

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CICLO DE LICENCIATURA



TESINA

**TEMA: “EL ROL DEL CUIDADOR EN LA ADAPTACIÓN DEL
ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA
INSTITUCIONALIZACIÓN”**

Autoras:

Marín, Claudia Verónica

Nievas, Paola Romina

Mendoza, Diciembre 2016

El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela del autor o los autores.

Acta de aprobación:

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2.....

Trabajo Aprobado el:/...../.....

Resumen:

Tema: “EL ROL DEL CUIDADOR EN LA ADAPTACIÓN DEL ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA INSTITUCIONALIZACIÓN”

Autoras: Marín, Claudia Verónica

Nievas, Paola Romina

Lugar: T.H.A.D.I. Taller Hogar de Actividades Diferenciadas

Introducción:

El presente informe detalla los procesos de adaptación por los cuales atraviesa el adulto mayor con discapacidad intelectual al momento de formar parte de la inserción en la vida en comunidad del servicio de hogar de T.H.A.D.I., mencionando las ventajas y desventajas de este cambio rotundo en su vida y las acciones que realiza la persona a cargo del cuidado diario desde toda área, trabajando en forma multidisciplinar junto a los cuidadores empíricos, enfermeros, licenciados en enfermería, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas y terapeutas.

Objetivo General:

Determinar si los cuidadores del taller Hogar de Actividades Diferenciadas (THADI) poseen conocimientos que favorezcan la adaptación a la internación, de los residentes con discapacidad intelectual

Objetivos específicos:

- Observar en los cuidadores, la aplicación de conocimientos sobre adaptación a la internación durante el desempeño de su función.
- Identificar el tipo de conocimientos que poseen los cuidadores.
- Caracterizar a cada uno de los cuidado

Material y método:

Población y muestra: Muestra no aleatoria e intencional, seleccionando un total de 50 encuestados que como personal de la institución tengan contacto directo con los nuevos residentes en el periodo de adaptación, como única condición es la aceptación de participar en el estudio.

Resultados: Los resultados han permitido constatar la importancia del conocimiento en las personas a cargo de los cuidados de forma permanente hacia los residentes de T.H.A.D.I.

Conclusión:

Las actividades planteadas a los adultos mayores con D.I. son confeccionadas por un equipo multidisciplinar, teniendo en cuenta sus necesidades particulares procurando brindar una mejor calidad de vida.

Palabras claves: enfermería en salud mental, paradigmas, cuidado, discapacidad, adaptación, rol del cuidador, institucionalización.

Agradecimientos:

Principalmente a Dios quien nos acompaño en todo este tiempo y guio nuestros pasos, a nuestras familias, quienes nos alentaron en el quehacer cotidiano, a nuestros hijos quienes son el motor de nuestro esfuerzo, al equipo docente de la carrera de Licenciatura en Enfermería ciclo 2015-2016, quienes con su calidez característica, caminaron junto a nosotras contribuyendo a logro de esta investigación.

Prólogo:

Como equipo investigador presentamos este trabajo realizado en base a la información recogida en Taller Hogar de Actividades Diferenciadas (T.H.A.D.I), donde pudimos realizar una profunda investigación gracias a la colaboración de los integrantes del equipo multidisciplinar a cargo de los cuidados diarios a los residentes en el servicio de hogar y dedicarle este informe a todas las personas que colaboraron desde lo afectivo, como así también, a aquellos que nos brindaron su atención y tiempo para poder llevar a cabo este sondeo.

Este informe nos sumergió en el mundo de la discapacidad intelectual en adultos mayores, desde una mirada holística a los residentes en forma permanente que habitan en esa institución, no sólo se investigó la importancia de su vida cotidiana, que no es un detalle menor, sino también las necesidades con las que cuentan luego de ser partícipes de un cambio rotundo en sus vidas, como es insertarse en la vida en comunidad y todo los cambios y adaptaciones que conlleva este nuevo rol.

Al leer esta investigación se podrá identificar una problemática que no se plantea frecuentemente como es: “El rol del cuidador en la adaptación del adulto mayor con discapacidad intelectual en la institucionalización” tanto en la provincia de Mendoza como en el resto del país. Luego de plantear esta problemática se desarrolla en forma extensa la influencia de factores que modifican fluctuadamente la calidad de atención a los adultos mayores con discapacidad intelectual y la importancia de que el equipo de salud se capacite en esta área para muchos desconocida hasta ahora.

INDICE GENERAL	
CAPITULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA	
INTRODUCCION.....	1
DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	2
FORMULACION O PLANTEO DEL PROBLEMA.....	3
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO.....	4
JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.....	5
APARTADO I:	
MARCO TEORICO	
HISTORIA DE LA INSTITUCION.....	6
MODELO DE LAS OCHOS DIMENSIONES.....	8
HISTORIA DE LA DISCAPACIDAD.....	10
CONCEPTOS Y TERMINOLOGIAS.....	11
APARTADO II:	
LEYES Y DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	15
APARTADO III:	
EL CUIDADO.....	23
CUIDADO Y ENFERMERIA.....	25
APARTADO IV:	
ENFERMERIA COMO PROFESIÓN.....	30
ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL.....	31
PERFIL PROFESIONAL.....	32
ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE ENFERMERIA.....	34
EVOLUCION DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL.....	37
ROL DE ENFERMERIA EN THADI.....	40
BIBLIOGRAFIA.....	43
CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO.....	47
TABLAS Y GRAFICOS.....	49
CAPITULO III: RESULTADO, DISCUSIÓN Y PROPUESTA.....	76
ANEXO.....	83

INDICE DE TABLAS Y GRAFICO

TABLA Y GRAFICO 1.....	49
TABLAS Y GRAFICO 2.....	50
TABLAS Y GRAFICOS 3.....	51
TABLA Y GRAFICO 4.....	52
TABLA Y GRAFICO 5.....	53
TABLA Y GRAFICO 6.....	54
TABLA Y GRAFICO 7.....	55
TABLA Y GRAFICO 8.....	56
TABLA Y GRAFICO 9.....	57
TABLA Y GRAFICO 10.....	58
TABLA Y GRAFICO 11.....	59
TABLA Y GRAFICO 12.....	60
TABLA Y GRAFICO 13.....	61
TABLA Y GRAFICO 14.....	62
TABLA Y GRAFICO 15.....	65

CAPITULO

I

PLANTEO DEL PROBLEMA

Descripción del problema:

Llegado el momento en que la familia como último recurso decide la internación de su familiar con discapacidad intelectual se denota que no hay un protocolo de atención al paciente al momento de la adaptación a la internación o hay un desconocimiento de cómo abordar la situación.

Los probables inconvenientes en la formación del cuidador, al ingresar a la institución la persona encargada de los cuidados no presenta ninguna formación previa, iniciando su jornada laboral y realizando actividades de abordaje individual o colectivo, donde se pone en manifiesto el déficit de conocimiento.

Observamos que la única herramienta para ayudar a resolver situaciones de abordaje es la información que le brinda en sus pares en el lugar de trabajo (con mayor antigüedad) debido a su experiencia cotidiana.

El personal terapéutico de mayor antigüedad en sus propuestas diarias son más aceptados por los residentes, debido al vínculo ya establecido.

También en el personal de enfermería al no conocer la especialidad se ven falencias en el abordaje diario en cuanto a la seguridad propia y de sus pares (problema que afecta a todos los grupos encargados del cuidado) El espacio para abordar las crisis y brindar seguridad al residente que ingresa no existe.

La planificación en el ingreso de futuros residentes, no cuenta con protocolos de acción o abordaje ante situaciones de crisis, así como el acompañamiento del médico psiquiatra para casos emergente, concurre a la institución dos veces por semana, (dos horas por jornada laboral) para resolver distintas situaciones y, el exceso de indicaciones psiquiátricas verbales vía telefónica afectan el abordaje y sobrecargan de responsabilidades al personal, al administrar medicaciones psiquiátricas, sin la correspondiente indicación por escrito.

