano Adulto Mayor es un actor social, al igual que las personas de otros grupos etarios, con capacidades para aportar y con necesidades propias.

La salud de las personas adultas mayores, exige un enfoque intersectorial guiado por instrumentos normativos y jurídicos, fundamentado en la investigación y apoyado en recursos humanos competentes y servicios de salud sensibles a sus necesidades específicas.

Es necesario fortalecer la capacidad del sector salud en materia de atención primaria para proporcionar una gama continua de servicios a lo largo de la vida. La estrategia de Atención Primaria de Salud, el cambio de modelo de atención y el fortalecimiento del primer nivel de atención, constituyen aspectos sustanciales de esta política.

Es necesario reforzar las capacidades de las personas adultas mayores como un recurso para el desarrollo de ambientes sanos, favorecer la creación de una infraestructura para el apoyo de los miembros de la familia de las personas de edad, el desarrollo de alternativas comunitarias para las prestaciones institucionales y la promoción de programas intergeneracionales.

Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos de Las Américas con un 17% de su población mayor de 60 años, de los cuales el 13,4 % es mayor de 65 años. Dentro de ellos el subgrupo que crece más aceleradamente es el de mayores de 75 años (envejecimiento del envejecimiento), es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía. El 94% de las personas mayores de 60 años reside en la comunidad y casi la mitad (47%) se concentran en Montevideo, alcanzando este grupo el 19 % de la población capitalina.

Para el año 2025, las proyecciones prevén que esta población alcance el 20% y que los mayores de 75 años constituirán el 40% del grupo etario (375.000 individuos).

Los mayores de 80 años ya constituyen 3% de esta población, superan la media de la región del Cono Sur y los centenarios ya constituyen un grupo que supera los 400 individuos en todo el territorio nacional.

La mayor parte de esta población son personas autoválidos y socialmente integradas. Casi 90% reside en medios urbanos, su escolaridad promedio alcanza el nivel de primaria en más del 60% y secundaria en un 28%. Más del 80% tiene pensiones o jubilación pero éstas no



siempre alcanzan a satisfacer las necesidades de atención y cuidados que requieren. Un porcentaje creciente de adultos mayores carece de ingresos de pensiones contributivas en tanto proceden del sector de trabajo informal o trabajo precario, no generando derechos a beneficios sociales hasta muy añosos (pensión a la vejez) o cuando tienen una discapacidad severa.

Junto al previsible aumento de demanda de cuidados, han ocurrido una serie de cambios sociales, especialmente en la estructura familiar entre los que se destaca la incorporación de la mujer al mundo laboral y con ello la mengua de un recurso tradicional destinado a la atención de los más vulnerables. La reducción de entorno familiar y con ello de la red capaz de cuidar en situación de enfermedad o dependencia se expresa en la relación de dependencia, la que varía de 100/55 en 1995 a 100/93 en 2025. Se estima que de 5 personas cuidadores promedio en 1950, se pasará a 2 ó 3 en el año 2025, uno de los cuales también será mayor de 65 años.

Se prevé que esta realidad se incremente en el futuro, como consecuencia de las sucesivas crisis económicas que han redundado en un aumento del trabajo informal.

Aproximadamente el 20% de los adultos mayores viven solos, sin quien les cuide ante la probabilidad de discapacidad o enfermedades, hecho más frecuente a mayor edad, planteándose un enorme desafío para un sistema de salud basado exclusivamente en la responsabilidad y capacidad individual o el soporte familiar.

Desde el punto de vista sanitario, las principales causas de muerte se asocian a las enfermedades no transmisibles prevalentes, no existiendo en nuestro país registros o sistemas de información confiables sobre morbilidad.

Sin embargo puede asumirse que las principales causas de mortalidad constituyen también las principales causas de discapacidad y pérdida de autonomía.

El 30% de los adultos mayores padece tres o más enfermedades crónicas, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia y el riesgo de efectos adversos a medicamentos.

Los estilos de vida no saludables tienen alta prevalencia y entre los adultos mayores, el 83% refiere sedentarismo y más del 50% padece diversos grados de sobrepeso y obesidad.

La prevalencia e incidencia de enfermedades mentales aumenta con la edad y en ello confluyen aquellos con patología mental previa que envejecen y quienes instalan enfermedades mentales en esta etapa de la vida. Se incluyen en estos problemas los trastornos afectivos, las demencias, las psicosis, el abuso de sustancias (alcoholismo y fármacos) y problemas



multifactoriales con impacto sobre la salud mental como el abuso, el maltrato y/o la negligencia en los cuidados.

Aproximadamente 10% de los adultos mayores en la comunidad tienen trastornos depresivos, situación que se incrementa en la población institucionalizada (15% a 35%) o internada en hospitales (10% a 20%). Aunque no existen registros nacionales, se calcula que más de 10% de los mayores de 65 años padece alguna forma de demencia, lo que supone más de 40.000 personas.

Esta prevalencia crece en mayores de 80 años, afectando al 35% de los mismos. Se trata de un problema mayor de salud pública para el cual deben desarrollarse estrategias específicas que han estado ausentes de las políticas de Estado.

Si bien en la actualidad entre 20% a 30% de los adultos mayores de 65 años en la comunidad padecen discapacidad para actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse, vestirse, transferencia sillón - cama, deambular), el escaso énfasis puesto en la prevención en períodos previos hace previsible la existencia de cohortes de individuos más añosos y discapacitados.

Además, el envejecimiento poblacional se acompaña de un cambio en la estructura familiar con una progresiva reducción de los cuidadores familiares potenciales, esto se expresa en la razón de dependencia, que de 100 cuidadores potenciales cada 55 adultos mayores existente en 1995, se pasará a 100 cuidadores potenciales por cada 93 adultos mayores en el año 2025.

Los cambios en la estructura familiar se asocian con la fuerte reducción del número de integrantes de la familia, la baja natalidad y la emigración internacional de cohortes jóvenes durante la dictadura y en las sucesivas crisis económicas.

La integración de la mujer al mundo laboral ha significado también la disminución en la disponibilidad de un recurso tradicional para la atención de los más vulnerables.

La ausencia de estructuras y servicios intermedios y diferenciados para adultos mayores (atención socio sanitaria domiciliaria programada, centros diurnos, viviendas protegidas, sistemas de respiro), que proporcionen soporte a las familias en la comunidad, ha derivado en un crecimiento de población anciana en instituciones de larga estancia (residencias - "casas de salud", hogares de ancianos).

Ante esta realidad, una correcta atención geriátrica debe basarse en varios principios fundamentales, tales como el trabajo interdisciplinario, el empleo de la metodología e



instrumentos de valoración geriátrica integral y la atención del adulto mayor, mediante los denominados niveles asistenciales que garantizan la asistencia integral al paciente geriátrico en todas las situaciones de enfermedad o necesidad que éste pueda presentar.

Un sistema de atención integral a usuarios de los servicios de salud requiere la organización de personal y estructuras de atención, la oferta y adaptación de recursos humanos, tecnológicos, financieros, arquitectónicos y tecnológicos, equipos de salud, recursos humanos de enfermería, etc.), en un proceso continuo en las modalidades, tanto hospitalarias como ambulatorias. El mismo debe promover el empoderamiento del usuario, su salud y participación, a la vez que debe ser capaz de asegurar una atención global, cobertura universal, continua, progresiva y flexible, según cambian las necesidades de las personas.

Para que el sistema y modelo de atención pueda responder por estas condiciones básicas:

- Debe ser accesible: que implica que recursos y oportunidades de atención así como apoyos sean congruos, que una vez evaluada la efectividad las necesidades no sean factores excluyentes (ej. discriminación por nivel socioeconómico, que se propenda a la participación de las personas en el desarrollo de programas y servicios que les corresponden que se ajuste en la organización de sistemas, estrategias, tecnologías, cultura y que se asignen recursos a la satisfacción de las necesidades conforme las prioridades de la sociedad en su conjunto.
- Los servicios y programas deben ser coordinados y multidisciplinarios: debe existir un conjunto de niveles de atención, con entornos asistenciales que van desde la comunidad, acorde con todos los niveles de atención de salud, de acuerdo a la progresividad y complejidad de los cuidados. Para ello y en cada nivel y según dependa de factores sociales y culturales, se debe establecer los servicios, recursos, modos de recursos de forma que todas las actividades (promoción, prevención, atención primaria, diagnóstico, el manejo y control de problemas, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo) se desarrollen de forma articulada e integrada. Todo ello supone aprovechar recursos existentes y desarrollar servicios diferenciados, innovadores y basados en evidencia científica, que permitan el desarrollo de unidades de rehabilitación y atención integral, unidades de atención de enfermería, un espacio esencial en el desarrollo de sistemas de evaluación estandarizada de las necesidades



DEFINICION DEL MODELO A DESARROLLAR

Contextos de atención,

servicios y Necesidades según índices de envejecimiento.

Un sistema de atención integral e integrado de los adultos mayores supone la organización de contextos y estructuras de atención, servicios y apoyos diversos, comunitarios e institucionales (sanitarios, sociales, ambientales y habitacionales, espacios de participación, protección de derechos, etc.), en un modelo centrado en las necesidades multidimensionales del adulto mayor. El mismo debe promover el envejecimiento activo, saludable y participativo, a la vez que debe ser capaz de asegurar una atención global, cobertura universal, continua, progresiva y flexible, según cambian las necesidades de las personas.

Para ello el sistema y modelo debe caracterizarse por unas condiciones básicas:

- **Debe ser accesible:** que implica que recursos y oportunidades de atención así como apoyos sean conocidos, que una vez evaluadas objetivamente las necesidades no existan factores limitantes (Ej.: discriminación por edad, situación económica), que se propenda a la participación de los mayores en la evaluación de programas y servicios que les corresponden, que se trabaje en la eliminación de barreras ambientales, psicológicas, culturales y que se asignen recursos a la satisfacción de las necesidades conforme las posibilidades objetivas de la sociedad en su conjunto.
- **Los servicios y programas deben ser coordinados y multidisciplinarios:** debe existir un continuo de contextos de atención, con enfoque sistémico, que con énfasis en la comunidad, articule con todos los niveles de atención, de forma de asegurar la progresividad y constancia de los cuidados. Para ello y en cada área y región deben identificarse servicios sociales y sanitarios capaces de satisfacer las necesidades, coordinar los recursos de forma que todas las actividades (promoción, prevención, atención primaria orientada al manejo y control de problemas habituales, rehabilitación y atención paliativa), se desplieguen en forma armónica e integrada. Todo ello supone aprovechar recursos existentes y desarrollar servicios diferenciados comunitarios y hospitalarios (centros diurnos, atención geriátrica domiciliaria, unidades de rehabilitación y media estancia, unidades de evaluación geriátrica). Un aspecto esencial es el establecimiento de sistemas de evaluación estandarizada de las necesidades



de los usuarios adultos mayores, especialmente de los más vulnerables, de forma de ubicar o referir al usuario al contexto de atención capaz de atenderle mejor según la complejidad de sus problemas, basándose en protocolos y pautas consensuadas. Estas respuestas en el sector salud deben articularse y coordinarse con las de otros sectores y efectores del Estado que también son relevantes para mantener la salud, el máximo de independencia y bienestar en nuestros adultos mayores (vivienda, recursos y beneficios

A la interna del MSP deben establecerse instancias y espacios de coordinación con todos los programas que tengan que ver con la temática (discapacidad, salud mental, salud bucal, nutrición, educación para la salud, mujer y género, sida, etc.).

