



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



ABSENTISMO LABORAL NO PROGRAMADO VS CUIDADOS DE ENFERMERÍA BRINDADOS A LOS RESIDENTES DE LA UNIDAD "A" DEL HOSPITAL HOGAR DR. LUIS PIÑEYRO DEL CAMPO

AUTORES:

Br. Moar, Synthia
Br. Perera, Verónica
Br. Pi, Victoria
Br. Pirez, Claudia
Br. Trujillo, Ignacio

TUTORES:

Lic. Enf. Piñero, Gloria

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

Montevideo, 2006

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO ADULTO – ANCIANO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

TRIBUNAL PRESENTE

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO ADULTO - ANCIANO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

TUTORA

Docente Licenciada en Enfermería Gloria Piñero

Nadie puede perder de vista lo que quiere,
aunque en algunos momentos piense
que el mundo y los demás son más fuerte
el secreto es este: no desistir

AGRADECIMIENTOS

Queremos hacer mención especial a aquellas personas que nos brindaron su tiempo y conocimiento para la realización de nuestro trabajo:

- Directora Departamento Adulto Anciano Licenciada Mg. Miriam Costabel
- Tutora - Docente Licenciada en Enfermería Gloria Piñero
- Personal del Departamento Adulto y Anciano.
- Personal de la Institución del Hogar - Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo.
- Docente de Bioestadística Rosa Espino.
- Personal del Departamento de Documentos y Biblioteca de la Facultad de Enfermería
- A nuestras familias por el tiempo y el apoyo brindado.

INDICE

RESUMEN	Pág. 7
INTRODUCCIÓN	Pág. 8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	Pág. 10
JUSTIFICACIÓN	Pág. 11
ANTECEDENTES	Pág. 12
LISTA DE ACTIVIDADES	Pág. 15
MARCO TEORICO	Pág. 16
DISEÑO METODOLÓGICO	Pág. 36
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	Pág. 42
ANALISIS	Pág. 83
CONCLUSION	Pág. 86
SUGERENCIAS	Pág. 88
BIBLIOGRAFÍA	Pág. 90
CRONOGRAMA DE GANTT	Pag. 91
ANEXOS	Pág. 92

RESUMEN

La presente investigación elaborada por cinco estudiantes bachilleres de la Facultad de Enfermería correspondiendo a la carrera de Licenciatura de Enfermería, trata sobre: Conocer si existe absentismo laboral no programado del personal que brinda cuidados de enfermería en la unidad de atención "A" del Hospital Hogar Dr. Luis Piñeyro del Campo, y de existir, como incide sobre los cuidados brindados a los residentes de dicha unidad.

Como modelo de Enfermería se tomo como referencia a la Teorizante F. Abdollah, la cual plantea la satisfacción de necesidades a través de la identificación y resolución de problemas.

Este estudio es de tipo Cuantitativo, No Experimental, descriptivo, de corte transversal y prospectivo.

Para la recolección de los datos utilizamos la observación directa y registros en planillas elaboradas previamente por el grupo investigador.

La muestra sobre la cual se desarrolla la investigación, comprende a todo el personal que brinda cuidados de enfermería (Licenciadas de Enfermería, Auxiliares de Enfermería y cuidadores) en la unidad de atención A del Hogar-Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo durante el período comprendido de 24 horas del día 22 de septiembre del 2006.

Los hallazgos más importantes revelan que: con respecto a la dotación del personal, los más afectados son los profesionales de Enfermería, siendo éste un 4% del total necesario. A pesar de ello, éstos no presentaron absentismo laboral no programado.

De acuerdo a las acciones básicas planteadas para el profesional de Enfermería observamos que las insatisfechas son las valoraciones a los residentes y los registros en las historias clínicas.

Con respecto al personal no profesional, se presentó absentismo no programado en un 11 %, debido a que fueron derivados a otros servicios.

Los cuidados y actividades de enfermería más afectados para éste personal son: las higienes, las movilizaciones y los registros.

Se concluye la necesidad de continuar con esta línea de investigación en un tiempo mayor para profundizar en esta importante problemática socio-económica-sanitaria, contribuyendo a mejorar las condiciones laborales y asistenciales

PALABRAS CLAVES:

- Uruguay
- Hospital Hogar Dr. Luis Piñeyro del Campo
- Absentismo Laboral
- Problemas de Enfermería
- Dotación de personal

INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo corresponde a la Investigación Científica realizada por un grupo de cinco estudiantes Bachilleres de la carrera, "Licenciatura de Enfermería", de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, el cual contribuye para la acreditación final de dicha carrera.

Desde el punto de vista metodológico la investigación a realizar consiste en un estudio de tipo Cuantitativo, No Experimental, descriptivo, prospectivo, de corte transversal. (se observan, describen, analizan las situaciones y fenómenos de dos grupos: Funcionarios y residentes, se realiza en un momento de tiempo específico y los acontecimientos por investigar se captaron en dicho período) El mismo se centra en: conocer si existe Absentismo laboral no programado del personal que brinda cuidados de enfermería en la unidad de atención "A" del Hospital Hogar Dr. Luís Piñeyro del Campo y si este existe como incide sobre los cuidados brindados a los residentes de dicha unidad.

Para responder a dicha interrogante nos planteamos como objetivo general Conocer la prevalencia del absentismo del personal que brinda cuidados de enfermería y la relación que existe con los cuidados brindados por los mismos a los residentes de la unidad "A" del Hospital Hogar Dr. Luís Piñeyro del Campo, abarcando los cuatro turnos del día 22/09/06.

El equipo de trabajo constituye un elemento esencial del aparato productivo de una institución. Cualquier causa que altere la salud física y mental del trabajador tarde o temprano va a dar lugar a una pérdida productiva que en cierto modo repercute sobre la calidad de atención que se les brinda a los adultos mayores de dicha Institución.

La motivación para dicho estudio se basa en que el absentismo laboral es reconocido como uno de los factores que más y negativamente influye en el proceso de atención de individuos que se encuentran institucionalizados. Por ello es que no se estudia al absentismo laboral aislado sino su incidencia sobre los cuidados de enfermería.

Se realizó una revisión bibliográfica en la que se tomo como referente fundamental a la OIT (Organización Internacional del Trabajo) de la cual se extrajeron los conceptos fundamentales del absentismo laboral así como indicadores y datos estadísticos. Consideramos también a otros autores tales como Gilles y Ottero los cuales también toman como referente fundamental a esta organización. (Marco teórico)

Para conocer si existe absentismo laboral por parte del personal se verificara la asistencia de los mismos a través de las planillas existentes en el Departamento de Enfermería, y en base a la misma confeccionaremos una nueva planilla (Ver anexo N°1) donde se reúnan los datos que para nosotros son relevantes, esto se utiliza para conocer el absentismo laboral no programado, no tomando en cuenta al absentismo ya programado del personal.

Esta investigación es respaldada por el modelo de la Teorizante F. Abdellah, que implica que con la resolución de cada problema la persona vuelve a estar sana o en una situación que puede afrontar teniendo en cuenta que todas las personas tienen capacidad de autoayuda y capacidad de aprender, las cuales varían de un individuo a otro y de esta manera se puede ayudar a los residentes a que puedan satisfacer sus necesidades. De los 21 problemas descritos por F. Abdellah, se seleccionaron algunos de estos para conocer si existe una relación entre el absentismo laboral y la insatisfacción de los mismos. Se confeccionó una planilla donde constan los cuidados (Ver anexo N° 2), descritos anteriormente, donde por medio de la observación se registró si estos fueron realizados o no.

Se seleccionaron variables con respecto: a las condiciones de trabajo, y como principales indicadores tomamos los que hace mención la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como de frecuencia, gravedad y prevalencia.

Se deberá conocer la magnitud del problema, así como también elaborar y aplicar estrategias para abordar y disminuir las causas de esta problemática socio, económica y sanitaria. Así podremos manejar imprevistos en cuanto a la dotación de los recursos humanos, incidiendo así de la manera más favorable en la calidad de atención al usuario.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

Conocer si existe absentismo laboral no programado por parte del personal que brinda cuidados de enfermería y como incide sobre los cuidados brindados por los mismos a los residentes de la unidad "A" del Hospital Hogar Dr. Luis Piñeyro del Campo en un día calendario en los cuatro turnos.

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer la prevalencia del absentismo laboral no programado del personal que brinda cuidados de enfermería y la influencia sobre los cuidados brindados por los mismos a los residentes de la unidad "A" del Hogar Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo en el período comprendido de 24 horas del día 22/09/06.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Seleccionar 6 problemas de enfermería de la teoría de F. Abdellah que se adapten a las características de los residentes.
- Elaborar instrumentos de recolección de datos, para asistencia del personal y registro de cuidados y actividades básicos.
- Cuantificar el absentismo laboral no programado, del personal que brinda cuidados de enfermería de la unidad de atención "A" del Hospital Hogar Dr. Luis Piñeyro del Campo.
- Analizar la realización de los cuidados y actividades de Enfermería brindados por el personal de la unidad de atención "A" del Hospital Hogar Dr. Luis Piñeyro del Campo.

JUSTIFICACIÓN:

Este trabajo forma parte de un conjunto de investigaciones, interrelacionadas, las cuales serán un aporte para brindar una aproximación de la realidad del Hogar Hospital Dr. Luís Piñeyro del Campo, siendo éste de referencia nacional, único en nuestro medio por su trayectoria, permitiendo el avance formativo a universitarios, docentes y profesionales de la salud.

La línea de investigación fue seleccionada según la oferta del Departamento Adulto y Anciano, quedando a total libertad y "creatividad" del grupo investigador la dirección del proyecto.

El absentismo laboral es un tema de gran importancia en el área de la salud, y como tal no afecta a un solo sector sino que también tiene una gran importancia a nivel multisectorial. El absentismo no solo involucra al personal sino que también afecta directamente al usuario y hasta el país. Por ello es que es un reto interesante abordarlo ya que es una realidad que se hace presente en muchos servicios públicos y privados.

Según el programa del adulto mayor del Ministerio de Salud Pública (M.S.P)

(Ver Anexo N° 5) Uruguay es un país envejecido. La mitad de las personas mayores de 65 años residen en Montevideo, y de este 50%, 25 mil se encuentran institucionalizados. Conocer una aproximación a la realidad de la situación del Hogar Hospital Dr. Luís Piñeyro del Campo es de gran importancia ya que es centro de referencia para muchas personas e instituciones. Este alberga a 270 adultos mayores¹, índice muy alto de personas cuya franja etaria se caracteriza por aislamiento, vulnerabilidad y soledad.

Se tuvieron en cuenta otras investigaciones sobre absentismo laboral en el área de la salud sobre personal médico y no médico (Licenciados de Enfermería y Auxiliares de Enfermería). En los mismos se estudia el absentismo y sus causas pero no se relaciona el mismo a ningún otro factor como por ejemplo, cuáles son los efectos que produce el absentismo sobre la atención del individuo enfermo o dependiente.

El personal (Profesional y no profesional), eje central de la investigación, es el protagonista. Es importante conocer el ámbito socio-cultural en el que se encuentra inmerso, ya que una persona infeliz o con problemas en cualquier ámbito de la vida ve disminuida su capacidad de rendir laboralmente. El deterioro de la salud del individuo puede ser por su actividad laboral excesiva, considerando que un absentismo laboral bajo es reflejo de una población de trabajadores sanos.

El absentismo laboral es conocido como uno de los factores que más negativamente influyen en el proceso de producción, y afecta las condiciones y medio ambiente laboral.

El usuario, principal justificación y protagonista de los cuidados que brinda Enfermería y es por este que se trabaja y se investiga día a día. Es el motor que nos impulsa a diario y nos incentiva produciendo una retroalimentación, superación personal y mejoramiento de los cuidados de enfermería.

¹ Dato Obtenido por el Departamento de Enfermería

ANTECEDENTES:

En el año 2001 se realizó un estudio de tipo retrospectivo acerca de las certificaciones por causa médica existentes en el Hospital de Toquepala de una empresa minera del sur de Perú, en el departamento de Tacna. Se revisaron 541 descansos médicos correspondientes a 364 (31,46%) trabajadores de un total de 1181 obreros. En relación existente al sexo se observó un incremento de absentismo en varones, 337 (92,58%) y en menor lugar un total de 27 mujeres (7,42%). Se observó un incremento en el sexo masculino dadas las tareas que se realizan en dicha mina y que la población predominante es de ese sexo.

En relación a las edades se observó un mayor absentismo entre las personas 35 a 45 años (> 62%), y el menor índice de absentismo se detectó entre los menores de 24 años (1,64%). En esta investigación se estudia el absentismo de causa médica y cuáles son las enfermedades más frecuentes entre los trabajadores de dicha institución. **(Absentismo Laboral de Origen Médico en el Hospital de Toquepala en el año 2001; Autores: Gomero, Cuadra, Raúl – Llap, Yeson, Carlos)**

Danatro demuestra en su investigación la importancia de las causas médicas y la multifactorialidad de la génesis del absentismo laboral.

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo en una institución pública de Montevideo con un total de 1474 funcionarios en el que se describe el absentismo por causa médica durante un año calendario. El mismo toma como referencia la definición de absentismo de la OIT. Se observó un total de 1644 certificaciones de las cuales un 98% de las mismas (1604) correspondían a certificaciones de causa médica y el 2 % restante a causa de embarazo normal. Se seleccionaron variables relacionadas al trabajador tales como el sexo donde se observó que el sexo femenino ocupó una mayor frecuencia de absentismo (1091 – 68%) y el sexo masculino ocupó un menor índice (513 – 32%).

Los rangos de edad predominantes fueron entre los 35 y 44 años (34%) tanto para el sexo femenino (384 certificaciones) como para el masculino (164 certificaciones).

Se seleccionaron variables relacionadas a las condiciones de trabajo, las mismas son el escalafón que se detectó un incremento del absentismo a nivel administrativo (43%). En relación a los turnos de trabajo se detectó un incremento en la mañana (55%) siendo menor en la tarde y solo un 1% en la noche. Los días de inicio de las certificaciones más frecuentes fueron los lunes (31%), los martes (26%) y los jueves (16%), viéndose un leve predominio de absentismo en la segunda quincena del mes. También se estudió las causas de este en relación a la estación del año.

El período de estudio fue en un año calendario. Se analizaron variables relacionadas con el trabajador (sexo, edad) viendo que sus resultados coincidían con los de otros estudios internacionales. Abarcó solo el absentismo de causa médica y no el que está involucrado en otras causas. **(Absentismo Laboral de Causa Médica en una Institución Pública de Montevideo; 1994 – 1995; Autor: Dr.: Daniel Danatro)**

Otero hacer referencia a una investigación realizada en España acerca del absentismo laboral hospitalario. Se ha observado un predominio de bajas por trabajador-año que oscila entre 0,2 y 0,8, con una moda de 12 días y una mediana de 8 a 9 días y con una media entorno a los 10 a 25 días. Por sexo se observa un mayor absentismo en mujeres y por edad las bajas por enfermedad son más frecuentes y de más larga duración en mayores de 50 años. El día de la semana más frecuente de comienzo de la baja es el lunes y el menos el domingo. Las categorías profesionales con menor nivel cultural y de responsabilidad presentan mayores tasas de absentismo. En relación a la causa la mayoría se debe a absentismo de cause médica. Se detectó que en los meses invernales el absentismo se incrementa. (Absentismo Laboral Hospitalario-Riesgos del trabajo del Personal Sanitario; Gestal Otero, J.J. Y Fernández, J.)

En el Hospital de las Fuerzas Armadas se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal sobre los índices de ausentismo laboral de causas médicas; incluyendo a todos los funcionarios auxiliares de enfermería y licenciados de enfermería.

Dicho estudio abarcó un periodo de 334 días (11 meses), registrándose un total de 1319 certificaciones.

Como instrumento de registro se utilizaron dos tipos de planillas, tomando como referencia la definición de absentismo de la Organización Internacional del Trabajo.

Se contó con una dotación de departamento de Enfermería de 586 funcionarios, con un 60% de certificaciones médicas de total.

De enfermería profesional se recibieron 204 certificaciones de 63 licenciados, de las mismas 24 se certificaron al menos una vez. El turno más afectado fue la tarde 18 (75%), el rango de edad que predominó fue entre 30 a 34 años (38%).

De los auxiliares de enfermería se recibieron 891 certificaciones de 290 funcionarios, de los mismos 105 se certificaron al menos una vez. El servicio donde se desempeñó el mayor porcentaje de ausencia se originó en el polivalente 31 (75,6%), siendo el turno más afectado la mañana 98 (63,2%) y el rango etario más numeroso entre 30 y 40 años 80 (27,5%).

(Absentismo Laboral “Un desafío para Enfermería”, en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo-Uruguay; Autores: Pacaluck M, Lavega I, Uriarte C, Silva P.). presentado como trabajo de investigación en la X Jornada de Enfermería, Noviembre de 2005.

En el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintéla se realizó un trabajo de Investigación, como trabajo final de presentación de Tesis correspondiente a Estudiantes de la Universidad de la República de la Facultad de Enfermería, que consta de conocer las **principales causas de certificaciones médicas del personal de Enfermería en el período comprendido desde el 1 de agosto del 2001 hasta el 31 de julio del 2002.**

Es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y cuantitativo, basados en una fuente de datos elaborada por la División Universitaria de Salud, utilizando como instrumento una planilla de datos elaborada por el programa Excell del PC. El muestreo se llevó a cabo por el método no probabilística intencional biestratificado: Licenciados de Enfermería y Auxiliares de Enfermería. Utilizando las variables: grupo étnico, sexo, días de comienzo de certificación, periodo estacional, días generados y dimensión comprendida.

Se observó que el mayor porcentaje de absentismo laboral está dado por certificaciones médicas, donde los Auxiliares de Enfermería presentan mayor índice de absentismo en relación a los Licenciados de Enfermería, siendo éstos quienes generan mayor cantidad de días. Se pudo destacar que las principales causas de las certificaciones médicas corresponden a afecciones de los sistemas: osteomusculares, y articulares, respiratorios, y a los controles de tratamientos especiales, dándose principalmente en personas adultas.

LISTADO DE ACTIVIDADES

El siguiente listado de actividades es el sucedido durante el trabajo de Investigaciones, donde los subsiguientes pasos no se dieron esquemáticamente de forma vertical sino que fueron sucediendo entrelazados entre sí, logrando cada uno un efecto sobre otro. Se destacan los siguientes:

- Conformación del grupo: se realizó en base a afinidad, bajo la condición que debe estar integrado por cinco estudiantes.
- Bajo reunión de generación, se realizó sorteo para poder elegir la cátedra que dará lineamiento y tutores del trabajo.
- Propuesta del tema: Se realizó una reunión con los grupos que elaboran sus investigaciones en el Hospital – Hogar Dr. Luis Piñeyro del Campo, utilizando como método para la distribución de los temas el sorteo.
- Presentación curricular de los grupos en el Hospital – Hogar Dr. Luis Piñeyro del Campo con la presencia de las autoridades de dicha Institución.
- Revisión Bibliográfica.
- Entrevista a la Licenciada Jefe de Enfermería del Departamento de Enfermería con un representante de cada grupo de Investigación.
- Tutorías desde el momento hasta la fecha.
- Encuentro con Directora del Departamento de Documentos y Biblioteca.
- Elaboración del protocolo de Investigación.
- Coordinación con autoridades de la Institución Hospital – Hogar Dr. Luis Piñeyro del Campo.
- Recolección de datos en un día calendario:
 - ❖ Se obtuvo el absentismo laboral no programado a través de planillas elaboradas con anterioridad, y encuentro con la Licenciada de Enfermería de cada turno quién notifica la ausencia del personal.
 - ❖ Los cuidados y actividades que se encuentran insatisfechos del personal (Licenciados de Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Cuidadores) se estudian a través de la observación directa, y la revisión de las Historias Clínicas.
- Tabulación y recopilación de datos obtenidos.
- Análisis, constatando el marco teórico con la realidad.
- Elaboración de Conclusiones y Sugerencias basados en el Trabajo.