Formulación o planteo del problema:

¿Los cuidadores del Taller Hogar de Actividades Diferenciadas (THADI), poseen conocimientos que favorezcan la adaptación a la internación, de los residentes con discapacidad intelectual en el primer semestre del año 2016?

Objetivo general:

Determinar si los cuidadores del taller Hogar de Actividades Diferenciadas (THADI) poseen conocimientos que favorezcan la adaptación a la internación, de los residentes con discapacidad intelectual

Objetivos específicos:

- Observar en los cuidadores, la aplicación de conocimientos sobre adaptación a la internación durante el desempeño de su función.
- Identificar el tipo de conocimientos que poseen los cuidadores.
- Caracterizar a cada uno de los cuidado

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

Al proporcionar servicios asistenciales a las personas adultas es fundamental delimitar acciones en cuanto al cuidado integral de todo ser humano, de esta amplia gama de actores intervinientes surge el rol del cuidador en personas adultas con discapacidad intelectual. Tarea nada sencilla a nuestro entender, considerando lo dificultoso de empatizar con este tipo de paciente discapacitado, a esta situación le sumamos el déficit de comunicación que presenta este grupo de residentes con internación permanente en el servicio de hogar de Taller Hogar de Actividades Diferenciadas (THADI).

Es una labor muy compleja desde los distintos puntos de acción. Al centrarnos en el cuidador y sus actividades diarias notamos la escasez de recursos con el que cuenta ante determinadas situaciones, decidimos enfocarnos en el estudio específico del personal profesional y no profesional que atiende a esta población de adultos mayores las veinticuatro horas del día.

Otro motivo de interés es la escasa información que se tiene sobre la adaptación de personas con discapacidad en instituciones, es un momento clave para el futuro residente y para el personal a cargo, donde se pone en marcha el abordaje multidisciplinario con estrategias establecidas mediante protocolos en muchos casos, y de forma emergente y espontáneas en otros.

Es importante conocer que esta afectando las actividades del personal a cargo de los cuidados para encontrar una alternativa de posible solución tendiente a modificar abordajes de los cuidadores a cargo del paciente

En base a lo expuesto y a lo observado en el servicio de Hogar de Taller de Actividades Diferenciadas (T.H.A.DI.) el propósito de este trabajo de investigación es determinar el grado de relación entre los conocimientos que posee el cuidador y el abordaje que presenta al momento de recibir un residente nuevo en el hogar, y basándose en los resultados, realizar las acciones pertinentes enfocadas a mejorar la adaptación del adulto mayor con discapacidad intelectual a la residencia de forma permanente.

APARTADO I

MARCO TEÓRICO

Taller Hogar de Actividades Diferenciadas (THADI)

Hace 50 años un angustiado grupo de padres mendocinos decidieron unirse a la búsqueda de una respuesta al problema de sus hijos diferentes a los otros. Para referirse a ellos el común de la gente utilizaba denominaciones indicadores de segregación y hasta peyorativas con ingredientes de temor y compasión; hiriente para sus padres, por supuesto. Todos ellos compartían esta preocupación que hoy le llamamos discapacidad.

No se resignaron. En aquel momento se puso en marcha ese mecanismo que aúna voluntades, que pone en juego la arista solidaria y responsable que caracteriza a nuestro pueblo que lleva a la organización, a la determinación de abrir fronteras y realizar tareas en el campo de la prestación de servicios que no estaban incluidos en la responsabilidad asistencial del Estado. Su preocupación se centró en aquellos 15 niños, hoy adultos mayores. Sus objetivos eran la creación de un hogar taller que proteja íntegramente a las personas con discapacidad y les enseñen oficios con fines prácticos.

Así nació THADI, “Taller Hogar de Actividades Diferentes”, un 26 de agosto de 1962 en un garaje cedido en préstamo en una antigua casa de la calle Patricias Mendocinas de la Ciudad de Mendoza.

Desde su creación, THADI intentó y logró superar con éxito todos los desafíos que se le planteaban en el desarrollo de su misión. Encontrar, adecuar ampliar, modernizar los espacios para desarrollar su actividad, afrontar la incertidumbre económica, implementar nuevos servicios y con ellos prepararse para dar respuesta a perfiles diversos dentro de la discapacidad intelectual, colocarse a la vanguardia de las nuevas tendencias e innovaciones en las consideración de las personas con discapacidad, responder a los requisitos de las normativas y filosofías que se sustentaban.

Muchas cosas han sucedido durante estos 50 años en la historia de nuestro país, de nuestra provincia y de nuestra institución: transformaciones socioculturales diversas, profundos cambios conceptuales sobre la

consideración y el abordaje de la discapacidad, el desarrollo de marcos legales nacionales e internacionales que contemplan los derechos y necesidades de las personas con discapacidad, la formulación de políticas públicas acordes con las normas legales, y por sobre todo la lucha de múltiples organizaciones como THADI para hacer efectivos todos los relatos que se fueron desarrollando alrededor de la discapacidad.

Nada le impidió crecer, sortear dificultades y proyectarse al futuro.

Todo ello se hizo realidad porque centró su misión en la: “Atención de las personas con discapacidad en las áreas de socialización, ocupación, recreación, pedagogía terapéutica, salud, autodeterminación e inclusión social, garantizando sus derechos. “Hoy, alrededor de 220 beneficiarios reciben los resultados de 50 años de experiencia y dedicación en más de 2.500 metros cuadrados de espacios cubiertos dentro de un predio de casi una hectárea parquizada.

Su vocación se hizo carne en todas las personas que le han representado y la representan junto a todo su personal, y transformaron en realidades todos los cambios conceptuales que se han producido en el campo de la discapacidad.

THADI es un ejemplo del valor que tienen las ONG y las posibilidades en el desarrollo de su misión si son apoyados por la comunidad y el Estado. Cabe una mención especial a sus asociados que en algún momento de su historia fueron casi su único sustento económico y que hoy, por sobre todo respaldan su figura de ORGANIZACIÓN CIVIL SIN FINES DE LUCRO.

En 1967 THADI adquiere su propia casa, luego de otro cambio de domicilio adquieren su edificio propio donde actualmente funciona. Un predio de 9000 metros cuadrados con una vivienda antigua y un viñedo. Se pone en condiciones la vivienda y en la misma se ubican las oficinas, dormitorio, cocina y aulas.

En 1971 fue la construcción del primer pabellón; y en 1978 la construcción del segundo pabellón.

En 1993 fue la inauguración de centro educativo terapéutico “DAR AMOR”.

Ser solidarios, ponerse en el lugar del otro que tiene necesidades, buscar alternativas de solución de estas, son las principales premisas de toda organización que tiene clara su misión, y está al servicio de la comunidad.

Por ello, aquel grupo de personas que en los años 60 habían puesto su corazón en el Taller Hogar, en los 90 no dudaron en emprender una nueva utopía y es así que en Julio de 1993 se inaugura un nuevo servicio, el centro educativo terapéutico “DAR AMOR”

En 1998 fue la inauguración de centro de día. Se dio un inicio a un nuevo servicio “Centro de día”. Las expectativas eran cada vez mayores y la lucha por los derechos de las personas con discapacidad era cada vez más fuerte.

Nuevas actividades, talleres motivadores, variados encuentros formaron parte de esta nueva propuesta, que estimulaba el cotidiano vivir de la comunidad de THADI.

Modelo de las ocho dimensiones:

Modelo de atención: Este modelo se basa en la calidad de vida y es progresiva su incorporación en las organizaciones de discapacidad, constituye una auténtica "palanca de cambio" que supone un cambio cultural que involucra a todas sus personas y que tiene implicaciones en todas sus dimensiones¹. Thadi cuenta la historia que ha transitado en la aplicación práctica del MCV adaptado a la realidad de las personas adultas con discapacidad intelectual (en adelante D.I.), en un recorrido de transformación organizacional en todas sus dimensiones, así como las consecuciones y resultados obtenidos hasta la fecha.