- **Sistema y modelo de responsabilidad compartida:** lo que supone responsabilidad de actores diversos que incluye a los propios adultos mayores (responsabilidad individual), las familias, los grupos comunitarios, efectores del sector privado, los gobiernos locales y todos los organismos del Estado que entiendan en el tema. Deben incluirse progresivamente estos actores, dando sustentabilidad al sistema y políticas operativas hacia los mayores, articulando en las respuestas esta variedad de actores y recursos.
- **Debe ser un sistema - modelo equitativo y sostenible:** la equidad supone la oportunidad de acceso a servicios cualquiera sea la condición de la persona. La viabilidad en el largo plazo debe sustentarse en un sistema y respuestas acordes a nuestro contexto socio cultural, a la generación de apoyos políticos y sociales que permitan una consolidación de la respuesta con carácter nacional, basados en una conciencia pública sobre el tema.
- **Debe trabajar sobre el aseguramiento de la calidad y su mejora continúa:** ello implica que los servicios para los adultos mayores deben sustentarse en una adecuada competencia de quienes los prestan y del personal incluido, así como de una adecuación de las estructuras. Para fomentar la calidad es necesaria la incorporación de indicadores a los sistemas de vigilancia del sector salud que permitan evaluar de forma constante la competencia, seguridad, accesibilidad, eficiencia, satisfacción de usuarios, continuidad de las atenciones y programas. Debe desarrollarse y difundirse estándares de práctica profesional y una capacitación continua de los recursos humanos en los diversos sectores implicados, tanto en los cuidados formales como hacia el cuidado informal (familia, entorno socio familiar).



DEFICIENCIAS Y DEFINICION DE PRIORIDADES.

El usuario, las personas adultas mayores serán el centro del proceso de atención en el cual se sustentará el Programa Nacional del Adulto Mayor y esta cuestión resulta, el aspecto central de la propuesta que orienta también la jerarquización de problemas y soluciones.

Del contraste de diferencias entre la situación y modelo actual y las características y componentes que hemos desarrollado con vista al cambio del modelo de atención de nuestros mayores, es posible definir áreas críticas que orienten la jerarquización de objetivos y las actividades comprendidas en ellos.

Se asume que el objetivo principal supone fortalecer redes de apoyo, para que los mayores permanezcan en la comunidad, allí donde reside la mayoría.

En ello la estrategia de Atención Primaria de Salud, el cambio de modelo de atención y su fortalecimiento del primer nivel constituyen aspectos sustanciales de esta política.

Problema:

La calidad de vida de las personas adultas mayores de nuestro país arroja un diagnóstico que no permite integral satisfacción. El modelo actual no respalda la participación activa de los mayores y no atiende las demandas expresadas desde el Estado y la Sociedad Civil.

Objetivo específico:

Desarrollar el Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM) que asegure la calidad de un envejecimiento activo, participativo y saludable que:

- Potencie las actuaciones de prevención del Estado Nacional y de promoción de salud que favorezcan el mantenimiento de los ancianos en su medio natural, así como la autonomía e independencia de estas personas.
- Contribuya a la integración y participación de las personas mayores y sociales.
- Coordine acciones a nivel institucional e intersectorial que permitan el desarrollo de políticas de Estado especializadas del Adulto Mayor.
- Garantice una adecuada articulación entre los niveles de atención de atención y especializada.
- Evite las intervenciones intervenciones, potenciando las acciones de atención de atención integral en el primer nivel de atención, fortaleciendo los niveles de atención y atención especializada.



Programa del Adulto Mayor

PROPÓSITO

Favorecer un Envejecimiento Activo Saludable, que se traduzca en una vida digna, plena y participativa, colaborando en el mantenimiento del adulto mayor en la comunidad durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud.

OBJETIVO GENERAL

Promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores, mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas del Estado y la comunidad, favoreciendo su inserción como ciudadanos desde la perspectiva socio cultural, y en sus derechos a la salud.

Problema 1

La calidad de vida de las personas adultas mayores de nuestro país adolece de insuficiencias para su plena e integral satisfacción. El modelo actual no implica la participación activa de los mayores y no desarrolla respuestas articuladas entre el Estado y la Sociedad Civil.

Objetivo específico

Desarrollar un Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM) que asegure la calidad de un envejecimiento activo, participativo y saludable que:

- Potencie las actuaciones de prevención del deterioro funcional y de promoción de salud, que favorezcan el mantenimiento de los ancianos en su medio habitual, así como la autonomía e independencia de estas personas.
- Contribuya a la integración y coordinación de los servicios sanitarios y sociales.
- Coordine acciones a nivel Interinstitucional e Intersectorial que permitan el desarrollo de Políticas de Estado específicas del Adulto Mayor.
- Garantice una adecuada articulación entre los distintos niveles de atención y especializada.

Evite las internaciones inapropiadas, potenciando los sistemas alternativos de detección de ancianos frágiles en el primer nivel de atención, contando con centros diurnos, visitas a domicilio, etcétera.



ACTIVIDADES:

Crear un Documento básico sobre Lineamientos para Políticas y Planes Nacionales.

- a. Crear de Normas, Protocolos y Guías para la atención del Adulto Mayor en el ámbito Público y Privado.
- b. Realizar Actividades de promoción de salud, coordinando con servicios socio-sanitarios, públicos y privados enfatizando en el primer nivel de atención.
- c. Coordinar con servicios socio sanitario, público y privados, eventos de promoción de salud enfatizando en el primer nivel de atención.

Problema 2

Falta de reglamentación del marco legal de la "Ley de Promoción Integral de los Adultos Mayores" (Ley N° 17.796.)

Objetivo específico

Revisión, actualización y monitoreo de marcos legales y mecanismos adecuados para la protección de los derechos de las personas mayores.

ACTIVIDADES:

Conformación de Grupo de Trabajo Interinstitucional por Ordenanza Ministerial. Elaboración del Proyecto de Reglamentación de Ley No.17796.

Problema 3

Carencia de red sanitaria básica en la comunidad (extra hospitalaria), con enfoque específico para adultos mayores.

Objetivo específico

Promocionar la creación y fortalecimiento de una red socio-sanitaria de servicio integral e integrado de salud (socio sanitario) tanto en el ámbito público como privado, que responda a las necesidades de las personas adultas mayores, reorientando servicios existentes y creando aquellos que fueran necesarios.

ACTIVIDADES:

Redes y servicios incorporados en Sistema Integrado de Salud, mediante:

- La puesta en marcha en todos los centros de salud actividades de Promoción, Prevención y Valoración geriátrica del anciano de alto riesgo que esté en la cartera de servicios como un Servicio Específico para el anciano mediante:



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Talleres de capacitación con personal entrenado a profesionales del primer nivel de atención.

Profesionales del primer nivel identificados como "vínculos de enlace" con el equipo de Valoración Geriátrica del Centro Hospitalario Público y Privado del área correspondientes

La aplicación del test de Barber y detección de vulnerables

- La aplicación del Carné del Adulto Mayor a nivel nacional (operativo y legal).
- La disminución o retardo de la institucionalización de Adultos Mayores en el quinquenio, favoreciendo la creación de servicios extrahospitalarios como Centros Diurnos y Servicios de Ayuda Domiciliaria.
- Aplicación de las Prestaciones Prioritarias para el Sistema Nacional Integrado de Salud.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



NIVEL DE ATENC.	PRESTACION	COMPONENTES DE LA PRESTACION	INDICADOR (lugar y tiempo)
1er NIVEL	Promoción de la salud de usuarios de 65 años y mas	Información sobre conductas y hábitos saludables Promoción del uso de servicios de apoyo al adulto mayor como Clubes y Centros Diurnos, propios o de la sociedad civil organizada	- existencia de materiales de información y sistemas de difusión - coordinación con organizaciones sociales o estructura propia
1er NIVEL	Prevención Educación para la salud	Educación para la salud específica y focalizada en AM Información acerca de prevención de problemas frecuentes: - Maltrato- Abuso - Caídas - Uso responsable de	Existencia de materiales de Educación e información en cantidad proporcional al número de usuarios conocidos.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



1er NIVEL	Control Programado Anual de los AM de 65 a 74 años.	1- Evaluación multidimensional (Con carné del adulto mayor) Realizada por Equipo básico del primer nivel de atención. Mental Social Funcional Odontológica Oftalmológica Auditiva (según recomendaciones de guías y pautas para la atención primaria del AM)	No. de AAMM evaluados x100 AM 65 y 74 años AAMM c/carné x100 AM 65 y 74 años
1er NIVEL		1.2 Valoración Geriátrica Integral (según resultados en ítem 1) Realizado por especialista. Geriatra-Gerontólogo (Aplicable en todos los casos a servicios de Montevideo y exigibles según plazos y disponibilidad en el interior) 2-Detección de vulnerables Adultos Mayores. Realización de al menos un tamizaje	Controles programados x 100 AM entre 65 y 74 años



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION**



			<p>vac. gripe. 65 años y mas x 100 AM de 65 años y mas Vac. Neumo. 65 años y mas x 100 AM de 65 años y mas - CEV vigente</p>
--	--	--	--

<p>1er NIVEL</p>	<p>Atención a demanda de los AM de 65 años y más</p> <p>Servicio De Ayuda Domiciliaria (SAD) AM enfermos, frágiles o incapaces de desplazarse o en situación de enfermedad terminal o que viven solos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio • Domicilio <p>- consulta a demanda</p> <p>- consulta programada</p> <p>- entrega de medicación crónica en domicilio</p> <p>- cuidados de enfermería</p> <p>- rehabilitación</p> <p>- cuidados paliativos.</p>	<p>(fecha visita) menos (fecha solicitud) (en días)</p>
<p>2° NIVEL</p>	<p>Internación de AM de 65 años y más</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración por Unidad de valoración geriátrica (Equipo interdisciplinario orientado a la atención específica de AM y de apoyo a Atención Primaria compuesto por Geriatra, Lic. Enfermería, T.Social.(UVG) 	<p>AM ingresados con VG x 100 AM ingresados</p>
<p>3er. NIVEL</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Unidad Geriátrica de Agudos (Servicio que presta atención a AM en procesos agudos para AAMM (UGA) • Unidad de Media Estancia (Servicio de Rehabilitación para AM ya diagnosticados con posibilidades reales de rehabilitación) (UME) • Hospital de Día (Servicio ambulatorio destinado a completar la recuperación de AM conjugando las ventajas del 	



		Hospital y su permanencia en el hogar). Presenta un área clínica orientada a aquellos AM con dificultad que permite en 1 jornada realizarle una aproximación diagnóstica)	
--	--	---	--

Problema 4

Carencia de servicios intra hospitalarios que aseguren una atención geriátrica continua y progresiva.

Objetivo específico

Favorecer la creación de servicios que apunten a un cambio de modelo intra hospitalario con un enfoque preventivo y rehabilitador desde la internación, que permita la reinserción del adulto mayor en la comunidad y la disminución de costos de estadía hospitalaria

ACTIVIDADES:

Creación y Normatización de los siguientes Servicios:

Unidad de Valoración Geriátrica.

Unidad hospitalaria interdisciplinaria, orientada a la atención específica de los pacientes geriátricos de la Institución y de apoyo a atención primaria.

Unidad Geriátrica de Agudos.

Nivel asistencial que, dentro de un servicio de geriatría integrado en un hospital general, presta atención especializada, en régimen de hospitalización, a ancianos con procesos agudos.

Unidad Media Estancia (UMEs)

Nivel asistencial en el que se completa la rehabilitación de pacientes con posibilidades reales de recuperación, que precisan para ello estancias superiores a las aceptadas tradicionalmente en el medio hospitalario. Se entiende que el cuidado de estos pacientes no puede en caso alguno efectuarse fuera de dicho medio.



Hospital de Día .

Nivel asistencial, de funcionamiento exclusivamente diurno, destinado a completar la recuperación de pacientes geriátricos conjugando las ventajas del hospital y de la permanencia en el hogar.

Equipo Geriátrico de Visitas Domiciliarias

Equipo de cuidados paliativos

Elaboración de un instrumento único de registro en los pacientes institucionalizados de los adultos mayores en la historia clínica y su implementación a nivel nacional.

