

**La percepción que tiene los adultos mayores del cuidado que reciben  
en dos centros de promoción y protección social de la persona mayor  
de Manizales.**

**Wilfredo Rojas Sánchez**

**Trabajo de Grado para optar al título de Enfermero**

**Asesor:**

**María Ibeth Orozco Duque**

Enfermera, Magister en Educación. Docente del Programa de Enfermería de  
la Universidad Católica de Manizales. Líder de Semillero ECOS III.

**Asesor estadístico:**

Felipe Antonio Gallego

**Asesor Metodológico:**

Lina Patricia Muñoz

**Universidad Católica de Manizales  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Programa de Enfermería  
Manizales  
Septiembre 2014**

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a Dios por darme la vida, la fortaleza y sabiduría para caminar y ser mejor todos los días, por darme más de lo que necesito, por ser su instrumento y luz en la oscuridad de otros.

A mi familia por el apoyo constante y la incondicionalidad, por acompañarme en mis tropiezos y en mis logros.

A mis amigos y personas cercanas por su ayuda constante y desinteresada, por creer en mí y darme fuerzas en todo momento.

Agradezco de una manera muy especial a los dos Centros de Promoción y Protección Social de la Persona Mayor de Manizales y a sus abuelos, quienes inspiraron y permitieron el cumplimiento de esta investigación.

A la docente y asesora María Ibeth Orozco Duque, por dar siempre lo mejor de sí, sin esperar nada a cambio, por su amistad y compañía en este proceso académico y personal tan significativo.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. Información General Del Grupo De Investigación	8
2. Información general del proyecto	9
3. Resumen	10
4. Abstract	11
5. Descripción del proyecto	12
5.1. Planteamiento del problema, preguntas del conocimiento	12
5.2. Justificación	14
5.3. Objetivos	14
5.3.1. Objetivo General	14
5.3.2. Objetivos específicos	14
5.4. Marco Teórico	15
5.4.1. Teoría de la Humanización	15
5.4.2. El Cuidado no puede darse sin una condición importante que es la comunicación.	16
5.4.3. La Asertividad	16
5.4.4. La Comunicación Asertiva	16
5.4.5. Comunicación a través del Arte	16
5.4.6. Nociones básicas	17
6. Antecedentes	19
7. Metodología Propuesta	25
7.1. Tipo de Estudio	25
7.2. Población	25
7.3. Criterios de Inclusión	25
7.4. Criterios de Exclusión	25
8. Categorías de Análisis	26
8.1. Condiciones Físicas del Adulto Mayor	26
8.2. Condiciones Mentales de los Adultos Mayores	26
8.3. Relación y Comunicación entre Cuidador y Adulto mayor	27
8.4. Relación y Comunicación entre Adultos Mayores	27
8.5. Procedimientos de cuidado en las actividades básicas cotidianas	27
8.6. Percepción del cuidado	27
9. Variables	29
9.1. Variables Dependientes	29
9.2. Variables Independientes	29
10. Instrumentos	30
11. Plan de Análisis de Información	31
12. Marco Ético	32
13. Cronograma de Actividades	33
14. Resultados	34
15. Figuras	47

16. Discusión	50
17. Conclusiones	54
18. Estrategia de Difusión y Comunicación	55
Referencias Bibliográficas	57
Anexos	60

## Lista de Tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Resultado primer objetivo	35
Tabla 2. Resumen dominios alterados en los pacientes	46

## Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Resultados Test de Yesavage	47
Figura 2. Resultados Test de Hamilton	47
Figura 3. Resultados Test de Barthel	48
Figura 4. Resultados Collage: Características Adecuadas Frente al Cuidado.	49
Figura 5. Resultados Collage: Características inadecuadas frente al cuidado	49
Figura 6. Resultados Juego de Palabras: Aspectos Positivos	50
Figura 7. Resultados Juego de Palabras: Aspectos Negativos	50

## Lista de Anexos

	<b>Pág.</b>
Anexo 1. Presupuesto	61
Anexo 2. Presupuesto Global	62
Anexo 3. Escala de Hamilton	65
Anexo 4. Escala de Yesavage	67
Anexo 5. Escala de Barthel	68
Anexo 6. Consentimiento Informado	70
Anexo 7. Hoja de vida Investigador principal	71
Anexo 8. Hoja de vida Docente tutora	72



**VICERRECTORÍA ACADÉMICA  
 CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y  
 DESARROLLO**

**1. INFORMACIÓN GENERAL GRUPO DE INVESTIGACIÓN**

Ciencias de la Salud **Programa Académico:** Enfermería

**Nombre del Grupo:** COMUNICACIÓN EN SALUD

Líder del grupo: Lina Patricia Muñoz	Dedicación: Tiempo Completo
--------------------------------------	-----------------------------

<b>Código GrupLac:</b>	<b>Reconocido COLCIENCIAS</b> Si X Escalafón: No	<b>Acuerdo Institucional</b> 010 de 16 de julio de 2007
------------------------	---	--

**Líneas de Investigación:**  
 1. Educación y Comunicación en Salud

Investigador	Dedicación
Wilfredo Rojas Sánchez	TP

El Grupo Comunicación en Salud, con la línea Educación y Comunicación en Salud, fue Institucionalizado el 16 de julio de 2007 acuerdo 010 de 2007 de Consejo Académico de la Universidad Católica de Manizales.

Desde allí ha desarrollado distintas investigaciones como:

1. Significado que confieren los adolescentes con problemas en su autocuidado a los programas de educación en salud de la ciudad de Manizales. 2008





**VICERRECTORÍA ACADÉMICA  
 CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y  
 DESARROLLO**

**2. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO**

**Título: “Percepción que tienen los Adultos Mayores del Cuidado que reciben en dos Centros de Promoción y Protección Social de la Persona Mayor de Manizales”**

**Investigador Principal:** Wilfredo Rojas Sánchez

<b>Asistente de Investigación</b>	<b>Trabajo de Grado:</b> SI
	<b>Semillero:</b> SI

**Línea de Investigación:** Educación y Comunicación en Salud

Área de conocimiento a la que aplica: Gerontología-Cuidado Persona Mayor-Geriatria.

Programa de Posgrado al que se articula: Enfermería

**Lugar de Ejecución del Proyecto:** En dos Centros de Promoción y Protección Social de la Persona Mayor

**Ciudad:** Manizales **Departamento:** Caldas

**Duración del Proyecto:** Dos periodos académicos

Tipo de Proyecto:

Inv. Básica: X      Inv. Aplicada:      Dilo Experimental o Tecnológico:

Financiación Solicitada:

Valor solicitado UCM: \$1.000.000

Valor Contrapartida: \$

Valor Total: \$1.000.000

1. Marietta Henao

Correo Electrónico: [mariettahenao@gmail.com](mailto:mariettahenao@gmail.com) - Teléfono: 314 762 86 51

2. Carlos Alberto López

Correo Electrónico: [carlosalbertolopez22@yahoo.es](mailto:carlosalbertolopez22@yahoo.es) - Teléfono: 314 821 17 77

3. Sulay Rocío Echeverry

Correo Electrónico: [secheverry@ucm.edu.co](mailto:secheverry@ucm.edu.co) - Teléfono: 314 890 93 82

### 3. RESUMEN

Este proyecto de investigación, tuvo como **objetivo:** Describir la percepción que tienen los adultos mayores del cuidado que reciben, en centros de Promoción y Protección Social de la Persona Mayor en Manizales.

**Metodología:** Estudio Mixto, con una población de 69 pacientes adultos mayores, de los cuales 29 de ellos cumplieron con las características físicas y cognitivas exigidas para desarrollar las actividades planeadas y obtener así los resultados esperados. Se utilizó formato tipo PAE con los dominios respectivos de enfermería para realizar la valoración física de cada Adulto Mayor. Se aplicaron, los test de Yesavage, Hamilton y de Barthel para determinar estado de depresión, ansiedad y nivel de dependencia respectivamente, se utilizarán estrategias pedagógicas, como collage y juego de palabras, como instrumento mediador para reconocer cual es la percepción que tienen acerca de los cuidados que en los centros de institucionalización, luego se determinarán las las prácticas de cuidado adecuadas e inadecuadas, percibidas por los adultos mayores, de los cuidadores. **Resultados:** Al evaluar los resultados se evidenció que la percepción del cuidado que reciben los adultos mayores en general es significativa y muestran cómo los adultos mayores perciben la mayor parte de prácticas de cuidado, como adecuadas. Aparecen algunas prácticas como inadecuadas las cuales serán intervenidas.

**Conclusiones:** Se debe continuar acompañando a estas instituciones, para lograr que las prácticas de cuidado, percibidas por sus abuelos, lleguen a disminuir y así dicha población se pueda sentir cuidado adecuadamente, recordando siempre su vulnerabilidad y el respeto que se merecen.

**Sugerencia:** Cada institución conocerá sus fortalezas y debilidades frente al cuidado que brindan. Se entregará a cada institución un manual de atención integral al adulto mayor que les ayude a reforzar los temas específicos de cuidado para el fortalecimiento de sus prácticas diarias.

#### 4. ABSTRACT

This research project aimed to: describe the perception of older adults receiving care in centers Promotion and Social Protection of the Elderly in Manizales. Methodology: Joint study with a population of 69 elderly patients, of which 29 of them met the physical and cognitive characteristics required to develop the planned activities and obtain the expected results. PAE type format was used with the respective domains of nursing physical assessment for each Elderly. We applied the test Yesavage, Hamilton and Barthel to determine state of depression, anxiety and level of dependency respectively, pedagogical strategies, as collage and wordplay are used as mediating instrument to recognize which is the perception about care which then determine the appropriate practices and inadequate care received by older adults, caregivers in the centers of institutionalization. Results: In evaluating the results showed that perceptions of care for older adults in general is significant and show how older adults perceive most care practices, as appropriate. Practices such as inadequate which intervened be displayed.

Conclusions: We must continue to accompany these institutions to ensure that the practices of care received by their grandparents, and thus decrease reaching this population can feel properly cared for always remembering their vulnerability and respect they deserve.

Tip: Each institution will know their strengths and weaknesses compared to the care they provide. Each institution will be given a handbook of integrated care for the elderly to help them strengthen specific care issues for strengthening their daily practices.

## 5. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

### 5.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. PREGUNTAS DEL CONOCIMIENTO

Debido a estudios y proyecciones poblacionales, se conoce que la pirámide poblacional, a nivel mundial, se está invirtiendo y que los datos del DANE, muestran como el Departamento de Caldas, cuenta con el 13% de la población de adultos mayores, mientras que en el país es del 10.2%.**(1)** Esto significa que ésta región además debe enfrentar las situaciones sociopolíticas y de salud, que se relaciona con ésta población de una manera muy directa para su atención y bienestar.

Según la política de envejecimiento y vejez en Colombia, entre el año 2010 – 2015, el crecimiento de la población será de 1.57% en total, el 4.7% serán los adultos mayores. La expectativa del país es de 76 años y más del 50% de éstos son mayores de 60 años y se encuentran en condiciones de pobreza, lo cual los hace más vulnerable a sufrir condiciones físicas y emocionales deficientes.

Los actuales fenómenos de crecimiento en la población adulta, favorecen la creación y fortalecimiento de políticas públicas para el cuidado de éstas personas, porque por sus condiciones de vulnerabilidad, pueden ser objeto de actos que atentan contra su dignidad. La situación también favorece que las personas mayores sean institucionalizadas para su cuidado y en otros casos más extremos abandonados.

Dentro de éstos centros de institucionalización existen grupos de personas que atienden de manera permanente a los adultos mayores y hay estudios que demuestran que éstos pueden tener allí un trato adecuado o pueden llegar a ser maltratados, por el personal de salud, por otros adultos mayores y hasta familiares que interactúan eventualmente con ellos.

El maltrato es una problemática social actual que atraviesa fronteras generando impactos negativos en los niveles de calidad de vida de los países, de las comunidades y poblaciones vulnerables, como es el caso de los adultos mayores.

En Colombia durante el primer trimestre del año 2013 se registraron 1.257 casos de maltrato hacia las personas mayores, entre homicidio, violencia intrafamiliar e Inter personal, según el reporte del Instituto Nacional de Medicina Legal.

El 65% de los casos de maltrato hacia las personas mayores fueron por violencia interpersonal, el 26% por violencia intrafamiliar y el 8% fueron homicidios, según registros de Medicina Legal.

Para los especialistas, el maltrato físico y el maltrato social hacia las personas mayores de 60 años puede llevarlos a estados de depresión y a padecer enfermedades mentales, incluso a pensar en el suicidio. **(2)**

El maltrato en el adulto mayor es un tema de interés actualmente, y hasta hace poco tiempo se conoce sus antecedentes, empezándose a describir por primera vez en el año 1975 en las revistas científicas británicas con el término “Granny Battering”, que significa abuelita golpeada”. Estados Unidos fue el primer país que abordó el tema de Maltrato al Adulto Mayor desde un enfoque social y político, luego lo retomaron investigadores y profesionales para más adelante extenderse a otros países y reconocerse este problema a nivel global.

Según informes de la ONU, el 22% de los habitantes del planeta será mayor de 60 años en el 2050, por consiguiente el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes dado que traerá profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de todos los países. Colombia está a la par con este aumento poblacional, situación que se reflejará en el año 2025, donde se podrá observar que las edades correspondientes a la niñez, la adolescencia, la edad adulta productiva representarán un porcentaje cada vez menor frente a la población total, mientras crece la proporción de personas de edad avanzada **(2–5)**.