El MCV con mayor difusión y consenso actualmente en todo el mundo es el desarrollado por Schalock y Verdugo. Thadi ha apostado por trabajar en alineación con este Modelo. Por tanto, se convirtió en el paradigma de

¹ [www.inserso.es>groups>doc_tec_21020](http://www.inserso.es/groups/doc_tec_21020)

intervención de base: la Calidad de Vida. Un paradigma de intervención es una base teórica desde la que partir y desde la que entender la intervención, a la persona con enfermedad mental, a su familia, el papel del profesional, la organización de los servicios. En Thadi se asume un paradigma que ya existe y se trabaja en su adaptación a los retos que les plantea la realidad de la enfermedad mental.

De hecho, se trata de un Modelo que está alineado:

- Tanto con la nueva forma de pensar sobre las persona con discapacidad: la clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS (CIF 2001)² define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad y factores personales y ambientales, por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado.
- Como con el nuevo marco normativo que reconoce a la persona con discapacidad como persona que tiene los mismos derechos que todas las demás personas, requiriendo de medidas de acción positiva para su inclusión, participación activa y efectiva igualdad de oportunidades en su ejercicio, medidas de accesibilidad universal y medidas contra la discriminación³.

El Modelo de Calidad de Shalock y Verdugo ha sido asumido y es objeto de desarrollo por otras organizaciones, en particular en el ámbito de la atención a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Tal como pone de relieve Verdugo (2004) tras muchas investigaciones en las últimas décadas, contamos con un acuerdo generalizado en el mundo de la

² <http://sid.usal.es/idocs/F8/8.4.1-3428/8.4.1-3428.pdf> OMS, "Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías", IMSERSO, Madrid, edición de 1997.

³ Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Ley 51/2003 de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, Ley 12/2008 de Servicios Sociales de la CAPV

discapacidad -sobre todo en el mundo de la discapacidad intelectual” para referirnos a los principios conceptuales, medida y aplicación del concepto de calidad de vida.”



Historia de la discapacidad:

La perspectiva histórica de la discapacidad ha ido variando desde el principio de los tiempos.

Desde el despenamiento de los niños que nacían con una discapacidad en Esparta mucho se ha avanzado en la premisa de que “lo normal es diferente”
 Luego el cristianismo permite la evolución hacia el punto en que las personas con discapacidad son convertidas en objetos de caridad, porque sufren y son pobres.

En el libro *Concepciones paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad* (Puig de la Bellacasa Alberola, Ramón, r 1990)⁴

Se proponen tres:

Modelo tradicional:

⁴ <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/24695/8-11/concepciones-paradigmas-y-evolucion-de-las-mentalidades-sobre-la-discapacidad.aspx>

Asociado a una visión animista clásica, asociada al castigo divino o a la intervención del maligno: las personas con discapacidad intelectual eran llamadas endemoniadas, tratadas por la iglesia mediante los sacerdotes como único abordaje.

Paradigma de la rehabilitación:

Donde prevalece la intervención médico profesional sobre la demanda del sujeto.

Paradigma de la autonomía personal:

Como el logro de una vida independiente como objetivo básico.

La discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. Su construcción social varía de una sociedad a otra y de una a otra época, y van evolucionando con el tiempo. Las Clasificaciones de la OMS⁵ se basan en el principio de que la discapacidad es un rango de aplicación universal de los seres humanos y no un identificador único de un grupo social.

Conceptos y terminología

- La enfermedad es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. La enfermedad está clasificada por la OMS

⁵ http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_modelos.pdf

en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE)⁶.

- La deficiencia es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas).
- La discapacidad es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género,...).
- La minusvalía es la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad, y que afecta al desempeño del rol social que le es propio.

Clasificación del retraso mental

La clasificación del retraso mental determina el daño cerebral que se padece, así como las capacidades físicas y cognitivas que la persona puede llegar a alcanzar.

Una de las medidas que sirven para clasificar el **retraso mental** es el coeficiente Intelectual (CI o QI por sus siglas en inglés); que es reconocido por la Organización Mundial de la Salud para determinar el desarrollo mental de una persona.

Las clasificaciones existentes sobre retraso mental se basan, generalmente, en la medida del CI.

Aunque existen numerosas tipologías, la más empleada es la de la AAMR (American Associationon Mental Retardation), que aparece en la siguiente tabla, y que distingue entre retraso mental leve, moderado, severo y profundo.

CI	Descripción
----	-------------

⁶ http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf

100	CI ideal (población general)
99-80	CI normal
80-70	CI límite o borderline
70-55	Retraso mental leve (educable)
55-40	Retraso mental moderado (entrenable)
40-25	Retraso mental severo (difícil desarrollo)
25 o menos	Retraso mental profundo (graves dificultades)

Tabla 1. Clasificación del CI de la AAMR⁷

Algunos autores refieren sobre discapacidad lo siguiente:

“En realidad, no existen personas discapacitadas, sólo personas con distintos grados de aptitud”. Henry Viscandi ⁸

“La única discapacidad en la vida es la mala actitud” Scott Hamilton

“La discapacidad no te define; te define como haces frente a los desafíos que la discapacidad te presenta” Jim Abbott

“Cosas difíciles son puestas en nuestro camino, no para pararnos sino para llamar a nuestro coraje y fortaleza” Anónimo.

⁷ http://ocw.um.es/gat/contenidos/fcabello/tema6/3_clasificacin_del_retraso_mental.html

⁸ <http://ladiscapacidadencolombia.blogspot.com.ar/>

APARTADO II

LEYES Y DERECHOS DE LAS PERSONAS CON
DISCAPACIDAD.

En la legislación vigente del Derecho argentino se ha otorgado plena capacidad de derecho a las personas con discapacidad intelectual; es decir, son sujetos de derecho con aptitud para adquirir derechos y contraer obligaciones. Sin embargo en cuanto a la capacidad de hecho, es decir a la aptitud de ejercer esos derechos y obligaciones por sí mismas, el Código Civil argentino conforme a la sociedad del siglo XIX, estableció que previa sentencia judicial serían declaradas “incapaces absolutos”, nombrando un curador que las represente, que las sustituya. Posteriormente con la ley N° 17.711⁹, el legislador creó la institución del “inhabilitado” (Art. 152 bis), estableciendo que judicialmente se nombrará un curador a las personas “disminuidas en sus facultades” – que no fueran dementes, entre otros casos – para que las asista en determinados actos, por lo general para los de disposición. Finalmente, la ley N° 26.378¹⁰ promulgada el /6 de junio de 2008, aprueba como norma nacional argentina, con el mismo rango que el Código Civil, la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad y su Protocolo facultativo – ésta a su vez aprobada mediante resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas el día 13 de diciembre de 2006. La Convención postula un cambio de paradigma, una concepción y trato distinto a las personas con discapacidad, reconociéndose plena capacidad jurídica o de obrar. En nuestros días, no está en discusión si las personas con discapacidad intelectual tienen aptitud de adquirir derechos y contraer obligaciones. Más la posibilidad de ejercer plenamente esos derechos es un tema de debate y duda, pese a que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹¹ es clara al respecto. El ordenamiento jurídico no puede contener normas contradictorias. Por ello es necesaria una reforma del Código Civil argentino conforme a la Convención de la ONU¹². El escribano, como profesional de derecho en ejercicio de una función pública es, a su vez, garante de los derechos de las personas, en este caso de las más vulnerables. Por este motivo hasta tanto no se modifique el Código Civil, los escribanos deberán

⁹ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=103603>

¹⁰ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

¹¹ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

¹² <http://www.un.org/es/index.html>

velar por los derechos de las personas con discapacidad, ya sea cuando en un acto notarial intervengan personalmente o bien cuando sus intereses se vean comprometidos en un negocio jurídico. Si ejercen sus derechos por sí mismas, debemos asegurarnos que estén obrando con discernimiento, intención y libertad; es decir, que verdaderamente comprendan los alcances del acto que deseen otorgar. En el supuesto que sus derechos sean ejercidos por un representante, debemos velar por que no se vean comprometidos. En las sucesivas entrevistas previas a la instrumentación de las escrituras, es cuando el rol del escribano cobra notable importancia. Su asesoramiento, su atención personalizada, escuchando los problemas y buscando herramientas idóneas para garantizar y proteger de manera igualitaria los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad.