Problema 5

Carencia de agenda nacional en recursos humanos para la atención de adultos mayores en todos los niveles de atención.

Objetivo específico

Favorecer la capacitación de Recursos Humanos (profesionales y no profesionales) que atiendan las necesidades de los Adultos Mayores, promoviendo la formación en geriatría y gerontología para los prestadores actuales y futuros de salud, en todos los niveles de atención, enfatizando en el primer nivel.

ACTIVIDADES:

Incorporación de Programas de Capacitación para Equipos de Atención de Primer Nivel.

Transversalizar con otros programas temáticas afines al Adulto Mayor y elaboración de material de difusión de temas que impliquen un envejecimiento activo y saludable.

Problema 6

Gran porcentaje de adultos mayores institucionalizados por ausencia de servicios alternativos.

Objetivo específico

Promover cambios en el modelo de atención favoreciendo la creación de Centros Diurnos.

ACTIVIDADES:

Elaboración Proyecto de Centro Diurno.

Monitoreo del proceso desde la implementación.

Problema 7

Establecimientos que alojan Adultos Mayores en número creciente que no brindan una buena calidad de atención. Necesidad de revalorar criterios contemplados en la normativa de la ley



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



17066 Decreto 320/99 que no han sido desarrollados como estándares mínimos, responsabilidades de propietarios, directores técnicos y criterios de categorización.

Objetivo específico

Hacer de la normativa vigente un instrumento útil y actualizado para los procesos de mejora continua de la calidad de atención de los Adultos Mayores usuarios de este servicio, contando con una dotación adecuada, en calidad y cantidad, de recursos humanos (cuerpo inspectivo) que inspeccionen estos establecimientos.

ACTIVIDADES:

- a. Conformación de la Comisión Honoraria según artículo V de la ley 17066 Decreto y planificación de reuniones para la reformulación del decreto.
- b. Reformulación Decreto 320/99
- c- Categorización para establecimientos que alojan Adultos Mayores (A, B, C, D).
- d- Capacitación de inspectores a nivel nacional de establecimientos que alojan Adultos Mayores.
- e- Capacitación para Directores Técnicos que no tengan postgrado en Geriátrica y Gerontología y que estén ejerciendo dicha función en aquellos establecimientos que no tienen acceso a este tipo de especialista.
- f- Capacitación de Cuidadores que trabajan para brindar servicios al Adulto Mayor en Instituciones de larga estadía.



Problema 8.

Los Derechos y Deberes de las Personas Mayores atraviesan transversalmente todos los ámbitos de acción. En la Comunidad recién se comienza a trabajar en este sentido, no existiendo coordinación entre los actores del Estado ni articulaciones con la Sociedad Civil.

Objetivo específico:

Coordinar con actores del Estado y con la comunidad acciones de promoción y defensa de los derechos de los Adultos Mayores.

ACTIVIDADES:

Conformación de un Grupo de Trabajo Interinstitucional y con la sociedad civil.

Problema 9.

No existe una conciencia sobre el proceso de envejecimiento en ninguna de las etapas vitales del individuo, ni de las acciones preventivas inherentes al bienestar futuro, que incide sobre la calidad de vida de los Adultos Mayores.

Objetivo específico:

Promocionar la salud de los adultos mayores desde etapas tempranas, de modo de favorecer el mantenimiento de los mismos en su medio habitual, así como su función autonomía, independencia e integración.

ACTIVIDADES:

Realización de Talleres de preparación para la jubilación para Funcionarios del MSP y extensión a otras Instituciones.

Publicación de un manual para una Jubilación Saludable.

Realización de Talleres sobre Vida Saludable y Sexualidad.

Elaboración de Proyecto de Actividad Física para Adultos Mayores, con Ministerio de Turismo y Deporte.

Coordinación de experiencias Piloto a través de acciones (Grupos Focales) con Operadores de la Comunidad en 4 Departamentos más envejecidos y que han priorizado en sus políticas locales la temática del envejecimiento.

Coordinar acciones que favorezcan y efectivicen el intercambio generacional buscando mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores en su proceso vincular.

Diseñar y publicar materiales de difusión sobre Promoción en Salud del Adulto Mayor para la población general sobre temas que favorezcan un envejecimiento activo y saludable.



Indicadores del Programa

Objetivo Específico 1

Desarrollar un Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM) que asegure la calidad de un envejecimiento activo, participativo y saludable que:

- Potencie las actuaciones de prevención del deterioro funcional y de promoción de salud, que favorezcan el mantenimiento de los ancianos en su medio habitual, así como la autonomía e independencia de estas personas.
- Contribuya a la integración y coordinación de los servicios sanitarios y sociales.
- Coordine acciones a nivel Interinstitucional e Intersectorial que permitan el desarrollo de Políticas de Estado específicas del Adulto Mayor.
- Garantice una adecuada articulación entre los diferentes niveles de atención.
- Evite las internaciones inapropiadas, potenciando los sistemas alternativos de detección de ancianos frágiles en el primer nivel de atención, contando con centros diurnos, visitas a domicilio, etcétera.

Indicadores Objetivo 1.

Número de Coordinaciones del Programa en acciones interinstitucionales e intersectoriales que prevengan el deterioro funcional y la promoción de salud e integración social en la comunidad del AAMM.

Número de Acciones realizadas que faciliten la articulación entre diferentes niveles de atención cuyo objeto se a el mejoramiento de la atención de la persona mayor.

Número de nuevos servicios creados en sector público y privado a partir de Marzo de 2005 con el fin de atender prioritariamente al anciano frágil.

Objetivo Específico 2

Revisión, actualización y monitoreo de marcos legales y mecanismos adecuados para la protección de los derechos de las personas mayores.

Indicadores Objetivo 2.

Reglamentación de ley 17796 finalizada a Marzo 2006

Documento de inclusión de categorización de casas de residencias para ley 17.066, finalizado a Junio 2007.



Objetivo específico 3

Promocionar la creación y fortalecimiento de una red socio-sanitaria de servicio integral e integrado de salud (socio sanitario) tanto en el ámbito público como privado, que responda a las necesidades de las personas adultas mayores, reorientando servicios existentes y creando aquellos que fueran necesarios.

Indicadores Objetivo 3.

Incluido en Prestaciones requerimiento creación y fortalecimiento de servicios integrales e integrados para AAMM con su vinculación a redes socio-sanitarias

Al menos 3 asesoramientos anuales del programa para reordenación de servicios o creación de nuevos en el sector público y privado.

Objetivo específico 4

Favorecer la creación de servicios que apunten a un cambio de modelo intra hospitalario con un enfoque preventivo y rehabilitador desde la internación, que permita la reinserción del adulto mayor en la comunidad y la disminución de costos de estadía hospitalaria

Indicadores Objetivo 4.

Los Servicios se implementaran en instituciones públicas y privadas en forma progresiva a lo largo 5 años, de acuerdo a las Prestaciones exigidas por este ministerio.

Unidad de Valoración Geriátrica.

Unidad Geriátrica de Agudos.

Unidad de Media Estancia.

Hospital de Día.

Equipo Geriátrico de visitas domiciliarias operativo.

Equipo de cuidados paliativos operativo.

Objetivo Específico 5.

Favorecer la capacitación de Recursos Humanos (profesionales y no profesionales) que atiendan las necesidades de los Adultos Mayores, promoviendo la formación en geriatría y gerontología para los prestadores actuales y futuros de salud, en todos los niveles de atención, enfatizando en el primer nivel.

Indicadores Objetivo 5.

Numero de Coordinaciones con instituciones formativas para la inclusión en sus programas profesionales y técnicos la formación en geriatría y gerontología.



Inclusión en las nuevas Políticas de salud (nuevo sistema) el requerimiento de formación en geriatría y gerontología.

Número y nivel de instancias formativas donde participa el programa.

Objetivo específico 6

Promover cambios en el modelo de atención favoreciendo la creación de Centros Diurnos.

Indicadores Objetivo 6

Apoyo en el Diseño de 2 experiencias pilotos de Centros Diurnos con servicios públicos y privados a partir del tercer año.

Objetivo específico 7

Hacer de la normativa vigente un instrumento útil y actualizado para los procesos de mejora continua de la calidad de atención de los Adultos Mayores usuarios de este servicio, contando con una dotación adecuada, en calidad y cantidad, de recursos humanos (cuerpo inspectivo) que inspeccionen estos establecimientos.

Indicadores Objetivo 7.

Documento de Decreto 320/99 Revisado 2do año.

Diseño de Documento de Categorización ley 17066 a Junio 2007

Número de cartillas de gestión de servicios distribuidas (Porcentaje de residencias entregadas y Porcentaje de Trámites de habilitación)

Número de cursos de capacitación a nivel profesional y técnico co-organizados u organizados.

Objetivo específico 8

Coordinar con actores del Estado y con la comunidad acciones de promoción y defensa de los derechos de los Adultos Mayores.

Indicadores Objetivo 8.

Conformación de un Grupo de Trabajo Interinstitucional y con la sociedad civil a marzo 2006.

Objetivo específico 9:

Promocionar la salud de los adultos mayores desde etapas tempranas, de modo de favorecer el mantenimiento de los mismos en su medio habitual, así como su función autonomía, independencia e integración.

Indicadores Objetivo 9.

Número de materiales de difusión impresos y distribuidos.

Número de instancias de participación del programa en Actividades de Promoción del Adulto Mayor autoválido, independiente e integrado.



ANEXOS

UNIDAD DE VALORACIÓN GERIÁTRICA

Definición:

Unidad hospitalaria interdisciplinaria, orientada a la atención específica de los pacientes geriátricos de la Institución y de apoyo a atención primaria.

Arquitectura y funcionalidad

- Próximo a salas de urgencias, rehabilitación y consultas externas.
- Área medica.
- Área de enfermería.

Atención interdisciplinaria

Prestada por un equipo interdisciplinario: medico, enfermera y trabajador social

Objetivos

- Detectar precozmente el riesgo de incapacidad, dependencia y cronificación de los pacientes y derivarlos al nivel asistencial más adecuado.
- Realizar valoración geriátrica.
- Dar apoyo a otras unidades del hospital en el manejo diagnóstico y terapéutico de pacientes geriátricos.
- Disminuir el riesgo de institucionalización mediante protocolos sobre los principales síndromes geriátricos.
- Colaborar en las altas hospitalarias difíciles buscando la ubicación más idónea.

UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

Definición:

Nivel asistencial que, dentro de un servicio de geriatría integrado en un hospital general, presta atención especializada, en régimen de hospitalización, a ancianos con procesos agudos.

Arquitectura y funcionalidad

- Amplitud de espacios.
- Empleo de elementos facilitadores: pasamanos de apoyo, ayudas en los lavabos, suelos antideslizantes...
- Existencia de utillaje específico: camas de altura regulable, sillones geriátricos, andadores, colchones antiescaras,...

Criterios de ingreso

- Pacientes, generalmente, mayores de 65 años.
- Enfermedad aguda o agudización/ complicación de una patología crónica.
- Tendencia a la incapacidad de la enfermedad causa del ingreso.
- Pluripatología y polifarmacia.
- Evolución condicionada por factores mentales y/o sociales.

Cuidado progresivo

La filosofía rehabilitadora tiene en la unidad de agudos su punto de arranque, por lo que debe estar presente en la mente y actuación del equipo cuidador.

Criterios de evolución

Van a ser imprescindibles las referencias sobre el estado funcional y mental:

- Previo del paciente, habitualmente un mes antes de la enfermedad causa del ingreso.
- En el momento del ingreso.
- Durante la estancia en la unidad.
- En el momento del alta.

Esto obliga a la utilización de escalas que cuantifiquen el estado funcional y mental del paciente.

Atención interdisciplinaria

Prestada por un equipo interdisciplinario que se reúne semanalmente en una sesión en la que se evalúa el progreso clínico y rehabilitador de todos los pacientes, se toman decisiones conjuntas sobre ellos y se decide el momento del alta.