MARCO

TEORICO

ABSENTISMO LABORAL

El término absentismo se utiliza para describir la no asistencia al trabajo durante una jornada laboral completa de una persona que se suponía que iba a asistir, independientemente de la causa por la que se produzca. Por lo tanto quedan excluidos los períodos vacacionales, los libres y las huelgas.²

Además de esta definición de absentismo se tomará como absentismo no programado a aquella persona que concurra al lugar de trabajo, pero por diferentes razones se la derive a otra actividad, no estando presente la misma en su lugar de trabajo realizando las tareas correspondientes.

Si la falta no ocupa toda la jornada se denomina retraso, siendo sus causas similares a las del absentismo. Siendo la principal causa de absentismo, la incapacidad.

En los últimos 20 años el absentismo se ha convertido en uno de los más graves problemas económicos de la sociedad industrial. En las empresas estadounidenses el índice de absentismo anual es de 5,1 días por empleado. La tasa anual de absentismo entre los trabajadores sanitarios es de 7 días al año.

Debido a las presiones existentes se produce una mayor resistencia en las organizaciones en cuanto a ampliar el número de puestos de trabajo de enfermería incluso en situaciones en las cuales el incremento del número de pacientes, la disminución del índice de estancia media hospitalaria o el aumento en la complejidad de los cuidados amplían las cargas de trabajo de enfermería. La enfermera gestora que logra reducir los índices de absentismo, va a aumentar su dotación de personal sin incurrir en cargas económicas adicionales.

En algunos trabajadores el absentismo laboral, es un hecho esporádico impredecible y sin relación con ningún motivo aparente. Otros empleados muestran mayores índices de absentismo y más predecibles, generalmente coincidiendo con fines de semana, días festivos, vacaciones o días de cobro.

Los análisis realizados en los registros de asistencia de los trabajadores de hospitales y de la industria en general muestran modalidades de absentismo identificables. Las variables demográficas relacionadas con el absentismo son el sexo, la edad, y la distancia que hay entre el domicilio y el centro de trabajo. En la totalidad de la población laboral el absentismo es mayor entre las mujeres que entre los hombres.

En las instituciones sanitarias al igual que en otro tipo de empresas, el absentismo frecuente pero de corta duración es más común entre los trabajadores jóvenes, mientras que el absentismo de larga duración se da entre los trabajadores de mayor edad siendo la causa principal la ausencia por enfermedad.

El absentismo se produce de acuerdo a un modelo semanal siendo los lunes los días con cifras de absentismo más elevado y los días viernes son los índices más bajos; los demás días, martes, miércoles y jueves se caracterizan por un absentismo moderado. También se ha podido identificar que se registra menos porcentaje de absentismo en grupos de trabajo reducidos que en otros más numerosos.

² Definición de absentismo de la O.I.T (Organización Internacional del Trabajo).

Los investigadores han demostrado la correlación que existe entre la insatisfacción laboral y el absentismo. Entre las supervisoras y jefes de equipo se registra un menor absentismo que en las enfermeras de plantilla, ya que las primeras consideran su presencia como imprescindible para el buen funcionamiento de la institución o unidad. Entre los empleados de categorías inferiores que se sienten apremiados y acosados por tareas rutinarias y por su falta de autonomía dentro del grupo de trabajo tratan de eludir el estrés apartándose lo máximo posible del lugar de trabajo.

TIPOS DE ABSENTISMO:³

A) Absentismo legal o estatutario: En la mayoría de los casos es previsible, y comprende: los periodos vacacionales, cursos de formación profesional, maternidad, lactancia, tiempo para votar elecciones, etc. Estas faltas al trabajo no se consideran como absentismo; sino como disminución del tiempo de trabajo.

B) Absentismo Voluntario:

Faltas debidas a la voluntad del trabajador por motivos psicosociales subjetivos. Es un indicador de la organización del trabajo y de la satisfacción del trabajador. Las huelgas forman parte del absentismo voluntario, si bien para un número importante de trabajadores sería absentismo del tipo compulsivo.

C) Absentismo Por enfermedad común:

Comprende la mayoría del absentismo, y puede ser con o sin baja.

D) Absentismo Por enfermedad o accidente laboral:

Es debido a una enfermedad o accidente laboral producidos a consecuencia del trabajo habitual.

E) Absentismo Compulsivo:

Aquel que no depende ni de las leyes ni de los reglamentos, ni de mermas de salud, ni de la voluntad del trabajador, sino que es impuesto por personas o elementos exteriores, como es el caso del cierre patronal o de factores climatológicos.

CAUSAS DEL ABSENTISMO:²

El absentismo se produce por el desequilibrio de la presión psicológica que incita a no asistir al trabajo sobre la que estimula a trabajar.

Más que como un índice de enfermedad, el absentismo puede ser considerado como un indicador de la satisfacción laboral.

Su etiología es multifactorial, interviniendo numerosos determinantes que podemos sistematizar, en cuanto a su origen, en:

A) Factores dependientes del trabajo:

Naturaleza del trabajo: el trabajo duro o peligroso provoca mayor absentismo. Se podría decir que el absentismo es una protesta inconsciente contra las condiciones laborales, que hacen que el trabajador no se sienta satisfecho en el trabajo y, aunque la satisfacción depende de los factores, la motivación por las tareas tienen gran importancia.

³Gestál Otero j., Fernández j..

Tamaño de la empresa y del grupo de trabajo: a mayor tamaño de la empresa o del grupo del trabajo se asocia mayor absentismo. Esto se atribuye a que en las empresas o grupos de trabajos muy numerosos existe una mayor dificultad de comunicación y de las relaciones interpersonales por lo que el trabajador se siente anónimo en el grupo y puede llegar a desarrollar una actitud de alienación.

Nivel de calificación del trabajador: existe una relación inversa entre el nivel de calificación y la frecuencia y duración del absentismo.

Condiciones de trabajo: La mejora en los puestos de trabajo produce una disminución de absentismo, si bien hay ocasiones en las que al realizarse estas mejoras se observa un paradójico aumento transitorio del ausentismo, que se debe a otro factor.

Organización del trabajo: La organización del trabajo influye también en el absentismo. Este desciende con la reducción de la jornada laboral, así como el horario flexible y a tiempo parcial, mientras las horas extras pueden producir tanto una disminución como un aumento de las faltas al trabajo; la semana laboral de cinco días disminuye el absentismo con respecto a las semanas más largas. Algunos investigadores han observado un mayor absentismo en los trabajadores con los horarios fijos con respecto a las que trabajan a turnos, aunque esto quizás se debe a un sesgo ya que, por la general, los individuos achacosos y de mayor edad no trabajan a turnos.

B) Factores peri-laborales:

Se han observado diferencias regionales en los índices de absentismo que, si bien en parte pudieran explicarse por el tipo de industria, fundamentalmente se debe a factores de tipo políticos, sociales, y económicos de la nación o región en que se encuentra la empresa. El trabajo en las grandes ciudades conlleva en general, un aumento del ausentismo. Las empresas tienen mayor número de trabajadores también son mayores las distancias y el tiempo necesario para ir a la casa al trabajo. Existen también variaciones relacionadas con factores climatológicos y estacionales.

C) Factores del medio del extra-laborales:

Las obligaciones del hogar y las responsabilidades hacia los hijos, sobre todo en las mujeres; las condiciones de la vivienda; la incitación de la sociedad hacia el ocio y la realización de los trabajos de temporadas (agrícolas, etc.) aumentan el absentismo.

D) Patología realmente sufrida por el trabajador:

Puede existir o no una causa médica que justifique el ausentismo y, aun existiendo, puede no ser objetivo por factores dependiente del individuo, de los servicios médicos o del propio proceso.

Por otra parte, la existencia de una lesión o enfermedad no necesariamente incapacita al sujeto para el trabajo. La relación entre enfermedad e incapacidad laboral precisa de juicio que están muy influenciado por factores ajenos a la medicina.

E) Factores Individuales:

Edad: A medida que aumenta la edad del trabajador, disminuyen los índices de frecuencia de bajas, en tanto se incrementa la duración de las mismas. Así, los mayores de 45 años tienen pocas bajas pero de larga duración, mientras que los menores de 25 años presentan muchas pero más breves, que pueden deberse a circunstancias como: mayor inexperiencia, vida más regular, imprudencias, etc. .

Sexo: Las mujeres presentan mayores valores del absentismo que los hombres: quizás el factor más importante que incite a ellos sea el hecho de que, todavía en nuestra sociedad, la mujer carga en solitario con la responsabilidad de atender a la familia.

Personalidad: Aunque no hay una personalidad típica del absentista, el recurrente se caracteriza por poseer una cierta dosis del egoísmo, ser un buen litigante y experto en encontrar disculpas que por muchas veces llega a creerse y racionalizar.

F) Factores dependientes del sistema administrativo de certificación y seguimiento de las bajas:

Este puede ser a través de los médicos de la Seguridad Social (como sucede en España), o de los médicos de empresa (cada vez más, debido a las importantes reducciones del absentismo que se consigue). El médico de familia que habitualmente atiende al trabajador es el que mejor sabe si este se encuentra en condiciones de seguir trabajando. Por otra parte, el médico de la empresa conoce la carga y exigencias del puesto de trabajo. La colaboración de ambos es fundamental.

G) Sistema de compensaciones:

Sea cual sea el sistema de compensación habría que buscar un equilibrio entre persuadir para que siga trabajando al que está capacitado para ello e incitar a dejar el trabajo a aquel que realmente está incapacitado y continúa realizándolo por motivos económicos. En beneficio no solo del personal sino que el usuario y la institución.

Según algunas investigaciones vistas como la de Pablo Danafro aquí en el Uruguay, Tesis realizada en el Hospital de Clínicas, estudio realizado en la empresa Lever de Chile, y una investigación del hospital Militar las principales causas de Absentismo Laboral se resumen en:

- Por Certificación médica: Las Enfermedades respiratorias, en los meses de invierno, en segundo lugar las osteomusculares y las Digestivas.
- La Insatisfacción laboral, disconformidad.
- Desmotivación.
- Multiempleo.
- Maternidad.
- Alcohol – Drogas.
- Psicológicas – Neurológicas, Depresión, Estrés Laboral.

MÉTODOS PARA DISMINUIR EL ABSENTISMO:⁴

Las diversas causas que hacen que la prevención del absentismo no dependa de actuaciones aisladas, sino de un conjunto de medidas adoptadas a diferentes niveles y por distintos profesionales. Dentro de la empresa han de realizarse mejoras en la organización del trabajo, ergonomía, higiene y seguridad y en la interacción trabajador-empresa.

Se han venido utilizando diversos métodos para combatir el absentismo. El primer paso para reducir el absentismo es mantener un registro preciso de la asistencia de los empleados, a fin de identificar el patrón de asistencia de cada uno de ellos, especialmente en los primeros meses de trabajo. Según Obermen y Rayner un índice de Absentismo del 4% debe ser considerado como excesivo e indica la necesidad de ascensoramiento.

Otro método que da buenos resultados es el de establecer un procedimiento formal de aviso, el cual exija a los empleados a ponerse en contacto directo con su supervisor cuando tenga que informar un episodio de absentismo laboral. Eso se llevaría a cabo una planilla reglamentaria donde quede registrada constancia de la llamada y que el empleado se presente ante su supervisor inmediatamente cuando vuelva a incorporarse al trabajo para firmar el documento.

Las gestoras de enfermería pueden mejorar la moral de sus empleados si asumen un estilo democrático de supervisión y mantienen una comunicación abierta con los trabajadores de todas las categorías. La implantación de horarios flexibles, influye en la disminución de los índices de absentismo del personal de enfermería ya que de esta forma disponen de más facilidades para organizar su tiempo fuera del ámbito laboral.

La existencia de un plan de incentivos que recompense la asistencia regular contribuye a reducir el absentismo.

Un control disciplinario eficaz requiere que se documenten los retrasos y el absentismo y que los gestores utilizan técnicas especializadas de ascensoramiento y de entrevista. Para que las enfermeras gestoras puedan asegurar la realización del trabajo deben contar con toda la plantilla en los turnos y horarios establecidos.

En los periodos en que el absentismo es muy elevado las medidas disciplinarias probablemente reducirán el absentismo, pero pueden resultar ineficaces e incluso incrementarlo.

⁴ Guilles

MEDICION DEL ABSENTISMO:⁵

Para el cálculo de la tasa e índice de absentismo, los numeradores han de hacer referencia a las ausencias y los denominadores a la población en riesgo (ver indicadores de evaluación Pág.71). Por regla general, para el análisis de absentismo el periodo de estudio que se utiliza es el anual dada las influencias de las estaciones. Se recomienda también recoger información durante el periodo que dure la baja (periodo ininterrumpido de ausencia al trabajo, contabilizado desde su comienzo hasta el día de reintegro a sus labores). La duración de la ausencia puede expresarse en días naturales, jornadas de trabajo o turnos laborales perdidos.

En relación a la edad siempre que sea posible se establecerán rangos de 5 años, y en grupos pequeños rangos de 10 años. Si la población de estudio es muy reducida deben hacerse al menos dos grupos: menores y mayores de 40 años.

Existen cuatro tipos de índices de uso común para el análisis del absentismo: los de prevalencia, los de frecuencia, los de gravedad y los de duración media de ausencia. Para definir el fenómeno precisamos como mínimo índices de frecuencia y gravedad.

***Índice de prevalencia:** Porcentaje de trabajadores ausentes en un día en concreto o en un periodo de tiempo determinado, en relación a los que tendrían que asistir.

***Índice de gravedad:** Mide la duración media anual en horas o jornadas de trabajo perdidas por persona o por el porcentaje de tiempo perdido (horas o jornadas de trabajo perdidas) en relación al total de horas o jornadas de trabajo previstas. Relaciona el total de jornadas de baja con el número total de bajas.

***Índice de frecuencia:** Se calcula como el número total de nuevas bajas en un periodo de un año sobre el número total de personas con ausencia.

***Duración media de ausencia:** Se tiene en cuenta el total de días de ausencia sobre el total de certificaciones en un periodo dado.⁶

⁵ Gestal Otero, J. Fernández, J

⁶ Indicadores utilizados por la Organización Internacional del Trabajo para medir la tasa de Absentismo

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES Y DOTACIÓN DE PERSONAL:⁷

¿Qué es un Sistema de Clasificación de Pacientes?

Abarca el proceso de identificación de las categorías según las necesidades de atención de enfermería y la cuantificación de las categorías según el tiempo de atención de enfermería incluido.

Se utilizará un instrumento de clasificación de pacientes para la agrupación de los mismos en categorías según las necesidades de atención de enfermería, la cuantificación consiste en:

El tiempo de enfermería brindado en la asistencia directa al enfermo.

Este instrumento es de tipo descriptivo y contiene explicaciones breves y narrativas que definen el grado de dependencia del paciente.

ESTILO DESCRIPTIVO DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES:

CATEGORÍA I: Atención mínima proporcionada por los miembros de la familia y/o asistentes de enfermería bajo supervisión.

- Ambulatorio.
- Se alimenta bien.
- Se baña solo.
- Medicación mínima.
- No hay desviación de patrón de comportamiento.

CATEGORÍA II: Atención de Enfermería moderada proporcionada por asistente de enfermería bajo supervisión.

- Camina con ayuda.
- Necesita ayuda para comer.
- Necesita ayuda para bañarse.
- Cantidad moderada en tratamiento.
- Cantidad moderada de medicación.
- Atención pos operatoria de rutina.
- Aislamiento.
- Cierta desviación de patrones de comportamientos – Aceptable.

⁷ Extraído de “Dotación del personal para los servicios de enfermería en hospitales de distrito para la Atención Primaria de Salud” Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.

CATEGORIA III: Atención de Enfermería aguda brindada por enfermera graduada bajo estricta supervisión.

- Descanso completo en cama.
- Observación constante.
- Medidas para mantenerlo vivo.
- Tratamientos frecuentes (signos vitales, aspiración)
- Medicación frecuente intra - venosa intensiva.
- Totalmente dependiente de Enfermería.
- Complicaciones post – operatorias.
- Desviación de patrones de comportamiento.

CUANTIFICACIÓN DE LA ASISTENCIA AL ENFERMO:

Tipo Descriptivo:

Es fundamental conocer la cantidad de tiempo necesario para cuidados a los pacientes de cada categoría.

Este tiempo se debería determinar observando a las enfermeras y traten el tiempo que dedica en la atención a pacientes de cada categoría.

Esta cifra junto con una estimación del tiempo promedio total de Atención indirecta da el tiempo total medio de Atención requerida para cada grupo específico de pacientes.

Tipo de lista Control:

El tiempo total de atención directa se determina multiplicando el número de veces que ocurre cada actividad por el tiempo empleado para la misma.

El tiempo total de atención se determina sumando el tiempo medio de Atención indirecta (igual que en el de tipo descriptivo)

Confiabilidad:

La confiabilidad se refiere a la uniformidad o grado de dependencia del uso del instrumento.

La confiabilidad se puede determinar comparando los resultados de dos o más enfermeras que estén clasificando simultáneamente al mismo paciente.

Una vez logrado la fiabilidad se debe clasificar diariamente a los pacientes para corroborar su fiabilidad.

La manera más eficaz de lograr una alta fiabilidad entre los clasificadores es mediante un programa de educación en los servicios para todos los empleados que clasifican pacientes.

Validez:

Se refiere al grado con el que el instrumento mide lo que tiene que medir. Un método de comprobar la validez consiste en clasificar a un grupo de pacientes en categorías de atención y determinar hasta que grado reciben la cantidad media de atención para cada categoría.

EMPLEO DE UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES:

El sistema de clasificación de pacientes se emplea para predecir las necesidades de personal (Número y tipo de empleados de enfermería requeridos).

Se puede utilizar este método para determinar la dotación de personal diaria - mensual y anual.

DOTACIÓN DIARIA:

La enfermería debe clasificar los pacientes una vez al día y determinar el personal necesario para las 24 horas.

Se tendrán en cuenta:

- Número de pacientes de cada categoría.
- Tiempo de atención (directa e indirecta).
- Número de horas trabajadas diariamente por empleado
- Porcentaje de horas que trabaja el personal profesional y no profesional.

Ejemplo de cálculo diario para una unidad médica con 30 pacientes y un personal compuesto por un 45% de profesionales y un 55% de no profesionales con un total de 8 horas por día.