Esta investigación busca conocer la percepción que tiene los adultos mayores institucionalizados en dos centros de atención y promoción social para personas mayores por medio de actividades artísticas que desarrollaremos luego de haber evaluado su situación física, cognitiva y emocional que determinen la capacidad y requerimientos para participar.

En algunos casos los adultos mayores por sus situaciones de salud y por factores normales de su edad se vuelven muy demandantes, exigentes, negativistas, agresivos, lo que dificulta mucho su cuidado. En la edad adulta éstas personas suelen cambiar su personalidad, de manera significativa, que surgen de daños en estructuras corporales y mentales, su desarrollo continua, pero con menos lucidez y aceptación, pues muchos de los estados de ánimo, se deben a sus distintas maneras de vivir, a las posibilidades que tienen y las opciones de vida que su vejez les presenta, la disminución de sus fuerzas, de sus habilidades y su

productividad hacen que surja el aislamiento de sus familias y de la sociedad, que en muchas ocasiones no permiten que el individuo envejezca favorablemente y cumpla con sus deseos y decisiones autónomas acerca de su vida.

La mayoría de las personas que están institucionalizadas están esperando un trato digno, amoroso, cariñoso, donde se manifieste que lo aceptan y valoran como ser humano y persona, esto le permite vivir en un ambiente de aceptación, respeto y tolerancia, que los hace sentir en plenitud y tranquilos.

## **5.2 JUSTIFICACIÓN**

La política de envejecimiento y vejez en Colombia, tiene las disposiciones para el cuidado de las personas mayores, este proyecto responde a situaciones de trato digno y garantía de derechos, los cuales se encuentran en el eje 1, el cual promueve y garantiza los derechos humanos de las personas mayores para crear condiciones adecuadas y dignas relacionadas con su atención y cuidado, con la corresponsabilidad individual, familiar y social en este proceso.

La red gerontológica de Caldas promueve esta política a nivel intersectorial y la Universidad Católica de Manizales, vinculada desde hace varios años a la red, desde su deber social e investigativo como academia genera investigación y aportes científicos, en su búsqueda de aportar a las poblaciones más vulneradas, como son los adultos mayores. Este proyecto de investigación también surge del requerimiento de la red gerontológica de analizar los comportamientos y acciones de los cuidadores frente a los adultos mayores a su cargo, para fortalecer las prácticas de cuidado adecuadas e intervenir las inadecuadas que pueda arrojar el estudio.

La enfermería como eje fundamental del cuidado debe expandirse en el conocimiento integral al adulto mayor, conociendo su relación con el entorno, con su estructura física y psíquica ya que esta población tiende a aumentar cada vez más, exigiendo tener desde la profesión herramientas fuertes de trabajo en donde se desarrollen actividades para mantener en los mejores niveles de bienestar a estas personas que son el futuro de cuidado para enfermería.

## **5.3 OBJETIVOS**

**5.3.1 Objetivo General:** Describir la percepción que tiene los adultos mayores del cuidado que reciben en dos centros de promoción y protección social de la persona mayor de Manizales.

### 5.3.2 Objetivos Específicos:

- Evaluar las condiciones físicas y mentales de los adultos mayores que se asisten a los dos centros de protección y promoción social del adulto mayor de Manizales
- Identificar los sentimientos, las percepciones y necesidades del cuidado que reciben los adultos mayores institucionalizados.
- Socializar las evidencias de la percepción del cuidado que tienen los adultos mayores institucionalizados.

## 5.4 MARCO TEORICO

**5.4.1 Teoría De La Humanización Del Cuidado:** Cada día, los diferentes profesionales de enfermería deben cuestionar aspectos su práctica diaria; hecho que nos obliga a reflexionar sobre el sentido de lo que hacemos, interrogantes que exigen buscar respuestas; en este sentido, desde diversos enfoques, varias autoras han aportado sus conocimientos en función de definir y explicar la esencia de los cuidados enfermeros. Cómo resultado se ha originado teorías y modelos conceptuales, los que sirven de guía para la práctica enfermera, entre ellas, se encuentra Margaret Jean Watson.(3)

Watson reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente *llegar a ser*, este ser es un *ser en relación a otro que lo invoca*. Este llamado desde el otro, *absolutamente otro*, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. .(3)

Watson afirma que los sentimientos genuinos y auténticos del enfermero hacia el paciente, son percibidos por el paciente. .(3)

Otro de los elementos asistenciales que tiene en cuenta Watson es la creación de un entorno protector, que se convierte en un ambiente de cuidado en todos los niveles. (*Físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia*). Las cuales surgen como variables interdependientes: En cuanto al ambiente externo surgen

variables como seguridad, confort y abrigo. En el medio ambiente interno surgen la autorrealización y la comunicación. A partir de éstas variables surgen las necesidades, que son los requerimientos de una persona de ser satisfecho, alivia o disminuye su dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo. **(3)**

**5.4.2 El Cuidado No Puede Darse Sin Una Condición Importante Que Es La Comunicación:** La Comunicación Asertiva es un comportamiento que se caracteriza porque los mensajes que trasmite una persona hacia sus interlocutores son claros, directos y seguros, expresados en el momento oportuno y con tranquilidad, teniendo en cuenta siempre el principio central de este comportamiento, que es el respeto por si mismo y por los demás, para esto se requiere que la persona sea consciente de este aspecto, y lo refleje en la congruencia y equilibrio de sus acciones. **( 4 , 5)**

**5.4.3 La Asertividad:** Como componente adicional de la comunicación, es descrita como una habilidad social fundamental en los seres humanos; en la comunicación permite a la persona expresar lo que realmente siente y piensa, ejercer sus derechos y dar a conocer sus convicciones, sin sentirse culpable por ello o no aceptada por el grupo de personas que la rodean; se llega a este comportamiento porque la persona se reconoce a si misma como un ser humano digno y valioso. **(6,7)**

**5.4.4 La Comunicación Asertiva:** No solo se manifiesta en el lenguaje verbal cuando la persona expresa sus sentimientos, desacuerdos, expectativas y solicita respuesta, sino en el lenguaje no verbal, cuando la persona mantiene el contacto visual con quienes se comunica, se observa serena y firme, y es congruente en estos dos aspectos básicos para una comunicación efectiva.**(8)**

**5.4.5 Comunicación A Través Del Arte:** El arte es un acto mediante el cual el hombre imita o expresa lo material o lo invisible, y crea copiando o fantaseando. Arte es toda creación u obra que expresa lo que el hombre desea exteriorizar, para crear se requiere ante todo de imaginación, a través de la cual el artista responde al extenso y multiforme mundo externo expresando sus sentimientos por medio de palabras, formas, colores y sonidos.**(9)**

El arte es expresar sentimientos y pensamientos de forma bella, esto se lo hace impregnando ya sea en una superficie ( materia) o en lo invisible a través de la voz, imagen, sonido, letras, palabras, gestos, movimientos, trazos, etc.



El arte y comunicación desde la existencia del hombre han vivido cohesionados, puesto que los primeros habitantes para expresarse con sus compañeros utilizaban la pintura, escultura, teatro, etc, sin saber que esto era un arte.

El significado del binomio “arte y comunicación”, quiere decir que el arte, como condición de ciertas obras producidas con fines estéticos y de la producción de objetos con efecto estético, es un fenómeno de comunicación y de significados, y puede ser investigados como tal. Por lo tanto se parte de ciertas premisas:

- ✓ Que el arte sea un lenguaje
- ✓ Que la casualidad estética, necesaria para que un objeto sea artístico, también pueda ser explicada como dependiente de la forma de comunicar de los objetos artísticos mismos;
- ✓ Que el efecto estético que es transmitido al destinatario también dependa de la forma en que son construidos los mensajes artísticos.

El arte tiene su dimensión comunicacional, esto quiere decir, una comprensión de la obra de arte como procesos de construcción colectiva, social e histórica de sentido.

La comunicación social se puede encontrar en las formas artísticas que pasan como imperceptibles para mucha gente en nuestra sociedad, así como: Las prácticas callejeras, las expresiones espontáneas, las que acompañan protestas, creencias, diversiones. Toda expresión artística que permita el rescate de palabras, imágenes, documentos sonoros, sitios, objetos que han ido configurando una memoria no preservada, se dirige hacia una comunicación para la sociedad, aún con la importancia que todas estas realizaciones tienen, para la confianza en nuestra identidad creadora.

#### **5.4.6 Nociones Básicas:**

**a. Centros de Promoción y Protección Social de la Persona Mayor.** Conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa orientada a brindar una atención integral al adulto mayor haciendo una contribución que impacte en su calidad de vida y bienestar.

**b. Persona Mayor.** Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más. A criterio de los especialistas de los centros vida, una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen.

**c. Cuidador:** Alguien que cuida o presta ayuda a alguien que está enfermo, es mayor de edad o está discapacitado.

**d. Percibir:** Tener conocimiento del mundo exterior por medio de las impresiones que comunican los sentidos.

**e. Práctica de cuidado:** Es toda actividad que hago de forma continuada para el bienestar del otro.

**f. Estrategias pedagógicas:** Actividades que favorecen habilidades físicas y cognitivas de las personas.

## 6. ANTECEDENTES

Según la organización mundial de la salud, el maltrato a adulto mayor se define como “Un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza». Puede adoptar diversas formas, como el maltrato físico, psíquico, emocional o sexual, y el abuso de confianza en cuestiones económicas. También puede ser el resultado de la negligencia, sea esta intencional o no” **(10)**

La razón por la que se considera a la persona mayor como «vulnerable» es porque su organismo tarda más tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte a su normalidad, pero al mismo tiempo que aparecen esas «vulnerabilidades», la mayoría de las personas de edad avanzada desarrollan una serie de mecanismos de adaptación y de estrategias que compensan las carencias. Eso les permite llevar su vida diaria con relativa autonomía.**(11)** El envejecer hace que el adulto mayor esté una situación mas difícil y vulnerable al maltrato por los cambios físicos, psicológicos y sociales que determinan su integralidad y ponen en riesgo su estabilidad sistémica.

Según la revista “Noticia” de la Facultad de Psicología, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas el estudio “incidencia de sospecha de maltrato del adulto mayor institucionalizado”, buscó identificar situaciones que conducen a intuir que hay situaciones de maltrato a adultos mayores institucionalizados, en una institución de la ciudad de Medellín y las posibles variables asociadas, ésta investigación tuvo un enfoque cuantitativo ya que midió las variables de estudio relacionadas con el maltrato, el estado mental y los niveles de depresión sin intervención. En cuanto a los valores de los diferentes tipos de maltrato sobresale que de los 10 encuestados, en 7 de ellos se sospecha maltrato con un 70%, 6 de ellos refieren haber tenido maltrato físico y fueron mujeres. **(12)**

Este estudio es relevante para nosotros porque nos ubica en una realidad oculta, que en la medida que se visualice puede encaminarnos a comprender las dinámicas del maltrato y buscar salidas más humanas.

El artículo: “la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor”, hace referencia a la violencia intrafamiliar contra las personas mayores, como problemática mundial que cuenta con publicaciones estadísticas y estudios científicos , así como los

esfuerzos realizados por las entidades gubernamentales y no gubernamentales para reconocer los derechos y deberes de éste grupo de personas tan vulnerado, define los tipos de maltrato, los antecedentes históricos, su epidemiología y los factores de riesgo, la política y estrategias adoptadas para prevenir y controlar esta situación.

“Se considera anciano una persona mayor de 65 años en países desarrollados y de 60 años en países de desarrollo”.

El concepto de maltrato al adulto mayor contempla la agresión física, psicológica y sexual relacionados también con los perjuicios económicos, se genera por acción u omisión de un victimario, el cual puede ser un familiar, un desconocido, una institución y hasta el estado. “Cualquiera que sea el maltrato, es indudable que el anciano será víctima de sufrimiento innecesario, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro de su calidad de vida”.

En cuanto a Latinoamérica estudios recientes muestran que en Brasil el consejo nacional de los adultos mayores, afirman que se reportan anualmente más de 70 mil casos de extrema violencia, de los cuales 27.1% de los maltratados son ancianos.

En Argentina, en el seminario internacional de “Estrategias de abordaje de situaciones de maltrato hacia los adultos mayores”, realizado en la ciudad Autónoma de Buenos Aires, en junio de 2010, se presentó el estudio “la percepción sobre la discriminación, el abuso y maltrato por parte de los adultos mayores”, se realizaron un total de 1.064 encuestas entre los años 2007-2009. Algunos resultados a destacar: el 36.8% manifestó haber sufrido una situación de abuso y maltrato, de los cuales el 68% eran del sexo femenino. El ámbito donde ocurrió el maltrato 41% en su casa y 26% en su barrio. En relación al agresor el 40,5% fue el familiar.

En Colombia, de acuerdo con la publicación Forensis 2009, la violencia dentro del contexto familiar, contra el adulto mayor, para ese rango de tiempo fue de un 2%. Se evidencia, un aumento sostenido, año tras año, en el número de casos pasando de 1.053 adultos mayores maltratados en el 2005 a 1.451 en el año 2009, el rango de edad más afectado, está ubicado entre los 60-64 años, predominando el sexo femenino. **(13)**

De la misma manera la revista Forensis de Cuba refiere que el maltrato al adulto mayor, es sin duda un fenómeno de naturaleza multifactorial y constituye un

problema social, aunque no posee soporte científico ni investigativo, en este país, se han caracterizado por ser aislados de un grupo de investigadores, motivados y preocupados por la magnitud del problema. Muchos ancianos necesitan atención médica después de un acto de violencia, pero la mayoría no son identificados por que estos actos no son denunciados, por lo cual los victimarios no son juzgados por las leyes.