Preparación del alta

Debe ser temprana, pero no precipitada, entendiéndose que una vez alcanzado el techo de posibilidades en la unidad, el caso debe ser encauzado hacia el domicilio o el nivel asistencial adecuado.

Es decidida en sesión interdisciplinario y tiene que ser:

- Programada.
- Canalizada a través de asistencia social.
- Confirmado el conocimiento del paciente y familia.
- Decidida la forma y el lugar.
- Informado el equipo del nivel asistencial al que es derivado el paciente.
- Informados los servicios sociales comunitarios
- Preparadas las ayudas a domicilio.

Diagnóstico cuádruple

- Diagnóstico clínico, que suele agrupar varias enfermedades.
- Diagnóstico funcional, que expresa la capacidad de autosuficiencia del paciente.
- Diagnóstico psíquico, informa sobre el estado mental.
- Diagnóstico social que expresa la situación actual del paciente y el tipo de apoyos que necesita en este campo.

Datos estadísticos

- Las patologías causa de ingreso más frecuentes son:
 - Accidente cerebro vascular.
 - Neumonía.
 - Reagudizaciones de broncopatías crónicas.
 - Insuficiencia cardiaca descompensada.
 - Complicaciones en el curso de enfermedades previas graves, habitualmente incapacitantes (deshidratación, descompensaciones metabólicas,...)
 - Síndromes geriátricos cuyo estudio no puede hacerse ambulatoriamente (inmovilismo no filiado, caídas de repetición,...)
 - Traslados de otros servicios de pacientes que, en el curso de la hospitalización, han presentado problemas cuya resolución es más adecuada en la U.G.A.
- La estancia media, se sitúa alrededor de los 12 días-14días.
- La tasa acumulada de reingresos, se sitúa en torno al 22%.

UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

Definición:

Nivel asistencial en el que se completa la rehabilitación de pacientes con posibilidades reales de recuperación, que precisan para ello estancias superiores a las aceptadas tradicionalmente en el medio hospitalario.

Se entiende que el cuidado de estos pacientes no puede en caso alguno efectuarse fuera de dicho medio.

El término "media estancia" se discute por quienes piensan que los periodos de tiempo no deben ser nunca los que determinen el tipo de cuidados a prestar. Por ello se han propuesto otras denominaciones como unidad de rehabilitación o unidades de convalecencia.

Arquitectura y funcionalidad

- Amplitud de espacios.
- Empleo de elementos facilitadores: pasamanos de apoyo, ayudas en los lavabos, suelos antideslizantes...
- Existencia de utillaje específico: camas de altura regulable, sillones geriátricos, andadores, colchones antiescaras,...

Criterios de ingreso

Los informes clínicos, los del equipo de rehabilitación y los de los trabajadores sociales serán valorados conjuntamente antes de tomar una decisión definitiva, ya que es muy importante evitar la cronificación de unas camas cuya misión es atender al mayor número de pacientes posibles.

La filosofía de tales criterios se sintetiza en una razonable esperanza de recuperación en un razonable espacio de tiempo. El límite de esta recuperación se sitúa en la posibilidad de continuarla en otro nivel asistencial.

Aunque el énfasis de la UME recae en la recuperación funcional, no puede olvidarse la importancia de los controles clínicos y los cuidados psíquicos y sociales.

Procedencia de los pacientes



Los pacientes que se benefician de la UME no sólo proceden del servicio de geriatría sino de otras especialidades: traumatología, neurología, cirugía vascular,... así como de la comunidad a petición de los equipos de atención primaria o desde la propia consulta del hospital. Incluso admite pacientes de edades no geriátricas siempre que cumplan los criterios de ingreso generales.

Criterios de evolución

Van a ser imprescindibles las referencias sobre el estado funcional y mental:

- Previo del paciente, habitualmente un mes antes de la enfermedad causa del ingreso.
- En el momento del ingreso.
- Durante la estancia en la unidad.
- En el momento del alta.

Esto obliga a la utilización de escalas que cuantifiquen el estado funcional y mental del paciente.

Atención interdisciplinaria

Prestada por un equipo interdisciplinario que se reúne semanalmente en una sesión en la que se evalúa el progreso clínico y rehabilitador de todos los pacientes, se toman decisiones conjuntas sobre ellos y se decide el momento del alta.

Preparación del alta

Debe ser temprana, pero no precipitada, entendiéndose que una vez alcanzado el techo de posibilidades en la unidad, el caso debe ser encauzado hacia el domicilio o el nivel asistencial adecuado.

Diagnóstico cuádruple

- Diagnóstico clínico, que suele agrupar varias enfermedades.
- Diagnóstico funcional, que expresa la capacidad de autosuficiencia del paciente.
- Diagnóstico psíquico, informa sobre el estado mental.
- Diagnóstico social que expresa la situación actual del paciente y el tipo de apoyos que necesita en este campo.

Datos estadísticos

- Las patologías causa de ingreso más frecuentes son:
 - Accidentes cerebrovasculares que han sobrepasado la fase aguda y tienen posibilidades



reales de rehabilitación.

- Fracturas de cadera en pacientes ancianos cuya recuperación funcional no está garantizada fuera del medio hospitalario, a causa de condicionantes clínicos, mentales o sociales.
 - Amputaciones, con posibilidad de prótesis, que comparten los puntos del apartado anterior.
 - Inmovilizaciones de otras etiologías que pueden ser reversibles Parkinson, reumatismos,...
 - Cuadros clínicos que requieren garantías de estabilización antes de su vuelta a la comunidad (anticoagulación, diabetes,...)
 - Procesos quirúrgicos en pacientes muy condicionados clínica y socialmente.
- La estancia media, oscila entre los 25 y 30 días.

HOSPITAL DE DÍA

Definición:

Nivel asistencial, de funcionamiento exclusivamente diurno, destinado a completar la recuperación de pacientes geriátricos conjugando las ventajas del hospital y de la permanencia en el hogar.

Arquitectura y funcionalidad

- Situados preferiblemente en planta baja, con acceso rodado desde el exterior.
- Amplitud de espacios.
- Empleo de elementos facilitadores: pasamanos de apoyo, ayudas en los lavabos, suelos antideslizantes...
- Existencia de utillaje específico: camas de altura regulable, sillones geriátricos, andadores, colchones antiescaras,...
- Acceso fácil a las áreas de rehabilitación del hospital que deberán ser compartidas.
- Relación fácil con áreas de diagnóstico del hospital y de abastecimiento de material, comida, lencería,...
- Relación con el resto de niveles asistenciales del hospital.

Los pacientes provienen de cualquier servicio hospitalario o de la propia comunidad, son recogidos en su domicilio para completar una jornada terapéutica y ser devueltos de nuevo al hogar. Habitualmente funcionan durante 10-17 horas, de lunes a viernes y en este tiempo los pacientes cumplen un programa de actividades que incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, supervisión de enfermería, ludoterapia y actividades de tipo social.

Sus ventajas son innegables ya que garantizan recuperaciones, favorecen el alta hospitalaria y evitan reingresos.

Su ubicación ideal es dentro del propio bloque del hospital general.

Las patologías y los pacientes que recibe el hospital de día son los mismos que en la U.M.E., con las siguientes matizaciones:

- El grado de incapacidad funcional debe permitir, con cierta facilidad, el traslado del domicilio al hospital.
- Las condiciones sociofamiliares deben permitir, la permanencia del paciente en su domicilio durante toda la jornada no hospitalaria.



Objetivos

- Garantizar la estabilidad clínica y el proceso rehabilitador tras la enfermedad aguda de ancianos que cumplan criterios de paciente geriátrico.
- Facilitar el alta hospitalaria temprana.
- Proporcionar cuidados clínicos y de enfermería que no pueden realizarse en medio ambulatorio, sin necesidad de ingreso hospitalario.
- Recuperar las actividades de la vida diaria.
- Proporcionar apoyo a la familia y los cuidadores.

Diferencias con los centros de día

- Están incluidos en el ámbito sanitario.
- Tienen posibilidades clínicas, diagnósticas y terapéuticas.
- Disponen de medios rehabilitadores hospitalarios.

Área clínica

Situada en un espacio físico individualizado, dotado incluso de cama hospitalaria.

Consta de dos secciones complementarias:

- Valoración clínica, que incluye procedimientos diagnósticos. (extracciones de sangre, recolección de muestras de orina, ECG,).

Está dirigida en especial a pacientes que tienen dificultades físicas para integrarse en la dinámica de las consultas externas y en quienes, en una jornada, puede realizarse una aproximación diagnóstica.

- Cuidados de enfermería, incorporan todo tipo de cuidados, cambios de sonda, educación sanitaria de pacientes y familia,...

Área rehabilitadora

- Fisioterapia, encargada básicamente de la recuperación de la función motora. Puede utilizar los recursos del servicio de rehabilitación hospitalario o disponer de sus propios recursos.
- Terapia ocupacional, enfocada hacia la recuperación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Área social

Incorpora, junto a la valoración social, técnicas de socioterapia y relaciones con familiares y entorno.



NECESIDADES Y TIPOLOGÍAS

DE ADULTOS MAYORES.

Las personas mayores tienen necesidades multidimensionales: biológicas, psicológicas, sociales y funcionales (son independientes y auto válidos o requieren diversos grados de asistencia en la vida cotidiana).

El envejecimiento poblacional es un signo de desarrollo y la longevidad una cuestión profundamente relacionada con las condiciones de vida. Los ciudadanos adultos mayores son personas que deben valorarse como recurso para la comunidad, sea por su capacidad para aportar activamente, por el rol que desempeñan en las familias o porque sus propias necesidades se transforman en un instrumento de transferencia económica intergeneracional y hasta en fuentes de trabajo.

Los adultos mayores tienen derechos, dentro de cuales los derechos sociales son fundamentales y estos comprenden otros aspectos que se extienden más allá de los beneficios de jubilaciones y pensiones. Estos derechos incluyen la seguridad y apoyo social, la justicia, equidad y solidaridad, la dignidad, el derecho a la independencia y ejercicio de su autonomía y el derecho a la participación en asuntos y políticas que les afectan.

La calidad de vida de los adultos mayores es el grado de bienestar físico, psicológico, social y funcional que los adultos mayores tienen objetivamente y perciben y se expresa en autorrealización para ellos en términos individuales o como colectivo. La calidad de vida tiene componentes subjetivos, personales y socio - ambientales. Inciden en ella el estado de salud, sus habilidades, el grado de integración social, sus posibilidades de participación, goce del tiempo libre y ocio , el acceso a bienes culturales, la calidad de la vivienda o institución donde vive, la calidad y cantidad de apoyo social formal, la disponibilidad y accesibilidad a sistemas socio sanitarios diferenciados para mayores, así como el respeto por sus preferencias, valores , creencias religiosas o convicciones políticas, filosófica, etc.

La condición global de salud de las personas adultas mayores es muy heterogénea en tanto existe una diferenciación progresiva de los individuos en el proceso de envejecimiento, según las condiciones en las que se envejece.

Si bien la mayoría son personas independientes y socialmente integrados a la comunidad un porcentaje creciente padecen diversos grados de pérdida de su autonomía, discapacidad física y mental. En estos últimos, la calidad de vida se relaciona fuertemente con la calidad de los apoyos y servicios que reciben.

La satisfacción integral de sus necesidades merece entonces respuestas heterogéneas (sanitarias, sociales, habitacionales, educativas, etc.), que den cuenta de estos requerimientos conforme cambia la condición de la persona.

Además de un cambio en el modelo de atención, se requiere un cambio cultural en la sociedad respecto de los mayores y sus potencialidades.