PERSONAL NECESARIO DE ACUERDO A CATEGORÍA:

CATEGORÍA	Nº DE PACIENTES	Nº ESTANDAR DE HORAS/DÍA	HORAS DE ATENCIÓN	PERSONAL NECESARIO
I	8	1,8	14,4	1,8
II ⁵	7	2,2	15,4	1,9
III	12	3,6	43,2	5,4
TOTAL	27	6,6	73,0	9,1

⁵ Categoría que corresponde a los residentes de la Unidad de Atención "A" Ver Pág. 23

**PERSONAL NECESARIO PARA CUBRIR LA UNIDAD DE ATENCIÓN "A"
 DEL HOGAR HOSPITAL DR. LUIS PIÑEYRO DEL CAMPO⁹**

NUMERO DE PACIENTES	Nº ESTANDAR DE HORAS/DIA	HORAS DE ATENCION REQUERIDA	PERSONAL NECESARIO
59	19	1121	16/ Turno

64 Funcionarios en 24 horas

PERSONAL NO PROFESIONAL:

- Auxiliares de Enfermería
 - Cuidadores
- } 55% = 9/Turno ----- 36/ día

PERSONAL PROFESIONAL:

- Licenciados de Enfermería: 45% = 7/ Turno ----- 28/ día.

PERSONAL	MAÑANA	TARDE	VESPERTINO	NOCHE
NO PROFESIONAL	12	10	8	6
PROFESIONAL	10	8	6	4

⁹ Tabla calculada por el grupo en base a la tabla de ejemplo

DOTACIÓN DE PERSONAL POR M. BARQUIN:

Barquín se basa en la fórmula del I.D.A.E (Índice Diario de Atención de Enfermería), propone que el promedio general sea de 8 horas por paciente y por día.

Y que se divida 40 – 50 % en la mañana, un 30 % en vespertino, y un 20% en la noche.

Con este cálculo tenemos que para la cantidad de residentes que se encuentran en la unidad de atención "A" deben de haber:

- 1 Funcionario cada 3 residentes
- 19, 6 Funcionarios por turno.
- 79 Funcionarios por día.
- 32 Funcionarios Profesionales (Licenciados de Enfermería)¹⁰
- 47 Funcionarios No Profesionales (Auxiliares de Enfermería y Cuidadores)¹¹

Turno Mañana: 19 Funcionarios No Profesionales
13 Funcionarios Profesionales

Turno Tarde: 14 Funcionarios No profesionales
10 Funcionarios Profesionales

Turno Vespertino: 9 Funcionarios No Profesionales.
6 Funcionarios Profesionales.

Turno Noche: 5 Funcionarios No Profesionales.
3 Funcionarios Profesionales.

¹⁰ 40% de Personal Profesional (Licenciados de Enfermería)

¹¹ 60% de Personal No Profesional (Auxiliares de Enfermería y Cuidadores)

DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN “A”
DEL CENTRO GERIÁTRICO HOSPITAL - HOGAR
DR. LUIS PIÑEYRO DEL CAMPO.

Esta caracterización está dada por el perfil de los Residentes que nuclea cada uno de ellos.

UNIDAD DE ATENCIÓN “A”: *Alberga residentes con dependencia severa que necesitan ser higienizados, vestidos, transportados y en algunos de los casos alimentados.*

También son trasladados allí los residentes que padeciendo patologías crónicas al descompensarse necesitan mayor cantidad de cuidados o cuidados especiales. Estarían allí como en una unidad de corta estadía.

La Unidad de Atención “A” está constituida por cuatro salas, donde dos de ellas están destinadas a residentes del sexo femenino (1 y 2) y las otras dos a residentes de sexo masculino (3 y 4).

Presenta una capacidad instalada de 61 camas, estando ocupadas 59 de ellas, correspondiendo 30 camas a las salas de mujeres, y 31 a las salas de hombres.

Las salas 1 y 4 presentan una división, separando cuatro camas cada una del resto, cumpliendo función de apartado para residentes que presentan una situación crítica de salud.

Existe un comedor ubicado en el centro de la unidad, presentando diferentes mesas, las cuales están divididas según las dietas de los residentes.

Presenta dos baños, ubicados uno en cada ala de la unidad, cercano de las habitaciones, siendo estos adaptados a las características de los residentes.

Existe una enfermería donde se prepara la medicación y se realizan los registros de las Historias Clínicas respectivas.

ROL DE LOS FUNCIONARIOS

QUE BRINDAN CUIDADOS DE ENFERMERÍA:¹²

Al no haber un protocolo específico que describa los roles del personal con las características de un Hospital – Hogar, se tomó como referencia la descripción de cargos según el Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela.

Se destaca que al no estar difundidas y socializadas las tareas competentes a cada personal, existen algunas de ellas que son compartidas. Esto sucede particularmente con el personal no profesional (Auxiliares de Enfermería y Cuidadores) donde la administración de medicación es una tarea realizada por el Auxiliar de Enfermería al igual que el registro de la misma y la valoración, las actividades y cuidados compartidos son: Las Higienes, las Movilizaciones, la Alimentación, Vestimenta y Registros de las mismas.

PERSONAL PROFESIONAL:

Licenciada en enfermería operativa

Actividades asistenciales:

- Promueve la aplicación individualizada del Proceso de Atención de Enfermería.
- Supervisa, controla y guía las acciones de enfermería derivadas de la planificación de cuidados del paciente.
- Ejecuta acciones directas de Enfermería.
- Guía acciones de comunicación terapéutica con el paciente y la familia
- Controla y orienta sobre la calidad de los registros en la historia clínica.
- Promueve la integración del equipo multidisciplinario para los problemas asistenciales.

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

¹² Basado en la descripción de roles de cargos del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela

Administrativas:

- Realizar un diagnóstico diario del servicio acorde con la situación de los pacientes y la disponibilidad de recursos con los que cuenta.
- Orientar sobre la aplicación del proceso administrativo.
- Orientación sobre la información general del servicio que inciden en los aspectos relevantes en la atención a los pacientes.
- Promueve la integración del equipo multidisciplinario
- Organiza y dirige reuniones técnicas administrativas del personal de enfermería.
- Participa en reuniones del equipo multidisciplinario.
- Anualmente elabora su programa de trabajo.
- Coparticipa con la economista en la administración de recursos materiales.
- Integra Comités de Adquisición de equipos y materiales del hospital.

Docentes:

- Cumple con los programas de orientación del personal.
- Detecta necesidades de educación del personal.
- Coparticipa en la elaboración de programas educativos.
- Brinda orientación a los miembros de otras disciplinas.
- Selecciona métodos y medios para evaluar programas.
- Identifica las necesidades de educación incidental a través de las visitas de enfermería.
- Se mantiene informada sobre adelantos científicos.

Investigación:

- Participa y promueve programas de investigación de enfermería o con otros miembros del equipo de salud.
- Determina estándares de atención de enfermería a través de la investigación.

PERSONAL NO PROFESIONAL:

Auxiliar de enfermería:

Propósito del cargo: Brindar atención de enfermería al paciente, familia y comunidad en el área asistencial y preventiva, bajo la supervisión y responsabilidad de la Enfermera.

Calificaciones:

- Debe poseer certificado habilitante de Auxiliar de Enfermería reconocido por el Ministerio de salud Pública.
- Se requiere la preparación básica que se realiza en la institución formadora.
- Se requieren conocimientos y destrezas para realizar las actividades de enfermería a su cargo.
- Se requiere tener conocimientos sobre espectros básicos ético legales que pueden influir en su desempeño.
- Debe poseer conocimientos generales de la Institución y de las relaciones entre los departamentos, donde ella trabaja y aquellos que debe coordinarse.

Interrelaciones jerárquicas:

- Es supervisada por la Licenciada de Enfermería
- No tiene personal a su cargo.

Funciones a su cargo:

- Participar en la toma y pase de guardia.
- Visitar a los pacientes al llegar y terminar el turno, observando las condiciones de los pacientes.
- Participar en la planificación del trabajo y asumir las tareas delegadas.
- Solicitar al cónomo, los equipos y materiales para la realización del trabajo.
- Controlar y registrar signos vitales.
- Realizar el control diario de la evacuación intestinal y urinaria.
- Colocar al paciente en posición fisiológica para favorecer el confort y evitar posiciones viciosas.
- Administra la medicación, valorando posibles reacciones adversas.
- Realizar enemas, irrigaciones y lavados vesicales.

- Participar en el examen físico del paciente y en tratamientos especiales.
- Participar o realizar curaciones.
- Participar en la recepción del paciente.
- Mantener ordenadas las áreas de trabajo.
- Realizar cuidados post-mortem.
- Realizar registros de toda actividad que se lleve a cabo en el cumplimiento de sus funciones.
- Mantener en condiciones los materiales.
- Debe conocer conocimientos generales de la institución

Cuidador:¹³

- Debe de ser mayor de 18 años.
- Realizar un voluntariado de un mes, donde se evalúa su experiencia práctica
- Visitar a los pacientes al llegar y terminar el turno, observando las condiciones de los pacientes.
- Higiene y confort del paciente siempre que lo solicite y que sea necesario.
- Cambia el pañal, en caso que lo necesite.
- Acondicionamiento de ropa de cama siempre que sea necesario
- Realizar higiene de cavidad bucal, nasal, ocular de los pacientes que así lo requieran.
- Ayudar en la evacuación, Colocar chatas y violines
- Apoyo emocional al paciente
- Favorecer ambiente tranquilo
- Promover el descanso y sueño del paciente.
- Controlar y favorecer la alimentación (Vía oral)
- Control del estado de la piel
- Favorecer de ambulación y movilización del paciente
- Informar sobre cualquier síntoma o anomalía del paciente
- Realizar registros de toda actividad que se lleve a cabo en el cumplimiento de sus funciones.
- Debe tener conocimientos generales de la institución

¹³ Basado en la descripción de cargos de un servicio de acompañantes

F. ABDELLAH: TEORÍA DE ENFERMERÍA

Para la investigación el **Modelo de Enfermería** referente es el **Faye Glenn Abdellah**; quien comprendió que para la enfermería adquiera un estatus profesional completo y plena autonomía, era imprescindible que se dispusiese de una sólida base de conocimientos. Sostiene que “la enfermería es tanto un arte como una ciencia que moldea las actitudes, la incapacidad intelectual y las habilidades técnicas de cada enfermera es un deseo y una capacidad de ayudar a la gente, enferma o no, haciendo frente a sus necesidades sanitarias”.

El **“problema de enfermería** que presenta el paciente es una situación planteado por éste o por la familia donde la misma puede ayudarlo o ayudarles a afrontar a través del ejercicio de sus funciones profesionales;” la tipología de los 21 problemas de enfermería y habilidades de enfermería se desarrolló para construir el cuerpo único de conocimiento que constituye la enfermería; 1) Mantener una higiene y comodidad física correcta; 2) Promover la actividad adecuada: ejercicio, descanso, sueño; 3) Promover la seguridad mediante la prevención de accidentes, lesiones u otros traumas, y de la propagación de las infecciones; 4) Mantener una mecánica corporal correcta y prevenir y corregir las deformidades; 5) Facilitar el mantenimiento del aporte de oxígeno; 6) Facilitar el mantenimiento de la nutrición de todas las células del cuerpo; 7) Facilitar el mantenimiento de la eliminación; 8) Facilitar el mantenimiento del equilibrio de los fluidos y electrolitos; 9) Reconocer las repuestas fisiológicas del cuerpo a las enfermedades; 10) Facilitar el mantenimiento de los mecanismos y funciones reguladores; 11) Facilitar el mantenimiento de las funciones sensoriales; 12) Identificar y aceptar las expresiones, sentimientos; 13) Identificar y aceptar las relaciones entre la emoción y la enfermedad orgánicas; 14) Facilitar el mantenimiento de una comunicación eficaz verbal y no verbal; 15) Promover el desarrollo de las relaciones interpersonales; 16) Facilitar el progreso hacia la consecución de los objetos espirituales personales; 17) Crear y/o mantener un entorno terapéutico; 18) Facilitar el conocimiento de uno mismo como individuo con necesidades físicas, emocionales y evolutivas; 19) Aceptar los objetivos más favorables a la luz de las limitaciones físicas y emocionales; 20) Utilizar los recursos de la comunidad como una forma de ayuda para la resolución de los problemas de la enfermedad; 21) Comprende el papel de los problemas sociales como factores que influyen en la causa de la enfermedad. El conocimiento del enfoque de la enfermería orientado a la solución de los problemas proporcionaría un método para adaptarse a los cambios determinados por los avances tecnológicos.

La **resolución de problemas** “el proceso de identificación de problema de enfermería patentes o encubiertos, y de la interpretación, análisis y selección de las líneas de acción apropiadas para solucionar estos problemas;” éste proceso, que se parece mucho a las fases del proceso de enfermería, implica la identificación del problema, la selección de los datos y la formulación, análisis y revisión de las hipótesis. Ella considera el diagnóstico de enfermería como un subconcepto del proceso de resolución de problema.

A la gente se le ayuda mediante la identificación y el alivio de los problemas. El modelo implica que mediante la resolución de cada problema la persona vuelve a estar sana o en una situación que puede afrontar y que todos individuos tienen la capacidad de ayuda y la capacidad de aprender, las cuales varían de individuo a otro.

Por medio del proceso de resolución de problemas, la enfermería intenta convertir en figura central al paciente y no a la patología que presenta. Mediante la utilización de la tipología y del proceso de resolución de los problemas en el medio clínico, las enfermeras consiguen dotar a su ejercicio profesional de una base científica.

El modelo planteado está basado en las necesidades identificadas en los pacientes y tal como imaginó Abdellah, consistían en unidades de cuidados intensivos, de cuidados intermedios, de asistencia a crónicos, de autoayuda y de asistencia en domicilio.

JUSTIFICACIÓN DEL USO DE LA TEORÍA: **F. ABDELLAH**

Como futuros profesionales de la salud debemos de tener ciertos conocimientos, criterios, fundamentos, y tendencias que guíen nuestra profesión, cuidados y necesidades.

Para ello elegir una teoría o modelo de Enfermería resulta fundamental a la hora de decidirse, lo cual no es de rigor tener que aplicar una sola teoría ya que podemos complementarlas, intercambiando diferentes conceptos para aplicarlos a nuestra propia experiencia.

Si bien no hay una teoría única que explicita todos los aspectos necesarios para que sirva como única guía, hay una que tomamos como eje central, como teoría madre, de donde se extraen los aspectos fundamentales a tener en cuenta a la hora de brindar cuidados y asistir a las personas en su proceso salud – enfermedad.

La integración de un modelo de cuidados es imprescindible para definir la contribución específica de la enfermera en la prevención de la enfermedad y la mejora del estado de salud y el bienestar de la persona.

Un modelo de cuidados es una manera de conceptualizar la profesión, vehicular los valores y las creencias respecto al ejercicio profesional y determina su posicionamiento en la práctica. La integración de un modelo, orienta y guía la acción para la práctica la docencia y la investigación.

La teoría que se eligió es la de F. Abdellah, donde la enfermera debe de ser capaz de resolver los problemas de los usuarios, satisfaciendo sus necesidades para proporcionar la mejor asistencia profesional de enfermería.

Se eligió a F. Abdellah, ya que es una Profesional, que tiene y pretende que se trabaje con una sólida base de conocimientos, que se le brinde una asistencia global al usuario, y se tenga un cuerpo de conocimiento científico, factores fundamentales en nuestra profesión ya que debemos de regirnos por métodos fundamentados, aplicando el método, lo que nos destaca como profesionales de la salud.

Esta teoría trata temas fundamentales para poder trabajar con este tipo de personas, como en la definición de enfermería que ofrece, ya antes mencionada, donde se destaca la importancia del individuo, de su familia, y por lo tanto de la sociedad, y la necesidad de ayudar a la gente enferma o sana.

Estos puntos son precisos y fundamentales ya que los usuarios que tenemos como referencia están Institucionalizados en un Hogar Hospital, que como su nombre hace referencia es su hábitat, su casa, donde ellos tienen el total dominio de sus vidas, donde el proceso normal de envejecimiento es su mayor impedimento, y mantiene íntima relación con sus familiares, y la sociedad.

La misión es que los usuarios reciban una asistencia de enfermería de calidad si las fases de la resolución del problema se desarrollen correctamente.

Otro punto de relevancia en esta teoría es que es sencilla y describe los problemas de enfermería más frecuentes entre los usuarios, donde la satisfacción de los mismos es crucial ya que si no se pueden satisfacer estos cuidados, se descuidan las necesidades humanas fundamentales.

El uso de esta Teoría es eficaz, utilizando el método, y los principios de la administración, organizando y sistematizando el ejercicio profesional y el plan de asistencia, ayudando a planificar los cuidados de enfermería.

Este factor es de gran importancia, ya que como futuros Licenciados de Enfermería en la gestión diaria de una unidad operativa se deberá conocer la magnitud del absentismo laboral, y con esta Teoría se podrá manejar imprevistos en cuanto a la dotación de los recursos humanos, satisfacer las necesidades de los problemas, incidiendo favorablemente en la calidad de atención al usuario.

De los 21 problemas mencionados por F. Abdellah, desarrollamos 6, que a nuestro criterio son los fundamentales a satisfacer (cuidados que coinciden con otras teorizantes como Dorotea Orem y Virginia Henderson), donde deben darle resolución inmediata ya que su característica principal es que son esenciales para todo individuo enfermo o sano.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO ADULTO - ANCIANO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DISEÑO

METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio de carácter *Cuantitativo, No Experimental, Descriptivo*; ya que se observan, describen, analizan las situaciones y fenómenos de dos grupos como son: los funcionarios (Licenciados en enfermería, Auxiliares de enfermería y cuidadores) y residentes del Hogar Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo, sin intervenir, dejando que los acontecimientos se den naturalmente; *prospectivo* ya que se registró la información según van ocurriendo los fenómenos.

Con respecto al periodo determinado de tiempo esta investigación es de origen *transversal* ya que se realiza en un momento de tiempo específico y los acontecimientos por investigar se captaron en dicho periodo.

POBLACIÓN:

Es el conjunto de todos los casos, que concuerdan con una serie de especificaciones:

- Comprende todo el personal que brinda Cuidados de Enfermería (Licenciados de Enfermería, Auxiliares de Enfermería, y Cuidadores) que trabaja en el Hogar Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo.

MUESTRA:

- Comprende a todo personal que brinde cuidados de enfermería (Licenciados de Enfermería, Auxiliares de Enfermería, y Cuidadores) en la unidad operativa "A" del Hogar Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo, durante el periodo comprendido de 24 horas del día 22/09/06)

TIPO DE MUESTRA:

Es de tipo no probabilística ya que, la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino que fueron elegidas por las características de la investigación y de los investigadores.

UNIDAD DE ANALISIS:

- Comprende a cada una de las personas que brinda cuidados de enfermería (Licenciados de Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Cuidadores) en la unidad de atención "A" del Hogar Hospital Dr. Luis Piñeyro de Campo, durante las 24 hs. (en los cuatro turnos: noche, mañana, tarde y vespertino)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personal que concurre a trabajar al Hogar Hospital Dr. Luís Piñeyro del Campo, a la unidad de atención “A”, que brinde cuidados de enfermería en un día calendario en los cuatro turnos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- De la unidad de atención “A” del Hogar Hospital Dr. Luís Piñeyro del Campo se excluyen:
 - personal que no brinde cuidados de enfermería.
 - personal que presente absentismo programado.
 - personal que brinde cuidados el resto de los días del Año.