La violencia a los mayores ya sean en la familia o instituciones de asistencia y atención, provocan una gran polémica en la población. Es frecuente encontrar una cierta resistencia en su reconocimiento, que proviene del choque entre tales datos o sospechas y la representación social clásica de la familia y las instituciones con el anciano.

Según la definición de la Organización Acción contra el Maltrato a los Ancianos en el Reino Unido, adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores; el maltrato a los ancianos(as) consiste en la realización de un acto único o reiterado, dejar de tomar determinadas medidas necesarias en el contexto de cualquier relación en la que exista expectativa de confianza y que provoca daño o angustia en la persona mayor.

En el caso del maltrato institucional, los trabajos relevantes se basan en la información que proporcionan los propios profesionales, referida tanto a los casos que han observado como a los que han cometido. Las limitaciones de este tipo de investigaciones son evidentes. Sin embargo, 36 % de los profesionales han observado casos de maltrato físico y 10 % confiesan haberlos cometido ellos mismos. En cuanto al maltrato de tipo psicológico, 81 % de los profesionales afirman haberlo observado y 40 % dicen haberlo cometido. (14)

Países latinoamericanos como Cuba, Brasil y Colombia, están aumentando sus esfuerzos en trabajar arduamente en estos temas de maltrato al adulto mayor, población poco estudiada y cada vez mas vulnerada por sus condiciones físicas, mentales, culturales o socioeconómicas que impactan a las sociedades de forma negativa por los niveles de violencia física o psicológica que ejerce en los adultos esas situaciones de maltrato de cualquier tipo que se presentan a diario y que no se intervienen a tiempo.

El maltrato institucional se refiere a cualquier forma de abuso que ocurre en servicios dirigidos a los ancianos. Esta revisión bibliográfica muestra que el maltrato se presenta con mayor frecuencia en residencias de larga estadía y el tipo más frecuente es la negligencia. Los factores asociados son los que tienen relación con el residente y con el ambiente. Las principales estrategias son invertir

recursos socio sanitarios, sensibilizar a la población respecto al maltrato de los ancianos, considerar las necesidades de estos, fortalecer la formación de pregrado de los profesionales de salud en este ámbito y realizar educación continua. El maltrato es un problema social que debe ser abordado de manera integral. **(15)**

La Red Internacional de prevención del abuso y maltrato a la vejez, hace frente a una de las problemáticas que surge junto al envejecimiento que es el maltrato en este grupo etario, el cual ha sido reconocido solo recientemente por ese organismo internacional y la Organización Mundial de la Salud (OMS). El trabajo de estos dos organismos ha contribuido de forma significativa a elevar la toma de conciencia a nivel mundial **(16)**

Es importante destacar una de las primeras definiciones de maltrato a personas mayores que fue desarrollada en 1993 por la *Action on Elder Abuse*, que lo plantea como “*Un acto único o repetido o la falta de acción apropiada que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor*”. Esta ha sido adoptada posteriormente por distintas organizaciones y por diversos países en todo el mundo **(17)**

El maltrato provoca graves consecuencias en la salud y el bienestar de las personas mayores y puede ser de varios tipos: físico, verbal, psicológico/emocional, sexual y financiero. También puede simplemente reflejar negligencia intencional o no intencional.

Existen variadas investigaciones relacionadas con el tema del maltrato en los ancianos que lo abordan de manera general. Sin embargo, el acceso a la investigación que evalúe el maltrato institucional es escasa, esto principalmente se puede relacionar a que el tema es más sensible y al realizar este tipo de estudio también se está evaluando la calidad de los servicios entregados por estatutos que debiesen proteger al anciano.

El abordaje del maltrato es un problema social que no depende exclusivamente del área de la salud. Por lo que contar con apoyos externos que involucren otros estamentos, y no solo a los profesionales de la salud, permitiría actuar de manera eficaz en situaciones de maltrato.

Existe un largo camino por recorrer en el tema del maltrato y especialmente cuando las personas que lo sufren son los adultos mayores, por lo que se hace necesario contar con más investigaciones y publicaciones sobre este tema. **(18)**

La psicóloga Adelia de Miguel Negredo, hace un importante aporte acerca de los tipos de maltrato hacia los ancianos entre los más frecuentes está el maltrato físico, espiritual, psicológico, económico y la negligencia y refiere que entre el 4-10% de los ancianos han experimentado una o más formas de maltrato y/o negligencia en algún momento de su última etapa de la vida ( desde los 65 años).  
**(19)**

Es importante conocer los tipos de maltrato que pueden resultar de cuidadores, familiares o instituciones de adultos mayores que pierden el sentido de atención y el valor por los ancianos, un constante seguimiento y cumplimiento de las políticas de envejecimiento en cada institución desde los gobiernos, nos permiten actuar y poner medidas de control e intervenir en momentos críticos o de riesgo por los que puedan correr los ancianos.

La violencia, el abuso y el maltrato contra la población mayor de 60 años, grupo que de acuerdo con las proyecciones del DANE, asciende en Colombia a 4.792.957 personas, es una realidad invisible que afecta la calidad de vida del 10,3% del total de colombianos. La mayoría de los casos de maltrato ocurren porque el Estado, la familia y la sociedad no han brindado a estas personas el cuidado, la atención y los espacios adecuados para que puedan participar activamente en la comunidad como sujetos de derechos, condición que los hace más vulnerables.

De acuerdo con las cifras más recientes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, entre enero y abril de 2012 se reportaron en el país 2.161 casos de violencia física contra las personas mayores, entre homicidios, lesiones personales, delitos sexuales, hechos de maltrato intrafamiliar y suicidios.

Las ciudades y departamentos que presentaron mayor número de casos de violencia contra las personas mayores fueron: Bogotá, con 512; Antioquia, con 224; Valle del Cauca, con 220; Cundinamarca, con 108; Atlántico, con 107 y Santander, con 104 registros.

Por otra parte, la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), realizada en el año 2010, muestra que en Colombia cerca de la cuarta parte (27%) de las personas mayores de 60 años trabaja. El Estudio, realizado con 17,574 personas mayores, indica que la mayor parte de quienes trabajan (79%) lo hace por necesidad; un 7% más lo hace porque quiere ayudar a la familia, el 6% para mantenerse ocupado, el 5% para sentirse útil y el 4% porque le gusta el trabajo.

Fuera del hogar, los hombres cuentan con mayores oportunidades laborales que las mujeres.**(20)**



## **7. METODOLOGÍA PROPUESTA**

### **7.1 TIPO DE ESTUDIO:**

Mixto ( Son la integración sistemática de los métodos cualitativo y cuantitativo) Ya que se utilizará la entrevista, los formatos para valoración por domi y test de valoración física y mental y porque de esa valoración esperamos resultados en números también.

Diseño Metodológico: Descriptivo.

**7.2 POBLACIÓN:** adultos mayores institucionalizados en dos hogares de Manizales.

### **7.3 CRITERIOS DE INCLUSION:**

- ✓ Adultos mayores institucionalizados dos hogares de adultos de Manizales.
- ✓ Adultos mayores Física y cognitivamente estables.

### **7.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- ✓ Adultos mayores con enfermedades degenerativas físicas y mentales que no les permiten realizar las actividades propuestas para el estudio.
- ✓ Adultos mayores que no autoricen el estudio.
- ✓ Adultos que su familia no autoricen el estudio.

## **8. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.**

La valoración geriátrica integral, nos brinda características especiales del paciente geriátrico, en el que concluyen los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico y la especial forma de presentación de la enfermedad, hacen necesaria la aplicación de un sistema especial de valoración. La valoración geriátrica integral surge, además como respuesta a la alta prevalencia en el anciano de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que se escapan de la valoración clínica tradicional. (anamnesis y exploración física).

Es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar basada en ellos una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y en definitiva, calidad de vida **(21)**.

### **8.1 CONDICIONES FISICAS DEL ADULTO MAYOR:**

Por medio de un formato tipo PAE con cada dominio se valoró a cada paciente para así determinar sus alteraciones más significativas y su estado actual de salud, determinando: Los dominios mas alterados fueron: Dominio 4: Actividad/Reposo: alteraciones en el sueño y descanso, enfermedades pulmonares, inmovilidad y poca actividad física. Dominio 5: Percepción/Cognición: Deterioro de la memoria, alzheimer, alteraciones de los sentidos. Dominio 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés: Encierro, impotencia, llanto fácil. Dominio 11: Seguridad/Protección: Riesgo de Caídas, riesgo de síndrome de desuso. Anexo 1. Cuadros de los hallazgos y patrones más alterados.

Con el Índice de Barthel se evaluó el nivel de dependencia, se destaca que de los 29 adultos mayores, 17 de ellos corresponden al 58.6% y son independientes en sus actividades diarias, 5 de ellos corresponden al 17.24% con dependencia leve. 4 de ellos con un 13.79% y 3 con un 10.34% y con dependencia moderada.

### **8.2 CONDICIONES MENTALES DE LOS ADULTOS MAYORES:**

Se utilizaron los test de Yesavage (depresión) Hamilton (ansiedad) que

determinaron sus condiciones de depresión y ansiedad donde hubo un mayor porcentaje de estados normales .

### **8.3 RELACIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE CUIDADOR Y ADULTO MAYOR:**

En cada hogar las relaciones entre cuidador-adulto mayor es distinta, el hogar 1 cuenta con 45 adultos mayores aproximadamente, algunos de ellos tienen cuidadoras personales las cuales tienen una buena relación, comunicación y ayuda permanente, con los demás adultos con que se pudo tener contacto se hacen cargo el personal de enfermería que contrata la institución, en este grupo de ancianos se evidenció ausencia del personal, casi todo el día, la relación y comunicación es corta y rápida, teniendo en cuenta también que son muy poco personal de enfermería para el cuidado y atención de tantos adultos que necesitan una vigilancia constante por el estado de vulnerabilidad en que se encuentran.

Por otro lado se observó que en el hogar 2, que cuenta con 24 adultos mayores la relación cuidadora-adulto es más cercana y familiar por el espacio físico que ayuda a que la atención y la comunicación sea permanente.

### **8.4 RELACIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE ADULTOS MAYORES:**

En las instituciones de adultos mayores se observó buenas relaciones entre ellos, aunque hay ancianos solitarios y ausentes en las actividades que proponen las instituciones, la mayoría se comunican e interactúan entre ellos.

### **8.5 PROCEDIMIENTOS DE CUIDADO EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS COTIDIANAS:**

Se pudo observar en los adultos participantes en el estudio que son receptivos a algunas de las actividades que programan las instituciones, aunque muchos de ellos prefieren presenciar dichas actividades o no asistir. Se observan algunos niveles de negligencia en el personal, pero se establece también que el recurso humano disponible para el cuidado es poco.

### **8.6 PERCEPCIÓN DEL CUIDADO.**

Con este estudio se evidenció que la percepción del cuidado en general tuvo porcentajes por encima del 90%, aunque no determina que no hayan situaciones

que intervenir, se mostrarán resultados a cada institución que ayuden a mejorar las situaciones débiles encontradas.

## **9.VARIABLES.**

### **9.1 VARIABLES DEPENDIENTES.**

Edad, Sexo, Nive económico.

### **9.2 VARIABLE INDEPENDIENTE.**

Estrategias pedagógicas, para expresar sentimientos físicos y emocionales.

## **10. INSTRUMENTOS.**

- 1.Observación de las prácticas de cuidado básico.
- 2.Instrumentos validados de Hamilton, Yesavage y Barthel para identificar características emocionales y nivel de independencia.
3. Evaluación física de enfermería en formato PAE
4. Entrevista semiestructura a los adultos mayores
- 5.Actividades pedagógicas como collage y juego de palabras, que permitan la exteriorización de percepciones, sentimientos y necesidades de cuidado.

## **11. PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.**

Para procesar la información se tabuló los resultados obtenidos de las actividades con los adultos mayores, en EXCEL. Se identificaron diferentes categorías del cuidado del adulto mayor en los diferentes fuentes de información tales como observación, entrevista semiestructurada y actividades pedagógicas.

Se realizó análisis de información con el software SPSS versión 20 y las gráficas en EXCEL.

## **12. MARCO ETICO.**

Luego de explicar con claridad y suficiencia, el objetivo del presente estudio y dando cumplimiento al deber ético de realizar el consentimiento informado, se deja consignada por escrito la voluntad de los directores de los Hogares 1 y 2 de permitir la realización de la investigación, en dichos centros.

La ejecución del presente estudio estuvo basado en el respeto por los principios bioéticos y las normativas internacionales de investigación en humanos.

El principio de autonomía, se tuvo en cuenta a pesar de tener el aval del director del hogar, se permitió que según su capacidad el adulto mayor institucionalizado, autorizara se realizaran o no, las evaluaciones respectivas.

Se estableció en el principio de beneficencia, la exposición de los beneficios del estudio para la institución y los adultos mayores en general. Se enfatizó en el carácter de voluntariedad de la participación de los participantes y la posibilidad de abandonar en cualquier momento la investigación si así lo quisiera.

Frente al principio de justicia, se trató a todos los pacientes como iguales, respetando ante todo su dignidad.

Para dar cumplimiento al principio de no maleficencia, se deja claro que el riesgo del estudio es mínimo. Se explicó también el manejo confidencial de la información y entrega oportuna de los resultados, a las instituciones participantes. Se establece el compromiso de compensar a las instituciones participantes en el estudio, con una capacitación corta sobre las situaciones inadecuadas encontradas, tendientes a mejorarlas y entregar manual de cuidado al adulto mayor.