"Envejecer en casa y en la comunidad" supone desarrollar sistemas formales que posibiliten que aquellos que son relativamente sanos e independientes continúen siéndolo y que aquellos que tienen entorno familiar permanezcan todo lo posible en la comunidad, mediante una tipología de servicios comunitarios diferenciada y unos apoyos que permitan que las familias sigan cumpliendo un rol tan valioso como necesario. Cuando las necesidades globales superan la capacidad de respuesta de los apoyos en la comunidad se trata de que la persona adulta mayor esté en el mejor contexto institucional de atención.

Este continuo de contextos de atención implica por tanto desde la familia y la comunidad hasta los cuidados institucionales y los cuidados en el final de la vida.





UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



ASISTENCIA GERIATRICA Y GERONTOLOGICA

RECURSOS HUMANOS

Teniendo en cuenta la definición de Geriatría, como la rama de la medicina y de la enfermería que se ocupa no solo de la prevención y asistencia de las enfermedades que presentan los ancianos, si no también de su recuperación funcional y de su reinserción en la comunidad, la intervención profesional interdisciplinario debe dar respuesta a la demanda de cuidados que presenta esta población mayor.

Definimos **Gerontología**, como la ciencia interdisciplinaria que enfoca los problemas de la vejez; tales como biológicos, ecológicos, psicológicos, patológicos, demográficos, sociológicos con sus implicancias administrativas, legales, económica y finalmente políticas que lo forman. Abarca a la Geriatría pero se extiende mucho más allá de ella.

El objetivo primordial del equipo es devolver y/o mantener al anciano, siempre que sea posible en su propio domicilio en condiciones funcionales y sociales que garanticen una digna calidad de vida.

Los múltiples aspectos que deben ser considerados y las diversas áreas que hay que valorar difícilmente pueden ser abordados por una sola persona: de aquí surge la necesidad del equipo.

Podemos distinguir dos tipos de equipos:

Equipos multidisciplinarios: Los profesionales trabajan independientemente pero con los mismos objetivos e interactúan de manera informal.

Equipo interdisciplinario; Los profesionales trabajan independientemente e interactúan de manera formal (sesiones e informal).

El equipo Básico debe constar de: medico geriatra, enfermera profesional, trabajador social y psicóloga.

Sin una organización adecuada el equipo pierde eficacia por lo que es recomendable:

- Establecer objetivos comunes, realistas, claros y definidos.
- Definir las funciones de cada miembro.
- Utilizar protocolos y criterios comunes.
- Reunirse de forma periódica.
- Revisar periódicamente los objetivos y resultados.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Es importante definir las funciones de los integrantes de dicho equipo. Estas tendrán mayor énfasis en un aspecto u otro de acuerdo a la unidad asistencial en que esté inserto dicho equipo.

Para que la asistencia geriátrica tenga impacto es necesaria que sea brindada por un equipo multidisciplinario y contar con los niveles de atención extra e intra hospitalarios que trabajen en forma coordinada y posibiliten continuidad de cuidados progresivos en función del estado social del adulto mayor.

Tomando en cuenta estas condiciones generales debe definirse un conjunto de prestaciones esenciales y básicas que exceden a las prestaciones económicas de las jubilaciones y pensiones.

Este conjunto mínimo de servicios y actividades a desarrollar debiera comprender:

- **Programas de prevención y promoción de salud para mayores**, integrados a las actividades que se desarrollan en los distintos niveles del sector salud y que incluyan: educación para la salud con enfoque específico (sociales, recreativas, hábitos de vida saludables, prevención de problemas frecuentes, programas intergeneracionales, de salud bucal, actividad física regular, educación y orientación sexual, alimentación, etc.) y una canasta básica obligatoria para los prestadores en cuanto evaluaciones, controles y chequeos periódicos, tanto en el ámbito público como privado.
- **Programas de recreación, turismo social y voluntariado para mayores**, que aprovechando la experiencia existente, tanto en la experiencia departamental desde la IMM, como nacional desde el (BPS) se profundicen y multipliquen.
- **La promoción y apoyo para la participación**, deben asumirse de forma sistemática y orgánica, con carácter nacional y departamental de forma de ir incorporando particularidades regionales y locales, en espacios consultivos y asesores, que se integren y resuman en un Consejo Consultivo Nacional de los Adultos Mayores, que creemos debe integrarse a la norma. Queremos destacar que en este concepto está incluida la respuesta hacia a quien va dirigido.
- **Programas de detección de adultos mayores vulnerables** que desde cualquier



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



posición en el sistema detecten situaciones de riesgo y pauten la mejor gestión del caso.

En los servicios es preciso definir una serie de estructuras esenciales, sociales y sanitarias, a desarrollar en un proceso progresivo y pautado.

Optimizar los servicios disponibles, creando aquellos de los cuales se carece, tanto en el ámbito público como el privado.

- **La evaluación, coordinación y gestión de casos**, que implica un proceso en el que el adulto mayor es valorado, se establecen los cuidados que necesitan, se selecciona un servicio adecuado y se realiza un seguimiento y revisión de los cuidados. El gestor - coordinador de casos es una persona calificada con destrezas específicas, que apoya al usuario y/o sus cuidadores habituales, les asesora y facilita los cuidados, mejora la referencia dentro del sistema y el buen uso de los recursos. En condiciones ideales el gestor es una Licenciada Enfermera si el problema predominante es de carácter sanitario o un As. Social si la problemática predominante es de tipo social.
- **Implantación de consulta de geriatría en el primer nivel de atención**, para apoyo de equipos de atención del primer nivel. Estos equipos a su vez deben capacitarse para realizar todas las actividades de promoción y prevención tanto primaria como secundaria. Deben definirse pautas y protocolos de atención de los problemas mas frecuentes con carácter nacional.
- **Programas de alimentación y servicio de comidas a domicilio**, que pueden proveerse en el hogar de personas mayores o en un lugar colectivo. cuyo objetivo es proporcionar soporte nutricional complementario para mantener o mejorar el estado de salud.
- **Servicios de ayuda a domicilio y de acompañantes**: incluye ayuda para ordenar el hogar. limpiar la casa. lavar la ropa. comprar alimentos. acompañamiento. proporcionado por personal calificado. Es probable que el desarrollo integral de este tipo de servicios requiera de una política activa que asegure equidad. accesibilidad y personal competente.
- **Servicios de enfermería a domicilio**. que proveen cuidados de enfermería en el



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



hogar para personas adultas mayores que puedan permanecer en dicho medio durante enfermedades agudas, o bien brindarles atención continuada de enfermedades crónicas o cuidados paliativos. Se trata de proporcionar apoyos en esta área procurando el involucramiento familiar, así como la capacitación de los mismos en la atención y cuidados.

- **Programas de apoyo diurno a través de centros diurnos en la comunidad u oferta de cuidados diurnos desde centros residenciales o centros geriátricos de múltiples servicios:** estos centros están destinados a personas adultas mayores con discapacidad física y/o mental, para mantener o devolverles función, proporcionar respiro a cuidadores habituales y capacitarlos. La asistencia comprende los cuidados personales, supervisión en actividades sociales, recreativas, rehabilitación, cuidados básicos de la salud y enfermería. No existe un criterio único para estimación de necesidades y cobertura: Tomando en cuenta el plan español, las necesidades estimadas de cobertura son de 2 plazas - lugares (o usuarios para centros de día) por cada 100 mayores de 75 años en la zona o región.
- **Programas comunitarios de rehabilitación (fisioterapia y terapia ocupacional, rehabilitación afectiva y cognitiva):** destinados a proporcionar evaluación, tratamiento y asesoramiento a las personas adultas mayores y cuidadores en su hogar con el objetivo de rehabilitar o mantener funciones, así como asesoramiento en la selección de ayudas técnicas y adaptaciones del hogar.
- **Pequeños hogares colectivos,** similares a viviendas familiares donde personas mayores con determinado grado de pérdida de autonomía hacen un uso común de recursos colectivos de forma cooperativa, con seguimiento y apoyos mínimos de sistemas formales, de forma de establecer alternativas menos complejas y evitar ingresos a instituciones de larga estadía. Pueden configurarse como grupos de convivencia para personas con enfermedad mental a cargo de y con supervisión de cuidadores formales.
- **Complejo de apartamentos,** con servicios de apoyo social y comidas en común, donde pueden incluirse programas u opciones intergeneracionales.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



- **Servicios de inserción familiar o acogida.** Que son familias que alojan un número pequeño, no mayor de dos personas.

SERVICIOS DE ATENCION INSTITUCIONALES.

- **Establecimientos de larga duración:** Están destinados a proporcionar cuidados básicos personales y asistencia en actividades básicas de la vida diaria las 24 hs. En un entorno seguro y protegido, así como atención de enfermería, medicación, supervisión, para personas que ya no pueden permanecer en la comunidad y en su hogar, para quienes ya se han agotado otras alternativas.
- **Unidad de valoración geriátrica (UVG) en hospitales generales:** Unidad hospitalaria interdisciplinaria que interactúa con servicios hospitalarios donde se internan adultos mayores para darles apoyo en relación a problemas de manejo diagnóstico o terapéutico de riesgo de prolongación inadecuada de la estadía. También reducen el riesgo de institucionalización al alta y pueden apoyar a equipos de atención primaria en el alta a la comunidad. La necesidad- cobertura estimada según criterios internacionales es 1 Equipo y Unidad de Valoración por cada 250.000 habitantes para el índice de envejecimiento de nuestro país.
- **Unidad geriátrica de agudos (UGA)** . Area asistencial incluida en un hospital de agudos destinada a personas adultas mayores frágiles que cursan procesos agudos o agudizaciones de procesos crónicos, proporcionando atención multidisciplinaria especializada (geriátrica), evaluación geriátrica integral, mejorar la gestión de recursos en la derivación intra y extrahospitalaria. El tamaño mínimo aceptable es de 10 camas y las necesidades estimadas según criterios internacionales es de 1 UGA por cada 250.000 habitantes con 13% de población de 65 años en el área.
- **Unidad de media estancia (UME), Convalecencia y Rehabilitación** (Unidades de planificación de altas y recuperación) insertas en medios hospitalarios para proporcionar evaluación integral, rehabilitación y capacitación a cuidadores familiares, para personas adultas mayores convalecientes de procesos agudos, que en estadías no mayores de 1 mes y a menor costo, ofrecen recuperación y mejor reinserción en el contexto familiar, en programas de altas precoces. La necesidad -



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



- cobertura estimada según criterios internacionales es 1 UME por cada 250.000 habitantes por el índice de envejecimiento de Uruguay, lo que equivale a 12 camas.
- **Hospital de día (HD) en hospitales generales:** servicio de corta duración de funcionamiento diurno, integrado en un hospital de agudos, destinado a personas mayores frágiles o vulnerables para diagnóstico, evaluación y tratamiento, con objeto de lograr un nivel óptimo de función. La capacidad mínima estimada sobre criterios internacionales es de 1 plaza lugar de H. de Día cada mil mayores de 65 años o 1 hospital de día geriátrico cada 250.0000 habitantes, para un índice de envejecimiento de 13%(Uruguay)



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Referencias Bibliográficas

- Estudio SABE (Salud y Bienestar en el Envejecimiento), OPS/OMS, 1999.
- Estudio sobre Situación del Adulto Mayor en Argentina, Chile y Uruguay, BID, Escuela Andaluza de Salud Pública, Helpage Internacional, Federación Internacional de la Vejez, 1999.
- O.Prats. Estudio sobre hogares colectivos y su crecimiento intercensal (inferido a partir de censos de población) MSP, 2000.
- INE, Censo Fase 1, 2004.
- García G, Situación de salud de los adultos mayores en Uruguay; ASSE- MSP-SSAE, Presentación 2004.
- I.Savio, D. Basaldúa, G.García, G.Wagner, H. Rodsriguez, M. Escandell, C. Giri, A. Guerra, Programa de Atención Integral a la salud de los Adultos mayores de la región Este- Montevideo, ASSE-MSP, SAS- IMM, 2003.
- Declaración de la delegación de Uruguay en la 30° Conferencia del Periodo de Sesiones de CEPAL, Naciones Unidad, San Juan, Puerto Rico, 2004.
- Enfermería Geriátrica, Andrés Pérez Melleró.,



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



DECLARACIÓN DE HELSINKI

Consentimiento informado

Los principios del consentimiento informado expresados en las revisiones actuales de la Declaración de Helsinki y las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos deben ser aplicados en cada ensayo clínico.