LEY N° 26.378 Y LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Por sanción de la Ley N° 26.378¹³, la República Argentina aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad. En consecuencia, se adopta como derecho interno su texto y los anexos 1 y 2. La convención, fue aprobada por resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. En el artículo 12 de dicha convención se consagra el derecho de las personas con discapacidad a igual trato en similitud de condiciones, a un trato no discriminatorio. Así mismo, insta a que los estados que ratifiquen la convención adopten las medidas pertinentes para crear un sistema de apoyo a la persona con discapacidad, en última instancia lo que postula es el cambio del modelo de sustitución. Por este motivo, entendemos que el Código Civil argentino merece una modificación en su articulado en lo referente a las personas con discapacidad intelectual ya que los principios que sirven de sustento a la Convención Internacional de los Derechos de las personas con discapacidad, son distintos a los que inspiraron las normas del Código Civil argentino.

¹³ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

El artículo 12 de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad dice que:

“Igual reconocimiento como persona ante la ley.

- reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.
- reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.
- adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.
- aseguraran que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos.
- tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás... y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria”.

La Convención y en especial su artículo 12, supone un cambio de paradigma en lo relativo al concepto y al trato que se imparte a las personas con discapacidad. En especial implica el reconocimiento de la plena capacidad jurídica de obrar. Supone un cambio de paradigma ya que implica el paso de un modelo médico o rehabilitador (o “de sustitución”) que concibe a las personas con discapacidad como personas enfermas que deben ser apartadas y aisladas socialmente, a un modelo social o integrador (o “de apoyo”). Éste último, propio de la Convención, considera a las personas con discapacidad desde su dimensión humana y personal, no pretende que se adapte al modelo que impone la sociedad, sino que la sociedad le brinde herramientas de apoyo y en última instancia es la sociedad quien se debe adaptar a sus necesidades..

El nuevo paradigma supone también que la sociedad se integre a las personas con discapacidad en base a la autonomía de la voluntad, lo cual si lo vemos desde una óptica jurídica no es otra cosa que decir que las personas con discapacidad gozan de plena capacidad jurídica de obrar. “Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona”. En otros términos, la Convención consagra que todas las personas con discapacidad intelectual o no, son plenamente capaces de obrar “en todos los aspectos de la vida”.

Como explica la Dra. Mónica Oliver en la conferencia del 1º Congreso Argentino sobre el Adulto con Discapacidad Mental¹⁴, es importante que tanto la familia y la sociedad en su conjunto, funcionen estimulando las capacidades crecientes durante el desarrollo y que también acepte el desprendimiento progresivo, o sea permitir la dependencia necesaria para el sostén del crecimiento que va a poder llevar a la independencia madura.

El artículo 12 de la Convención permite a las personas con discapacidad “ser partícipes, ser uno mismo, tener un cuerpo, poder elegir, experimentar roles, protagonizar su historia y su proyecto, hacen que atravesar la angustia del crecimiento y la maduración no sea una catástrofe, sino un momento que contribuye a la apropiación de la subjetividad. Para todo ello se necesitan espacios convencionales; todo ser humano los necesita. Las anormalidades son generadas por los mismos contextos y prácticas que abordan a la persona con discapacidad, como a un ser especial y no como a uno diferente”.

Conforme a la letra del Código Civil argentino, las personas con discapacidad intelectual, declaradas “incapaces”, no tienen aptitud de ejercer plenamente sus derechos y por lo tanto el juez les nombra un curador sustituyendo su persona. Por medio de la ley N° 26.378, sancionada por el Congreso de la Nación argentina, se aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos de las

¹⁴ http://www.articulo12.org.ar/documentos/trabajos/comision%20I/1_galupoyotros.pdf

personas con Discapacidad. Esta convención postula la igualdad jurídica de las personas con discapacidad y dispone su plena capacidad de obrar; a su vez, principios fundamentales como la dignidad y libertad. Marca un cambio en el concepto de la discapacidad; no es ya una característica del individuo, un producto de la naturaleza, sino un resultado de la interacción entre una persona con sus circunstancias y un entorno que limita, obstaculiza o impide el ejercicio de sus derechos, en definitiva concibe la discapacidad como un producto social. El Derecho argentino, a la luz de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, debe ser adaptado al nuevo paradigma social de Apoyos en todo su contexto y su aplicación.

LEY N° 22.431¹⁵

Sistema de protección integral de los discapacitados(Buenos Aires, Marzo de 1981)

Por la presente ley se instituyo un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales.

En esta ley, se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

La Secretaría de Estado de Salud Pública certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o

¹⁵ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20620/texact.htm>

profesional puede desempeñar. El certificado que se expida acreditará plenamente la discapacidad en todos los supuestos en que sea necesario invocarla, salvo lo dispuesto en el artículo 19 de la presente ley.

En otro de sus artículos menciona que a través de sus organismos dependientes, prestará a los discapacitados, en la medida en que éstos, las personas de quienes dependan, o los entes de obra social a los que estén afiliados, no puedan afrontarlos, los siguientes servicios:

- a) Rehabilitación integral, entendida como el desarrollo de las capacidades de la persona discapacitada;
- b) Formación laboral o profesional;
- c) Préstamos y subsidios destinados a facilitar su actividad laboral o intelectual;
- d) Regímenes diferenciales de seguridad social;
- e) Escolarización en establecimientos comunes con los apoyos necesarios provistos gratuitamente, o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no puedan cursar la escuela común;
- f) Orientación o promoción individual, familiar y social.

Art. 7° - El Ministerio de Bienestar Social de la Nación apoyará la creación de hogares con internación total o parcial para personas discapacitadas cuya atención sea dificultosa a través del grupo familiar, reservándose en todos los casos la facultad de reglamentar y fiscalizar su funcionamiento. Serán tenidas especialmente en cuenta, para prestar ese apoyo, las actividades de las entidades privadas sin fines de lucro.

El Ministerio de Trabajo apoyará la creación de talleres protegidos de producción y tendrá a su cargo su habilitación, registro y supervisión. Apoyará también la labor de las personas discapacitadas a través del régimen de trabajo a domicilio.

El Ministerio de Cultura y Educación tendrá a su cargo:

- a) Orientar las derivaciones y controlar los tratamientos de los educandos discapacitados, en todos los grados educacionales especiales, oficiales o privados, en cuanto dichas acciones se vinculen con la escolarización de los discapacitados tendiendo a su integración al sistema educativo;
- b) Dictar las normas de ingreso y egreso a establecimientos educacionales para personas discapacitadas, las cuales se extenderán desde la detección de los déficits hasta los casos de discapacidad profunda, aun cuando ésta no encuadre en el régimen de las escuelas de educación especial;
- c) Crear centros de valuación y orientación vocacional para los educandos discapacitados;
- d) Coordinar con las autoridades competentes las derivaciones de los educandos discapacitados a tareas competitivas o a talleres protegidos;
- e) Formar personal docente y profesionales especializados para todos los grados educacionales de los discapacitados, promoviendo los recursos humanos necesarios para la ejecución de los programas de asistencia, docencia e investigación en materia de rehabilitación.

En materia de seguridad social se aplicarán a las personas discapacitadas las normas generales o especiales previstas en los respectivos regímenes y en las leyes 20.475 y 20.888, donde se podrá notar entre otros los siguientes beneficios:

- Percibir la jubilación por invalidez hasta el importe de la compatibilidad que el Poder Ejecutivo fije de acuerdo con el inciso b) del artículo anterior, el beneficiario que reingresare a la actividad en relación de dependencia por haberse rehabilitado profesionalmente. Esta última circunstancia deberá acreditarse mediante certificado expedido por el órgano competente para ello.