VARIABLES:

Variables Relacionadas al Personal:

ESCALAFON:

Definición Conceptual: Lista de individuos de una corporación clasificados según su grado.

Definición Operativa: Grado que desempeña un individuo en una Institución.

Categoría: Licenciada en Enfermería.

Auxiliares en Enfermería.

Cuidadores.

Nivel de Medición: Cualitativa, Discreta, Ordinal.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO ADULTO - ANCIANO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

TURNO DE TRABAJO:

Definición Conceptual: Horario acordado previamente en el que le corresponde desempeñar las tareas que les concierne a cada individuo.

Definición Operacional: Horario acordado previamente en el que le corresponde desempeñar las tareas que les concierne a cada individuo.

Categoría: Mañana: 6:00 – 12:00Hs

Tarde: 12:00 – 18:00Hs

Vespertino: 18:00 – 00:00Hs

Noche: 00:00 – 06:00Hs

Nivel de Medición: Cuantitativa, Discreta, Nominal.

ABSENTISMO LABORAL NO PROGRAMADO:

Definición Conceptual: Ausencia al trabajo durante una jornada laboral completa de una persona que se suponía que iba a asistir, o que asistió y no se encuentre en el lugar de trabajo, independientemente de la causa por la que se produzca.

Definición Operacional: Ausencia al trabajo durante una jornada laboral completa de una persona que se suponía que iba a asistir, o que asistió y no se encuentra en el lugar de trabajo, independientemente de la causa por la que se produzca.

Categoría: Personal Presente.

Personal Ausente.

Nivel de Medición: Cualitativa, Discreta, Nominal

PROBLEMAS DE ENFERMERÍA:

Definición Conceptual: Cuestiones que el personal (Licenciados en Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Cuidadores) debe de resolver para que las necesidades básicas del residente se vean satisfechas.

Definición Operativa: Cuestiones que el personal (Licenciados en Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Cuidadores) debe de resolver para que las necesidades básicas del residente se vean satisfechas.

Categoría:

Personal profesional: Distribución del personal.

Supervisar y realizar registros en las Historias Clínicas
Valoración.

Personal no profesional: Higiene y Confort¹⁴

Registros
Alimentación
Medicación
Vestimenta
Movilización

Nivel de Medición: Cualitativa, Discreta, Nominal.

BENEFICIARIOS:

- Abarca como beneficiarios directos a todos los residentes y personal que brinda cuidados de Enfermería de la Unidad de Atención "A" del Hogar - Hospital Dr. Luís Piñero del Campo.
- Como beneficiarios indirectos: grupo investigador e Institución Hogar – Hospital Dr. Luís Piñero del Campo – Ministerio de Salud Pública (M.S.P)

MARCO INSTITUCIONAL:

- Hogar – Hospital Dr. Luís Piñero del Campo.

¹⁴ Tomamos como higiene satisfecho en el horario de la mañana a baño en ducha, salvo casos específicos que estén contraindicados

METODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCION

DE DATOS:

Métodos:

Como método para conocer la asistencia por parte del personal se verificará en primera instancia la planilla de asistencia diaria ya verificada por el departamento de enfermería, seguido de esto nos dirigiremos a la unidad de atención para comprobar los datos recabados anteriormente.

Con respecto a los cuidados de Enfermería serán valorados a través de la observación directa sobre los residentes.

Instrumento:

Se confeccionaron tres tipos de planillas:

Una de ellas consta de las variables fundamentales para llevar un registro de las asistencias del personal en los cuatro turnos, o sea para recabar los datos sobre la existencia del absentismo no programado. En la misma se recaba la información, sobre el tipo de personal (Licenciados de Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Cuidadores) y si presentan absentismo no programado. Dicha información, fue brindada por la Licenciada de Enfermería de cada turno, la cual tiene una planilla con los recursos humanos asignados para cada día, y la constata a través de la observación.

La planilla confeccionada para el personal profesional (Licenciados de Enfermería) corresponde a un cuadro de doble entrada, donde en el eje horizontal o de abscisas se colocaron los turnos (mañana, tarde, vespertino y noche) y en el eje vertical o de ordenadas se encuentran las actividades seleccionadas a observar. Dicha planilla se completa seleccionando si se cumple o no las actividades seleccionadas. Los datos se obtienen a través de la observación directa y revisión de Historias Clínicas.

La planilla confeccionada para el Personal no profesional (Auxiliares De Enfermería y Cuidadores) consta de un cuadro de doble entrada, donde aparecen en el eje vertical los cuidados y actividades, las cuales se completan mediante la observación y la revisión en las Historias Clínicas de cada uno y en el eje horizontal el número de camas de cada residente, marcando si se le cumplen y satisfacen o no las necesidades requeridas.

Recursos:

Los recursos humanos que llevarán a cabo la presente investigación son cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería asesorados por tres tutoras docentes de la Facultad de Enfermería, de el Dpto. de adulto y anciano.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO ADULTO – ANCIANO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

RESULTADOS

**CUADROS REPRESENTATIVOS SOBRE LA MUESTRA DE ABSENTISMO
 LABORAL RECOGIDA PARA CADA TURNO:**

A continuación se mostrarán una serie de cuadros representativos, equivalentes a cada uno de los turnos concurridos (00:00 – 06:00 / 06:00 - 12:00 / 12:00 – 18:00 / 18:00 – 00:00). El cuadro es de doble entrada, donde en el eje vertical o de abscisas encontramos el personal profesional (Licenciados de Enfermería) y no profesional (Auxiliares de Enfermería y Cuidadores) y en el eje horizontal o de ordenadas encontramos información relevante sobre dotación de personal y absentismo del mismo. Como dotación de personal se cuenta la cantidad de personas que deben de concurrir el día 22/09/06, llamado personal convocado.

TURNO NOCHE (00:00 a 06:00Hs)

	PERSONAL CONVOCADO	PERSONAL PRESENTE	ABSENTISMO NO PROGRAMADO
PERSONAL PROFESIONAL	1 ¹⁵	1	-----
PERSONAL NO PROFESIONAL	3	2	1
TOTAL	4	3	1

Descripción del Cuadro Turno Noche:

Los recursos humanos designados al turno noche son cuatro funcionarios, donde uno de ellos es profesional (Licenciado en Enfermería) y está destinado a cubrir la atención de las cuatro unidades de atención (A, B, C, D). Los tres restantes son funcionarios no profesionales. Dos de ellos estuvieron presentes en la unidad, teniendo una persona que ser derivada a otra unidad siendo esta considerada como absentismo no programado.

¹⁵ Personal que cubre las cuatro Unidades de Atención.

TURNO MAÑANA (06:00 a 12:00Hs)

	PERSONAL CONVOCADO	PERSONAL PRESENTE	ABSENTISMO NO PROGRAMADO
PERSONAL PROFESIONAL	1 ¹⁶	1	---
PERSONAL NO PROFESIONAL	14	12	2
TOTAL	15	13	2

Descripción del Cuadro Turno Mañana:

La cantidad de recursos humanos designados para el turno mañana de la unidad "A" son quince, una persona de carácter profesional, la cual está designada para las cuatro unidades de atención (A, B, C, D), dándole prioridad a la unidad de Atención "A", por su alta dependencia. Los catorce recursos humanos restantes equivalen a personal no profesional, de ellos, doce estuvieron presentes en la unidad y dos de ellos se los derivó a suplir otro servicio tomándolo como casos de absentismo no programado.

TURNO TARDE (12:00 a 18:00 Hs)

	PERSONAL CONVOCADO	PERSONAL PRESENTE	ABSENTISMO NO PROGRAMADO
PERSONAL PROFESIONAL	1 ¹⁷	1	---
PERSONAL NO PROFESIONAL	10	10	0
TOTAL	11	11	0

Descripción del Cuadro Turno Tarde:

Para el turno de la tarde el personal designado es un total de once funcionarios, de los cuales uno es de carácter profesional, asignado para la atención de las cuatro unidades de atención, los otros diez restantes son de carácter no profesional. No presentándose absentismo laboral no programado de ningún tipo.

¹⁶ Personal que cubre la asistencia de las cuatro Unidades de Atención.

¹⁷ Personal que cubre la asistencia de cuatro unidades de atención

TURNO VESPERTINO (18:00 a 00:00Hs)

	PERSONAL CONVOCADO	PERSONAL PRESENTE	ABSENTISMO NO PROGRAMADO
PERSONAL PROFESIONAL	1 ¹⁸	1	-----
PERSONAL NO PROFESIONAL	6	5	1
TOTAL	7	6	1

Descripción del Cuadro Turno Vespertino:

La cantidad de recursos humanos designados para el turno vespertino de la unidad "A" es de siete personas. Una de ellas es de carácter profesional, la cual tiene a su cargo cuatro unidades de atención. Los funcionarios no profesionales convocados es de seis, donde cinco de ellos estuvieron presentes. Se observó un absentismo no programado, debido a que se lo derivó a suplir otra unidad de atención, no estando presente en la unidad "A" en todo el turno.

CUADRO REPRESENTATIVO SOBRE LA MUESTRA TOTAL EQUIVALENTE A LOS CUATRO TURNOS:

En el siguiente cuadro se recopilan los datos obtenidos en los cuatro turnos, en relación a la asistencia o no del personal profesional y no profesional.

	PERSONAL CONVOCADO	PERSONAL PRESENTE	ABSENTISMO NO PROGRAMADO
PERSONAL PROFESIONAL	4	4	-----
PERSONAL NO PROFESIONAL	33	29	4
TOTAL	37	33	4

Descripción del Cuadro sobre la muestra Total de los 4 Turnos:

La dotación de personal designado para la unidad de atención "A" para las 24 horas del día es de un total de treinta y ocho (38) funcionarios de los cuales cinco de ellos son profesionales y el resto, treinta y cuatro (34) son no profesionales.

De ese total esperado se encontraban en la unidad de atención "A" treinta y tres (33) funcionarios, presentando un absentismo no programado de cuatro personas, a causa de ser designados a otros servicios (unidades de atención, lavadero). Destacando que el personal que presentó absentismo no programado fue en su totalidad de carácter no profesional.

¹⁸ Personal que cubre dos unidades de Atención.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES BÁSICAS PARA
 LICENCIADOS DE ENFERMERÍA**

DESCRIPCION:

La planillas de actividades básicas de Licenciados de Enfermería, fue elaborada por el grupo investigador. La misma se completa por medio de la observación directa y la revisión de las Historias Clínicas.

Consta de un cuadro de doble entrada, donde en el eje horizontal o de abscisas se colocaron los turnos (mañana, tarde, vespertino y noche) y en el eje vertical o de ordenadas se encuentran las actividades seleccionadas a observar.

Del personal profesional seleccionamos tres acciones que consideramos básicos como: guiar las actividades de los Auxiliares de Enfermería y los Cuidadores, el control de registros en las Historias Clínicas y la detección de necesidades a través de la valoración a los residentes. No se seleccionaron otras actividades (asistenciales, docencia e investigación) debido a que hay una Licenciada de Enfermería para las cuatro unidades de atención estando sobrecargadas las tareas de las mismas.

		ACTIVIDADES ¹⁹	TURNO:	MAÑANA	TARDE	VESPERTINO	NOCHE
PERSONAL PROFESIONAL Licenciados de Enfermería	1	GUIAR ACCIONES DE ENFERMERIA	Distribuye al Personal				
			No Distribuye al Personal				
	2	CONTROL DE REGISTROS	Controla las Historias Clínicas				
			No controla Historias Clínicas				
	3	DETECTAR NECESIDADES	Valora a los Residentes				
			No realiza Valoración				

Referencia:  Cumplimiento o no de la distribución del personal
 Cumplimiento o no de control de registros de Historias clínicas
 Cumplimiento o no de valoración a los residentes

¹⁹ A través de la Observación directa, y revisión de Historias Clínicas.

**RESULTADOS CUADRO DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL
 PROFESIONAL
 (LICENCIADOS EN ENFERMERÍA)**

CUADRO N° 1:

Proporción de Actividades básicas realizadas o no. (Total de Actividades: 3)

En 24 horas.

Personal Profesional: Licenciados de Enfermería

ACTIVIDADES	FA	FR%
Distribuye al Personal	1	100%
No distribuye al Personal	0	0
TOTAL	1	100%
Controla Registros	0	0
No controla Registros	1	100%
TOTAL	1	100%
Realiza Valoración	0	0
No realiza Valoración	1	100%
TOTAL	100%	100%

El cuadro N° 1 muestra cada actividad independiente, otorgándole el valor de 1 a cada actividad señalando si se realizó o no durante la experiencia.

Dicho cuadro demuestra que la actividad distribución de personal se realizó efectivamente, siendo ésta la única llevada a cabo. Viéndose recargada la gestión de la Licenciada de Enfermería, ya que la asistencia corresponde a las cuatro unidades de atención.

CUADRO N° 2:

Proporción Total de Actividades realizadas o no (Total de Actividades:3)

En 24 Horas.

Personal Profesional: Licenciados de Enfermería.

ACTIVIDADES SELECCIONADAS	SI	NO	FA	FR%
Distribución del personal	1	0	1	33,3%
Control de los registros en IIC	0	1	1	33,3%
Realización de Valoración	0	1	1	33,3%
TOTAL	1	2	3	100%

El cuadro N° 2 refleja que a cada actividad le corresponde un 33%, lo que significa que al cumplirse una sola actividad la misma corresponde a dicho porcentaje. No cumpliéndose un total de 67% (2 actividades).

En este sentido en los cuatro turnos dividen al personal por tareas, solo en el turno de la mañana la división se realiza cada dos meses y en el resto de los turnos la división es diaria. Para la repartición de tareas y salas toman en cuenta el perfil de cada funcionario e intentan rotarlos para evitar el agotamiento.

En el caso de la mañana cuando hay absentismo no programado y no hay quien cubra con ausencias es el personal no profesional quien se redistribuye.

Otra de las acciones que se observó fue si se controla las historias clínicas, valorando los registros por parte del Auxiliar de Enfermería, pero dado la demanda de trabajo no se controlan los registros en ninguno de los turnos, al menos que haya algún caso en concreto que lo amerite.

Lo mismo sucede para la valoración de los residentes y la detección de sus necesidades. Se destaca que el Personal Profesional en los turnos mañana, tarde, y noche cubre la atención de las cuatro unidades de atención, o sea una relación de 1 – 270 residentes, excepto en el turno vespertino donde la relación es 2 – 270 residentes.

DESCRIPCIÓN DE CUADRO REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL
NO PROFESIONAL (AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CUIDADORES)

La planilla confeccionada para el Personal no profesional (Auxiliares de Enfermería y Cuidadores) consta de un cuadro de doble entrada, donde aparecen en el eje vertical los cuidados y actividades, las cuales se completan mediante la observación y la revisión en las Historias Clínicas de cada uno y en el eje horizontal el número de camas de cada residente, marcando si se le cumplen y satisfacen o no las necesidades requeridas.

La actividad que se encuentra en primer lugar del cuadro (Administración de Medicación) es realizada dentro del personal no profesional exclusivamente por el Auxiliar de Enfermería, el resto de cuidados y actividades (registros, higienes, alimentación, movilización y vestimenta) se realizan de forma compartida con el Cuidador, no observándose quien realiza cada actividad sino el echo de que esté satisfecha o no.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES Y CUIDADOS BÁSICOS PARA PERSONAL NO PROFESIONAL
 (AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CUIDADORES)**

TURNOS: **MAÑANA (06:00 - 12:00Hs)**

SALA: **2**

	ACTIVIDADES Y CUIDADOS ²¹	CAMAS																
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
PERSONAL NO PROFESIONAL	1 MEDICACION	Se Administra																
		No se Administra																
	2 REGISTROS	Medicación																
		Valoración																
		Higiene																
	3 HIGIENE	Curaciones																
		Baño en Ducha																
		Baño en Cama																
		Higiene Perineal																
		No se realiza Higiene																
		CAMAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
PERSONAL NO PROFESIONAL	4 MOVILIZACION	Lo levantan al sillón																
		No lo levantan al sillón																
	5 ALIMENTACION	Se le brinda Alimentación																
		No se brinda Alimentación																
	6 VESTIMENTA	Acorde al clima y necesidad																
		No acorde al clima o necesidad																

Referencia:

- Se administra o no la medicación
- Se cumple con los registros
- Se cumple o no la higiene
- Se cumple o no con la movilización
- Se cumple o no con la alimentación
- Presentan o no vestimenta acorde al clima

²¹ A través de la Observación y Revisión en Historias Clínicas.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES Y CUIDADOS BÁSICOS PARA PERSONAL NO PROFESIONAL
 (AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CUIDADORES)**

TURNO: **TARDE (12:00 – 18:00Hs)**

SALA: **1**

	ACTIVIDADES Y CUIDADOS ²⁴	CAMAS																				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16				
PERSONAL NO PROFESIONAL	1 MEDICACION	Se Administra	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	
		No se Administra	█																			█
	2 REGISTROS	Medicación	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
		Valoración																				
		Higiene																				
	3 HIGIENE	Curaciones																				
		Baño en Ducha																				
		Baño en Cama																				
		Higiene Perineal	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
		No se realiza Higiene					█															█
			CAMAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			
PERSONAL NO PROFESIONAL	4 MOVILIZACION	Lo levantan al sillón																				
		No lo levantan al sillón	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
	5 ALIMENTACION	Se le brinda Alimentación	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
		No se brinda Alimentación																				
	6 VESTIMENTA	Acorde al clima y necesidad	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
		No acorde al clima o necesidad																				

Referencia:

- █ Se administra o no la medicación █ Se cumple con los registros █ Se cumple o no la higiene
- █ Se cumple o no con la movilización █ Se cumple o no con la alimentación
- █ Presentan o no vestimenta acorde al clima

²⁴ A través de la Observación y Revisión en Historias Clínicas.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES Y CUIDADOS BÁSICOS PARA PERSONAL NO PROFESIONAL
 (AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CUIDADORES)**

TURNO: **TARDE (12:00 – 18:00Hs)**

SALA: **2**

	ACTIVIDADES Y CUIDADOS ²⁵	CAMAS																
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
PERSONAL NO PROFESIONAL	1 MEDICACION	Se Administra																
		No se Administra																
	2 REGISTROS	Medicación																
		Valoración																
		Higiene																
	3 HIGIENE	Curaciones																
		Baño en Ducha																
		Baño en Cama																
		Higiene Perineal																
		No se realiza Higiene																
		CAMAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
PERSONAL NO PROFESIONAL	4 MOVILIZACION	Lo levantan al sillón																
		No lo levantan al sillón																
	5 ALIMENTACION	Se le brinda Alimentación																
		No se brinda Alimentación																
	6 VESTIMENTA	Acorde al clima y necesidad																
		No acorde al clima o necesidad																

Referencia:

- Se administra o no la medicación
- Se cumple con los registros
- Se cumple o no la higiene
- Se cumple o no con la movilización
- Se cumple o no con la alimentación
- Presentan o no vestimenta acorde al clima