(a) Se debe dar la información en un lenguaje y con un grado de complejidad comprensibles para el sujeto, en forma oral y escrita siempre que sea posible. Ningún sujeto debe ser obligado a participar en el ensayo. Los sujetos, sus familiares, custodios o, cuando sea necesario, representantes legales, deben tener amplias oportunidades de inquirir acerca de detalles del ensayo. La información pondrá en claro que el ensayo es un procedimiento de investigación, que la participación es voluntaria y que la negativa a participar o el abandono del ensayo en cualquier etapa no perjudicarán la atención, los derechos y el bienestar del sujeto. Se debe dar a los sujetos tiempo suficiente, determinado por su estado de salud y/o la enfermedad, para inquirir acerca de detalles del ensayo y para decidir si desean o no participar.

(b) El sujeto debe saber y aceptar que la información personal puede ser examinada durante la vigilancia, la auditoría o la inspección del ensayo por personas autorizadas, el patrocinador o los organismos pertinentes, y que la participación y la información personal en el ensayo serán tratadas como confidenciales y no estarán a disposición del público. Este principio puede ser modificado por leyes y reglamentos nacionales.

(c) El sujeto debe tener acceso a información sobre el seguro, cuando lo haya, y otros procedimientos para la compensación y el tratamiento si resultara dañado o discapacitado por su participación en el ensayo.

(d) Cuando un sujeto acepta participar después de una explicación amplia y completa del estudio, ese consentimiento debe ser registrado en forma apropiada. La explicación debe incluir el propósito del estudio; los beneficios previstos para los sujetos y/u otras



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



personas; la posibilidad de que se asigne a los sujetos un tratamiento de referencia o un placebo; los riesgos e incomodidades (por ejemplo, procedimientos cruentos); y, cuando corresponda, una explicación acerca de otros tratamientos médicos reconocidos. El consentimiento debe ser registrado con la firma del sujeto y la fecha o, conforme a las leyes y reglamentos locales, mediante la firma de un atestiguante independiente que registra el consentimiento del sujeto. En cualquiera de los casos, el sujeto debe ser informado de que la firma ratifica únicamente que el consentimiento está basado en la información proporcionada y que el sujeto ha escogido libremente participar, sin perjuicio de sus derechos legales y éticos, y que se reserva el derecho de abandonar en cualquier momento el estudio por su propia iniciativa y sin tener que dar ninguna razón. No obstante, cuando la razón del abandono se relaciona con un incidente adverso, el investigador debe ser informado.

(e) Es preciso considerar cuidadosamente la forma de asegurar que el consentimiento se otorga libremente cuando se trata de miembros de un grupo con una estructura jerárquica, como los estudiantes de medicina, farmacia y enfermería, el personal de un hospital o laboratorio, empleados de la industria farmacéutica o integrantes de las fuerzas armadas. En esos casos, en el deseo de participar puede haber influido indebidamente la expectativa, justificada o no, de obtener beneficios asociados con la participación, o el temor de alguna medida de represalia por parte de altos funcionarios de la estructura jerárquica en el caso de negarse a participar. Otros grupos vulnerables cuyo consentimiento también requiere consideración especial incluyen a los pacientes con enfermedades incurables, las personas de los hogares de convalecencia, los presos o detenidos, los desempleados o las personas con ingresos muy bajos, los pacientes de las salas de urgencia, algunos grupos étnicos y raciales minoritarios, los desamparados, los nómadas y los refugiados. Cuando esas categorías forman parte de la población que se incorporará en un ensayo clínico, el comité de ética debe examinar cuidadosamente si es apropiado el proceso para obtener el consentimiento informado.

(f) Cuando el sujeto está incapacitado para otorgar su consentimiento personalmente (por ejemplo, cuando se trata de niños o de adultos que están inconscientes o sufren



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



una enfermedad o discapacidad mental grave), la inclusión de esos sujetos en un ensayo puede ser aceptable siempre que: esté permitida por las leyes y reglamentos locales; el comité de ética esté, en principio, de acuerdo; y el investigador piense que la participación promoverá el bienestar del sujeto y será en su provecho. La conformidad de un representante legalmente aceptable en cuanto a que la participación promoverá el bienestar del sujeto y será en su provecho, también será registrada y firmada y fechada. Si el paciente está incapacitado para dar y firmar su consentimiento informado o un consentimiento verbal firmado por un atestiguante, el investigador deberá registrar ese hecho y exponer las razones.

(g) En una investigación no terapéutica, es decir, cuando no hay ningún beneficio clínico para el sujeto, éste siempre deberá dar su consentimiento y documentarlo con su firma y fecharlo.

(h) Los sujetos del ensayo deben ser informados de que tienen acceso a personas (identificadas) apropiadas para obtener más información y asesoramiento médico o tratamiento de evasión, si es necesario.

(i) Toda información que se reciba durante el ensayo y que pueda ser de importancia para los sujetos deberá ser comunicada a éstos por el investigador.

(j) Los sujetos deben ser informados de las circunstancias en las que el investigador o el patrocinador podrían dar por terminada la participación de aquéllos en el estudio.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Anexo 8

Cronograma y presupuesto

PRESUPUESTO

- Honorarios \$ 4000
- Materiales \$ 5000
- Transporte \$ 2000
- Gastos de impresión \$ 3000



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



CRONOGRAMA

Actividades	2013 Febrero/ Marzo	Abril/ mayo	Junio/ Julio	Agosto/ Setiembre	Octubre /Noviembre	Diciembre/ Enero 2014	Febrero/ Marzo	Abril/ mayo	Junio/ Julio
Reunión con docentes de Cátedra	→								
Revisión Bibliográfica	→								
Elaboración del Protocolo		→							
Tutorías		→	→	→				→	→
Reunión Grupal		→	→	→				→	→
Asesoramiento con tutor		→	→	→				→	→

PRESUPUESTO

- Papelería \$ 4500.
- Boletos \$ 5000.
- Internet \$ 2700.
- Comunicación telefónica \$ 3600.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Anexo 9

Protocolo de Investigación



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

PROTOCOLO DE INVESTIGACION FINAL

Independencia funcional e instrumental de una población de Adultos Mayores residentes en complejos habitacionales de Montevideo, en el periodo de tiempo comprendido entre el 6 al 13 de mayo de 2013.

TUTORA:

Prof. Adj. CAMEJO, Cristina.

INTEGRANTES:

Br. Muñoz, Florencia
Br. Pintos, Gimena
Br. Rendo Viviana
Br. Silveira, Betania
Br. Suárez, Lucirene

Montevideo, Mayo de 2013



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



<u>INDICE</u>	<u>PAG</u>
Resumen.....	3
Introducción.....	4
Planteamiento del Problema y Justificación.....	5-6
Título.....	7
Pregunta problema.....	7
Palabras Clave.....	7
Objetivos	
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8
Fundamento Teórico.....	9-16
Metodología.....	17
Bibliografía.....	23



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



RESUMEN

Este protocolo de investigación final será realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería, UDELAR, plan 93 como requisito académico de graduación.

Se tratara de una investigación de tipo descriptivo de corte transversal, no probabilístico, realizada entre el 6 al 13 de mayo de 2013 en complejos habitacionales.

El universo de estudio serán Adultos Mayores residentes en complejos habitacionales.

Los criterios de inclusión para la selección de la muestra poblacional serán los siguientes: ser AM (considerados por la OMS mayores a 60 años de edad), residentes en complejos habitacionales y que aceptaran participar de la investigación.

Para acceder a la población objetivo, se realizará un encuentro informativo con la comisión de vecinos, informando sobre los objetivos y la metodología de este trabajo y solicitando autorización mediante una carta de notificación.

Se utilizará metodológicamente la visita domiciliaria, entrevista y encuesta a todos aquellos AM que desearan participar de la investigación, firmando el consentimiento informado.

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos serán los siguientes: Escala de Barthel y Escala de Lawton y Brody, ETSA (Estudio Transversal Socio – Demográfico Epidemiológico Cátedra ADAN FE UDELAR).

El análisis de las variables a estudiar se realizarán a través de la estadística de tendencia central y se presentaran los datos en tablas bivariadas y Microsoft Excel 2007, se graficaran según el tipo y características de las variables estudiadas.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



INTRODUCCIÓN

Este protocolo de investigación final será realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería, UDELAR, plan 93 como requisito académico de graduación.

Se trata de una investigación de tipo descriptivo de corte transversal, no probabilístico, realizada entre el 6 al 13 de mayo de 2013 en complejos habitacionales.

El universo de estudio serán Adultos Mayores residentes en complejos habitacionales.

Los criterios de inclusión para la selección de la muestra poblacional serán los siguientes: ser AM (considerados por la OMS mayores a 60 años de edad), residentes en complejos habitacionales y que aceptaran participar de la investigación.

Se utilizará metodológicamente la visita domiciliaria, entrevista y encuesta a todos aquellos AM que desearan participar de la investigación, firmando el consentimiento informado.

Tomaremos como referencia el Programa Nacional del Adulto Mayor el cual cuenta con datos "triangulados" (no es únicamente estadística a nivel Nacional sino asociada con otros países) por lo cual consideramos importante realizar esta investigación.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Nuestro país, se encuentra en una posición predominante en el contexto de América Latina con un elevado envejecimiento demográfico, de acuerdo a datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), dado que un 13,4% de la población Nacional es mayor o igual a 60 años de edad. En Montevideo reside el 46% de la población de AM, mientras que en el interior del país reside un 54%¹²; criterio por lo cual la investigación se realizará en Montevideo.

En nuestro país rige el Programa Nacional del Adulto Mayor implementado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), el mismo tiene como propósito "*Favorecer un Envejecimiento Activo Saludable, que se traduzca en una vida digna, plena y participativa, colaborando en el mantenimiento del Adulto Mayor en la comunidad durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud*"¹³, pero no cuenta con estudios sobre Independencia funcional e instrumental de los Adultos Mayores, por lo cual el programa dispuesto por Ministerio Salud Pública (MSP) propone fomentar un "*Envejecimiento Activo Saludable*", sin contar con datos estadísticos a nivel Nacional ya que los datos con los que cuentan son "*triangulados*" (no es únicamente estadística a nivel Nacional sino asociada con otros países) por lo cual consideramos importante que se realice esta investigación.

En base a lo mencionado, como futuros profesionales de la salud, consideramos importante conocer la Independencia funcional e instrumental que presenta esta muestra poblacional.

Cabe destacar que el INE estima que para el año 2025 la población de Adultos Mayores representará el 17% de la población total del país, esto nos permite visualizar que la población de AM ascenderá progresivamente¹⁴; nuestra investigación se realizará con la finalidad de brindar una aproximación estadística a la Facultad de Enfermería, Cátedra de Salud del Adulto y Anciano; como así también considerarlo a la

¹² www.ine.gub.uy/

¹³ Programa Nacional del Adulto Mayor

¹⁴ Instituto Nacional de Estadística "Censo 2004"



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



hora de crear planes de gestión e intervención para aplicar el Proceso de Atención de Enfermería.

En cuanto a los AM con Independencia funcional e instrumental, nuestra función como futuros profesionales de la salud será fomentar el autocuidado y prevención de factores de riesgo, y en cuanto a los Adultos Mayores con dependencia funcional e instrumental consistirá en colaborar en la realización de las actividades de la vida diaria fomentando la rehabilitación.

¿Cuál es el rol de los Adultos Mayores (AM) en términos de rehabilitación, promoción de independencia funcional e instrumental?