- Las empresas de transporte colectivo terrestre sometidas al control de autoridad nacional deberán transportar gratuitamente a las personas discapacitadas en el trayecto que medie entre el domicilio del discapacitado y el establecimiento educacional y/o de rehabilitación a los que deban concurrir.
- Los empleadores que concedan empleo a personas discapacitadas tendrán derecho al cómputo de una deducción especial en el impuesto a las ganancias, equivalente al setenta por ciento (70 %) de las retribuciones correspondientes al personal discapacitado en cada período fiscal.

En el acto de adhesión a esta ley, cada provincia establecerá los organismos que tendrán a su cargo en el ámbito provincial, las actividades previstas en los artículos 6°, 7° y 13 que anteceden. Determinarán también con relación a los organismos públicos y empresas provinciales, así como respecto a los bienes del dominio público o privado del estado provincial y de sus municipios, el alcance de las normas contenidas en los artículos 8° y 11 de la presente ley.

APARTADO III

EL CUIDADO

El cuidado

El cuidado está presente en toda la historia de la humanidad, ya que es la garantía para la continuidad de la especie humana. Al comienzo el cuidado¹⁶ era básicamente con la alimentación, la reproducción y la preservación de la especie. Se caracterizaba porque se realizaba de forma empírica, con base en las fuerzas místicas y de la naturaleza, era prestado y recibido sin una estructuración o un conocimiento previo sobre lo que se hacía.

El hombre era considerado el proveedor de alimentos a través de la caza, de seguridad a través de la defensa y de la curación de las heridas causadas por las guerras. Por su parte, las mujeres realizaban el cuidado materno, o sea, el cuidado en el parto y con el recién nacido; la promoción y la manutención de la salud de los ancianos y los niños, al proveer alimentos a través de la agricultura; la prevención de problemas, como la curación de enfermedades, por medio del cultivo de hierbas, además de estar presente en los rituales de paso como el nacimiento y la muerte.

Con la evolución de la humanidad, la forma de expresar el cuidado se fue diferenciando. Se hizo necesario que dejara de ser un conocimiento empírico para convertirse en un conocimiento basado en experiencias y asociaciones. El cuidado dejó de ser colectivo y pasó a ser –en parte– de responsabilidad de un miembro de la comunidad o de la sociedad. O sea, el cuidado que durante millones de años no pertenecía a un oficio y menos a una profesión, se volvió responsabilidad de un profesional.

La figura del cuidador se fue transformando de acuerdo con la cultura y las creencias de los pueblos. La cuestión de género se destacó en estos cambios, pues, como ya se señaló, en la comunidad cada uno realizaba una función y era proveedor de diferentes medios. De esa forma, el cuidador va a aparecer en la Historia, en la imagen de chamanes, hechiceros(as), viejas, matronas,

¹⁶ <https://prezi.com/ofyfshqduresa/etapas-de-la-historia-de-la-enfermeria/>

mujeres de virtud, parteras, guardianas de prisiones, mujeres consagradas, enfermeras, sacerdotes, médicos, barberos y cirujanos.

Esos cambios en la figura del cuidado se produjeron debido a los avances científicos y tecnológicos, a las contingencias socioeconómicas y a las ideologías políticas, religiosas y profesionales que surgieron en el transcurso del tiempo.

El cuidar¹⁷ es una situación que muchas personas a lo largo de sus vidas acaban experimentando. La experiencia de cada cuidador es única, ya que son muchos los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador. El por qué se cuida y a quién se cuida, la relación previa con la persona cuidada, la causa y el grado de la dependencia del familiar, la ayuda que prestan otros miembros de la familia y las exigencias que se marquen los cuidadores.

Las características comunes a las situaciones de cuidados:

- Proporcionar esta ayuda es una buena forma de que las personas dependientes sientan que sus necesidades físicas, sociales y afectivas están resueltas.
- Implica una dedicación importante de tiempo y energía.
- Conlleva tareas que pueden no ser cómodas y agradables.
- Suele darse más de lo que se recibe.
- Es una actividad que, normalmente, no se ha previsto y para la que no se ha sido previamente preparado.

Las tareas frecuentes de los cuidadores son:

- Ayuda para la higiene personal (peinarse, bañarse, etc.).
- Ayuda en las actividades de la casa (cocinar, lavar...).
- Ayuda para el transporte fuera del domicilio.
- Ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio.
- Ayuda para la administración del dinero y los bienes.

¹⁷ Carvalho V. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática de enfermagem. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2004; 12(5):808-815.

- Supervisión en la toma de medicamentos.
- Colaboración en tareas de enfermería.
- Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (por ejemplo, cuando se comporta de forma agitada).
- Ayuda para la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse.
- Hacer muchas "pequeñas cosas" (por ejemplo, llevarle un vaso de agua, acercar la radio, etc...).

Los cuidadores de personas dependientes se diferencian unos de otros en función de múltiples características que hacen que cada experiencia de cuidado sea única y distinta a las demás. Algunos aspectos en los que difieren los cuidadores y, por tanto, sus experiencias de cuidado, son los siguientes:

- Parentesco con la persona que se cuida.
- Motivos por los que se cuida de la persona dependiente.
- Relación anterior del cuidador con la persona cuidada.
- Otras fuentes de diferencia

CUIDADO Y ENFERMERÍA

La complejidad¹⁸ del cuidar generó profesiones, las cuales poseen objetivos y formas diferentes de prestar el cuidado, y una de ellas es la enfermería.

La enfermería ha evolucionado conjuntamente con la historia de la humanidad y del cuidado. La historia de los cuidados se diseña alrededor de dos ejes que generan dos orientaciones, una de las cuales va a garantizar su supremacía al asimilar la otra, al absorberla. La primera orientación nos muestra, tal como ya se señaló, la práctica de los cuidados en la línea de la manutención de la vida y de los cuidados curativos; y la segunda orientación se construye a través de lo que da vida, de lo que es fecundable y de lo que da a luz. Desde el origen,

¹⁸ Puntel de Almeida MC. La investigación articulando la docencia y asistencia de enfermería para el cuidado humano. IX Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería; 2004.

estas dos orientaciones coexisten, se complementan y se generan mutuamente. Las dos orientaciones influyen en el futuro de la práctica de enfermería y contribuirán en la identificación de los cuidados de enfermería.

La segunda orientación se desarrolló por obra de las mujeres y de su historia. Es a través de la evolución de esta orientación que se pueden encontrar de una forma más clara los modos de identificación de la práctica de los cuidados que dieron origen a la práctica de enfermería y, después, a los cuidados de enfermería. Es la historia de las prácticas de cuidados vividas y transmitidas por las mujeres –las mismas que después son condenadas y reprobadas por la Iglesia– la que en última instancia dará cuenta, desde el origen hasta la actualidad, del proceso de identificación de la práctica de cuidados ejercida por las mujeres en el medio hospitalario así como en los dispensarios de aldeas y barrios, hasta finalmente ser llamados cuidados de enfermería.

Las etapas de estos diferentes modos de identificación de la práctica del cuidado surgen, en la sociedad occidental, al identificar la práctica de cuidados con la mujer, desde los tiempos más remotos en la historia de la humanidad hasta el final de la Edad Media. Surge también en Francia, en la identificación de la práctica de cuidados con la mujer consagrada (monjas), desde el fin de la Edad Media hasta finales del siglo XIX; y en la identificación de la práctica de cuidados con la enfermera, desde inicio del siglo XX hasta hoy.