### 13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Actividad	Responsable	Mes											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Identificar y conocer las dinámicas de trabajo de los CPPSPM de la ciudad de Manizales que participarán en el estudio.	Wilfredo Rojas Sánchez	X											
Aplicar el formato pae y las escalas de valoración, física y emocional (Hamilton, yesavage y brthel a las personas adultas de los CPPSPM.	Wilfredo Rojas Sánchez		X	X									
Realizar las intervenciones artísticas	Wilfredo Rojas Sánchez				X	X	X						
Hacer revisión del estado físico y emocional de los participantes y registrarlo.	Wilfredo Rojas Sánchez				X	X	X	X	X	X			
<b>tabulación de la información obtenida</b> Analizar resultados	Wilfredo Rojas Sánchez									X	X		
Elaborar el informe final.	Wilfredo Rojas Sánchez										X	X	
Entrega del producto: ponencia y artículo final.	Wilfredo Rojas Sánchez												X

## **14. RESULTADOS.**

Los resultados se enunciarán de acuerdo a los objetivos planteados en el estudio.

- Evaluar las condiciones físicas y mentales de los adultos mayores que asisten a los dos centros de protección y promoción social de adultos mayores de Manizales: Se utilizó un formato tipo PAE con los dominios de enfermería para consignar los datos de la valoración física, los test de ansiedad (Hamilton), depresión,( Yesavage), nivel de dependencia ( Barthel)
- Identificar los sentimientos, las percepciones y necesidades del cuidado que reciben los adultos mayores institucionalizados: Luego de tener todas las valoraciones físicas y cognitivas de los pacientes, de una forma individual se comenzó a trabajar con la estrategia pedagógica con la cual se identificaban.
- Socializar las evidencias de la percepción del cuidado que tienen los adultos mayores institucionalizados .Se socializarán los resultados del trabajo hecho y se darán recomendaciones en cuanto a las necesidades de cuidado al adulto mayor evidenciadas en el estudio.

Tabla 1. Resultado primer objetivo: Los datos en negro son los datos normales, los en rojo son los alterados en cada paciente.

Paciente	Dominio 1 Promoción de la salud	Dominio 2 Nutrición	Dominio 3 Eliminación /Intercambio	Dominio 4 Actividad /Reposo	Dominio 5 percepción /Cognición	Dominio 6 Auto percepción	Dominio 7 Rol/Relaciones	Dominio 8 Sexualidad	Dominio 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés	Dominio 10 Principios vitales	Dominio 11 Seguridad/Protección	Dominio 12 Confort
1	. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud	. Ingestión, digestión, absorción, metabolismo e hidratación normal	. Función urinaria y gastrointestinal normal. <b>Deterioro del intercambio gaseoso</b>	Reposo y sueño adecuado. <b>Riesgo de síndrome de desuso.</b> <b>Deterioro de la ambulación.</b> <b>Fatiga.</b> <b>Patrón respiratorio ineficaz.</b> Autocuidado adecuado.	Atención, orientación, sensación/percepción, cognición, comunicación adecuada	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal adecuada.	Roles de cuidador, relaciones familiares, desempeño del rol normales.	Identidad sexual normal. 1 hijo.	respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento normal	valores, creencias congruentes.	Sin signos de infección. <b>Riesgo de caídas, cx corazón, marcapasos.</b> <b>Cx cadera.</b>	Confort físico, ambiental y social adecuado.
2	. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud	. Ingestión, digestión, absorción, metabolismo e hidratación normal, <b>gastritis.</b>	. Función urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal.	<b>Trastorno del patrón del sueño,</b> actividad física adecuada. R/cardio/pulmonar normal. Autocuidado adecuado.	atención, sensación/percepción normales, <b>deterioro de la memoria,</b> comunicación adecuada.	<b>Riesgo de soledad,</b> autoestima e imagen corporal adecuada.	Buenas relaciones con sus cuidadores y compañeros. <b>Deterioro de la interacción social.</b>	Identidad sexual normal. sin hijos.	Respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento normal	valores, creencias congruentes.	Sin signos de infección, ni inflamación, sin riesgo de caídas. <b>Alzheimer,</b> <b>HTA.</b>	Se siente cómodo y contento con la atención en general. <b>Deterioro de la dentición.</b>

3	Gestión ineficaz de la propia salud	. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal, gastritis	. Función urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal.	.Insomnio, .Trastorno del patrón del sueño. .Riesgo de síndrome de desuso, .Deterioro de la movilidad en silla de ruedas	Orientada en persona, espacio, sensación/percepción, cognición normal. Disposición para mejorar la comunicación.	Impotencia, desesperanza, riesgo de soledad,	Buenas relaciones con sus compañeros , "se piden mucho las enfermeras" , "medicamentos hora no adecuada"	Identidad sexual normal. sin hijos.	Temor, ansiedad, llanto fácil,	valores, creencias congruentes.	Inmovilización terapéutica, uso silla de ruedas, riesgo de caída	Contenta en el hogar, <b>aveces poca atención, detención incompleta</b>
4	. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud, en recuperación por caída.	. Ingestión, digestión, absorción, metabolismo e hidratación normal, diabetes,	. Función urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal.	Reposo y sueño adecuado. Deterioro de la movilidad física (Por caída). Respuesta cardiovascular normal. Autocuidado adecuado.	Orientada en persona, espacio, sensación/percepción, cognición normal. Adecuada comunicación,	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal adecuada. Acompañamiento permanente .	Buenas relaciones con familiares y cuidadores, adecuada interacción social.	Identidad sexual normal. Sin hijos.	respuesta postraumática , respuesta de afrontamiento normal	valores, creencias congruentes.	Equimosis en zona de cadera x caída, sin signos de infección. Uso silla de ruedas. Riesgo de caídas	Confort físico, ambiental y social adecuado.
5	. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud.	. Ingestión normal, digestión y absorción alterados, (dispepsia). metabolismo e hidratación normal, HTA.	. Función urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal. <b>A veces presenta dolor en epigastro</b>	Reposo y sueño adecuado, actividades físicas, R/ cardiovascular normales.	Orientada en persona, espacio, sensación/percepción, cognición normal. Adecuada comunicación	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal adecuada. Acompañamiento permanente , se autopercebe líder.	Buenas relaciones con familiares y cuidadores, adecuada interacción social.	Identidad sexual normal. 3 hijos.	respuesta postraumática , respuesta de afrontamiento normal, se integra fácilmente, dinámico en todo momento.	valores, creencias congruentes.	Paciente en buenas condiciones generales, piel seca, alopecia total, activo.	Confort físico, ambiental y social adecuado. <b>Atención regular de las enfermeras, muy ausente</b>

6	Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud, <b>secuelas de poliomielitis</b>	. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal.	. <b>Funcion urinaria alterada, con hernia inguinal,</b> gastrointestinal y respiratoria normal.	Reposo y sueño adecuado, actividades físicas, R/ cardio/pulmonar normales, <b>alteración en la movilidad física por atrofia muscular de MI.</b>	Orientada en persona, espacio, agudeza visual alterada, cognición normal. Adecuada comunicación, <b>refiere sentirse muy encerrado</b>	autoconcepto claro, <b>impotencia, riesgo de soledad,</b> autoestima adecuada, buena imagen corporal.	Buenas relaciones interpersonales, <b>procesos familiares disfuncionales.</b>	Identidad sexual normal. Sin hijos.	<b>Duelo, ansiedad,</b> actividades lúdicas, pintura, escritura	valores, creencias congruentes.	<b>Inmovilidad de MI, uso silla de ruedas, edema en MI, dentición incompleta.</b>	Confort físico, ambiental y social adecuado.
7	. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud.	. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal.	. Función urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal.	Reposo y sueño adecuado, actividades físicas, R/ cardio/pulmonar normales.	Orientada en persona, espacio, sensación/percepción, cataratas, cognición normal. Adecuada comunicación	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal adecuada. Acompañamiento permanente	Buenas relaciones con familiares y cuidadores, adecuada interacción social.	Identidad sexual normal. Sin hijos.	respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento normal	valores, creencias congruentes.	Paciente en buenas condiciones generales, <b>dentición incompleta, mala higiene bucal, alopecia.</b>	Confort físico, ambiental y social adecuado.
8	. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud.	. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal.	. Función urinaria normal, <b>gastrointestinal estreñimiento</b> y respiratoria normal.	Reposo y sueño adecuado, <b>deterioro de la movilidad física, uso caminador,</b> R/ cardio/pulmonar normales.	orientado en espacio y persona, <b>deterioro de la memoria,</b> adecuada comunicación.	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal adecuada. Acompañamiento permanente	Buenas relaciones con familiares y cuidadores, adecuada interacción social.	Identidad sexual normal.	respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento normal, <b>aveces ansiedad x encierro.</b>	valores, creencias congruentes.	<b>Riesgo de caídas, limpieza bucal inadecuada, deterioro de la dentición.</b>	Confort físico, ambiental y social adecuado.

9	<p>. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud, <b>secuelas de ACV</b>, cuidadora permanente.</p>	<p>. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal.</p>	<p>. Función urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal.</p>	<p>Reposo y sueño adecuado, <b>deterioro de la movilidad física</b>, participa en actividades de autocuidado dependientes, físicas, R/ cardio/pulmonar normales.</p>	<p>orientado en espacio y persona, <b>disminución visual, auditiva, comunicación alterada por distonia laríngea.</b></p>	<p>Autoconcepto, autoestima, imagen corporal adecuada, <b>impotencia, cuidadora permanente</b>.</p>	<p><b>Procesos familiares disfuncionales, ausencia de su hijo, deterioro en relaciones sociales, (agresivo con sus compañeros).</b></p>	<p>Identidad sexual normal., 1 hijo</p>	<p><b>respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento alterado por encierro, ansiedad.</b></p>	<p>Espiritualidad presente, valores presentes, atento y receptivo en la entrevista.</p>	<p><b>Equimosis en dorso de muñeca izquierda por maltrato de su cuidadora, uso silla de ruedas, movilidad física alterada.</b></p>	<p>Confort físico, ambiental y social adecuado.</p>
10	<p>. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud.</p>	<p>. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal.</p>	<p>. Función urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal.</p>	<p>Reposo y sueño adecuado, actividades físicas, R/ cardio/pulmonar normales.</p>	<p>Atención, orientación, sensación/percepción normal, comunicación fluida y clara.</p>	<p>Autoconcepto, autoestima, imagen corporal adecuada. Acompañamiento permanente.</p>	<p>Buenas relaciones con familiares y cuidadores, adecuada interacción social.</p>	<p>Identidad sexual normal.8 hijos</p>	<p>respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento normal, participa en terapia física y actividades lúdicas.</p>	<p>valores, creencias congruentes.</p>	<p>Paciente en buenas condiciones generales, sin signos de infección, osteoartritis, osteoporosis, HTA.</p>	<p>Confort físico, ambiental y social adecuado.</p>
11	<p>. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud.</p>	<p>. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal.</p>	<p>. Función urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal.</p>	<p>Reposo y sueño adecuado, actividades físicas, R/ cardio/pulmonar normales.</p>	<p>Atención, orientación, sensación/percepción, cognición normal, comunicación fluida y clara.</p>	<p>Autoconcepto, autoestima, imagen corporal adecuada. Acompañamiento permanente.</p>	<p>Buenas relaciones con familiares y cuidadores, adecuada interacción social, situación económica estable.</p>	<p>Identidad sexual normal. sin hijos.</p>	<p>respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento normal, participa en terapia física y actividades lúdicas.</p>	<p>valores, creencias congruentes.</p>	<p>sin signos de infección, ni inflamación, sin riesgo de caídas, actividades permanentes de ocio.</p>	<p>Confort físico, ambiental y social adecuado, refiere buena atención y cuidado.</p>

12	. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud, sale a caminar.	. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal.	. Función urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal.	Reposo y sueño adecuado, actividades físicas, R/ cardio/pulmonar normales.	Atención, orientación, sensación/percepción, cognición normal, comunicación fluida y clara.	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal adecuada. Acompañamiento permanente.	Buenas relaciones con familiares y cuidadores, adecuada interacción social, situación económica estable.	Identidad sexual normal.3 hijos.	respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento normal, participa en terapia física y actividades de ocio.	valores, creencias congruentes, espiritual permanente.	sin signos de infección, ni inflamación, sin riesgo de caídas, movilidad permanente	Confort físico, ambiental y social adecuado.
13	. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal, realiza actividades lúdicas, <b>no realiza terapia física.</b>	. Ingestión normal, <b>digestión, absorción y metabolismo alterado por estreñimiento y gastritis,</b> hidratación normal.	. Función urinaria normal, <b>gastrointestinal alterado por estreñimiento, y gastritis, respiratoria alterada por tos frecuente.</b>	Reposo y sueño adecuado, actividades físicas, R/ cardio normal/ <b>pulmonar con tos frecuente.</b>	Atención, orientación, sensación/percepción, cognición normal, comunicación fluida y clara.	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal adecuada. <b>Llanto fácil, soledad, ansiosa, depresiva, sentimientos de impotencia.</b>	Buenas relaciones con cuidadores, <b>sin presencia de familia, se siente muy sola.</b>	Identidad sexual normal.s in hijos.	<b>Riesgo de soledad, llanto fácil, soledad, ansiosa, depresiva, sentimientos de impotencia.</b>	valores, creencias congruentes, espiritual permanente.	sin signos de infección, ni inflamación, sin riesgo de caídas, <b>sedentaria, HTA.</b>	Confort físico, ambiental y social adecuado, <b>refiere mucho encierro.</b>
14	. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud, sale a caminar.	. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal, <b>dentición parcial.</b>	. Función urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal.	Reposo y sueño adecuado, actividades físicas, R/ cardio/pulmonar normales.	Atención, orientación, sensación/percepción, cognición normal, comunicación fluida y clara.	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal adecuada. Acompañamiento permanente.	Buenas relaciones con familiares, conexión positiva con cuidadores, adecuada interacción social.	Identidad sexual normal. sin hijos.	respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento normal, participa en terapia física y actividades lúdicas.	valores, creencias congruentes, espiritual permanente.	sin signos de infección, ni inflamación, sin riesgo de caídas, <b>diabetes, HTA.</b>	Confort físico, ambiental y social adecuado.