Palabras clave: Adulto Mayor (AM) – Independencia – Enfermería



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



TITULO

Independencia funcional e instrumental de una población de Adultos Mayores residentes en complejos habitacionales en el período de tiempo comprendido entre el 6 al 13 de mayo de 2013.

Estudio descriptivo, de corte transversal no probabilístico.

Pregunta problema:

¿Cuántos de los Adultos Mayores residentes en complejos habitacionales, presentan Independencia funcional e instrumental?

Palabras clave: Adulto Mayor (AM) – independencia - Enfermería.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar cuántos Adultos Mayores presentan Independencia funcional e instrumental en una población de Adultos Mayores residentes en complejos habitacionales de Montevideo, en el período de tiempo comprendido entre el 6 al 13 de mayo de 2013.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar socio-demográficamente a la población objetivo mediante instrumento (ETSA).
- Determinar la Independencia funcional e instrumental de los Adultos Mayores mediante la Escala de Barthel y Escala de Lawton y Brody.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



FUNDAMENTO TEÓRICO

Para realizar esta investigación se tomará como referencia lo establecido por la OMS en relación a la población objetivo definiendo a las personas de 60 a 74 años de edad avanzada, de 75 a 90 años viejos o ancianos y los que sobrepasan los 90 años se los denominó grandes viejos o longevos¹⁵

Millan *"denomina envejecimiento al proceso de cambios morfofuncionales que se producen en el ser vivo en relación al paso del tiempo. Dicho proceso de envejecimiento puede ser contemplado desde dos perspectivas principales, la referida a los cambios fisiológicos o esperados para todos los individuos independientemente de sus experiencias vitales, o las referidas a los cambios patológicos, propio de cada individuo y relacionado con las alteraciones del equilibrio orgánico en relación al desarrollo de procesos morbosos.*

*No podemos establecer el momento en que un organismo inicia su proceso de envejecimiento, aunque lo que sí sabemos es que desde el momento de la concepción el ciclo de vida del sujeto ya es finito, tenemos fecha de caducidad".*¹⁶

A lo largo de la historia, muchos han sido los científicos que han tratado de explicar el fenómeno del envejecimiento con más o menos acierto a través de la postulación de teorías. Aunque actualmente hay más de 300 teorías para explicar el fenómeno del envejecimiento, aun no se entiende bien porque los organismos envejecen y porque los mecanismos del envejecimiento pueden variar tanto en velocidad y calidad de un individuo a otro. Algunas de las **teorías del envejecimiento** más aceptadas son: las teorías históricas, las teorías fisiológicas, la teoría de los radicales libres, las teorías genéticas.¹⁷

¹⁵ www.msp.gub.uy/programadeladultomayor. consultado 9/4/2013 14hs

¹⁶ MILLAN, Calenti; 'Gerontología y Geriatria', Madrid: Médica Panamericana, 2011

¹⁷ MILLAN, Calenti; 'Gerontología y Geriatria', Madrid: Médica Panamericana, 2011



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Se estima que únicamente entre el 20% y 25% de la variabilidad en la fecha de fallecimiento estará determinada por factores genéticos, de los cuales unos se constituirán en factores de supervivencia, mientras que otros serán factores predominantes para el padecimiento de ciertas enfermedades crónicas.¹⁸

Las personas mayores, considerando como tales, de acuerdo a la concepción general, aquellas cuya edad es mayor a 60 años, unos van a envejecer de acuerdo a lo esperado (envejecimiento fisiológico) mientras que otros van a presentar un estado de salud más frágil, resultado de la suma de elementos clínicos, sociales y funcionales (envejecimiento patológico) denominándose entonces geriátricos o ancianos frágiles, que van a ser los más necesitados de atención.

Los determinantes en el proceso de envejecimiento son los socio-económicos, hábitos y estilo de vida.¹⁹

La Gerontología es la ciencia que estudia el envejecimiento y todos los fenómenos asociados a éste, dividiéndose en tres ramas:

- 4) **Gerontología Social:** cuyo objetivo es el estudio de todos los aspectos socio-económicos y culturales que influyen en el envejecimiento.
- 5) **Gerontología Experimental:** referido a los aspectos de investigación que nos permitirá avanzar en el conocimiento del envejecimiento.
- 6) **Gerontología Clínica:** que se refiere a todo lo que tiene que ver con la enfermedad, su prevención, su diagnóstico y la intervención terapéutica, incluida la rehabilitación y la readaptación social.²⁰

En el proceso de envejecimiento contamos con una rama de la enfermería, la cual es **Enfermería Gerontológica** encargada en el cuidado del Adulto Mayor.

La enfermera aplica un método sistemático y organizado, valorando sus necesidades, limitaciones, recursos y posibilidades de funcionamiento autónomo, para de esta forma poder planificar actividades conjuntamente con el Adulto Mayor y su familia, que le permitan mantener o recuperar el mayor grado de independencia, evaluando los resultados de su intervención, para de esta forma desarrollar actividades de prevención de la enfermedad o problemas

¹⁸ MILLAN, Calenti; 'Gerontología y Geriatria', Madrid: Médica Panamericana, 2011

¹⁹ MILLAN, Calenti; 'Gerontología y Geriatria', Madrid: Médica Panamericana, 2011

²⁰ MILLAN, Calenti; 'Gerontología y Geriatria', Madrid: Médica Panamericana, 2011



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



derivados teniendo en cuenta las situaciones de fragilidad en que se encuentran la mayoría de personas mayores, identificando situaciones de riesgo o bien el seguimiento de tratamientos en situaciones crónicas y la ayuda en el proceso de morir. Dichas actividades se llevaran a cabo con un equipo interdisciplinario para ofrecer y dar atención integral, definiendo y formulando su especificidad en la atención a las personas mayores, asumiendo el rol que le corresponde en cada circunstancia, intercambiando y aportando a los otros profesionales las opiniones, conocimientos y experiencias en cualquier ámbito de actuación.²¹

Desde el punto de vista de nuestra profesión nos parece importante tener en cuenta la **Teoría de OREM** que describe la Teoría general del Autocuidado, la cual relaciona tres subteorías:

- ✓ Teoría de autocuidado como actividad aprendida por los individuos, dirigida por las personas sobre sí mismas hacia los demás o hacia el entorno, en beneficio de su vida, salud o bienestar.
- ✓ Teoría de déficit de autocuidado en la que define como los individuos son sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.
- ✓ Teoría de sistemas de enfermería, en la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:
 - Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera/o cumple con el autocuidado terapéutico de la persona.
 - Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: La enfermera/o desarrolla algunas medidas de autocuidado para la persona compensando las limitaciones de autocuidado que ayuda al mismo.
 - Sistemas de enfermería de apoyo-educación: La enfermera/o regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado con las personas.

²¹ MILLAN, Calenti; 'Gerontología y Geriatria', Madrid: Médica Panamericana, 2011.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Uruguay cuenta con el **Programa de Adulto Mayor** es uno de los países con una población más envejecida de las Américas donde el 13,4% es mayor de 60 años.

En los Adultos Mayores es importante fomentar la **Independencia** lo que se entiende como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como desarrollar las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

En el proceso de envejecimiento el Adulto Mayor puede presentar **dependencia**, definida según la OMS como "la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales".

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

La funcionalidad o **independencia funcional** es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne (MIN- SAL, 2003).

Para determinar la Independencia funcional del Adulto Mayor se aplicará la Escala de Barthel.

La **Escala de Barthel** es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas.

Origen: El índice de Barthel fue publicado en 1965 por Mahoney y Barthel tras diez años de experiencia en su uso para valorar y monitorizar los progresos en la independencia en el autocuidado de pacientes con patología neuromuscular y/o musculoesquelética ingresados en hospitales de crónicos de Maryland (EE.UU).

Aplicabilidad: valora 10 ítems (comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, usar el retrete, trasladarse, deambular, escalones). Desarrollado en su origen en la rehabilitación de patología neuromuscular, cada ítem puntúa de forma ponderada



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



según la relevancia que los autores otorgaron a cada actividad. Por ejemplo, la máxima puntuación otorgada al ítem del baño es 5, mientras que para la deambulaci3n la puntuaci3n m3xima es 15. Sus autores pensaron que la independencia en la deambulaci3n era m3s importante para el conjunto de la independencia como un todo que la independencia en el ba1o.

El tiempo de cumplimentaci3n es aproximadamente de 5 minutos, y la recogida de informaci3n es a trav3s de observaci3n directa y/o interrogatorio del Adulto Mayor.

Esta propiedad del 3ndice de Barthel permite que la suma de las puntuaciones obtenidas en los diferentes 3tems pueda representar la Independencia funcional de un individuo, lo que no ocurre con otras escalas donde todos los 3tems tiene igual "peso espec3fico".

La puntuaci3n total var3a entre 0 y 100 (90 para personas limitados en silla de ruedas). No es una escala continua, lo cual significa que una variaci3n de 5 puntos en la zona alta de puntuaci3n (m3s cercana a la independencia) no es semejante al mismo cambio en la zona baja (m3s cerca de la dependencia).



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Grado de dependencia funcional	
< 20	dependencia total
20 – 35	dependencia grave
40 – 55	dependencia moderada
≥ 60	dependencia leve
100	Independiente

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

Utilidad: Estima la necesidad de cuidados personales y así poder organizar ayuda a domicilio.

En unidades geriátricas se encuentra dentro del protocolo de valoración geriátrica.

Como criterio de eficacia de los tratamientos.

Recientemente se ha comprobado que el índice de Barthel obtenido de un cuestionario complementado por el propio paciente tiene una alta correlación con los datos obtenidos de la entrevista a su cuidador.

Limitaciones: Detecta fácilmente cambios en personas con puntuaciones intermedias aunque presenta limitaciones para detectar cambios en situaciones extremas (próximas a 0 o a 100). Estos inconvenientes no son problemáticos en la práctica clínica pero es necesario tenerlos en cuenta en la investigación.

El contenido fundamental descansa en tareas dependientes de extremidades inferiores.

Las **actividades de la vida diaria instrumentales**, son aquellas acciones que necesitan de un objeto intermediario para su desarrollo con el fin de que el individuo presente un adecuado nivel de desempeño y competencia social. Son actividades más complejas que las Actividades Básicas y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal, se asocian tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y también implican interacciones difíciles con el medio.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Para determinar la Independencia instrumental del Adulto Mayor se aplicará la Escala de Lawton y Brody.

La **Escala de Lawton y Brody** mide el grado de independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Origen: fue publicada en 1969 desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para la población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar independencia instrumental.

La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente.

Su traducción al español se publicó en el año 1993

Aplicabilidad: Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y manejo de sus asuntos económicos) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente) . La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos.

Grado de dependencia instrumental	
0 – 1	dependencia total
2 – 3	dependencia severa
4 – 5	dependencia moderada
6 – 7	dependencia ligera
8	Independiente

Utilidad: Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems.

Ha demostrado utilidad como método de valoración objetiva y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los Adultos Mayores como a nivel docente e investigador.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Detecta las primeras señales de deterioro del anciano.

Limitaciones: Las variables que se estudian están influidas por aspectos culturales y del entorno, por lo que es necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona; algunas actividades requieren ser aprendidas o requieren la presencia de elementos externos para su realización.

No todas las personas requieren la misma habilidad ante el mismo grado de complejidad y la puntuación de diversos parámetros de la escala puede reflejar ciertas situaciones sociales más que el verdadero grado de capacidad del individuo

Se considera una escala más apropiada para las mujeres (muchas de las actividades que mide la escala han sido realizadas tradicionalmente por ellas) pero también se recomienda su aplicación a los hombres aunque todavía están pendientes de identificar aquellas actividades instrumentales realizadas por ellos según los patrones sociales.