La enfermería adquirió relevancia a partir de los escritos de Florence Nightingale¹⁹, cuando rompió con el empirismo y buscó un conocimiento científico, documentó los efectos de las acciones en la disminución de la mortalidad humana, a pesar de que no enfocó directamente el concepto de cuidado, y sí el concepto de salud y ambiente. Con sus estudios nos remite a dos aspectos significativos: una propuesta de reforma sanitaria y un proyecto profesional paradigmático. La contribución de Nightingale es indiscutible en lo que se refiere al papel de la enfermera como una profesional que se dedica a la

¹⁹

http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/Publications/thinkerspdf/nightins.PDF

provisión de un ambiente propicio para que la naturaleza pueda actuar, fortaleciendo el poder vital de las personas.

Desde los escritos de Florence Nightingale hasta hoy, numerosos referenciales surgieron y se consolidaron. El desarrollo teórico del cuidar en enfermería se inició en la década de los cincuenta, época en que Madeleine Leininger²⁰ se destacó al defender las concepciones de que el cuidado es una necesidad humana esencial y cuidar es la esencia de la enfermería, además de ser un modo de lograr la salud, el bienestar y la supervivencia de las culturas y de la civilización. A partir de 1976, en los Estados Unidos, un grupo de investigadoras lideradas por Leininger iniciaron discusiones sobre las dimensiones filosóficas, teóricas y epistemológicas del cuidar. Existen evidencias de la influencia de Josephine Paterson y Loretta Zderad²¹ en las concepciones teóricas de Anne Boykin y Jean Watson, aunque no se encontró, en los registros del grupo de investigadoras, la participación de las mismas.

Pero fue en la Universidad de Utah, en 1978, donde se realizó la primera Conferencia Nacional de Investigación sobre Cuidado Humano y Cuidado Transcultural²², la cual luego se realizó anualmente. En los años ochenta, en los Estados Unidos, el estudio cualitativo sobre el cuidado humano tuvo un gran avance con las investigaciones fenomenológicas, teoría fundamentada en los datos, en la representación social, en la etnografía y en la etnometodología.

Las concepciones teórico-filosóficas sobre el cuidado en enfermería recibieron influencia de otras áreas del conocimiento, como la filosofía, la sociología, la psicología, la antropología, con lo cual consiguieron expresar el cuidado desde diversas visiones.

El concepto de cuidado se construye a partir del conocimiento científico y empírico del profesional, de la cultura y de las creencias, tanto las del profesional como las del ser que es cuidado y de su acompañante, así como de la institución y del ambiente en que ellos se encuentran.

²⁰ <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.ar/2012/06/madeleine-leininger.html>

²¹ <https://es.scribd.com/doc/16070080/HUMANISTIC-NURSING-THEORY>

²² <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12959/13677>

Los conceptos de cuidado pueden ser amplios, restringidos, abstractos, concretos, dirigidos y complejos, o sea, hay varias formas de conceputar el cuidado. Algunos de esos conceptos se complementan en determinados momentos, divergen en otros, o nos auxilian en la búsqueda de nuevos conceptos.

El cuidado²³ es una acción que se concreta a partir de relaciones, es una acción entre seres vivos. Todos cuidan y son cuidados. Somos cuidados cuando establecemos relaciones de respeto a la autonomía, a la individualidad, a los derechos de los seres humanos y a la búsqueda de soluciones para un determinado problema que el otro no se encuentra en condiciones de resolver por sí mismo.

¿El cuidado puede ser realizado no solo por profesionales?

Todos cuidan y son cuidados, o sea, el cuidado no es totalmente adscrito a una profesión. El mejor ejemplo de ello lo encontramos en las madres, quienes cuidan sus bebés intuitivamente. Sin embargo, no todo cuidado puede ser intuitivo ya que, dependiendo del grado de necesidad de un cuidado, necesita ser específico, o sea, un cuidado que vaya más allá de la intuición, que además del respeto a la autonomía, a la individualidad, necesita de un conocimiento científico y de una habilidad técnica para poder ser ejercido.

El cuidado profesional y específico puede estar vinculado al uso de la tecnología y al grado de necesidad del cuidado del paciente²⁴, o sea, cuidamos de manera diferente a una persona que se encuentra en una unidad de cuidados intensivos que a otra que se encuentra en un servicio ambulatorio, pero ambas reciben cuidados en grados diferentes. Lo mismo sucede en la forma de comunicación, sea verbal o no verbal, y en la interacción entre el cuidador y el ser que es cuidado. Por ejemplo, cuando la enfermera se dirige a una persona con una enfermedad crónica, emplea un lenguaje en el que se transmite estímulo y coraje, pero en el caso de una persona que esté confundida, la enfermera empleará un lenguaje directo y enfático.

²³ <http://es.slideshare.net/gcarmenpromo/conceptos-de-enfermeria-y-cuidado-de-enfermeria>

²⁴ <http://www.um.es/web/enfermeria/contenido/estudios/grados/enfermeria/competencias>

El cuidado de enfermería²⁵ promueve y restaura el bienestar físico, síquico y social, además de ampliar esas posibilidades, así como las capacidades para asociar diferentes posibilidades de funcionamiento factibles para la persona, debe ser un soporte para vivir bien, promoviendo condiciones para una vida saludable y para el beneficio del bien común. Es comprendido como un cuidado que rompe con la fragmentación cuerpo y mente, normal y patológico. En ese sentido, es un cuidado integrador, humanizado, que favorece una vida mejor y más saludable, es un cuidado terapéutico. Ese cuidado terapéutico es una acción que se desarrolla y termina en y con la persona, está lleno de valor (ético y estético); es un bien necesario.

El arte de cuidar incluye el reconocimiento de una interrelación entre sí mismo y el otro, siendo esa una condición terapéutica, o sea, cuidado de mí y del otro con el mismo empeño, y busco ayuda cuando no tengo los medios para realizar todo el cuidado. De esa forma percibimos que el cuidar lleva consigo una intención, un deseo de cambio de la realidad para lograr un mayor bienestar.

El cuidado no supone necesariamente la resolución de un problema. Muchas veces cuidamos sin obtener un resultado concreto, pues no conseguimos atender todas las necesidades del ser que es cuidado; entonces, el resultado del cuidado puede ser total o parcial.

Cuando cuidamos, no lo hacemos solamente del ser que se encuentra frente a nosotros; cuidamos también de sus padres, hijos, esposo, esposa, vecinos, amigos, colegas, porque con seguridad en algún lugar alguien está interrelacionado con esa persona, y de manera indirecta ese alguien también recibe nuestro cuidado.

²⁵ <http://www.urv.cat/dinfern/media/upload/arxiu/guia%20cuidados%20infermeria.pdf>

APARTADO IV

ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

Enfermero especialistas en salud mental:

Los enfermeros de salud mental²⁶ proporcionan atención y apoyo a los pacientes con enfermedades mentales comprendidas en todo el ciclo vital contemplando las diferentes culturas. Ayudan a sus pacientes a aceptar y convivir con sus enfermedades, y a identificar cuando estén en situación de riesgo, en las que podrían hacerse daño a si mismo y a otros.

Trabajan con otros profesionales de la salud en forma interdisciplinar y con trabajadores sociales para coordinar la atención de los pacientes con el propósito de brindar cuidados de calidad y excelencia, se ocupan de la amplia gama de problemas mentales incluyendo la depresión, el estrés, relacionadas a la autoestima, problemas relacionados con el alcohol y la dependencia a las drogas, trastorno de la personalidad, autismo, retraso mental, esquizofrenia.

Con este equipo de profesionales, en primer lugar los enfermeros deben evaluar al paciente y luego preparar un plan de acción para garantizar que se cumpla con las necesidades del paciente.

Aunque los problemas de salud mental son muy comunes, sólo un número reducido de personas acude a la institucionalización como parte de su cuidado y tratamiento.

El rol de enfermería consiste en trabajar directamente con los pacientes de forma permanente brindando contención, calma, tranquilidad, abordajes de forma holística para proporcionar seguridad y generar un vínculo de afecto tendiente a utilizarlo para poder impartir cuidados adecuados a cada situación.