²⁵ A través de la Observación y Revisión en Historias Clínicas.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES Y CUIDADOS BÁSICOS PARA PERSONAL NO PROFESIONAL
 (AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CUIDADORES)**

TURNOS: **VESPERTINO (18:00 – 00:00Hs)**

SALA: **1**

	ACTIVIDADES Y CUIDADOS ²⁸	CAMAS																	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
PERSONAL NO PROFESIONAL	1 MEDICACION	Se Administra																	
		No se Administra																	
	2 REGISTROS	Medicación																	
		Valoración																	
		Higiene																	
		Curaciones																	
		3 HIGIENE	Baño en Ducha																
			Baño en Cama																
	Higiene Perineal																		
		No se realiza Higiene																	
		CAMAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
PERSONAL NO PROFESIONAL	4 MOVILIZACION	Lo levantan al sillón																	
		No lo levantan al sillón																	
	5 ALIMENTACION	Se le brinda Alimentación																	
		No se brinda Alimentación																	
	6 VESTIMENTA	Acorde al clima y necesidad																	
		No acorde al clima o necesidad																	

Referencia:

- Se administra o no la medicación
- Se cumple con los registros
- Se cumple o no la higiene
- Se cumple o no con la movilización
- Se cumple o no con la alimentación
- Presentan o no vestimenta acorde al clima

²⁸ A través de la Observación y Revisión en Historias Clínicas.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES Y CUIDADOS BÁSICOS PARA PERSONAL NO PROFESIONAL
 (AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CUIDADORES)**

TURNO: **VESPERTINO (18:00 – 00:00Hs)**

SALA: **2**

PERSONAL NO PROFESIONAL	ACTIVIDADES Y CUIDADOS ²⁹	CAMAS	SALA: 2															
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
PERSONAL NO PROFESIONAL	1 MEDICACION	Se Administra	█															
		No se Administra																
	2 REGISTROS	Medicación	█															
		Valoración																
		Higiene																
		Curaciones																
		Baño en Ducha																
		Baño en Cama																
	3 HIGIENE	Higiene Perineal	█															
		No se realiza Higiene	█															
		CAMAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
PERSONAL NO PROFESIONAL	4 MOVILIZACION	Lo levantan al sillón																
		No lo levantan al sillón	█															
	5 ALIMENTACION	Se le brinda Alimentación	█															
		No se brinda Alimentación																
	6 VESTIMENTA	Acorde al clima y necesidad	█															
		No acorde al clima o necesidad																

Referencia:

- █ Se administra o no la medicación █ Se cumple con los registros █ Se cumple o no la higiene
- █ Se cumple o no con la movilización █ Se cumple o no con la alimentación
- █ Presentan o no vestimenta acorde al clima

²⁹ A través de la Observación y Revisión en Historias Clínicas.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES Y CUIDADOS BÁSICOS PARA PERSONAL NO PROFESIONAL
 (AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CUIDADORES)**

TURNOS: **VESPERTINO (18:00 – 00:00Hs)**

SALA: **3**

	ACTIVIDADES Y CUIDADOS ³⁰	CAMAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
PERSONAL NO PROFESIONAL	1 MEDICACION	Se Administra	[Pink shaded]																
		No se Administra	[White]																
	2 REGISTROS	Medicación	[Yellow shaded]																
		Valoración	[White]																
		Higiene	[White]																
	3 HIGIENE	Curaciones	[White]																
		Baño en Ducha	[White]																
		Baño en Cama	[White]																
		Higiene Perineal	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]
		No se realiza Higiene	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]
PERSONAL NO PROFESIONAL	4 MOVILIZACION	Lo levantan al sillón	[White]																
		No lo levantan al sillón	[Dark Red shaded]																
	5 ALIMENTACION	Se le brinda Alimentación	[Light Blue shaded]																
		No se brinda Alimentación	[White]																
	6 VESTIMENTA	Acorde al clima y necesidad	[Orange shaded]																
		No acorde al clima o necesidad	[White]																

Referencia:

- Se administra o no la medicación
- Se cumple con los registros
- Se cumple o no la higiene
- Se cumple o no con la movilización
- Se cumple o no con la alimentación
- Presentan o no vestimenta acorde al clima

³⁰ A través de la Observación y Revisión en Historias Clínicas.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES Y CUIDADOS BÁSICOS PARA PERSONAL NO PROFESIONAL
 (AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CUIDADORES)**

TURNO: **VESPERTINO (18:00 – 00:00Hs)**

SALA: **4**

	ACTIVIDADES Y CUIDADOS ³¹	CAMAS																	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
PERSONAL NO PROFESIONAL	1 MEDICACION	Se Administra	L						L										
		No se Administra	I						I										
	2 REGISTROS	Medicación	B						B										
		Valoración	R						R										
		Higiene	E						E										
		Curaciones																	
	3 HIGIENE	Baño en Ducha																	
		Baño en Cama																	
		Higiene Perineal																	
		No se realiza Higiene																	
			CAMAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	PERSONAL NO PROFESIONAL	4 MOVILIZACION	Lo levantan al sillón																
No lo levantan al sillón																			
5 ALIMENTACION		Se le brinda Alimentación																	
		No se brinda Alimentación																	
6 VESTIMENTA		Acorde al clima y necesidad																	
		No acorde al clima o necesidad																	

Referencia:

- Se administra o no la medicación
- Se cumple con los registros
- Se cumple o no la higiene
- Se cumple o no con la movilización
- Se cumple o no con la alimentación
- Presentan o no vestimenta acorde al clima

³¹ A través de la Observación y Revisión en Historias Clínicas.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES Y CUIDADOS BÁSICOS PARA PERSONAL NO PROFESIONAL
 (AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CUIDADORES)**

TURNO: **NOCHE (00:00 – 06:00Hs)**

SALA: **1**

	ACTIVIDADES Y CUIDADOS ³²	CAMAS																	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
PERSONAL NO PROFESIONAL	1 MEDICACION	Se Administra																	
		No se Administra																	
	2 REGISTROS	Medicación																	
		Valoración																	
		Higiene																	
		Curaciones																	
		3 HIGIENE	Baño en Ducha																
			Baño en Cama																
	Higiene Perineal																		
		No se realiza Higiene																	
			CAMAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	PERSONAL NO PROFESIONAL	4 MOVILIZACION	Lo levantan al sillón																
No lo levantan al sillón																			
5 ALIMENTACION		Se le brinda Alimentación																	
		No se brinda Alimentación																	
6 VESTIMENTA		Acorde al clima y necesidad																	
		No acorde al clima o necesidad																	

Referencia:

- Se administra o no la medicación
- Se cumple con los registros
- Se cumple o no la higiene
- Se cumple o no con la movilización
- Se cumple o no con la alimentación
- Presentan o no vestimenta acorde al clima

³² A través de la Observación y Revisión en Historias Clínicas.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES Y CUIDADOS BÁSICOS PARA PERSONAL NO PROFESIONAL
 (AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CUIDADORES)**

TURNO: **NOCHE (00:00 – 06:00Hs)**

SALA: **2**

	ACTIVIDADES Y CUIDADOS ³³	CAMAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	
PERSONAL NO PROFESIONAL	1 MEDICACION	Se Administra																		
		No se Administra																		
	2 REGISTROS	Medicación																		
		Valoración																		
		Higiene																		
		Curaciones																		
		3 HIGIENE	Baño en Ducha																	
			Baño en Cama																	
	Higiene Perineal																			
		No se realiza Higiene																		
		CAMAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
PERSONAL NO PROFESIONAL	4 MOVILIZACION	Lo levantan al sillón																		
		No lo levantan al sillón																		
	5 ALIMENTACION	Se le brinda Alimentación																		
		No se brinda Alimentación																		
	6 VESTIMENTA	Acorde al clima y necesidad																		
		No acorde al clima o necesidad																		

Referencia:

- Se administra o no la medicación
- Se cumple con los registros
- Se cumple o no la higiene
- Se cumple o no con la movilización
- Se cumple o no con la alimentación
- Presentan o no vestimenta acorde al clima

³³ A través de la Observación y Revisión en Historias Clínicas.

**REGISTRO DE ACTIVIDADES Y CUIDADOS BÁSICOS PARA PERSONAL NO PROFESIONAL
 (AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CUIDADORES)**

TURNO: **NOCHE (00:00 – 06:00Hs)**

SALA: **4**

	ACTIVIDADES Y CUIDADOS ³⁵	CAMAS																	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
PERSONAL NO PROFESIONAL	1 MEDICACION	Se Administra		L															
		No se Administra		I															
		Medicación		B															
	2 REGISTROS	Valoración		R															
		Higiene		E															
		Curaciones																	
	3 HIGIENE	Baño en Ducha																	
		Baño en Cama																	
		Higiene Perineal																	
		No se realiza Higiene																	
		CAMAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
PERSONAL NO PROFESIONAL	4 MOVILIZACION	Lo levantan al sillón																	
		No lo levantan al sillón																	
	5 ALIMENTACION	Se le brinda Alimentación																	
		No se brinda Alimentación																	
	6 VESTIMENTA	Acorde al clima y necesidad																	
		No acorde al clima o necesidad																	

Referencia:

- Se administra o no la medicación
- Se cumple con los registros
- Se cumple o no la higiene
- Se cumple o no con la movilización
- Se cumple o no con la alimentación
- Presentan o no vestimenta acorde al clima

³⁵ A través de la Observación y Revisión en Historias Clínicas.

CUADROS Y GRÁFICOS:
CUIDADOS Y ACTIVIDADES POR TURNO
PERSONAL NO PROFESIONAL
(AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CUIDADORES)

CUADRO N° 1

Proporción de Medicación administrada o no
Turno Mañana
Auxiliares de Enfermería

Medicación	FA	FR%
Se Realizó	59	100%
No se Realizó	0	0
Total	59	100%

CUADRO N° 2

Proporción de Registros Realizados o no
Turno Mañana
Auxiliares de Enfermería

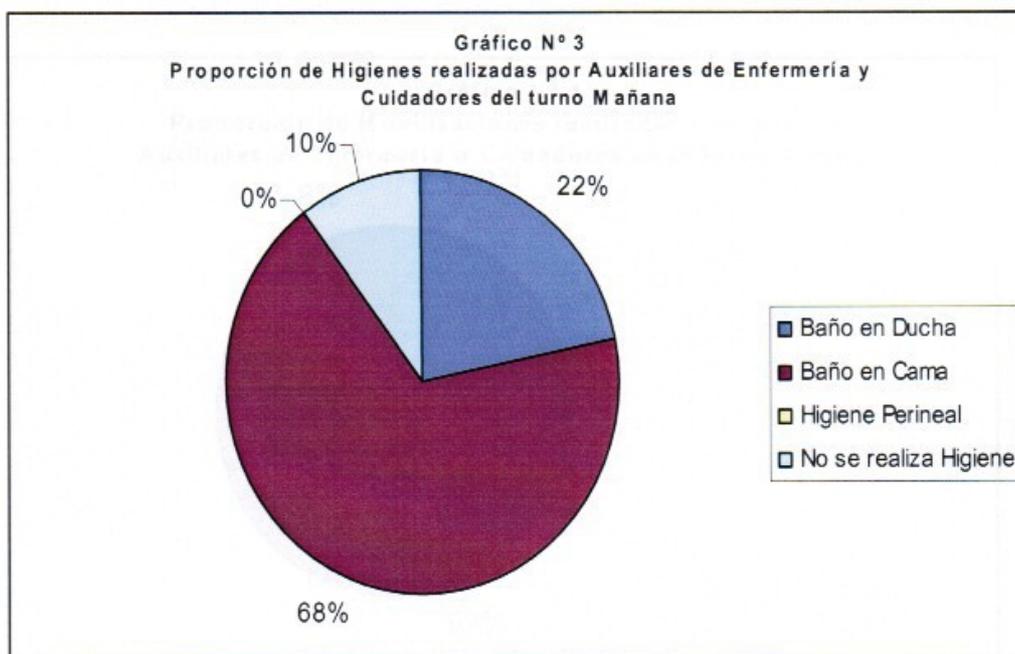
	Registros	FA	FR%
Medicación	Se realizó	59	100%
	No se Realizó	0	0%
	Total	59	100%
Valoración	Se Realizó	0	0%
	No se Realizó	59	100%
	Total	59	100%
Higiene	Se Realizó	0	0%
	No se Realizó	59	100%
	Total	59	100%
Curación	Se Realizó	3	100%
	No se Realizó	0	0%
	Total	3	100%

CUADRO N° 3

CUADRO N° 3

**Proporción de Higiene realizadas o no
Turno Mañana
Auxiliares de Enfermería Y Cuidadores**

Higiene	FA	FR%
Baño en Ducha	13	22%
Baño en Cama	40	68%
Higiene Perineal	0	0
No se realiza Higiene	6	10%
Total	59	100%



Fuente: Observación, Revisión de HC

CUADRO N° 4

Proporción de Movilizaciones realizadas o no.
Turno Mañana
Auxiliares de Enfermería Y Cuidadores

Movilizaciones	FA	FR%
Se Realiza	54	92%
No se Realiza	5	8%
Total	59	100%



Fuente: Observación

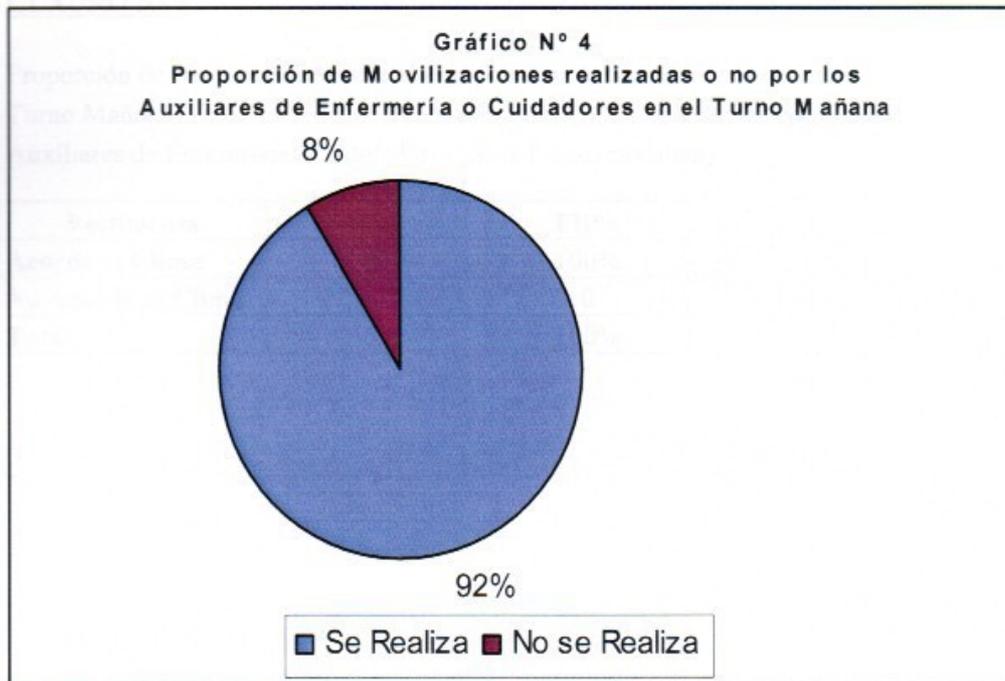
CUADRO N° 4

Proporción de Movilizaciones realizadas o no.

Turno Mañana

Auxiliares de Enfermería Y Cuidadores

Movilizaciones	FA	FR%
Se Realiza	54	92%
No se Realiza	5	8%
Total	59	100%



Fuente: Observación

CUADRO N° 5

Proporción de Alimentación Brindada o no.

Turno Mañana

Auxiliares de Enfermería Y Cuidadores

Alimentación	FA	FR%
Se Brindó	59	100%
No se Brindó	0	0
Total	50	100%

CUADRO N° 6

Proporción de Vestimenta Acorde al tiempo o no.

Turno Mañana

Auxiliares de Enfermería Y Cuidadores (Si la Proporcionaban)

Vestimenta	FA	FR%
Acorde al Clima	59	100%
No Acorde al Clima	0	0
Total	59	100%

CUADRO N° 7

**Proporción de Medicación administrada o no
 Turno Tarde
 Auxiliares de Enfermería**

Medicación	FA	FR%
Se Realizó	40	100%
No se Realizó	0	0
Total	40	100%

CUADRO N° 8

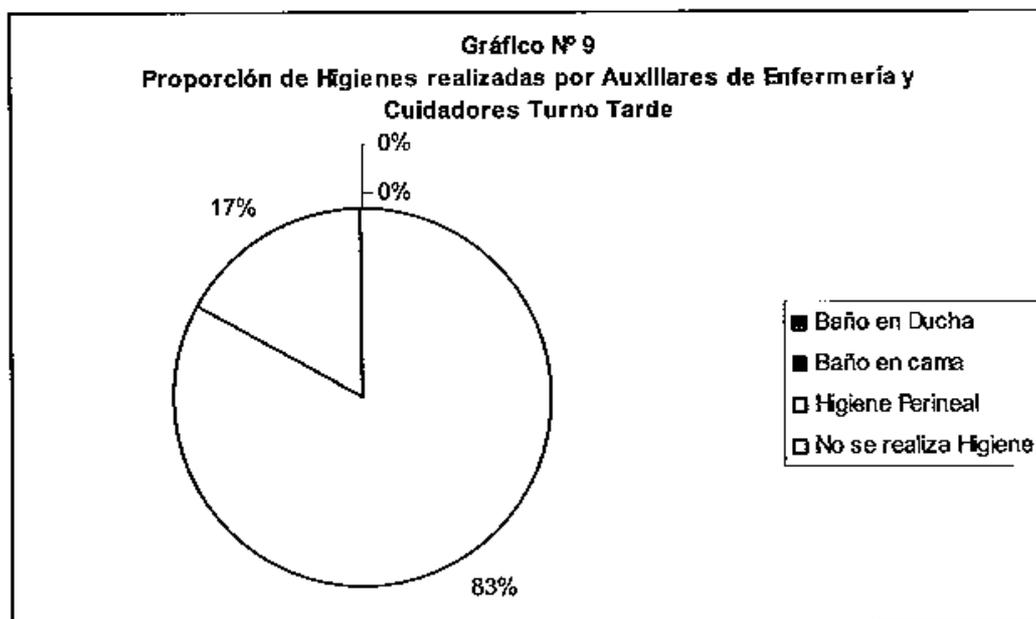
**Proporción de Registros Realizados o no
 Turno Tarde
 Auxiliares de Enfermería**

	Registros	FA	FR%
Medicación	Se realizó	40	100%
	No se Realizó	0	0%
	Total	40	100%
Valoración	Se Realizó	0	0%
	No se Realizó	59	100%
	Total	59	100%
Higiene	Se Realizó	0	0%
	No se Realizó	59	100%
	Total	59	100%
Curación	Se Realizó	1	100%
	No se Realizó	0	0%
	Total	1	100%

CUADRO N° 9

**Proporción de Higiene realizadas o no
 Turno Tarde
 Auxillares de Enfermería Y Cuidadores**

Higiene	FA	FR%
Baño en Ducha	0	0
Baño en cama	0	0
Higiene Perineal	49	83%
No se realiza Higiene	10	17%
Total	59	100%



Fuente: Observación

CUADRO N° 10

Proporción de Movilizaciones realizadas o no.