15	. Reconocimiento de su actual estado de salud. . sedentarismo, no participa en actividades lúdicas.	. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal., <b>dentición con mala higiene bucal.</b>	. Funcion urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal. <b>Lentigo senil en dorso manos.</b>	Reposo y sueño adecuado, <b>deterioro de la movilidad física, riesgo de síndrome de desuso, R/ cardio/pulmonar normales.</b>	Atención, orientación normal sensación/percepción <b>hipoacusia, disminución visual,</b> cognición normal, comunicación fluida y clara.	Autoconcepción propio acertado, <b>imagen corporal inadecuada, sentimientos de impotencia.</b>	Buenas relaciones con cuidadores, <b>interacción social alterada,</b> apoyo familiar.	Identidad sexual normal. 6 hijos.	Adecuada tolerancia al estrés, <b>ansiedad en ocasiones por el encierro.</b>	valores, creencias congruentes, espiritual permanente.	sin signos de infección, ni inflamación, <b>HTA, diabetes MII, riesgo de caída alto, no uso de bastón, ni caminador.</b>	Confort físico, ambiental y social adecuado.
16	. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud, sale a caminar, actividades de autocuidado, conocimiento de sus patologías.	. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal.	. Funcion urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal.	Reposo y sueño adecuado, actividades físicas, <b>movilidad sostenida por artrosis, problemas de columna. R/ cardiovascular: insuficiencia venosa, uso medias de compresión, /pulmonar normales.</b>	Atención, orientación, sensación/percepción, cognición normal, comunicación fluida y clara.	Autoconcepción, autoestima, imagen corporal e identidad personal adecuada.	Buenas relaciones con cuidadores y compañeros , <b>sin familiares</b> adecuada interacción social.	Identidad sexual normal.s in hijos.	<b>tolerancia al estrés y a la soledad que a veces siente,</b> pero la fortaleza espiritual la mantiene bien.	valores, creencias congruentes, espiritual permanente y sólida.	sin signos de infección, <b>riesgo de caídas, sin uso de medios para movilidad, hernias múltiples en columna, insf venosa, gastritis crónica, HTA, glaucoma.</b>	Confort físico, ambiental y social adecuado.



17	. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud, teje para mantenerse entretenida.	. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal.	. Función urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal.	Reposo y sueño alterado, movimiento corporal normal actividades de tejido, ocio. R/ cardio/pulmonar normales.	Atención, orientación, sensación/ percepción, cognición normal, comunicación fluida y clara, llanto facil.	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal e identidad personal adecuada, llanto fácil, impotencia, soledad, desesperanza.	Buenas relaciones con cuidadores y compañeros, adecuada interacción social, apoyo de su nieta es incondicional.	Identidad sexual normal. 1 hijo.	respuesta postraumatica y respuesta de afrontamiento alteradas por muerte de su hijo, ansiedad, llanto facil, participa en terapia fisica y actividades ludicas.	valores, creencias congruentes, espiritual permanente y sólida.	sin signos de infección, ni inflamación, sin riesgo de caídas.	Confort físico, ambiental y social adecuado.
18	.Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud, realiza actividades lúdicas, recreativas para mantener la salud.	. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal.	. Función urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal.	Reposo y sueño adecuado, actividades físicas y de relajación, R/ cardio/pulmonar normales.	Atención normal, orientada en persona, sensación/ percepción, cognición alterada x alzheimer, comunicación fluida y clara.	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal adecuada. Acompañamiento permanente	Buenas relaciones con cuidadores y compañeros, adecuada interacción social.	Identidad sexual normal. sin hijos.	respuesta postraumatica, respuesta de afrontamiento normal, participa en terapia fisica y actividades ludicas.	valores, creencias congruentes.	sin signos de infección, ni inflamación, sin riesgo de caídas.	Confort físico, ambiental y social adecuado.

19	.Gestión de la salud inadecuado, sedentario, poca actividad física.	. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal, <b>anodoncia parcial, piel seca.</b>	. Función urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal.	Reposo y sueño adecuado, <b>actividad física mínima, R/ cardiovascular: arritmias, HTA, Signos de mala circulación en MI./pulmonar: EPOC.</b>	Atención, orientación, sensación/percepción, cognición normal, <b>comunicación difícil, aislado.</b>	Autoconcepto definido, <b>imagen corporal inadecuada, sin familiares, riesgo de impotencia.</b>	riesgo de interacción social, relaciones regulares con cuidadores y compañeros .	Identidad sexual normal., sin hijos.	<b>respuesta postraumática , respuesta de afrontamiento alterado por el encierro, ansiedad. poca participación en terapia física y actividades lúdicas.</b>	Espiritualidad presente, <b>economía débil.</b>	<b>Con signos de mala perfusión en MI, sin riesgo de caídas.</b>	Se observa con disconfort físico en ocasiones , refiere que lo cuidan bien en el hogar.
20	. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal, conoce su estado de salud. . Gestión de la salud, participa en actividades de integración.	. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal, <b>anodoncia parcial.</b>	. Función urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal, <b>edema en muñeca de MSI por caída.</b>	Reposo y sueño adecuado, <b>deterioro de la movilidad física, uso bastón R/ cardio/pulmonar normales.</b>	Atención/orientación normal, <b>sensación/percepción: &lt; agudeza visual,</b> cognición normal, comunicación clara.	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal e identidad personal adecuada.	Buenas relaciones con cuidadores y compañeros , adecuada interacción social, <b>apoyo económico familiar, hace falta mas presencia de su familia.</b>	Identidad sexual normal. 7 hijos.	respuesta postraumática , respuesta de afrontamiento normal, <b>le hace falta mas presencia de su familia.</b>	valores, creencias congruentes.	sin signos de infección, <b>con signos de inflamación en muñeca del MSI por caída "propiciada por una enfermera", sin revisión médica hace mas de un mes, HAT, diabetes, Ins renal, riesgo de caídas.</b>	Disconfort por edema en muñeca, ambiental y social adecuado.

21	.Reconoce su situación actual de salud, inmovilidad física por artrosis, ansiedad por su inmovilidad.	. Ingestión/digestión: normal, <b>absorción metabolismo alterado: estreñimiento</b> , hidratación normal.	. Funcion urinaria normal, <b>gastrointestinal alterado por estreñimiento</b> y respiratoria normal.	Reposo y sueño adecuado, riesgo de síndrome de desuso, dependiente, R/ cardio/pulmonar normales.	Atención/ orientación normal, <b>sensación/percepción: &lt; agudeza auditiva, sensorial táctil alterada. cognición: memoria a corto plazo, comunicación clara.</b>	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal e identidad personal adecuada, <b>impotente al no poder caminar.</b>	Buenas relaciones con cuidadores y compañeros, <b>riesgo de deterioro de interacción social.</b>	Identidad sexual normal. sin hijos.	<b>respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento alterado, síndrome de estrés al traslado, temor, ansiedad</b>	valores, creencias congruentes.	sin signos de infección, <b>riesgo alto de caídas, deterioro de la detención, artrosis.</b>	<b>disconfort físico por dolor de artrosis.</b> ambiental y social adecuado.
22	. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud, participa en todas las actividades lúdicas y terapia física.	. Ingestión normal, <b>digestión, absorción metabolismo alterado: obesidad</b> e hidratación normal. <b>Desequilibrio nutricional por ingesta superior a las necesidades.</b>	. Funcion urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal.	Reposo y sueño adecuado, disminución de la movilidad física por secuelas de ACV, ha mejorado mucho, R/ cardio/pulmonar normales.	Atención, orientación, sensación/percepción, cognición normal, <b>comunicación. Afasia expresiva leve.</b>	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal e identidad personal adecuada.	Buenas relaciones con cuidadora y compañeros, adecuada interacción social.	Identidad sexual normal. sin hijos.	respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento normal, participa en terapia física y actividades lúdicas, pintura, música.	valores, creencias congruentes.	sin signos de infección, ni inflamación, riesgo de caída moderada, actividad física permanente.	Confort físico, ambiental y social adecuado, <b>refiere alimentación regular.</b>

23	. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud, terapia de cadera.	. Ingestión normal. <b>digestión absorción metabolismo: Desequilibrio nutricional por ingesta superior a las necesidades. e hidratación normal.</b>	. Funcion urinaria, gastrointestinal normal, <b>respiratoria alterada por EPOC, uso de inhaladores.</b>	Reposo y sueño adecuado, <b>deterioro de la movilidad física por cx de cadera, medio físico para movilización, R/ cardio normal /pulmonar inadecuada por EPOC.</b>	Atención normal, orientación en persona, espacio, <b>sensación/percepción alterada: hipoacusia, cognición: deterioro de la memoria, memoria a corto plazo, comunicación clara.</b>	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal e identidad personal adecuada, <b>impotente a veces por su salud.</b>	Buenas relaciones con cuidadores, <b>riesgo de interacción social, sin familiares, ayuda de amigos de toda su vida.</b>	Identidad sexual normal.s in hijos.	respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento regular, participa en terapia física y actividades del hogar.	valores, creencias congruentes.	sin signos de infección, <b>refiere molestarle la prótesis de cadera, al realizar terapia &lt; dolor, riesgo de caída moderada.</b>	Confort físico, ambiental y social adecuado, contenta con la atención y cuidados.
24	. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud, actividades de cuidado, integración, conoce su enfermedad.	. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal, <b>leve edema en MI.</b>	. <b>Funcion urinaria alterada, falla renal crónica, riesgo de volumen de líquidos. gastrointestinal y respiratoria normal.</b>	Reposo y sueño adecuado, <b>deterioro de la movilidad física, inmovilidad de hombro derecho, uso de bastón, R/ cardio en riesgo por falla renal /pulmonar alterado, enfermedad pulmonar intersticial.</b>	Atención, orientación, sensación/percepción normal, comunicación fluida y clara.	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal e identidad personal adecuada.	Buenas relaciones con cuidadores y compañeros, adecuada interacción social.	Identidad sexual normal.5 hijos	respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento normal, participa en terapia física y actividades lúdicas para entretenerse.	valores, creencias congruentes.	sin signos de infección, <b>falla renal controlada, riesgo de caídas por osteoporosis.</b>	Confort físico, ambiental y social adecuado, contenta con la atención en el hogar.

25	.Gestión de la salud inadecuado, sedentario, poca actividad física.	. Ingestión normal, <b>digestión, absorción metabolismo alterado: obesidad severa</b> e hidratación normal. <b>Desequilibrio nutricional por ingesta superior a las necesidades.</b>	. Funcion urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal. <b>Edema en MI.</b>	Reposo y sueño adecuado, <b>disminución de la movilidad física, sedentaria.</b> R/ cardio/pulmonar normales.	Atención, orientación, sensación/percepción, <b>cognición alterada, memoria a corto plazo, signos de demencia.</b> comunicación clara.	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal e identidad personal adecuada, <b>aveces se siente aburrida, depresión moderada.</b>	Buenas relaciones con cuidadores, <b>riesgo de deterioro de interacción social.</b>	Identidad sexual normal. s i hijos.	<b>respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento regular, factor encierro estresante, prefiere estar a veces en su cuarto.</b> participa actividades lúdicas para entretenerse.	valores, creencias congruentes.	Riesgo de caídas por grado de obesidad, sin signos de infección.	<b>Confort físico, ambiental alterado por el encierro pero se acomoda, social: poca interacción,</b> contenta con la atención en el hogar.
26	.Conoce su situación en salud, Gestión de la salud débil por poca participación en actividades, temor que le quiten su cuidadora.	. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal. <b>Protesis dental.</b>	. Funcion urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal.	<b>Reposo y sueño alterado, disminución de la movilidad física por osteoporosis, uso medio de ayuda para movilizarse.</b> R/ cardio: HTA /pulmonar normales.	Atención, orientación, sensación/percepción, cognición normal, comunicación fluida y clara.	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal e identidad personal adecuada.	Buenas relaciones con familiares, cuidadora y compañeros, adecuada interacción social.	Identidad sexual normal. s in hijos.	<b>respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento regular por temor a quedarse sin su cuidadora, participa poco en terapia física y actividades del hogar.</b>	valores, creencias congruentes.	<b>Riesgo de caídas por osteoporosis,</b> sin signos de infección.	Confort físico, ambiental y social adecuado, contenta con la atención y cuidados.