Para caracterizar la población se utilizará el instrumento **ETSA** (Estudio Transversal Socio – Demográfico) elaborado por la Facultad de Enfermería, Cátedra de Salud del Adulto y Anciano.

Aplicaremos estos instrumentos, mediante una **visita domiciliaria**, la cual entendemos como la consulta de enfermería realizada en el domicilio del usuario.

De acuerdo a Ramos Calero la Visita Domiciliaria se puede definir como "la base instrumental por excelencia, a través de la cual se presta la atención domiciliaria", es decir "el conjunto de actividades que tiene por objetivo proporcionar atención sanitaria al individuo y a la familia en su domicilio, de acuerdo con sus necesidades, asumiendo con ellos la corresponsabilidad del cuidado continuo e integral, en coordinación con los demás miembros del equipo y con otros servicios sanitarios y sociales".

En la visita domiciliaria utilizaremos la técnica de **entrevista**, que se define como conversaciones con un individuo o individuos para obtener informaciones sobre su experiencia y otros datos personales biográficos, sus actitudes y opiniones según Descriptor de Ciencias de la Salud (DeCS)²². También se utilizará la **Encuesta**, es la recolección sistemática de datos reales pertenecientes a salud y enfermedad de una población humana de un área determinada.

²² <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/> 25/4/2013 14:17hs

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, de corte transversal no probabilístico que se realizara en el periodo de tiempo comprendido entre el 6 y el 13 de mayo de 2013.

- Variables ETSA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	NIVEL DE MEDICION
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer o en general.	Cualitativa Nominal	-Masculino. -Femenino.
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Cuantitativa Continua	60 a 74 75 a 90 >90
Procedencia	Lugar de origen o de donde proviene el individuo.	Cualitativa Nominal	-Montevideo. -Interior.
Residencia	Lugar en donde se ubica el domicilio de cada individuo	Cualitativa Nominal	¿????
Estado Civil	Situación de pareja en que se encuentra el individuo.	Cualitativa Nominal	-Soltero. -Casado. -Unión libre. -Viudo. -Divorciado.
Ocupación Actual	Condición laboral con o sin remuneración que realiza el individuo	Cualitativa Nominal	-Jubilado. -Pensionista. -Empleado. -Desocupado. -Changas.
Ocupación Anterior	Condición laboral con o sin remuneración que realizaba.	Cualitativa Nominal	-Jubilado. -Pensionista. -Empleado. -Desocupado. -Changas.
Nivel de Instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso de un individuo.	Cualitativa Ordinal.	-Analfabeto. -Primaria Incompleta. -Primaria Completa. -Secundaria Incompleta. -Secundaria Completa. -Terciaria Incompleta. -Terciaria Completa.
Cobertura Médica	Conjunto de prestaciones que ofrece un servicio de salud.	Cualitativa Nominal	-Pública. -Privada.
Antecedentes Familiares	Presencia de patologías previas de primera generación.	Cualitativa nominal	-Sí. -No.
Antecedentes Personales	Presencia de patologías previas de primera generación	Cualitativa Nominal	-Sí. -No. *se detallaran de forma cuantitativa cada patología.
Carné del Adulto Mayor	Es una herramienta de registro de datos portátil, pensada en el usuario por su accesibilidad y de manejo fácil para los profesionales	Cualitativa Nominal	-Tiene. -No tiene.



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION**



Control de salud	Realización de examen periódicamente o mensualmente de factores de riesgo.	Cualitativa Nominal	-Sí. -No.
Carné de Salud	Documento certificado de aptitud laboral, a través del cual se puede detectar patologías.	Cualitativa Nominal.	-Vigente. -No vigente.
Ejercicio Físico	Implica una actividad física planificada, estructurada y repetitiva, realiza con una meta, con frecuencia con el objetivo de mejorar o mantener la condición física de la persona.	Cualitativa Nominal.	-Sí. -No.
Presencia de hijos	Situación del individuo en lo que refiere a la presencia de hijos.	Cualitativa Nominal	-Sí. -No.
Accesibilidad de Emergencia Móvil	Alcance que presente el individuo de gozar con el beneficio de emergencia móvil.	Cualitativa Nominal.	-Sí. -No.

• Variables Escala de Barthel

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR
Comer	Capacidad que tiene el individuo de llevar alimentos a la boca e ingerirlos.	Cualitativa Ordinal	-Independiente. -Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. -Dependiente.
Lavarse	Capacidad que tiene el individuo de autorealizarse la higiene.	Cualitativa Ordinal	-Independiente (entra y sale solo del baño). -Dependiente.
Vestirse	Capacidad que tiene el individuo de cubrir el cuerpo con ropa.	Cualitativa Ordinal	-Independiente (capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos). -Necesita ayuda. -Dependiente.
Arreglarse	Capacidad que tiene el individuo de mejorar su aspecto físico.	Cualitativa Ordinal	-Independiente para lavarse la cara, manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. -Dependiente.
Deposiciones	Evacuación de materia fecal.	Cualitativa Ordinal	-Contiene. -Ocasionalmente (algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorio). Incontinente.
Micción	Acción de orinar.	Cualitativa Ordinal	-Contiene o es capaz de cuidarse la sonda. -Ocasionalmente (máximo un episodio de incontinencia en 24 horas, necesita ayuda para cuidar de la sonda). -Incontinente.
Usar el retrete	Acción de trasladarse al cuarto dotado de las instalaciones necesarias para evacuar el vientre.	Cualitativa Ordinal	-Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa. -Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo. -Dependiente.
Trasladarse	Acción de moverse de un lado a otro.	Cualitativa Ordinal	-Independiente para ir del sillón a la cama.



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION**



			-Mínima ayuda física o supervisión. -Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda. -Dependiente.
Deambular	Capacidad que tiene el individuo de andar, caminar sin dirección determinada.	Cualitativa Ordinal	-Independiente, camina solo 50 metros. -Necesita ayuda física para caminar 50 metros. Independiente en silla de ruedas sin ayuda. Dependiente.
Subir escalones	Capacidad que tiene el individuo de subir o bajar escalones.	Cualitativa Ordinal	-Independiente para subir y bajar escaleras. Necesita ayuda física o supervisión. -Dependiente.

• Variables Escala de Lawton y Brody

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES
Usar el teléfono	Capacidad que tiene el individuo para utilizar el teléfono.	Cualitativa Ordinal	-Utiliza el teléfono por iniciativa propia. -Es capaz de marcar bien algunos números familiares. Es capaz de contestar el teléfono pero no de marcar. -No utiliza el teléfono.
Hacer compras	Capacidad que tiene el individuo para realizar compras.	Cualitativa Ordinal	-Realiza todas las compras necesarias independientemente. -Realiza independientemente pequeñas compras. - Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra. -Totalmente incapaz de comprar.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Preparación de la comida	Capacidad que tiene el individuo para la preparación de alimentos.	Cualitativa Ordinal	-Organiza, prepara y sirve la comida por sí solo adecuadamente. -Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporciona los ingredientes. -Prepara, calienta y sirve las comidas pero no sigue una dieta adecuada. -Necesita que le preparen y sirvan las comidas.
Cuidado de la casa	Capacidad que presenta el individuo para realizar cuidados en su hogar.	Cualitativa Ordinal	-Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados). -Realiza tareas ligeras, como llevar los platos o hacer las camas. Realiza tarea ligera, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza. -Necesita en todos los labores de la casa. - No participa en ninguna labor de la casa
Lavado de la ropa	Capacidad que presenta el individuo para realizar la higiene de su vestimenta.	Cualitativa Ordinal	-Lava por sí solo toda su ropa. -Lava por sí solo pequeñas prendas. -Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro individuo.
Uso de medio de transporte	Capacidad que tiene el individuo de trasladarse de un lugar a otro por medio del uso de un transporte.	Cualitativa Ordinal	-Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche. -Es capaz de viajar en taxi pero no usa otro medio de transporte. -Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona. -Utiliza el taxi u otro automóvil solo con ayuda de otros. -No viaja.
Responsabilidad con respecto a su medicación	Capacidad que presenta el individuo de cumplir con su tratamiento medicamentoso.	Cualitativa Ordinal	-Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas. -Toma su medicación si la dosis es preparada previamente. -No es capaz de administrarse su medicación.



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION**



Manejo de sus asuntos económicos	Capacidad que presenta un individuo de administras sus ingresos económicos.	Cualitativa Ordinal	-Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo. -Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos, etc. -Incapaz de manejar dinero.
----------------------------------	---	---------------------	---

- ✓ **Universo de estudio:** El universo de estudio serán Adultos Mayores residentes en complejos habitacionales.
- ✓ **Selección y tamaño de muestra:** residentes en complejos habitaciones y que acepten participar de la investigación.
- ✓ **Criterios de inclusión:** Los criterios de inclusión para la selección de la muestra poblacional serán: ser AM (considerados por la OMS mayores a 60 años de edad), residentes en complejos habitaciones y que acepten participar de la investigación.
- ✓ **Unidad de análisis y observación:** el sujeto muestral serán AM q reúnan los criterios de inclusión.
- ✓ **Para realizar la recolección de datos:** se llevará a cabo un encuentro con el Referente de la Comisión de Vecinos informando sobre la investigación a realizar en los complejos habitacionales y solicitando autorización mediante una carta de notificación. Luego se realizaran visitas domiciliarias a los AM pertenecientes a los complejos, solicitando autorización mediante el consentimiento informado. Utilizaremos la entrevista aplicando ETSA para caracterizar la población y la encuesta para aplicar la Escala de Barthel, Escala de Lawton y Brody.
- ✓ **Aspectos éticos de la investigación:** El trabajo de investigación se encuentra dentro del plan de estudio 1993 de la Facultad de Enfermería, UDELAR, la Cátedra de Salud del Adulto y Anciano autorizó la utilización del instrumento ETSA. El consentimiento



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



informado se utilizará según lo establecido por la declaración de Helsinki informándoles que la información brindada por los mismos es absolutamente confidencial.

- ✓ Plan de análisis de los resultados: las variables serán analizadas en tablas bivariadas representando frecuencia absoluta y porcentajes, de las variables propuestas. Se emplearán gráficos de tipo diagrama de barras simple y circular, para representar los resultados de acuerdo a los objetivos propuestos.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENIA, W; REYES, I; 'Temas de Salud Pública'. 1ra Ed. Montevideo; FEFMUR 2008.
- BURKE, M; WALSH, M; 'Enfermería Gerontológica' 2da Ed. Madrid: Mosby – Year Book, 1998.
- COSTABEL, M; 'Manual de Guías Didácticas' Montevideo; FEFMUR, 2011.
- DORIS, C; MAXINE, P; 'Tratado de Enfermería Geriátrico' México: Mc Grow – Hill, 1986.
- KETZOIAN, C; 'Estadística Médica'. Montevideo; FEFMUR, 2004.
- MILLAN, Calenti; 'Gerontología y Geriátrica', Madrid: Médica Panamericana, 2011. Pág. 1 – 3; 9 – 13.
- PINEDA, E; 'Metodología de la Investigación' 3ra. Ed. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
- SAMPIERI, R; COLLADO, C; Lucio, P; 'Metodología de la Investigación' México: Mc Grow – Hill, 1991.
- COCHRAN, W; 'Técnicas de muestreo' México: Continental, 1980 Pág. 56

Sitios web:

<http://www.meiga.info/escalas/ESCALADELAWTONYBRODY.pdf> 6/4/2013 22:00hs

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004
7/4/2013 18:30

<http://www.ine.gub.uy/> 5/4/2013 14:00hs

<http://www.esucar.cl/download/DOCENCIA/ATENCION%20AL%20PUBLICO/LA%20ENTREVISTA.pdf> 11/4/2013 15:45hs

<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/> 25/4/2013 14:17hs

MUNIZ, Florencia; PINTOS, Mª Gimena; RENDO, Viviana; SILVEIRA, Mª Betania; SUAREZ, Lucirene