Luego de una observación exhaustiva se pone en práctica el plan de acción con el fin de detectar cualquier cambio significativo en una etapa temprana para ejecutar medidas pertinentes a mejorar la situación de salud planteada.

Ofreciendo una enfermería práctica, donde de forma individual y en grupo se puede realizar cambios en el plan de cuidados de acuerdo a lo que se detecte mediante la escucha activa por parte del enfermero profesional a cargo.

²⁶ [Http://www.educaweb.com/profesion/enfermero.especialista-salu-mental sos/](http://www.educaweb.com/profesion/enfermero.especialista-salu-mental%20sos/)

El objetivo del plantel de enfermería es construir relaciones de confianza con sus pacientes, descubriendo sus problemas y escuchando sus opiniones

Colabora en forma permanente en la consecución de objetivos relacionados con la organización de actividades para ayudar al paciente a concretar su desarrollo personal y social, afectado por su situación de salud.

Confecciona informes individuales de las evoluciones de cada paciente manteniendo al tanto al médico a cargo del servicio, proporcionando ayuda de forma permanente en su tratamiento, actualizando al equipo multidisciplinar con el que se trabaja.

En ocasiones el enfermo negocia en nombre del paciente para asegurarse que reciba una atención de calidad. Esta acción la realiza también con los familiares, y con las instituciones proveedoras de insumos, medicación y con los servicios de emergencia.

Perfil profesional:

Para ser enfermero especialista en salud mental se necesita :

*Sensibilidad, tacto, paciencia y un trato con los pacientes libre de prejuicios

*Habilidades de comunicación para escuchar a los pacientes, tranquilizarlos y extraer información que les ayude a entender sus sentimientos.

*La posibilidad de establecer una relación cercana y de confianza con los pacientes y sus familias o cuidadores

*Habilidades de observación para notar cambios en el comportamiento de los pacientes, lo que incluye la capacidad de interpretar lenguas de comunicación no verbal, como el lenguaje corporal.

*La capacidad de calmar y convencer a los pacientes, que en ocasiones requieren adoptar un comportamiento firme.

*Habilidades de trabajo en equipo, para trabajar junto con otros profesionales, como médicos, o profesionales sanitarios o de atención social.

*Mantenerse al día con los nuevos procedimientos y tratamientos.

*Habilidades de negociación, para conseguir la asistencia de los servicios públicos de apoyo disponibles para su paciente.

Por tanto, hay que poner de manifiesto que se ha producido una profunda transformación del rol profesional y hoy podemos decir que existe una nueva Enfermería de Salud Mental, que se caracteriza por ser un servicio humano, al que le guía la psicología humanista, cuyo cometido principal es la provisión de cuidados, mediante una relación interpersonal, destinados a satisfacer la necesidades de salud y autocuidados del individuo, familia y comunidad, en las áreas de promoción, asistencia y rehabilitación de la salud mental.

La nueva Enfermería de Salud Mental, interactúa con otras disciplinas en el espacio interdisciplinar que supone el trabajo en equipo (el espacio común del equipo de salud mental sería el interdisciplinar y el espacio propio lo delimita la provisión de cuidados).

Por tanto, la enfermera especialista en salud mental ya no va a estar centrada única y exclusivamente en una unidad de psiquiatría o solamente en la patología, sino en un modelo comunitario que tenga una finalidad resocializadora, favoreciendo la autonomía, la relación, la participación, la independencia y la solidaridad; de manera que el sujeto actúe, sea autor de su propia existencia. Los profesionales que ejercen esa nueva Enfermería de Salud Mental tienen conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes para dar respuestas a las necesidades y demandas de cuidados que plantea la comunidad a la cual sirven. Para satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico requeridas se necesita seguir avanzando y profundizando en el conocimiento enfermero, para descartar los viejos manierismos y rutinas de antaño propios de la antigua enfermería psiquiátrica.

Así hay que tener en cuenta que el sujeto-objeto de nuestra atención es un ser social que vive en una comunidad de referencia, que tiene valores y creencias, que tiene hábitos y costumbres, que es libre pensante, que tiene inquietudes, que tiene proyectos de futuro, que se organiza de determinada manera en lo familiar y en lo social (o grupal), que establece diversas formas de relación, que

está condicionado por el medio ambiente que le rodea; en definitiva, que vive en un medio sociocultural concreto.

Pero este medio sociocultural concreto sufre transformaciones constantes, de tal manera que el sujeto debe adaptarse a los cambios y transformar de manera continua sus hábitos y costumbres. El medio condiciona las manifestaciones y los comportamientos humanos. Ni que decir que todo esto se ve magnificado al vivir en una comunidad institucional como THADI, donde ya de por sí se dan condiciones medioambientales propias y donde el paciente ha de adaptarse a estas condiciones en situaciones, a veces, muy estresantes.

Lógicamente, a todo esto la enfermera de salud mental no puede ser ajena, debe conocer al ser humano para comprender sus conductas y poder abordarlas adecuadamente, atender las demandas de las alteraciones de salud que se produzcan, considerando todos estos aspectos. Y teniendo en cuenta que muchas manifestaciones humanas van a ser distintas a las imperantes en cada uno de los grupos de referencia y, por tanto, tendrá que estar alerta para no confundir conductas que se salen de lo que es normal en el grupo social de referencia y que, sin embargo, no necesariamente van a ser patológicas.

Por otro lado, hay que señalar que al haber abandonado el espacio manicomial y haberse subsumido en el espacio comunitario, el estar en la sociedad, implica un contexto diferente, donde surgen nuevas demandas derivadas de la evolución y el dinamismo social.

La enfermera en Salud Mental tiene una misión muy importante, la cual no se improvisa, de ahí la importancia de que exista una especialidad.

Organización del Servicio de Enfermería.

THADI especializa sus esfuerzos en la discapacidad intelectual y motriz. Abarca desde diferentes enfoques la discapacidad intelectual, pasando desde la atención médica, los cuidados integrales de enfermería, fisioterapia, talleres de capacitación y recreación.

Los métodos de distribución de trabajo de Enfermería se basan en la designación de diferentes funciones entre los turnos.

Rutinas comunes a todos los turnos:

Acompañamiento al campo de Actividades de la vida diaria.

Revisión de colchones anti escara.

Seguimiento del estado de sillas de ruedas.

Supervisión de funcionamiento de Heladera de Enfermería.

Seguimiento de limpieza y orden de Enfermería (hogar-administración).

Revisión de alcohol en gel, seguimiento de uso.

Acompañamiento, administración de medicación en todos los turnos.

Comunicación en registros de Enfermería (salud, guardia, salud administración).

Registro de catarsis y diuresis.

Orden y seguimiento de Historias Clínicas.

Asistencia y supervisión de residentes en cama (higiene y confort).

Comunicación y seguimiento de residentes internados.

Revisión de rollos de papel y jabón líquido en baños de sector de habitantes, enfermería, baños del hogar en la sala de estar.

Ubicación de pañales para todos los turnos en sus respectivas bolsas (no el bolsón completo) al igual que gasas, manoplas, Tafirol, Ibuprofeno, Reliverán e insumos necesarios.

Seguimiento de higiene y orden de Enfermería.

Supervisión de concentrador de oxígeno y bigotera personalizada.

Capacitación EPS permanente con el personal auxiliar.

Atención cálida y respetuosa a familias referentes y todo tipo de visita que ingresa al hogar.

Supervisión de deslavado y desecho de materia fecal y orina en baños.

Curaciones.

Funciones y responsabilidades turno mañana:

Preparado de Insulina.

Administración de Levotiroxina.

Seguimiento y supervisión de higiene bucal y afeitado.

Armado de recetas.

Búsqueda de medicación en farmacia.

Armado de pastilleros y recepción de medicación día viernes (residentes que ingresan y se retiran).

Tramitar turnos médicos.