27	. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud.	. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal.	Función urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal, sin presencia de edema.	Reposo y sueño adecuado, participa en actividades de integración y del hogar, R/ cardio/pulmonar normales.	Atención, orientación, sensación/percepción, cognición normal, comunicación fluida y clara.	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal e identidad personal adecuada y agradable.	Buenas relaciones con familiares, cuidadora y compañeros, adecuadas interacción social.	Identidad sexual normal. sin hijos.	respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento normal, participa en terapia física y actividades del hogar que la entretienen.	valores, creencias congruentes y sólidos.	sin signos de infección, ni inflamación, sin riesgo de caídas, movilidad permanente	Confort físico, ambiental y social adecuado, contenta con la atención y cuidados.
28	. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión de la salud, sordo/mudo, buenas condiciones de salud.	. Ingestión, digestión, absorción metabolismo e hidratación normal.	. Función urinaria, gastrointestinal y respiratoria normal, sin presencia de edema.	Reposo y sueño adecuado, participa en actividades de integración y del hogar, R/ cardio/pulmonar normales.	Atención, orientación, sensación/percepción: sordo/mudo . cognición normal, comunicación por medio de escritura.	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal e identidad personal adecuada y agradable.	Buenas relaciones con familiares, cuidadora y compañeros, adecuadas interacción social.	Identidad sexual normal. sin hijos.	respuesta postraumática de afrontamiento normal, es tranquilo, participa en terapia física y actividades grupales.	valores, creencias congruentes y sólidos.	sin signos de infección, ni inflamación, sin riesgo de caídas, movilidad permanente.	Confort físico, ambiental y social adecuado, contenta con la atención y cuidados.
29	Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal . Gestión ineficaz de la salud por su edad, buenas condiciones de salud, dependiente	.Ingestión, digestión, absorción metabolismo alterado: Deposiciones diarreas subagudas, e hidratación normal.	.Función urinaria normal, gastrointestinal alterado por deposiciones líquidas en ocasiones, uso pañal, respiratoria normal, con presencia de edemas en MI.	Reposo y sueño adecuado, inmovilidad física, R/ cardio/pulmonar EPOC	Atención normal, orientación en persona, espacio, sensación/percepción: deterioro de audición, visión, cognición: memoria corto plazo, deterioro de la memoria. comunicación por medio de escritura.	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal e identidad personal adecuada.	Buenas relaciones con su cuidadora, hijo en el exterior, poca interacción social.	Identidad sexual normal. 1 hijo.	Refiere estar tranquila, no se estresa fácilmente, mayor parte del tiempo sentada, terapia física por parte de su cuidadora.	valores, creencias congruentes, delirios místicos.	sin signos de infección, edema en MI, alto riesgo de caídas, riesgo de síndrome de desuso.	Se siente confortable y contenta con la atención en general.

**Tabla 2. Resumen dominios alterados en los pacientes.**

Dominio 1 Promoción de la salud	Dominio 2 Nutrición	Dominio 3 Eliminación /Intercambio	Dominio 4 Actividad /Reposo	Dominio 5 percepción/ Cognición	Dominio 6 Auto percepción	Dominio 7 Rol/Relaciones	Dominio 8 Sexualidad	Dominio 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés	Dominio 10 Principios vitales	Dominio 11 Seguridad/Protección	Dominio 12 Confort
<b>4 pacientes</b>	<b>8 pacientes</b>	<b>8 Pacientes</b>	<b>19 Pacientes</b>	<b>13 Pacientes</b>	<b>11 Pacientes</b>	<b>11 Pacientes</b>	<b>0 Pacientes</b>	<b>13 Pacientes</b>	<b>0 Pacientes</b>	<b>16 Pacientes</b>	<b>6 Pacientes</b>
Gestión ineficaz de la propia salud	Ingestión, digestión, absorción metabolismo alterados	Secreción y excreción de los productos corporales de desecho alterados	Reposo/sueño, actividad/ejercicio, equilibrio cardio/pulmonar, autocuidado alterados	Atención, orientación, sensación/percepción, cognición o comunicación alterada	Autoconcepto, autoestima o imagen corporal alterado.	Roles de cuidador, relaciones familiares o desempeño del rol alterado	No valorado	Respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento o normal	No alterado	Infección, lesión física o auto/heteroagresión alterado. <b>Se resalta que de estos casos 2 de ellos presentaron evidencias físicas de maltrato por parte del personal cuidador según los adultos mayores.</b>	Confort físico, ambiental o social alterado.

## 15. FIGURAS

De 29 adultos mayores valorados con el test de Yesavage, 24 de ellos con un 81.76% no presentan características de depresión, 5 de ellos con un 17.24% presentan depresión.

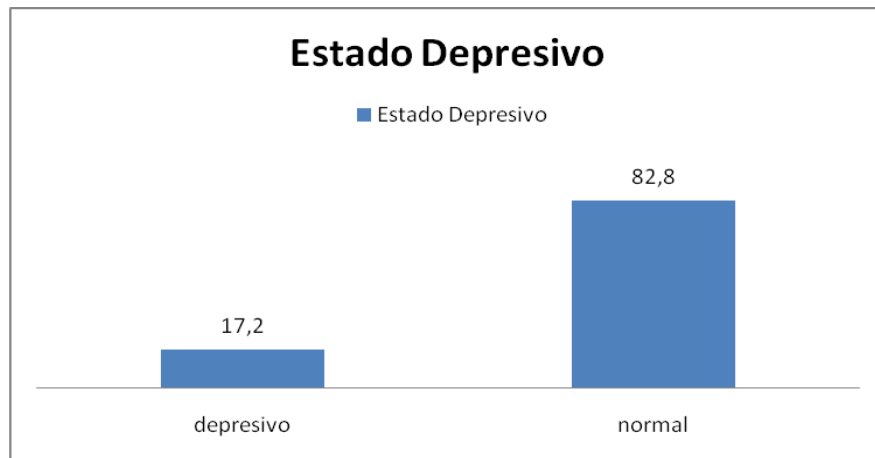


Figura 1. Resultados Test De Yesavage

De 29 adultos mayores evaluados con el test de Hamilton, 6 de ellos presentaron ansiedad en el momento de la valoración entre los más destacados fueron los pacientes 3,9 y 13 con el mayor puntaje entre 16 y 30 puntos, lo que indica que a mayor puntaje, mayor el nivel de ansiedad.

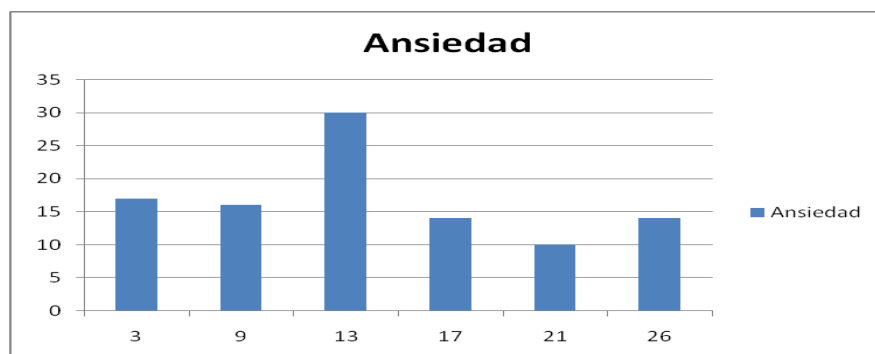


Figura 2. Resultados Test De Hamilton



De 29 adultos mayores valorados con el test de Barthel, 17 de ellos corresponden al 58.62% y son independientes, 5 de ellos corresponden al 17.24% con dependencia leve, 3 con un 10.34% con dependencia moderada, 4 de ellos con un 13.79% con dependencia grave.

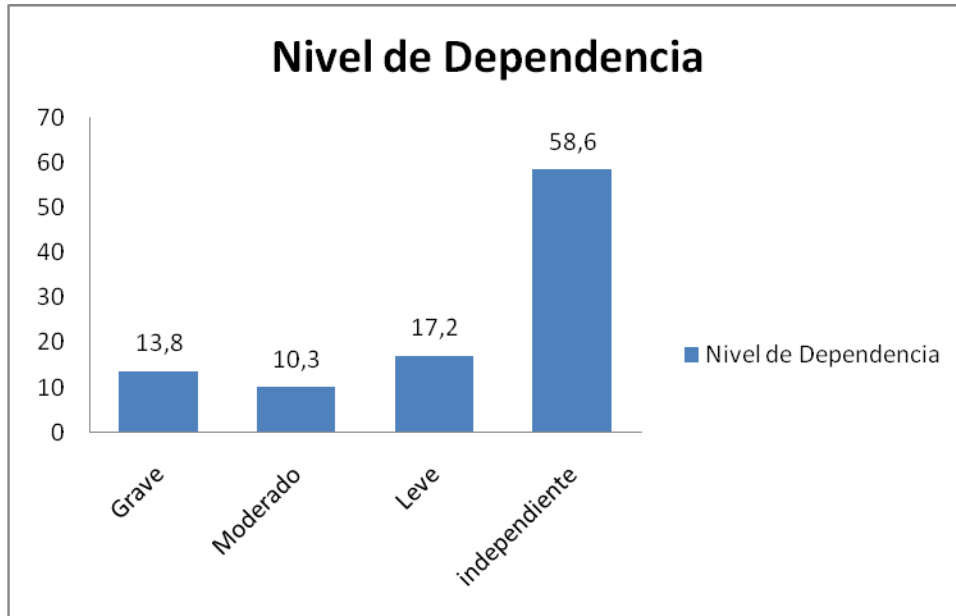


Figura 3. Resultados Test De Barthel

De los pacientes que realizaron el collage se determinó que las características adecuadas frente al cuidado, fueron: el buen trato representó el 100% de los casos, la espiritualidad y las buenas relaciones sociales con un 87,50% y la seguridad y acompañamiento familiar con un 75.00%, terapia física y buena alimentación con un 50.00%, medicamentos brindados por el personal de enfermería con un 37.50%.

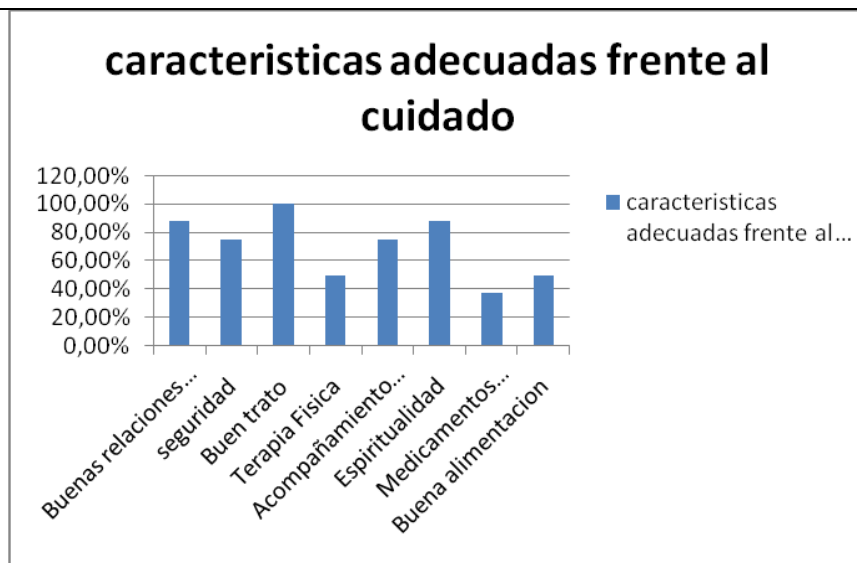


Figura 4. Resultados Collage: Características Adecuadas Frente Al Cuidado

De los pacientes que realizaron el collage se determinó que las características inadecuadas frente al cuidado, fueron: la automedicación y la alimentación tuvieron el 57,10% de los casos, el riesgo de caídas y la inseguridad con un 28.60% de los casos, soledad y tristeza con un 14.30% de los casos.

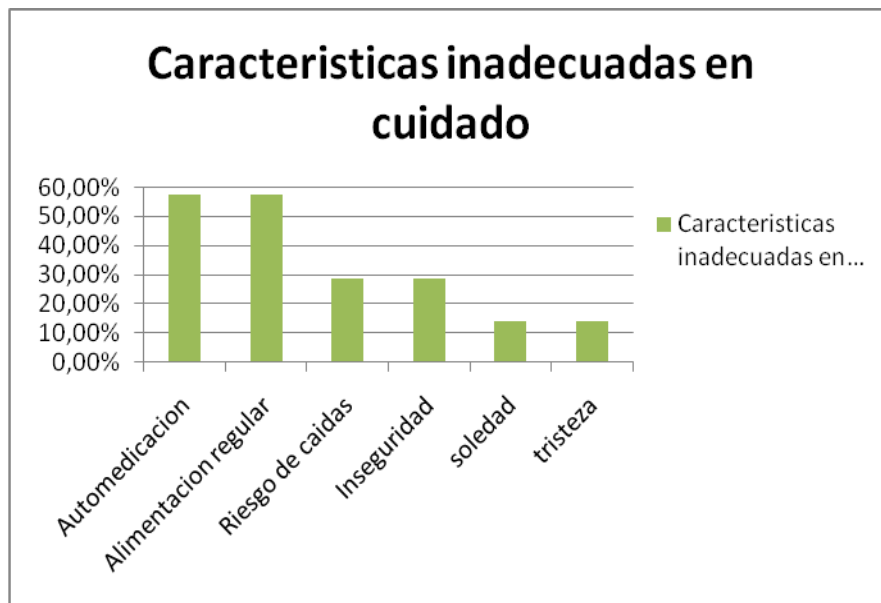


Figura 5. Resultados collage: características inadecuadas frente al cuidado

De los pacientes que realizaron el juego de palabras se determinó que los aspectos positivos más relevantes fueron: la esperanza, la buena atención, Dios y el buen trato tuvieron un 94,40% de los casos, seguido de la compañía y el cuidado con un 77,80%, la alegría con un 61.10%, la familia con un 44.40%, amor, amigos y recreación con un 38.90%, abrazos y salud con un 33.30%, ayuda con un 27.80% y la terapia física con un 16,70% de los casos.