Turno Tarde

Auxiliares de Enfermería Y Cuidadores

Movilizaciones	FA	FR%
Se Realiza	0	0%
No se Realiza	59	100%
Total	59	100%

CUADRO N° 11

Proporción de Alimentación Brindada o no.

Turno Tarde

Auxiliares de Enfermería Y Cuidadores

Alimentación	FA	FR%
Se Brindó	59	100%
No se Brindó	0	0
Total	59	100%

CUADRO N° 12

Proporción de Vestimenta Acorde al tiempo o no.

Turno Tarde

Auxiliares de Enfermería Y Cuidadores (Si la Proporcionaban)

Vestimenta	FA	FR%
Acorde al Clima	59	100%
No Acorde al Clima	0	0
Total	59	100%

CUADRO N° 13

Proporción de Medicación administrada o no
 Turno Vespertino
 Auxiliares de Enfermería

Medicación	FA	FR%
Se Realizó	59	100%
No se Realizó	0	0
Total	59	100%

CUADRO N° 14

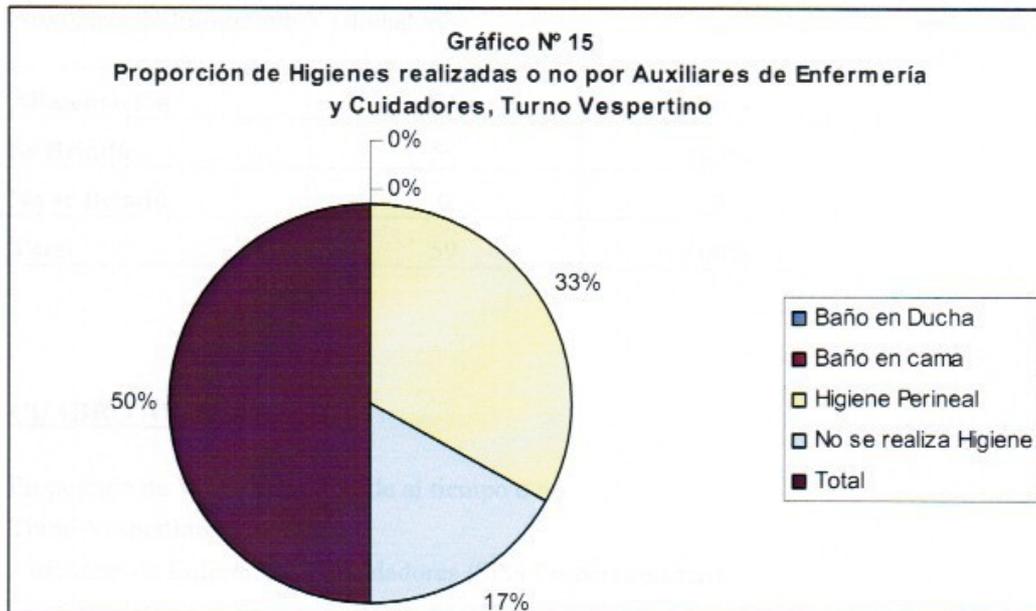
Proporción de Registros Realizados o no
 Turno Vespertino
 Auxiliares de Enfermería

	Registros	FA	FR%
Medicación	Se realizó	59	100%
	No se Realizó	0	0%
	Total	59	100%
Valoración	Se Realizó	0	0%
	No se Realizó	59	100%
	Total	59	100%
Higiene	Se Realizó	0	0%
	No se Realizó	59	100%
	Total	59	100%
Curación	Se Realizó	0	
	No se Realizó	0	
	Total	0	

CUADRO N° 15

Proporción de Higienes realizadas o no
 Turno Vespertino
 Auxiliares de Enfermería Y Cuidadores

Higienes	FA	FR%
Baño en Ducha	0	0
Baño en cama	0	0
Higiene Perineal	39	66%
No se realiza Higiene	20	34%
Total	59	100%



Fuente: Observación

CUADRO N° 16

Proporción de Movilizaciones realizadas o no.
 Turno Vespertino
 Auxiliares de Enfermería Y Cuidadores

Movilizaciones	FA	FR%
Se Realiza	0	0%
No se Realiza	59	100%
Total	59	100%

CUADRO N° 17

Proporción de Alimentación Brindada o no.
 Turno Vespertino
 Auxiliares de Enfermería Y Cuidadores

Alimentación	FA	FR%
Se Brindó	59	100%
No se Brindó	0	0
Total	59	100%

CUADRO N° 18

Proporción de Vestimenta Acorde al tiempo o no.
 Turno Vespertino
 Auxiliares de Enfermería Y Cuidadores (Si la Proporcionaban)

Vestimenta	FA	FR%
Acorde al Clima	59	100%
No Acorde al Clima	0	0
Total	59	100%

CUADRO N° 19

**Proporción de Medicación administrada o no
 Turno Noche
 Auxiliares de Enfermería**

Medicación	FA	FR%
Se Realizó	4	100%
No se Realizó	0	0
Total	4	100%

CUADRO N° 20

**Proporción de Registros Realizados o no
 Turno Noche
 Auxiliares de Enfermería**

	Registros	FA	FR%
Medicación	Se realizó	3	100%
	No se Realizó	0	0%
	Total	3	100%
Valoración	Se Realizó	0	0%
	No se Realizó	59	100%
	Total	59	100%
Higiene	Se Realizó	0	0%
	No se Realizó	59	100%
	Total	59	100%
Curación	Se Realizó	0	
	No se Realizó	0	
	Total	0	

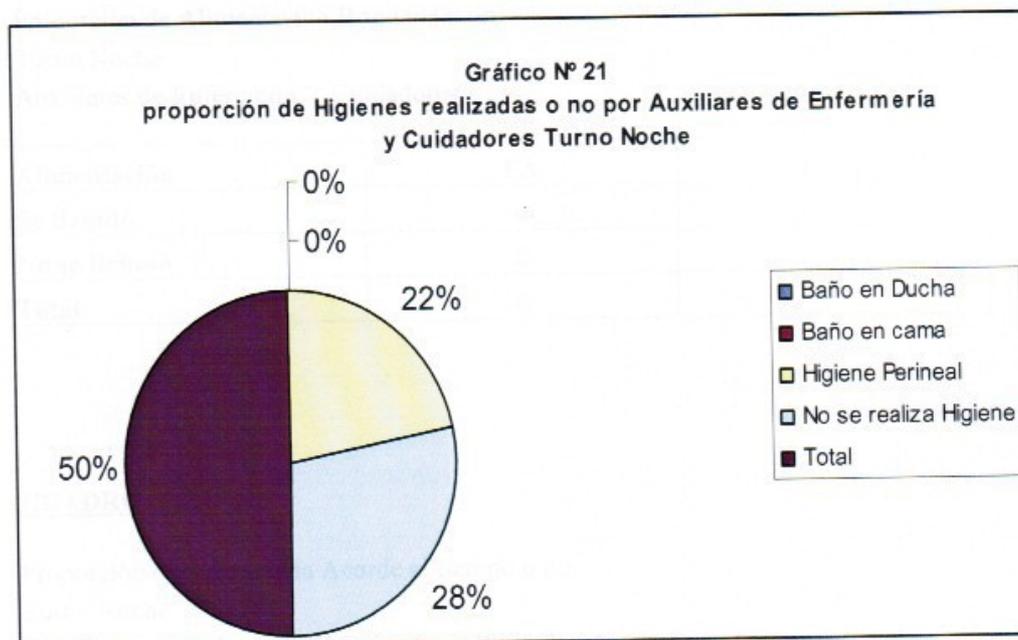
CUADRO N° 21

Proporción de Higienes realizadas o no

Turno Noche

Auxiliares de Enfermería Y Cuidadores

Higienes	FA	FR%
Baño en Ducha	0	0
Baño en cama	0	0
Higiene Perineal	26	44%
No se realiza Higiene	33	56%
Total	59	100%



Fuente: Observación

CUADRO N° 22

Proporción de Movilizaciones realizadas o no.

Turno Noche

Auxiliares de Enfermería Y Cuidadores

Movilizaciones	FA	FR%
Se Realiza	0	
No se Realiza	0	
Total	0	

CUADRO N° 23

Proporción de Alimentación Brindada o no.

Turno Noche

Auxiliares de Enfermería Y Cuidadores

Alimentación	FA	FR%
Se Brindó	0	
No se Brindó	0	
Total	0	

CUADRO N° 24

Proporción de Vestimenta Acorde al tiempo o no.

Turno Noche

Auxiliares de Enfermería Y Cuidadores (Si la Proporcionaban)

Vestimenta	FA	FR%
Acorde al Clima	59	100%
No Acorde al Clima	0	0
Total	59	100%

RESULTADOS DE LOS CUIDADOS Y ACTIVIDADES DEL PERSONAL NO PROFESIONAL (AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CUIDADORES)

1. MEDICACIÓN:

Actividad realizada exclusivamente por los Auxiliares de Enfermería.

En los turnos mañana y vespertino se administra medicación al 100% de los residentes, siendo estos turnos los mas recargados con dicha tarea.

En la tarde se administró a cuarenta residentes lo que equivale a un 68% del total de los mismos, cumpliéndose la actividad en un 100%.

En la noche se le administró medicación a cuatro residentes lo que corresponde a un 6,8%, del total de los residentes, y se llevó a cabo en un 100%

El 100% de la medicación indicada se administró en todos los turnos.

2. REGISTROS:

Con respecto a los registros de medicación observamos que se cumplen en un 100%, en todos los turnos.

No se realiza registro de valoración a todos los residentes, haciéndolo solo en casos específicos como caídas, cuadros de excitación, estados febriles, residentes con Hipertensión arterial, se constato un total de dos valoraciones, una en el turno de la noche que fue un cuadro de excitación, y otra en la tarde sobre una caída. Al tomar el registro como una actividad única y no haberse cumplido en su totalidad, la misma no es tomada como satisfecita.

Las curaciones si se registran, encontrando cuatro de las mismas, tres realizadas en el horario de la mañana, y una en la tarde, la modalidad de registro es anotar solo el hecho.

3. HIGIENE Y CONFORT:

Los baños en ducha se realizan solo en le horario de la mañana, encontrando 13 baños (22%), los cuales corresponden a una sola sala que es la cuatro y otros que se lo realizan por sus propios medios.

Los baños en cama fueron un total de 40 (68%), realizados en su totalidad en el horario de la mañana.

Las higienes perineales se realizan en los restantes turnos encontrando 49 (83%) en el horario de la tarde, 39 (66%) en el turno vespertino, y 26 (44%) en la noche.

4. ALIMENTACIÓN:

A los residentes de la unidad de atención "A", se le brindan cuatro comidas diarias (desayuno, almuerzo, merienda y cena) siendo esta última a la hora 18:30.

En el horario de la mañana y almuerzo se le brinda la comida en el comedor, la merienda y la cena se la sirven en sus dormitorios respectivos, acostados en la cama.

Siendo ayudados por los cuidadores y Auxiliares de Enfermería en los casos que lo requieran. Se alimento al 100% de los Residentes en todos los turnos.

5. VESTIMENTA:

El 100% de los residentes se encontraban con vestimenta acorde al clima y a la necesidad.

Se vio cambio de ropa limpia al 100% de los mismos en el turno de la mañana.

6. MOVILIZACIÓN:

Se movilizan al sillón una sola vez al día en el turno de la mañana, permaneciendo en el sillón, durante el desayuno y el almuerzo.

Se levantó a 54 residentes (91%), los casos que no se levantaron fueron por su situación de salud – enfermedad que imposibilitaba dicha situación.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Dado que el absentismo es un fenómeno repetitivo de duración variable no existe un índice único que lo defina adecuadamente, utilizando diferentes índices con el fin de cuantificarlo.

Los indicadores ayudan a describir una situación existente o para medir cambios o tendencias a lo largo de un período de tiempo.

Existen cuatro tipos de indicadores de uso común para analizar el absentismo (prevalencia, gravedad, frecuencia y distribución de frecuencia), en este caso se utilizarán indicadores que analicen la situación de los funcionarios que brindan cuidados en la unidad de atención "A" del hospital - Hogar Dr. Luis Piñeyro del Campo y los cuidados y actividades de enfermería. Dichos indicadores fueron extraídos de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T), la cual toma las recomendaciones del Comité Permanente y la Asociación Internacional para la Medicina del Trabajo. Otros indicadores fueron elaborados por el equipo investigador, de acuerdo a la situación particular.

✦ Indicadores Relacionados a los Funcionarios:

1) **GRAVEDAD:** $\frac{\text{Número de horas perdidos}}{\text{Número potencial de horas de trabajo}} \times 100 = \text{Porcentaje de tiempo perdido}^{11}$
(IG)

2) **PREVALENCIA:** $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de funcionarios ausentes por día}}{\text{N}^\circ \text{ total de funcionarios que deberían asistir por día}} \times 100 =^{36}$
(IP)

3) **Relación dotación real con la dotación adecuada a las características de los Residentes:**

$\frac{\text{Número de funcionarios que corresponden a dotación real}}{\text{Número de funcionarios que corresponden a dotación adecuada}} \times 100 =^{37}$

✦ Indicador de Evaluación Relacionado a los Cuidados y Actividades de Enfermería:

4) **Proporción de actividades y cuidados básicos no realizados por Turno del Personal No Profesional:**

$\frac{\text{N}^\circ \text{ actividades y/o cuidados básicos no realizados/residente}}{\text{N}^\circ \text{ total actividades y/o cuidados/residente}} \times 100 =$

5) **Proporción de actividades y cuidados básicos no realizados del Personal No Profesional**

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades y/o cuidados básicos no realizados en el total de residentes}}{\text{N}^\circ \text{ Total de actividades y/o cuidados}} \times 100 =$

³⁶ Indicador de evaluación tomado de la Organización Internacional del Trabajo

³⁷ Indicador de evaluación elaborado por el grupo investigador

RESULTADOS DE INDICADORES EVALUACION

Indicadores de Evaluación Relacionado a los Funcionarios:

1) GRAVEDAD 24 horas x 100 = 12% de tiempo perdido

198 horas total de trabajo

2) PREVALENCIA 4 funcionarios que presento absentismo X 100 = 11%

33 funcionarios que asisten

11% de Absentismo no Programado.

3) Relación dotación real con la dotación adecuada:

37 funcionarios que corresponden a dotación real x 100 = 47%

79 funcionarios que corresponden a dotación adecuada

Existe un 47% de dotación de personal, con respecto a lo adecuado para las características de los residentes, o sea que estará faltando un 53% de dotación para alcanzar la adecuada.

Indicadores de Evaluación relacionados a los Cuidados y Actividades de Enfermería:

4) **Proporción de Cuidados y Actividades Básicos no realizados por turno del Personal No Profesional.**

Turno 00:00 – 06:00 = 59 cuidados y/o actividades no realizadas x 100 = 37%

161 Total de actividades y/o cuidados

37% de Cuidados no realizados.

Turno 06:00 – 12:00 = 63 cuidados y/o actividades no realizadas x 100 = 18%

347 Total de actividades y/o cuidados

18% de Cuidados no realizados.

Turno 12:00 – 18:00 = 128 cuidados y/o actividades no realizadas x 100 = 38%

335 Total de actividades y/o cuidados

38% de Cuidados no Realizados.

Turno 18:00 – 00:00 = 118 cuidados y/o actividades no realizadas x 100 = 38%

311 Total de actividades y/o cuidados

38% de Cuidados no Realizados.

5) **Proporción de Cuidados y Actividades Básicos no Realizadas en total del Personal No Profesional.**

368 x 100 = 32% Cuidados y Actividades Totales no realizadas, en el total de los
1154 residentes.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO ADULTO – ANCIANO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ANALISIS

De un total de 37 personas convocadas para ese día, estuvieron presentes en la unidad de atención 33 funcionarios (89%), presentando un absentismo no programado de 4 personas (11%), correspondiendo éste al personal no profesional debido a que fueron derivados a otros servicios.

Según el indicador de evaluación de relación de dotación real con la dotación adecuada, existe un 48%³⁸ del personal real. Por ende hay un déficit de 52% total del personal para alcanzar el adecuado.

Dentro del personal, los más afectados son los Profesionales de Enfermería siendo este un 4% del total necesario para cubrir las demandas requeridas (relación dotación de personal profesional adecuada – real). Por ende, para cubrir las demandas de dotación del personal según M. Barquín, hay un déficit de un 96% de personal profesional.³⁹

A pesar de ello, éstos no presentaron absentismo laboral no programado.

El turno más afectado en relación al personal profesional es la mañana ya que se necesitan trece Licenciados de Enfermería para cubrir la necesidad de cincuenta y nueve (59) residentes (para ser la relación Licenciado – residente 1 – 5), existiendo uno solo para cuatro unidades de atención, o sea hay $\frac{1}{4}$ de personal profesional (por turno) para la unidad de atención “A”, salvo vespertino que hay dos Licenciados de Enfermería (1/2 personal).

De acuerdo a las acciones básicas planteadas para el Profesional de Enfermería observamos que las insatisfechas son los registros en las Historias Clínicas, y las valoraciones de los residentes, por consiguiente la detección de los problemas y necesidades, etapas fundamentales del Proceso de Atención de Enfermería (instrumento que nos caracteriza como profesionales de la salud) y por lo tanto no se cumple con el fin, de brindar una atención continua e integral. Correspondiendo a las actividades insatisfechas un 67% Situación que se comprende teniendo en cuenta que hay un Profesional de Enfermería para 270 residentes⁴⁰, y en el turno vespertino un Profesional de Enfermería para 135 residentes (relación 1 y $\frac{1}{2}$ para unidad de atención A).

La distribución del personal se realiza en base al perfil de cada funcionario, rotando de sala para evitar el desgaste de los mismos, no se divide por residente sino que por tareas.

Con respecto a los funcionarios no profesionales destacamos que:

Como se mencionó anteriormente el absentismo no programado correspondió a este grupo con un 11%. Según el indicador de evaluación de gravedad tomado por la Organización Mundial de la Salud, el tiempo perdido en horas equivale a un 12%.

De la dotación de personal no profesional, se encontró que en el horario de la noche hay un déficit de un 60 %, en el horario de la mañana hay un faltante de 37%, en la tarde falta un 29% y en vespertino falta un 44%.

En total el déficit de personal no profesional es de un 38%.

³⁸ Relación dotación de personal TOTAL adecuada (79 funcionarios) – dotación real (38)

³⁹ Dotación de personal profesional ideal corresponde a 32 personal / real 1 $\frac{1}{4}$

⁴⁰ Dato obtenido por el Departamento de Enfermería

En lo que respecta a los cuidados y actividades del personal no profesional (Auxiliares de Enfermería y Cuidadores), los que se ven afectados o en déficit son: las higienes, las movilizaciones, y los registros.

Según el indicador que evalúa la proporción de cuidados y actividades básicas de Enfermería no realizadas, el turno que se encontró menos afectado es la mañana, presentando un 18% de cuidados no realizados, el resto de los turnos promedia un 38% de estos.

La administración de medicación se realizó con un 100% en todos los turnos, siendo administrada por los Auxiliares de Enfermería en todos los casos.