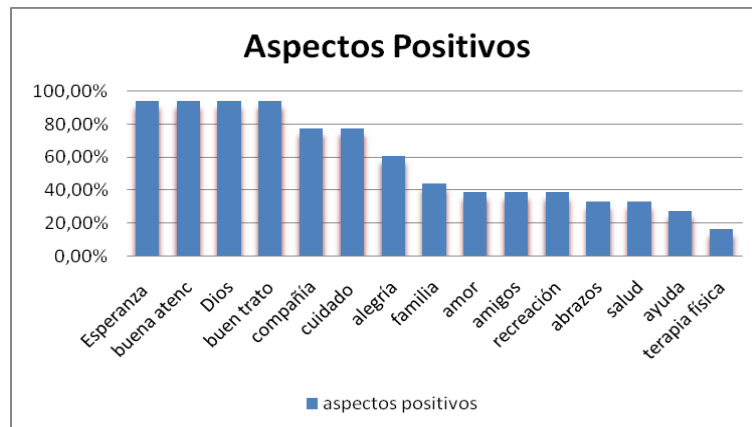


Figura 6. Resultados Juego De Palabras: Aspectos Positivos

De los pacientes que realizaron el juego de palabras se determinó que los aspectos negativos más relevantes fueron: el encierro con un 44,40% de los casos, la ausencia familiar y ansiedad con un 27,80%, la soledad con un 22.20%, la tristeza y la enfermedad con un 16.70%, la depresión con un 11.10% y el descuido con un 5.60% de los casos.

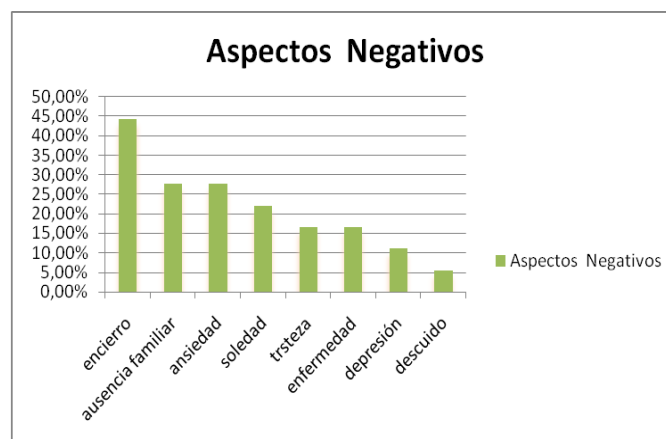


Figura 7. Resultados Juego De Palabras: Aspectos Negativos

## **16.DISCUSIÓN.**

El propósito de este estudio fue conocer la percepción que tenían los adultos mayores del cuidado que les daban en dos Centros de Promoción y Protección Social del Adulto Mayor en Manizales, para lo cual se tuvo primero en cuenta la autorización de las dos instituciones y luego de los adultos y sus familias para intervenir en el estudio. A cada persona se le hizo una valoración física por medio de un formato tipo PAE con sus dominios, la valoración mental con el test de Yesavage que midió la depresión y el test de Hamilton que midió la ansiedad en los individuos, se aplicó también el test de Barthel que nos mostró el nivel de dependencia de cada individuo, esta completa valoración fue fundamental para determinar quienes cumplían con las características incluyentes en la investigación para la realización de las actividades programadas.

La entrevista a cada los pacientes, fue individual y sistémica, se aplicaron todos los test y se conoció su historia clínica completa, también pudieron expresar parte de sus experiencias vitales, de sus motivaciones y angustias frecuentes que presentaban en cada uno de los hogares, el acercamiento fue muy completo y se logró cumplir con el objetivo propuesto de conocer por medio las actividades utilizadas la percepción del cuidado que reciben. Al finalizar las entrevistas y las actividades con cada adulto mayor, se comenzó a separar la información de acuerdo a lo que cada uno manifestó para luego tabular los datos, conocer los resultados y sacar las gráficas que nos mostrarían los hallazgos del estudio. el estudio.

La percepción del cuidado de los adultos mayores, arroja datos interesantes que nos motivan a seguir trabajando con esta población, de acuerdo a dos de las actividades realizadas (juego de palabras y collage) a distintos grupos de personas, nos mostraron resultados paralelos que muestran cómo se están sintiendo en el día a día y como las instituciones hacen de sus necesidades físicas , emocionales y espirituales aspectos dinámicos y especiales para ellos que se sienten satisfechos con recibir atención en sus requerimientos básicos.

Estos resultados los podemos comparar con el estudio llevado a cabo en la Clínica Country, realizado en el año 2007, acerca de la percepción de comportamientos de cuidado humanizado hacia los pacientes, y se expresa que "es necesario que enfermería conozca la percepción que tiene el usuario de los

servicios de salud, frente a los comportamientos de cuidado de enfermería.( Grupo de Cuidado de enfermería de la Universidad Nacional).

Watson fundamenta su teoría en 10 elementos asistenciales, entre ellos está la promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos, donde manifiesta que el personal de enfermería, debe estar preparada para los sentimientos positivos y negativos que surgen de la interacción de cuidado.

Después de analizar los datos frente al cuidado humanizado, concluyeron que las personas hospitalizadas percibieron que los comportamientos, relacionados con el cuidado del personal de enfermería, fueron de un 87.56% para la respuesta siempre, donde preguntaban sobre si con respecto al cuidado de enfermería, se sentían atendido de manera individual, informado, satisfecho y agradecido. Así mismo vemos que en esta población de adultos en Manizales, existe una correlación importante de la percepción de cuidado recibido por parte de sus cuidadores, cercano al de la Clínica Country, aspectos relevantes como el buen trato, la espiritualidad, la buena atención y la esperanza se destacaron, sin dejar de lado las demás características que fueron determinantes y significativas también en lo que se esperaba conocer.

Por otro lado se evidenció que de los 29 adultos mayores sólo 2 de ellos, uno de cada institución, presentaron signos de maltrato físico según cada adulto involucrado, pues la información de la revista “Noticia” de la Facultad de Psicología de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas nos muestra que en las instituciones de larga estancia para adultos se puede intuir situaciones de maltrato y pueden ser comprobadas como en el caso de su estudio que mostró que de 10 adultos, en 7 de ellos se sospechaba maltrato y 6 de esos casos, mujeres, manifestaron haber tenido maltrato.

Según la política de envejecimiento y vejez (2009-2017) el adulto mayor debe ser intervenido y amparado con todos los beneficios integrales que desde su humanidad necesitan para desarrollar aptitudes y actitudes de cuidado y bienestar físico y emocional, indispensables es su proceso vital avanzado, los 4 ejes de la política de envejecimiento nos enfocan hacia metas claras que desde los gobiernos e instituciones públicas, privadas y personas interesadas en el tema, opten por tener un seguimiento continuo que garantice desde el eje 1 los derechos y deberes de los adultos, desde el eje 2 la protección social integral, desde el eje 3 el envejecimiento activo y la desde el eje 4 la formación de talento

humano e investigativo que fortalezca cada vez más las necesidades sistémicas de los ancianos que siguen siendo vulnerables y vulnerados en los espacios en donde se encuentran, aumentando así los índices de maltrato y abandono de esta población que aumenta de una forma apresurada.

## 17.CONCLUSIONES

- Los hallazgos encontrados en este estudio son de gran importancia ya que brinda un enfoque distinto actual acerca del maltrato al adulto mayor que aunque no se evidenció a grandes rasgos hubo dos casos uno en cada institución según la persona afectada, que se debe hacer saber en los hogares para que intervengan y estén al tanto de estas situaciones.
- Por medio de las estrategias pedagógicas, se pudo tener un acercamiento a la buena percepción del cuidado que tienen los adultos mayores, aunque con este estudio no se determina que no exista maltrato, ya que muchas situaciones pueden presentarse y no ser manifestadas por los adultos involucrados, ya que se evidencian ciertos niveles de negligencia y podría pensarse que es tan alto el grado de vulnerabilidad que los adultos mayores agradecen estar en una institución donde tienen techo, alimento y cuidado, así para las personas externas se pueda pensar que faltan otras condiciones que mejoren su estancia en el centro de protección.
- Watson nos brinda herramientas fundamentales y precisas del cuidado que desde el enfoque enfermero podemos aplicar y dar a conocer en los espacios en que nos desenvolvamos, propiniendo desde la humanización un acercamiento integral al otro, unos cuidados que trasciendan y aporten al desarrollo continuo del ser.
- Las instituciones de adultos mayores deben tener un continuo acompañamiento y seguimiento a situaciones personales físicas , emocionales o propiamente de maltrato que se puedan presentar por el nivel de vulnerabilidad en que se encuentran los adultos.
- La percepción de cuidado de los adultos mayores es significativa y se debe promover el interés por estos temas en las instituciones universitarias para posteriores estudios de interés con esta población. La Universidad Católica de Manizales a nivel regional es pionera en estos estudios que en conjunto con la Red Gerontológica de Caldas que se han preocupado por continuar aportando y apoyando desde sus conocimientos herramientas que fortalezcan las políticas y los derechos de los adultos mayores en la región.

- Este proyecto es una oportunidad para los que comienzan a investigar, su interés y la búsqueda constante de información e investigación en el tema de adultos mayores, es pertinente ya que la población mundial tiende a envejecer y debemos tener herramientas de conocimiento acertadas para intervenir las necesidades de los adultos mayores que son vulnerados y vulnerables en cada espacio en donde se encuentran.



## **18. ESTRATEGIA DE DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN**

Luego de culminar el proyecto de investigación, se darán a conocer los resultados al consejo de investigación de la universidad, en los encuentros de semilleros y en ponencias locales, regionales y nacionales, además se publicará un artículo en revista indexada para dar a conocer el estudio y los resultados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Action on Elder Abuse [Homepage on the Internet]. What is Elder Abuse? [Consultado] septiembre de 2013. Disponible en:

[http://www.elderabuse.org.uk/About%20 Abuse/What\\_is\\_abuse%20define.htm](http://www.elderabuse.org.uk/About%20Abuse/What_is_abuse%20define.htm)

Ana Cristina SR. Elena FA. M° del Pilar FA. Ernesto G. Valoración Geriátrica Integral. SEGG. [Internet] 2004. [Consultado] 30 marzo 2014. Disponible en :

[file:///C:/Users/will/Downloads/S35-05%2004\\_I.pdf](file:///C:/Users/will/Downloads/S35-05%2004_I.pdf).

Arellno N. las barreras en la comunicación no verbal entre docente-alumno. Orbis: revista de Ciencias Humanas. [Internet] 2006 [Consultado] septiembre de 2013. Disponible en: En:<http://www.revistaorbis.org.ve/4/4art1pdf>.

Choqueuanca P. Estrategias para el desarrollo de la comunicación asertiva. Universidad Peruana Unión. 2008; 1-54 [Consultado] septiembre de 2013). Disponible en:

<http://www.tagnet.org/autores/monografias/pdf/Castellano/0001mocast.pdf>

Colombia Líder. Informe especial. La violencia contra las personas mayores, una realidad que se puede transformar con atención y oportunidades para la productividad. Fundación Saldarriaga Concha. [Internet] 2012. [Consultado] 30 marzo 2014. Disponible en: <http://www.colombialider.org/wp-content/uploads/2012/06/Violencia-contra-las-personas-mayores-una-realidad-que-se-puede-transformar.pdf>

Depaoli Romero M. La asertividad y la negociación. Matices en el esclarecimiento de la comunicación no verbal;p.7 [Consultado] septiembre de 2013. Disponible En:

<http://www.solonegociadores.com/articulos/docs/MDR06.pdf>.

El arte como forma de comunicación cap VI; [Consultado] septiembre de 2013. Disponible en:

<http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/305/6/Capitulo4.pdf>

El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales:  
Unidad 2. [Consultado] septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>

Forensis, 2010, Violencia Intrafamiliar. Sobre la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor. Ana Inés Ricaurte Villota, Médica Cirujana. Especialista en Epidemiología. Especialista en Criminalística y Ciencias Forenses. Directora Regional Suroccidente. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Fundación Saldarriaga Concha. Violencia contra las personas mayores, una problemática que requiere mayor atención. [Internet] 2013 [Consultado 30 marzo 2014] disponible en:

[www.http://www.saldarriagaconcha.org/images/fsc/prensa/informes\\_especiales/2013/envejecimiento/150613\\_Violencia%20contra%20las%20personas%20mayores\\_%20120613.pdf](http://www.saldarriagaconcha.org/images/fsc/prensa/informes_especiales/2013/envejecimiento/150613_Violencia%20contra%20las%20personas%20mayores_%20120613.pdf)

Gobernación de caldas. Presentación la red de apoyo técnico y social gerontológica de caldas. [Internet]. [Consultado julio 25 de 2014]. Disponible en: <http://gobiernodecaldas.gov.co/institucional/noticias/5257-fue-presentada-la-red-de-apoyo-tecnico-y-social-gerontologica-de-caldas>

Indicadores de negligencia y maltrato a ancianos, Adelia de Miguel Negro, catedrática de psicología, universidad de la laguna, 2008, consultado 11 de febrero de 2014. Disponible en: <http://psicologia.ull.es/admiguell/ABUSO-MALTRATO%20ANCIANOS%202008.pdf>

Lange NP, Jakubowaki PA. Assertive behavior and clinical problems of woman. A976. Citado en Tena C, Sánchez J. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. Ginecol Obstet Mex. [Internet] 2005. [Consultado] 25 de septiembre de 2014. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom0510g.pdf>

Noticia “Incidencia de sospecha de maltrato del adulto mayor institucionalizado”. Edición N° 5, pags., 59 – 63. Facultad de Psicología, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas. [Consultado] Septiembre de 2013.

Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida, el maltrato de los ancianos. [Consultado] 23 septiembre de 2014. Disponible en: [http://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/es/](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/es/)

Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. 2003; [Consultado] septiembre de 2013). Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884_spa.pdf)

Red Internacional de prevención del abuso y maltrato en la vejez [homepage on the internet]. Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. 2002. [Consultado] septiembre de 2013). Disponible en: [http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaracion\\_Espanol.pdf](http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaracion_Espanol.pdf).

Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2010. Incidencia de sospecha de maltrato del adulto mayor institucionalizado

Scielo. Ciencia y enfermería. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. [Internet] 2011. [Consultado] 25 de septiembre de 2014, disponible en : [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0717-95532011000300002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-95532011000300002)

Trejo F. La comunicación asertiva. [Consultado] septiembre de 2013). Disponible en: <http://www.mailxmail.com/cursos/comunicacion-asertiva>.

World Health Organization [Homepage on the Internet]. A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report [update 2008; [Consultado] septiembre de 2013. Disponible en: [http://www.who.int/ageing/publications/ELDER\\_DocAugust08.Pdf](http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.Pdf)

## Anexo 1. Presupuesto

### Presupuesto Global por Fuentes de Financiación

RUBROS	FUENTES				TOTAL
	UCM		CONTRAPARTIDA		
	Recurrentes	No Recurrentes	Recurrentes	No Recurrentes	
PERSONAL		250.000			250.000
EQUIPOS	50.000				50.000
SOFTWARE					
MATERIALES		100.000			100.000
SALIDAS DE CAMPO		100.000			100.000
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO					
PUBLICACIONES Y PATENTES		300.000			300.000
SERVICIOS TECNICOS					
VIAJES		200.000			200.000
CONSTRUCCIONES					
MANTENIMIENTO					
<b>TOTAL</b>	<b>50.000</b>	<b>1.000.000</b>			<b>1.000.000</b>

## Anexo 2. Presupuesto Global

### Presupuesto Global de la Propuesta por Periodo Académico

RUBROS	Periodo 1				Periodo 2			
	UCM		CONTRAPARTIDA		UCM		CONTRAPARTIDA	
	Recurren-tes	No recurren-tes	Recurren-tes	No recurren-tes	Recurren-tes	No recurren-tes	Recurren-tes	No recurren-tes
Personal						250.000		
Equipos	50.000							
Software								
Materiales						100.000		
Salidas de campo		100.000						
Material bibliográfico								
Publicaciones y patentes						300.000		
Servicios técnicos								
Viajes						200.000		
Construcciones								
Mantenimiento								
<b>TOTAL</b>	<b>50.000</b>	<b>100.000</b>				<b>850.000</b>		

### Descripción de equipos que se planea adquirir (No recurrentes)

EQUIPO	JUSTIFICACIÓN	RECURSOS		TOTAL
		UCM	CONTRAPARTIDA	
Grabadora manual	Recolectar información			
<b>Total</b>				

### Valoración salida de campo (No recurrentes)

*AVISO DE CONFIDENCIALIDAD- Nota de Propiedad: La información y datos contenidos en todas las páginas de este documento elaborado por la Universidad Católica de Manizales, constituyen secretos comerciales o información confidencial y privilegiada de la UCM, y está sujeto a las más estrictas obligaciones de confidencialidad prohibiendo expresamente la publicación, divulgación y utilización de su contenido para fines propios o de terceros no autorizados sin el previo consentimiento expreso y por escrito de la Universidad Católica de Manizales.*

Lugar	Justificación	Recursos		Total
		UCM	Contrapartida	
ASOVIEJOS	Visitas y Evaluación	X		50.000
GUADALUPE	Visitas y Evaluación	X		50.000
<b>TOTAL</b>				<b>100.000</b>

### Materiales y suministros (No recurrentes)

Cantidad	Material	Justificación	Valor Unidad	Recursos		Total
				UCM	Contrapartida	
10	LAPICEROS	Material útil para el proyecto	1.000	X		<b>10.000</b>
200	FOTOCOPIAS	Material útil para el proyecto	50	X		<b>10.000</b>
	REFRIGERIOS Y TRANSPORTE	Material útil para el proyecto		X		<b>60.000</b>
200	IMPRESIONES	Material útil para el proyecto	100	X		<b>20.000</b>
<b>TOTAL</b>						<b>100.000</b>

### Servicios Técnicos (No recurrentes)

Tipo de Servicio Técnico	Justificación	Recursos		Total
		UCM	Contrapartida	
Apoyo de Estadístico	Tabulación de Información y Análisis de Datos	X		250.000
<b>TOTAL</b>				<b>250.000</b>

### Descripción y Justificación de los viajes para difusión de resultados (No recurrentes)

*AVISO DE CONFIDENCIALIDAD- Nota de Propiedad: La información y datos contenidos en todas las páginas de este documento elaborado por la Universidad Católica de Manizales, constituyen secretos comerciales o información confidencial y privilegiada de la UCM, y está sujeto a las más estrictas obligaciones de confidencialidad prohibiendo expresamente la publicación, divulgación y utilización de su contenido para fines propios o de terceros no autorizados sin el previo consentimiento expreso y por escrito de la Universidad Católica de Manizales.*

Lugar	Justificación	Costo de inscripción en el evento	Costo transporte (Ida y regreso)	Costo Alimentación por día	Costo Hospedaje por noche	Número de días	Recursos		Total
							UCM	Contrapartida	
	Ponencia y artículo						X		200.000

**Proyección de costos de publicación y difusión (No recurrentes)**  
**(Cartillas, boletines, libros, capítulos de libro, publicación en revistas)**

Tipo de publicación	Número de ejemplares	Justificación	Recursos		Total
			UCM	Contrapartida	
Artículo Original	1	Publicación Final de los Resultados de la Investigación	X		300.000
<b>TOTAL</b>					



### Anexo 3. Escala de Hamilton



**Nombre**

**Fecha**

**Unidad/Centro**

**Nº Historia**

#### **ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

**Población diana:** Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

#### **Instrucciones para el profesional**

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.


<b>SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD</b>	<b>Ausente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Muy grave/ Incapacitante</b>
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4



<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energéticas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

<b>Ansiedad psíquica</b>	
<b>Ansiedad somática</b>	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

## Anexo 4. Escala de Yesavage

	
<b>Nombre</b>	<b>Fecha</b>
<b>Unidad/Centro</b>	<b>N° Historia</b>
<b>7.2 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE-</b>	
<p><b>Población diana:</b> Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.</p>	
Existen dos versiones:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Versión de 15:</b> Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 - 4 : Normal</li> <li>• 5 ó +: Depresión</li> </ul> </li> <li>- <b>Versión de 5 ítems:</b> Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.</li> </ul>	
1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ NO
<b>PUNTUACIÓN TOTAL – V5</b>	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL – V15</b>	

## Anexo 5. Escala de Barthel

### INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
<b>Total:</b>		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD- Nota de Propiedad: La información y datos contenidos en todas las páginas de este documento elaborado por la Universidad Católica de Manizales, constituyen secretos comerciales o información confidencial y privilegiada de la UCM, y está sujeto a las más estrictas obligaciones de confidencialidad prohibiendo expresamente la publicación, divulgación y utilización de su contenido para fines propios o de terceros no autorizados sin el previo consentimiento expreso y por escrito de la Universidad Católica de Manizales.

**INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria**

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (50 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

## Anexo 6. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN: COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD  
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES DEL CUIDADO QUE RECIBEN EN LOS CPPSPM DE MANIZALES, POR MEDIO DE ESTRATEGIAS ARTÍSTICAS.

### Manizales 2014

Este formulario de consentimiento informado va dirigido a las personas mayores, que se encuentran en los Centros de Promoción y Protección Social: SAN PEDRO CLAVER y SAN JUDAS TADEO, que admitan participar en el presente proyecto de investigación.

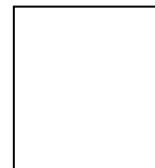
Soy María Ibeth Orozco Duque, Docente y estoy acompañada de un grupo de estudiantes de Enfermería de la Universidad Católica de Manizales. Nos encontramos desarrollando un proyecto de investigación que pretende evaluar la percepción del cuidado que tiene usted cómo persona mayor dentro de la Institución, por medio de actividades artísticas. Usted será evaluado por personal de Enfermería en su habitación, tanto Física como Mentalmente. Haremos algunas entrevistas, grupales y otras individuales. Además realizaremos filmaciones de sus respuestas. Realizaremos algunas intervenciones que utilizarán el arte como medio para saber cómo se sienten cuidados y luego los datos serán analizados.

Usted puede ser uno de los candidatos para participar en esta investigación. Con el presente documento le explicaremos como se llevara a cabo la investigación y luego de leerlo, podrá tomar la decisión libre y voluntaria de querer o no querer participar en él. No tiene que decir hoy si participa o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con algún integrante del grupo o con algún profesional del Centro de Promoción y Protección Social que le genere confianza y que le pueda explicar sobre este trabajo. O también si desea comentarlo con algún familiar. Si al leer este documento no entiende algunas palabras, por favor, pregunte al investigador que se encuentra con usted. Si tiene preguntas o cualquier inquietud solicite explicación que con gusto le daremos la información requerida.

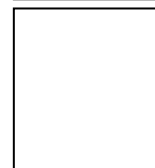
Toda la información será manejada confidencialmente, durante y después de terminada, la Investigación. Usted tiene derecho a conocer los resultados

Manifiesto que por medio de la presente, que he sido informado de manera personal e individualizada por los responsables de la investigación y sobre las características del proyecto y acepto de forma libre y voluntaria la participación en él, teniendo claridad de los beneficios y los riesgos que puedo obtener al participar.

Firma y Cedula del Paciente: \_\_\_\_\_ Huella




Firma y Cedula del Testigo: \_\_\_\_\_ Huella



*AVISO DE CONFIDENCIALIDAD- Nota de Propiedad: La información y datos contenidos en todas las páginas de este documento elaborado por la Universidad Católica de Manizales, constituyen secretos comerciales o información confidencial y privilegiada de la UCM, y está sujeto a las más estrictas obligaciones de confidencialidad prohibiendo expresamente la publicación, divulgación y utilización de su contenido para fines propios o de terceros no autorizados sin el previo consentimiento expreso y por escrito de la Universidad Católica de Manizales.*

## Anexo 7. Hoja de vida Investigador principal

 <b>Universidad Católica de Manizales</b> <b>Vicerrectoría Académica</b> <b>Centro Institucional de Investigación, Proyección y Desarrollo</b>
<b>Hoja de Vida</b>
Identificación de Investigador Principal
Nombres Apellidos: Wilfredo Rojas Sánchez
Fecha De Nacimiento: 19/07/1986      Nacionalidad: Colombiana
Documento de Identidad: 1128264928 de Medellín
Correo Electrónico: <a href="mailto:wrs-86@hotmail.com">wrs-86@hotmail.com</a>
Dirección residencia: Cll 57 50 a 46, apto 1301.Sol de Villanueva - Medellín
TeléfonoCelular: 3145883667
Cargo o Posición Actual: Estudiante VIII Semestre de Enfermería
TÍTULOS ACADÉMICOS OBTENIDOS (área/disciplina, universidad, año)
Enfermería Profesional. Universidad Católica de Manizales. Actual.
Cargos desempeñados:



## Anexo 8. Hoja de vida Docente tutora

 <b>Universidad Católica de Manizales</b> <b>Vicerrectoría Académica</b> <b>Centro Institucional de Investigación, Proyección y Desarrollo</b>
<b>Hoja de Vida</b>
Identificación de docente tutora
Nombres Apellidos: MARIA IBETH OROZCO DUQUE
Fecha De Nacimiento: 11 Noviembre 1967      Nacionalidad: Colombiana
Documento de Identidad: 30.305.910 de Manizales
Correo Electrónico: <a href="mailto:morozco@ucm.edu.co">morozco@ucm.edu.co</a> - <a href="mailto:morozco123@gmail.com">morozco123@gmail.com</a>
Dirección residencia: Cra 10E Nro 57D- 41 La Carola
TeléfonoCelular: 314 626 5683
Cargo o Posición Actual: Docente - líder de semillero ECOS III
TÍTULOS ACADÉMICOS OBTENIDOS (área/disciplina, universidad, año) ENFERMERA-UNIVERSIDAD DE CALDAS – 1992 MAGISTER EN EDUCACION - UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES-2009.
Cargos desempeñados: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ DOCENTE DE TRECE SEMANAS-PROGRAMA DE ENFERMERIA-PRACTICAS SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA.</li><li>▪ ENFERMERA CECH Y DOCENTE TIEMPO PARCIAL.</li><li>▪ DOCENTE TUTORA PRIMER SEMESTRE</li><li>▪ DOCENTE HISTORIA DE LA ENFERMERIA- PRIMER SEMESTRE</li><li>▪ DOCENTE BIOETICA- ENFERMERIA Y BACTERIOLOGÍA</li><li>▪ LIDER DE SEMILLERO: ECOS III</li><li>▪ DOCENTE INVESTIGADORA PRINCIPAL UCM</li></ul>