Las higienes se realizaron basados en los horarios ya estipulados, el método fue la diferencia ya que por falta de personal, en el horario de la mañana solo en una sala se realizaron los baños en ducha (22%), el resto se realizó en cama (68%), en los demás turnos todas las higienes son perineales, con cambio de pañal, correspondiendo a un 83% en la tarde, 66% en vespertino y 64% en la noche.

La movilización de los residentes se realiza una vez en el día luego del baño, en el turno de la mañana, inmediatamente iniciado el turno tarde los residentes son acondicionados en su unidad, y permanecen allí hasta el otro día. Se movilizó al 91 % de los residentes al salón comedor, el otro 9% restante permaneció en su unidad ya que su condición de salud – enfermedad no le permitía.

Con respecto a los registros destacamos que: la medicación se registró en el 100% de las Historias, no aclarando los horarios específicos solo encontrándose el turno correspondiente. Se registraron el 100% de las curaciones, destacando solo el hecho y no la valoración de la herida y los recursos materiales utilizados para dicha acción.

No se encontró registro de valoración e higienes.

La vestimenta que se observó estaba acorde al clima y necesidades de los residentes en un 100% en todos los turnos.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO ADULTO – ANCIANO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONCLUSION

A través de los datos obtenidos por medio de los instrumentos y la observación directa concluimos que: se cumplió el objetivo general de conocer si existe absentismo no programado y como incide sobre los cuidados de enfermería, por ende se cumplieron los objetivos específicos del trabajo, obteniendo como resultado que si hay absentismo, pudiendo cuantificar al mismo.

La prevalencia de absentismo laboral no programado resultó ajena al trabajador, ya que los mismos concurren a su lugar de trabajo, siendo éstos transferidos a otras unidades de atención donde hubo falta de personal.

Partiendo del concepto de la gestión de enfermería, como un proceso que empieza con la definición de estrategias para cumplir la misión, objetivos y metas de la institución y que determina los medios para realizar el cuidado, se encontró que la dotación del personal es menos en relación a la adecuada, estando en déficit con un 53%.

Al ser tomada la muestra en un día calendario no se puede aseverar que existe relación directa entre el absentismo laboral no programado y la insatisfacción de los cuidados de enfermería.

Sin embargo comprobamos que al haber un absentismo laboral no programado de un 11% los cuidados de enfermería estuvieron insatisfechos en un 32%.

Otro aspecto que se vio imposibilitado de evaluar es el comportamiento del absentismo, donde se podría tener en cuenta por ejemplo las estaciones del año, los días de la semana, las certificaciones médicas (primera causa de absentismo) y los turnos de trabajo. Para ello, el periodo de estudio debe de ser de un año calendario según las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T).

Otros motivos que diferencian esta investigación de las mencionadas anteriormente, es el tipo de estudio, encontrando en todas ellas que el mismo es de tipo retrospectivo, donde estudian solo las causas y factores relacionados (tipo, mes del año, características del personal, día de la semana, entre otros) basándose en las certificaciones médicas.

En cambio, este estudio al ser de tipo prospectivo, nos permite conocer como incide el absentismo sobre los cuidados y accionares de enfermería, dando un índice elevado de cuidados insatisfechos para ser cuidados y accionares básicos, e importantes para nuestra profesión; donde el registro es fundamental, dado que la historia clínica es un respaldo para el trabajador, siendo este un documento médico legal. En cuanto a los cuidados, conociendo las características de los residentes, las higienes y movilizaciones, al estar insatisfechas, lleva a los mismos a un mayor agravamiento y deterioro físico y cognitivo.

Esto se encuentra afectado por la carencia de personal, fundamentalmente el profesional de enfermería, viéndose su rol "desdibujado" estando imposibilitado de cumplir con eficacia y eficiencia las actividades asistenciales.

Según F. Abdollah la enfermera profesional debe ser capaz de resolver los problemas para proporcionar la mejor asistencia de enfermería.

Si no se dan las fases de este proceso el residente no recibe una asistencia de enfermería acorde a sus necesidades, estando entonces comprometida la calidad asistencial.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO ADULTO – ANCIANO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

SUGERENCIAS

Como sugerencias consideramos que:

- Se deben continuar los estudios de absentismo laboral, conociendo la evolución del mismo, y así estimar su real importancia.
- Que las futuras investigaciones se realicen en un tiempo mayor, considerando seis meses como mínimo.
- Implantar un documento que desarrolle las descripciones de tareas, y se socialicen las mismas.
- Se debe complementar con las características y opiniones de los trabajadores, así como las condiciones y medio ambiente de trabajo, para la elaboración de estrategias de mejoramiento de las mismas.
- Llevar a cabo un plan de incentivos que recompense la asistencia regular, ya sea remunerado en dinero o en horas de trabajo, para reducir el absentismo de corta duración y el de predisposición mental.
- Al observar mayoría de personal femenino y edad fértil, sabiendo por otras investigaciones que una de las principales causas de absentismo es la maternidad, la Institución podría instalar un servicio de guardería para hijos de funcionarios.
- Como sugerencia utópica conociendo la situación socio – económica que se encuentra nuestro país, se debe de contar con mas personal profesional y no profesional, destacando la presencia del Licenciado de Enfermería como referencia importante para la Institución, siendo este el capacitado profesionalmente para la administración, formación, instrucción del resto del personal no profesional. Lo que considera el grupo investigador es la incorporación de al menos un Enfermero Profesional exclusivo para la Unidad de Atención “A” en cada turno, pudiendo ser dos en los turnos de mayor trabajo (mañana y vespertino) y aumentar el número de personal no profesional en aquellos momentos donde se vieron los cuidados insatisfechos como en la mañana durante los baños, y en la tarde y vespertino para volver a levantarlos para recibir la meriende e higienizarlos.

BIBLIOGRAFÍA

- A.S.Staab, L.C.Hodges; Enfermería Gerontológico ; Mc. Graw-Hill Edición Interamericana.
- Barquin C. Manuel Dirección de Hospitales. Sist. De Atención médica 1992
- Danatro, D.; Riesgo Del trabajo de personal sanitario; Absentismo laboral de causa medica en una institución publica; Mdeo. 1994-1995. Publicaciones del Sindicato Medico del Uruguay; 1997.
- Deiman, Patricia; Dotación del personal para los servicios de enfermería en Hospitales del Distrito para la Atención Primaria de Salud. O.P.S. / O.M.S., Octubre 1992
- Fernandez, C., Hernández, R., Baptista, P., Metodología de la investigación; Ed.: Mc. Graw-Hill interamericana de México- 1991.
- Gillies, D.; Absentismo. Gestión en enfermería, Cap.:18 ; Ed.: Barcelona, Masson- Salvat, 1994.
- Marriner- Tomey Modelos y Teorías de Enfermería;; Ed.: Morby-profesional; Primera edición; Ed.: Copyright; O.P.S; 1989.
- Otero,J.J. y Fernandez, J.; Absentismo Laboral Hospitalario; Cap.: 2; Madrid; Ed.:interamericana- Mc. Graw-Hill, 1990.
- Robert Perçé. Prof. Adj. Psic.: Gerontología en Uruguay; "Una construcción hacia la inter disciplina; Univ. De la Rep.; Ed.: Narciso-Psicolibros.
- Taylor P.J; Absentismo Causa y Control. Absentismo definición y estadística. Madrid 1989
- White, T.; Gestión clínica: Manual para médicos, Enfermeros y Personal Sanitario; Ed.: Masson, S.A.- 1997.

- O.I.T.; Enciclopedia De salud, seguridad e higiene en el trabajo.- Centro de publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social;- Tercera edición revisada en 1983 con modificaciones de la OIT en 1989.
- Programa de Atención al Adulto Mayor.; M.S.P.; A.S.S.E.; I.M.M.

- Jornada de Enfermería, X, Montevideo-Uruguay, Noviembre 2006, Montevideo: Hospital Central de las Fuerzas Armadas Absentismo Laboral "Un desafío para Enfermería"

CRONOGRAMA DE GANTT

Meses: Año 2005 Año 2006

ACTIVIDADES	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.
Conformación del Grupo	■												
Tutorías		■			■	■	■	■	■	■	■	■	■
Búsqueda Bibliográfica	■	■			■	■	■	■	■	■			
Elaboración del Protocolo		■			■	■	■	■	■	■			
Coordinación con la Institución	■	■									■		
Recolección de Datos											■		
Análisis de Datos											■		
Redacción del Informe										■	■	■	■
Presentación													■

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO ADULTO – ANCIANO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO ADULTO - ANCIANO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ANEXO N° 1

PLANILLA PARA REGISTRO DE ASISTENCIA DEL PERSONAL

UNIDAD DE ATENCIÓN "A" TURNO MATUTINO

QUE BRINDA CUIDADOS DE ENFERMERÍA

FECHA:

ESCALAFON	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS	ABSENTISMO LABORAL NO PROGRAMADO
Licenciados de Enfermería:		
Auxiliares de Enfermería:		
Cuidadores:		

ANEXO N° 2

REGISTRO DE ACTIVIDADES Y CUIDADOS BÁSICOS PARA PERSONAL NO PROFESIONAL

TURNO:		SALA:																	
	CUIDADOS Y ACTIVIDADES*	CAMAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
			PERSONAL NO PROFESIONAL	1 MEDICACION*	Se Administra														
No se Administra																			
2 REGISTROS	Medicación																		
	Valoración																		
	Higiene																		
	Curaciones																		
3 HIGIENE	Baño en Ducha																		
	Baño en Cama																		
		CAMAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
				PERSONAL NO PROFESIONAL	4 MOVILIZACION	Lo levantan al sillón													
No lo levantan al sillón																			
5 ALIMENTACION	Se le brinda Alimentación																		
	No se brinda Alimentación																		
6 VESTIMENTA	Acorde al clima Y necesidad																		
	No acorde al clima o necesidad																		

Referencia:

- Se administra o no la medicación
 Se cumple con los registros
 Se cumple o no la higiene
 Se cumple o no con la movilización
 Se cumple o no con la alimentación
 Presentan o no vestimenta acorde al clima

* A través de la Observación y la revisión de Bibliografía

* Actividad realizada por el Auxiliar de Enfermería, el resto es compartida.

ANEXO N° 3

MÉTODOS DE VALORACIÓN FUNCIONAL.

❖ *ÍNDICE DE BARTHEL.*

ACCIÓN	CON AYUDA	INDEPENDIENTE
1-Alimentación (si hay que cortar los alimentos = ayuda.	5	10
2-Traslado de la silla de rueda a la cama y vuelta.	5-10	15
3-Higiene personal.	0	5
4-Sentarse y levantarse del inodoro.	5	10
5-Bañarse.	0	55
6-Andar en superficies planas.	0	10
7-Subir y bajar escaleras.	5	10
8-Vestirse.	5	10
9-Control del intestino.	5	10
10-Control de la vejiga.	5	10

Un paciente que alcance los 100 puntos es continente, se alimenta y se viste por sí mismo, se levanta de la cama y de las sillas, se baña solo, anda al menos una manzana y puede subir y bajar escaleras. Esto no significa que no sea capaz de vivir solo; puede no ser capaz de cocinar, cuidar de la casa y relacionarse con la gente, pero es capaz de cuidar de sí mismo sin ayuda.

DE LA PUNTUACIÓN. DEFINICIÓN Y DISCUSIÓN

1) Alimentación.

10= Independiente. El paciente puede comer solo en la bandeja o mesa, puede colocar algún dispositivo de ayuda si lo necesita, cortar la comida. Debe realizar todo esto en un tiempo razonable.

5= Necesita alguna ayuda (para cortar la comida etc).

2) Traslado desde la silla de rueda a la cama.

15= Independiente en toda la fase de la actividad.

10= Se necesita una mínima ayuda en alguna fase de la actividad o el paciente debe de ser supervisado por motivo de seguridad en una o más parte de la misma.

5= El paciente se puede sentar sin ayuda de una segunda persona, pero tiene que ser levantado de la cama o se traslada con gran necesidad de ayuda.

3) Higiene personal.

5= El paciente se puede lavar las manos, la cara, etc. Puede utilizar cualquier tipo de navaja de afeitarse; las mujeres deben de poder maquillarse solas.

4) Levantarse y sentarse en el inodoro.

10= El paciente es capaz de levantarse y sentarse solo al inodoro, abrocharse y desabrocharse la ropa, evitar mancharse la ropa, y utilizar el papel higiénico sin ayuda.

5= El paciente necesita ayuda a causa de la falta de equilibrio para ajustarse la ropa o para utilizar el papel higiénico.

5) Baño por sí solo.

5= El paciente puede utilizar un bañero, la ducha o darse un baño completo. Tiene que ser capaz de llevar a cabo todos los pasos sin necesidad de ayuda.

6) Andar en llano.

15= El paciente puede andar al menos uno 50 metros sin ayuda o supervisión. Puede utilizar aparatos ortopédicos o prótesis, así como muletas, etc. Impulsarse con la silla de rueda.

5= El paciente no puede andar, pero puede impulsar la silla de rueda de forma independiente. Debe de ser capaz de doblar las esquinas, darse vuelta, maniobrar la silla para alcanzar a la mesa.

7) Subir y bajar escaleras.

10= El paciente es capaz de bajar y subir escaleras con seguridad. Puede y debe de usar el pasamanos, bastón, muletas y ser capaz de llevarlas mientras sube o baja las escaleras.

5= El paciente necesita ayuda o supervisión para cualquiera de los puntos anteriores.

8) Vestirse y desvestirse.

10= El paciente es capaz de ponerse, quitarse y ajustarse toda la ropa y atarse los zapatos. En esta actividad incluye ponerse y quitarse los corsés o aparatos ortopédicos.

5= El paciente necesita ayuda para ponerse, quitarse o ajustarse la ropa.

9) Continencia intestinal.

10= El paciente es capaz de controlar el movimiento intestinal de día y noche.

5= El paciente necesita ayuda para colocarse supositorio o un enema o tiene accidentes ocasionales.

10) Continencia urinaria.

10= El paciente es capaz de controlar la eliminación urinaria tanto de día y de noche.

5= El paciente necesita ayuda en la eliminación urinaria.

❖ La puntuación total no es tan significativa como los fallos en aspectos individuales, ya que esto indican dónde se encuentran las deficiencias.

ANEXO N° 4

GERONTOLOGIA EN URUGUAY

Uruguay es uno de los países más envejecidos de las Américas. Tiene un 17 % de su población mayor de 60 años, un 13 % mayor de 65 años y un 80% mayores de 80 años. En Montevideo la población mayor de 60 años ocupa el 21,2%. Se calcula que para el 2025 la población de adultos mayores de 75 años corresponderá al 40 % del total de la población nacional.

La mayoría de las personas mayores son independientes y están socialmente integrados a la comunidad, pero un porcentaje creciente padece diversos grados de pérdida de su autonomía, discapacidad física y/o mental.

El sistema de salud tiene escaso énfasis en prevención y promoción de salud y en rehabilitación o cuidados paliativos y no se articula con los márgenes servicios sociales existentes, hay un cambio en la estructura familiar que supone una progresiva reducción de los cuidadores familiares, ha derivado en un crecimiento de población anciana en instituciones de larga estancia, llámense "Residencias", "Casas de salud", "Hogares de ancianos". Éstos continúan siendo la mayor fuente de cuidados para esta población aún en situaciones de dependencia.

Del 5% al 7% de los ancianos mayores de 65 años están institucionalizados, lo que implica que 25.000 a 30.000 camas y equivale del doble al triple de las camas de hospitales de agudos públicos y privados.

Esta demanda se duplica cada 10 años. 90% de esta población se encuentra en el sector privado con fin de lucro y 10% en instituciones no lucrativas públicas y privadas⁴¹. En este contexto, a inicios del 2001 el Hospital Piñeyro del Campo alojaba a 450 residentes en una planta física con capacidad para 300 camas, el trabajo de altas y reinserción social era escasa, a lo que se sumaba la ausencia del trabajo interdisciplinario.

El Hospital Piñeyro del Campo es actualmente la mayor y única institución pública con una oferta de servicios de corta, media, larga estadía e inserción familiar para personas mayores vulnerables.

Su modelo está centrado en el usuario y en principios de la organización, consensuados en el equipo de gestión y con el personal de atención.

A partir de junio del 2001, cambia el equipo de gestión el cual esta integrado por:

- 2 Geriatras (Dirección y Subdirección)
- 1 Psiquiatra (Jefe de Psicogeriatría)
- 1 Médico Administrador de Jefe de Salud
- 1 Director Administrativo
- 1 Contador (Gerente Económico Financiero)
- 1 Licenciado en Enfermería (Jefe del Departamento de Enfermería)
- 1 Asistente Social (Jefe del Servicio Social)
- 1 Gerente de Organización
- 1 Abogado (Asesor Legal)

⁴¹ Ministerio de Salud Pública, 2001

Dicho equipo definió una nueva misión para la Institución: “ Ser un Hospital – Centro Geriátrico destinado a la atención geriátrica integral de anciano vulnerables usuarios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) de Montevideo, a través de servicios de corta estancia (estadía diurna – centro diurno), media estancia (convalecencia y rehabilitación), larga estancia e inserción familiar (custodia familiar).⁴² Definiéndose anciano vulnerable como: “aquellos que reúnen simultáneamente una serie de condiciones socio sanitarias que ponen en riesgo de dependencia o que ya presentan problemas médico-sociales complejas que lo vuelven dependiente, incluyendo la edad (igual o mayor a 65 años), la dependencia de grado moderado a severo de causa física y/o mental y la precariedad socio económica (coexistencia de ingresos insuficientes y carencia absoluta de soporte familiar)⁴²

Se reorganizaron las unidades de atención y reubicación interna de usuarios en función de los servicios internos y externos, cada uno de ellos con criterios de ingresos propios y específicos: una unidad de alta dependencia y cuidados paliativos; 2 unidades de psicogeriatría; una unidad para auto válidos; un centro diurno y un servicio de inserción familiar, aplicando la metodología de evaluación geriátrica integral descrita por Siu et al (1994) en cada una de estas unidades.

Se instrumentó un plan de altas y reinserción social.

Se realizaron protocolos de:

- Altas y reinserción social
- Procesos de ingresos, su evaluación y concreción, incluyendo normas de consentimiento informado y un manual de procedimientos
- Se constituyó e implantó una comisión de ingresos regulares y programados desde estructuras y hospitales públicos, la que concurre semanalmente a las unidades solicitantes a efectuar evaluaciones de casos
- Se realizó reuniones explicativas con comisarios de las secciones policiales de Montevideo
- Se sostuvo una comunicación constante y fluida con la Suprema Corte de Justicia y con los Señores Jueces actuantes en casos judiciales, colaboración que permitió una difusión e implementación progresiva de los criterios asumidos para la pertinencia de los ingresos y de la nueva misión y visión del hospital.

Existe en nuestro país un programa de atención centrado al adulto mayor llamado: “Programa de atención al adulto mayor” (ver anexo 5) llevado a cabo por el A.S.S.E.(Asistencia de Servicios de Salud Externa), la I.M.M (Intendencia Municipal de Montevideo) B.P.S (Banco de Previsión Social) la Universidad de la Republica, entre otros,.

Este programa esta orientado en mejorar la calidad de asistencia, la accesibilidad de los ancianos a la asistencia en salud y la equidad y trabajo en equipo. En crear un modelo de atención integral y fundamentalmente el fortalecimiento del primer nivel de atención fomentando la promoción y prevención en salud.⁴³

⁴² Ministerio de Salud Pública, 2001

⁴³ Programa Nacional del Adulto Mayor

ESTANDARES DE PRACTICA

Los estándares se aplican a todos los campos gerontológicos y están destinados a ser un recurso para los instrumentos de valoración, los planes de cuidado y la determinación de resultados. Son útiles en el proceso de revisión, de evaluación y de mejora del cuidado de personas iguales.

Estándares de la practica de enfermería gerontológico según versión de la American Nurses Association (1987)

Estándar I: Organización de los Servicios de Enfermería Gerontológica

Todos los servicios son planificados, organizados y divididos por un responsable de enfermería. Este responsable tiene preparación de especialidad o master y tiene experiencia en enfermería gerontológico y en administración de servicios de cuidados.

Estándar II: Teoría

La enfermera participa en el desarrollo y comprobación de la teoría.
La enfermera utiliza conceptos teóricos para guiar una práctica eficaz.

Estándar III: Recogida de Datos

La información obtenida durante la valoración de salud es accesible y compartida con los miembros adecuados del equipo de salud interdisciplinario.

Estándar IV: Diagnóstico de Enfermería

Se utilizan los datos de la valoración para determinar los diagnósticos de Enfermería

Estándar V: Planificación y Continuidad del Cuidado

Se desarrolla un plan de cuidados junto a la persona o anciano. El plan de cuidados ayuda a la persona anciana a lograr y mantener el mayor nivel de salud, bienestar y calidad de vida alcanzable.

Estándar VI: Intervención

La enfermera interviene para proporcionar los cuidados y así restaurar las capacidades funcionales de la persona anciana y prevenir las complicaciones y la incapacidad.

Estándar VII: Evaluación

La enfermera evalúa de forma continuada las respuestas del cliente y su familia a las intervenciones.

Estándar VIII: Colaboración Interdisciplinaria

La enfermera colabora con otros integrantes del equipo de salud para brindar cuidados y administrarlos. El equipo se reúne con regularidad para evaluar la eficacia del plan de cuidados.

Estándar XI: Investigación

La enfermera participa en la investigación y utiliza y difunde los descubrimientos.

Estándar X: Ética

La enfermera emplea el código de enfermería establecido por la American Nurses Association como guía para tomar una decisión ética en la práctica

Estándar XI: Desarrollo Profesional

La enfermera es responsable de su promoción profesional y contribuye al desarrollo profesional de los miembros del equipo interdisciplinario.

VALORACIÓN DEL ANCIANO:

Cada problema individual del anciano debe valorarse desde el punto de vista funcional. La valoración de la función dejará al descubierto problemas ocultos, a menudo no mencionados, por vergüenza, negación, modestia, ignorancia o por no considerarlo un problema. La valoración funcional del anciano debe incorporar los factores físicos, psicológicos y socioeconómicos que interaccionan entre sí para influir en una evaluación comprensiva del estado de salud de la persona.

Es importante que exista un enlace entre el proceso de valoración y los cuidados planificados y servicios para el usuario.

La enfermera debe conocer los servicios de consulta y los recursos disponibles para satisfacer las necesidades del individuo y la familia.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS NORMALES:

En el proceso de envejecimiento normal, los músculos, los huesos y las superficies articulares sufren cambios que provocan una reducción de la masa muscular, la fuerza, la coordinación y alteraciones en el cartilago. La fuerza muscular y el movimiento están disminuidos, especialmente en las manos y los músculos de las piernas.

La masa ósea y absorción de minerales, especialmente el calcio están disminuidas. Los huesos largos están agrandados externamente pero internamente están huecos lo que hacen que sean más débiles. Los movimientos articulares están limitados debido al deterioro de la superficie cartilaginosa de las articulaciones. A medida que el cartilago se erosiona, los huesos entran en contacto directo con el hueso, provocando artritis con dolor, crepitación al movimiento y/o falta de movimiento.

La pérdida de agua del cartilago ocasiona un estrechamiento de los discos intervertebrales y contribuye a la pérdida de altura. El resultado de estos cambios globales es una persona anciana cuya postura y aspecto parece más curvado e inclinado, con una marcha más lenta, con pasos acortados y de base más amplia.

Los adultos de edad avanzada tienen más dificultad para detectar olores en concentraciones bajas, así como para identificarlos. El número de papilas gustativas comienza a reducirse a partir de la mitad de la vida (40-60 años).

El tacto también disminuye como consecuencia del envejecimiento, al igual que el número de receptores del tacto⁴⁴

Gran parte de las modificaciones fisiológicas normales que se producen en los ojos se relacionan con el envejecimiento. Entre estas se encuentran la disminución de la visión periférica, de la capacidad de mirar hacia arriba y de producir lágrimas, con lo cual los ojos se secan. Además es frecuente encontrar el arco senil, el amarilleo de la esclerótica y una apariencia de hundimiento de los ojos (como consecuencia de la pérdida de la grasa peri orbitaria).

Los cuatro cambios principales son: dificultad para acomodar, alteración en la percepción de los colores, la hipersensibilidad frente a la luz, resplandor y la disminución de la agudeza visual.

⁴⁴ Stevens, 1992

En cuanto a la sordera, es una de las formas de privación sensorial más crueles, ya que la persona suele aislarse, sufrir depresiones y generalmente se la recibe con poco agrado.

Es uno de los trastornos de la salud con mayor prevalencia y aumenta con cada decenio de vida. Los sonidos o los ruidos de fondo alteran la capacidad para percibir la palabra hablada. La membrana del tímpano se adelgaza, se vuelve más pálida y fibrosa y disminuye su capacidad para transmitir el sonido. La impactación de la cera del oído, seca y endurecida, interfiere en el movimiento del tímpano y en las transmisiones del sonido.

Los cambios relacionados con la edad en la piel y las uñas diferencian externamente al joven del viejo.

Los trastornos de heridas son debidos a los cambios en el sistema inmunitario de los ancianos, hay una mayor probabilidad de desarrollar infecciones de las heridas, la cicatrización es más lenta y los trastornos agudos se cronicizan con mayor rapidez.⁴⁵

Enfermería juega un papel clave a la hora de prevenir y detectar muchos de los trastornos de la piel, el pelo y las uñas.

El recambio celular de la epidermis se reduce con la edad, dando lugar a una lentificación de la velocidad de cicatrización. Se reduce el número de melanocitos, deteriorándose la protección de la piel frente a los rayos ultravioletas, aumentando el riesgo de cáncer de piel. Se pierden cerca del 20% del grosor de la dermis con la edad. Las fibras de elastina se engrosan y fragmentan, mientras que disminuye el lecho vascular, la capa de colágeno y los fibroblastos.⁴⁶

La piel es más seca y curtida, con inflamación, arrugas, despigmentación, rotura de vasos sanguíneos, nódulos y lesiones premalignas. Los problemas crónicos de los pies como callos, durezas, ulceraciones y dolor también son debidos a la atrofia tisular.⁴⁷

Los corpúsculos de Pacini y de Meissner del sistema nervioso periférico disminuyen en número provocando una disminución de la sensibilidad. Los cambios con la edad que tienen su reflejo en el pelo son: encanecimiento, pérdida del pelo, alopecia andrógena y aumento del vello facial en la mujer.

Las uñas se vuelven más frágiles con mayor tendencia a partirse, otras veces se deforman, causando irritación o infección.

El envejecimiento es un proceso complejo y dinámico con componentes fisiológicos, psicológicos y sociológicos inseparables e íntimamente relacionados. Se trata de un proceso normal que implica un crecimiento, desarrollo y adaptación continuados hasta la muerte.

El anciano tiene múltiples necesidades y problemas que requieren comprensión y cuidados por parte de la enfermera para promover la salud, el bienestar, la recuperación de la enfermedad o incapacidad y el éxito en la evolución hacia la senescencia.

Las personas envejecen de forma diferente y a distinta velocidad.

Los cambios del envejecimiento se producen a una velocidad desigual en las distintas partes del cuerpo, estos cambios deberían considerarse como puntos de referencia para el cuidado de enfermería y los problemas presentados por el proceso de envejecimiento.

⁴⁵ Balín, 1990

⁴⁶ Fenskt y Lober, 1990

⁴⁷ Fenskt y Loberapo, Millar, 1995

No todos los cambios funcionales en los ancianos se deben al envejecimiento; algunos se deben a la enfermedad.

La vejez plantea un aumento gradual de la vulnerabilidad a la enfermedad. La enfermera debe preocuparse por mantener al anciano en su nivel funcional óptimo. El objetivo es el bienestar, pese al grado de deterioro físico, cognitivo o emocional.

Mucho de los miedos a envejecer se deben al modo en que la sociedad percibe la vejez y al miedo a lo inevitable de ese deterioro.

Los ancianos tienen mayores experiencias vitales, coraje, sabiduría y resistencia y un espíritu independiente que les ayuda a adaptarse al proceso de envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso universal objetivo y subjetivo. Desde el punto de vista objetivo, el envejecimiento comienza con el nacimiento, pero se asocia más con el anciano o el adulto de edad avanzada. Cronológicamente y legalmente, se considera viejo a la persona de 65 años de edad o más. La edad subjetiva puede estar relacionada con sentimientos personales, edad cognitiva, edad social, edad de serotipo, edad comparativa y edad percibida o auto percibida.⁴⁸

Algunos gerontólogos dividen la vejez en las categorías cronológicas de “viejo – joven” (65-74 años), “viejo-medio” (75-84 años), y “viejo-viejo” (85 años y más)

La gerontología es una rama de la ciencia que trata los problemas de adaptación y las enfermedades de la población anciana y de la vejez. La geriatría se centra sobre las enfermedades e incapacidades asociadas a la a la población anciana en lugar de hacerlo sobre su salud. La enfermería gerontológica se ocupa de la valoración de las necesidades de las personas ancianas, la planificación e implementación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento.⁴⁹

El ancianismo, como concepto gerontológico, se define como el proceso de estereotipado y de discriminación sistémico son viejas. La vejez es considerada de forma diferente por culturas distintas. Algunas culturas la ven como algo prometedor, puesto que con la edad se adquiere sabiduría, mientras que en otras culturas sienten pavor hacia ella, al considerarla como una edad menos respetada.

⁴⁸ Miller, 1990

⁴⁹ American Nurses Association

SALUD PUBLICA:

La **Salud Pública** es el arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, prolongan la vida y fomenta la salud y la eficacia, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio, el control de los padecimiento transmisible, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de Enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades; así como también el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno, un nivel de vida adecuada para la observación de la salud. Organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural y a la longevidad.

EL ROL DE LA ENFERMERA:

El envejecimiento, al igual que el embarazo, no es una enfermedad. Se trata de un estado evolutivo normal.

El rol de la enfermera debe ser el de un profesional autónomo en el cuidado de la salud que coordine la atención compleja a los ancianos y sus familias, y que asuma el rol de líder en el equipo multidisciplinario de atención sanitaria.

Hay modelos de cuidados de enfermería gerontológica, adaptados a la sensibilidad del anciano, que se basan en los siguientes principios:

- ❖ Los pacientes son holísticos por naturaleza, y su salud y bienestar son afectados por la interacción de factores fisiológicos, patológicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales.
- ❖ La enfermera desempeña un papel importante ayudando a los pacientes a optimizar su salud, mejorar su calidad de vida, lograr su bienestar y facilitar su desarrollo personal⁵⁰

Desde el punto de vista económico, la reducción de bienes impuesta por la jubilación, unida al coste de la asistencia sanitaria, introduce la posibilidad de un empobrecimiento.

Los ancianos frágiles son aquellos que ha menudo tiene limitaciones sociales, económicas, físicas o mentales y que están enfermos o incapacitados la mayor parte del tiempo y requieren la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria. Debido a estas circunstancias, consumen mayor cantidad de tiempo, espacio y dinero de la atención sanitaria.

La enfermería gerontológica requiere una valoración y unas habilidades de intervención sofisticadas, habilidades de coordinación y de manejo del cuidado, una relación íntima entre la enfermera y el anciano.

La/El enfermera/o tiene mayor posibilidades para contactar con el anciano que cualquier otro profesional de cuidado de la salud, y las/os que mejor pueden ayudar al anciano a desarrollar sus potenciales en lugar de abocar en un deterioro lento o rápido.

⁵⁰ Phillips, 1990

La/el enfermera/o debe dar una respuesta global a los problemas de salud reales o potenciales. El anciano responde de forma diferente a la enfermedad, a la manifestación de los estados patológicos y a las consecuencias funcionales de la enfermedad.⁵¹

TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO:

El envejecimiento puede definirse como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte.

El envejecimiento comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica como, por ejemplo: una enfermedad.

La enfermedad es un estado patológico o anormal presente en cualquier célula, órgano o sistema orgánico en una unidad de tiempo o que se extiende abarcando muchas unidades de tiempo.

El envejecimiento no es ni una enfermedad ni el resultado de una suma de múltiples estados patológicos. El envejecimiento y la muerte, al igual que el nacimiento y la maduración, son parte del ciclo vital normal.

El envejecimiento se estudia a partir de teorías: biológicas, psicológicas y sociales.

TEORIAS BIOLOGICAS DEL ENVEJECIMIENTO:

Intentan explicar los procesos fisiológicos que se producen con independencia de influencia externas o patológicas, de forma gradual y que son automáticas y universales.

Teoría del Envejecimiento programado: (envejecimiento celular)

Establecen que las manifestaciones de los cambios de la senectud son el resultado de programas genéticos que contienen “genes del envejecimiento” responsables de los cambios seniles que preceden al fallecimiento y la muerte del organismo.

Teoría del Enlace Cruzado:

Las pruebas que apoyan esta teoría se basan en la velocidad de reparación del ADN, en cuanto que está relacionada con la duración de la vida de las especies. En las células humanas en cultivo, la velocidad de reparación del ADN disminuye a medida que las células envejecen.

Teoría Inmunológica:

Con la edad disminuye, de forma cuantitativa o cualitativa, la capacidad del sistema inmunológico para producir anticuerpos.

Estrés y Teorías Virales:

Los órganos tienen una cantidad fija de energía disponible que se gasta. Las células se agotan, el cuerpo no funciona bien. Las teorías virales asumen que en el organismo existe un virus lento o un virus común que puede formar parte del proceso del envejecimiento. Presuponen que el virus está presente en el cuerpo en el momento del nacimiento y crece según va envejeciendo.

⁵¹ Miller, 1990

TEORIAS PSICOSOCIALES Y SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO:

Algunos investigadores señalan que el código genético y los factores fisiológicos no son los determinantes primarios de la longevidad. Proponen que el estilo de vida, la personalidad y los factores ambientales son más importantes.

Teoría de la Actividad:

Las personas que alcanzan una edad óptima, son las que permanecen activas y tratan de resistirse al retraimiento de su mundo.⁵²

La mayor dificultad con la teoría de la actividad es que no trata de forma adecuada las diferencias de personalidad.

Teoría de Desvinculación:

Establece que, en condiciones normales de salud e independencia económica, el envejecimiento supone una retirada natural, sistemática e inevitable, o “desvinculación”, del anciano del resto de personas del sistema social.

Para el anciano supone una liberación de las precisiones sociales, para la sociedad, permite que personas más jóvenes, con mayor energía, asuman roles funcionales para proporcionar una transición ordenada de poder.⁵³

Teoría de la Continuidad:

Establece que una persona desarrolla hábitos, compromisos preferencias y una serie de disposiciones que se convierten en parte de su personalidad a medida que se hace adulto. Al envejecer hay una disposición a mantener la continuidad en estas disposiciones.

Teoría Interaccionista:

Propone que los cambios relacionados con la edad son secundarios a una interacción entre las características personales biológicas y psicológicas, características de las personas, las circunstancias sociales y la historia de los patrones de interacción social del anciano.⁵⁴

Teoría de las Necesidades Humanas:

Recalca el concepto de motivación y necesidades humanas.

La más famosa de ellas es la teoría de las Necesidades Humanas de Maslow organizada en una jerarquía de Necesidades Fisiológicas, de seguridad y de protección, de amor y pertenencias de autoestima y actualización del yo.

El anciano debe ser una persona totalmente madura que tiene autonomía, creatividad, independencia y una relación positiva con la familia y la sociedad.⁵⁵

⁵² Havighurst y Allrecht, 1953

⁵³ Cumming y Henry, 1961

⁵⁴ Lemon, Kingston y Peterson, 1972

⁵⁵ Maslow, 1954

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO ADULTO - ANCIANO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO ADULTO - ANCIANO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ANEXO N° 6

DESCRIPCIÓN DE LAS RESTANTES UNIDADES DE ATENCIÓN DEL HOSPITAL – HOGAR DR. LUIS PIÑEYRO DEL CAMPO

Esta caracterización está dada por el perfil de los Residentes que nuclea cada uno de ellos.

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

UNIDAD DE ATENCIÓN C: Alberga a residentes que padecen Psicopatías, estos residentes son auto válidos se realizan su auto cuidado pero son medicados y controlados con periodicidad. Son atendidos por un equipo multi - disciplinarios. Algunos residentes que se encuentra compensados tienen autorización de salida del centro.

UNIDAD DE ATENCIÓN D: En él se encuentran las personas mayores con trastornos cognitivos, se denomina SICOGERIÁTRICO, agrupa a demencias de todo tipo según la clasificación conocida. También agrupa a las personas mayores que presentan trastornos cognitivos de distintos grados de dependencia no catalogados aún como demencias pero sí como vulnerables. Los residentes de este pabellón, presenta en mayor o menor grado, alteraciones que se nuclean en los Síndrome Geriátrico: depresión, confusión, incontinencia, etc.

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

UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL: Concurren Ancianos residentes auto válidos y también aquellos que son llevados por el personal de Centro. En este realizan tareas según la voluntad expresada por el residentes empleando diversas manualidades como: pintura sobre tela, papel, madera, etc. Otra dependencia de apoyo o logísticas son: cocina, lavadero, mantenimiento.

ANEXO N° 7

Recursos Materiales y Financieros del Proyecto

Recursos materiales	Precio por unidad	Cantidad	Recursos financieros
Hojas	\$ 1	100	\$ 100
Lapiccras	\$ 10	10	\$ 100
Lápices	\$ 5	10	\$ 50
Goma	\$ 5	5	\$ 25
Marcadores	\$ 20	5	\$ 100
Cuadernolas	\$ 25	5	\$ 125
Fotocopias	\$ 0,70	200	\$ 140
Teléfono	\$ 3 por computo	120	\$ 360
Computadora	\$15 por hora (Cibercafe)	50	\$ 750
Transporte	\$ 16 Urbano	300	\$ 4800
	\$ 32 Área Metropolitana	100	\$ 3200
	\$ 130 Interdepartamental	20	\$ 2600
Cartuchos	\$ 50	3	\$ 150
Disckets	\$ 15	10	\$ 150
Carpetas	\$ 8	5	\$ 40
Sobres	\$ 4	10	\$ 40
Cañón	\$2500	1	\$2500
Impresiones	\$1	700	\$700

TOTAL	\$ 15.930
--------------	------------------