Supervisión de toallas de uso individual, rostro e higiene íntima.

Supervisión de muda de levantado.

Acondicionamiento del centro de día.

Desechos patológicos.

Funciones y responsabilidades turno intermedio:

Armado e impresión de planillas de medicación.

Seguimiento y actualización de carpeta de medicación de enfermería (hogar y administración).

Supervisión de ducha (tratamientos de cremas especiales).

Orden de historias clínicas.

Revisión de pastilleros de mujeres.

Estética y cuidado de cartelería de enfermería CSV en historias clínicas.

Impresión de planillas de catarsis, diuresis e hidratación. Armado de anillado.

Acondicionamiento del Centro de día.

Funciones y responsabilidades turno tarde:

Seguimiento y control de peso (completar planilla).

Supervisión de ducha (tratamientos especiales).

Revisión de pastilleros hombres.

Orden de Enfermería (verificación de vencimientos y medicación externa a pastilleros, en armarios).

Tratamiento antimicótico.

Revisión de fundas e higiene de ropa de cama.

Verificación de cena de residentes (insistir en que compartan el momento en el comedor).

Seguimiento y supervisión de higiene bucal.

Supervisión y uso de ropa de dormir.

Despedida y deseo de buen descanso.

Funciones y responsabilidades turno noche:

Armado de pastillero hombre y mujeres.

Higiene de pastillero y rotulación.

Higiene de sillas de ruedas y sujeciones (incluyendo apoyapiés y estructura de caño).

Ubicación de almohadones antiescaras.

Contención cercana de residentes que no concilian descanso nocturno.

Seguimiento, uso, cuidado e higiene de orinales y chata.

Revisión de dilución de cloro utilizada en turno de limpieza.

Revisión de barandas y estado de las mismas.

Verificación de medicación faltante (carpeta, stock, armarios). Lugo registrar necesidad de llamado.

Control y seguimiento de CSV de residentes con mayor vulnerabilidad.

Higiene de anteojos (cristales).

Higiene de recipiente de prótesis, higiene de las mismas y rotulación.

Verificación de elementos de higiene en cada baño.

Evolución de enfermería en salud mental:

Para poder entender el momento actual de enfermería hemos de conocer su evolución a lo largo de la historia. Esta puede dividirse en cuatro etapas bien diferenciadas:

Etapa doméstica:

Abarca los tiempos remotos las sociedades arcaicas superiores y el mundo clásico, en todo este tiempo los cuidados se centran en el mantenimiento de la vida frente a las condiciones del medio, esta labor fue desempeñada por la mujer, como madre de familia como aglutinadora de todo aquello que tiene que ver con el hogar. Los elementos empleados eran básicos: la promoción de la higiene, una buena alimentación y vestido.

Etapa vocacional:

Comprende el inicio del mundo cristiano, la edad media, la edad moderna donde surgen las hermandades hospitalarias para cubrir las necesidades de los caminantes y de los enfermos, priorizando el cuidado en la alimentación. toda la labor enfermera era a través de la iglesia, el enfermo, el que sufre es un elegido de Dios y quien lo cuida también se consagra a él. En esta época eran

casi inexistentes y los procedimientos aplicados muy rudimentarios. Lo importante era la actitud mostrada, centrada en la caridad, la sumisión, la religiosidad y la obediencia.

Etapa técnica:

Engloba al mundo contemporáneo y en ella aparece una nueva concepción de la enfermería y el inicio de la profesionalización del cuidado. La salud ya no se entiende como una gracia de Dios, sino como el fruto de la lucha contra la enfermedad. El gran desarrollo científico y tecnológico propicia la aparición de un personal que asumirá algunas tareas que hasta el momento la realizaban los médicos. La separación de los poderes religiosos y políticos permiten el inicio de la profesionalización.

En esta etapa se crearon asociaciones de enfermería impulsado por Florence Nightingale, quien mediante el método que consiste en la lectura recogida de datos, observaciones, probando y analizando todo lo vinculado con la enfermería.

Etapa profesional:

Es el momento actual, en el que entra en funcionamiento el método científico y se pone de manifiesto cuidar al individuo, la familia la comunidad como respuesta a una necesidad social.

La enfermería actual se basa en el proceso de atención de enfermería (PAE), método científico dinámico, sistematizado para proporcionar los cuidados de enfermería. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería compuesto por cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Como todo método científico, el PAE comprende un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen. El PAE que es una herramienta de trabajo permite la aplicación de método científico, unifica criterios de trabajo y permite realizar estudios posteriores para evaluar la efectividad.

Valoración:

es la primera etapa del proceso de enfermería y consiste en la recogida y la organización de los datos que conciernen a la persona, la familia y el entorno. Es la base para las diferentes decisiones y actuaciones posteriores. Nos permite conocer los problemas de salud reales y potenciales que pueden ser tratados por la enfermería, es decir es una evaluación del paciente para llegar al diagnóstico de enfermería.

Diagnóstico de enfermería:

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería. Juicio clínico sobre los problemas de salud reales y potenciales que afectan al individuo familia o grupo que puede ser modificado por la intervención de la enfermería. El diagnóstico llega después de recoger y evaluar una serie de datos. Para ponerle nombre se utiliza la taxonomía de NANDA (NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION)

Planificación:

En esta etapa se elaboran estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.

Ejecución:

Realización o puesta en práctica de los cuidados programados. Se realiza a través de las diferentes intervenciones de enfermería. Una intervención se define como todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente.

Evaluación:

Comparación de las respuestas de las personas para determinar si han conseguido los objetivos establecidos. Es dinámica y continua, permitiendo valorar las situaciones del paciente, su entorno y compararlos de forma planificada.

ROL DE ENFERMERÍA EN THADI

Debido al proceso de envejecimiento propio de los residentes y concurrentes de THADI surgen nuevos desafíos entre ellos la salud, y como mejorar su calidad de vida mediante cuidados de excelencia brindados por personal calificados, por tal motivo, se incorpora el equipo de enfermería en estos últimos años dejando atrás las acciones de cuidado provistas por una sola enfermera, la cual realizaba tareas administrativas.

Actualmente basados en la nueva concepción de discapacidad mental se trabaja en conjunto con otras disciplinas para reconocer que toda persona con retraso mental es considerada un sujeto con derechos y como tal merece un vínculo activo con la comunidad, respetando sus decisiones, gustos, deseos, emociones y privacidad resguardando su intimidad.

Al estar enfocado en el paradigma de las ocho dimensiones, antes citado, se suma enfermería desde el trabajo diario de ayudar en la valoración holística de la persona en todas sus áreas. Dando lugar no sólo a la asistencia de la salud física sino que entendiendo que el bienestar implica el abordaje de otras dimensiones como la emocional, espiritual, motivando la socialización y aceptación del resto de la comunidad.

Las características del personal de enfermería en THADI:

El equipo de enfermería es liderado por la directora del servicio de hogar conjuntamente con el médico clínico y el médico psiquiatra, está compuesto por cuatro enfermeras profesionales y una auxiliar de enfermería, trabajando seis horas diarias en cuatro turnos (una por guardia).

La asistencia a los residentes y concurrentes se hace a través de un equipo multidisciplinar compuesto por auxiliares empíricas, terapeutas, psicólogos, asistentes sociales, nutricionista, fonoaudiólogos, entre otros.

Actividades que realiza Enfermería en Thadi

-Control de signos vitales

-Vacunación

- Armado de medicación crónica, stock de antibióticos agudos, insumos en general.
- Seguimiento de casos vulnerables
- Gestionar interconsultas
- Prevención de accidentes
- Supervisión de higiene y confort
- Provisión de materiales
- Guía para las auxiliares empíricas
- Confección de planillas de tratamiento crónico y agudo, planillas de cronicidad de P.A.M.I.
- Control de C.U.D.(certificado único de discapacidad)
- Interacción permanente con familias
- Busca aplicar conocimientos científicos al cuidado del residente. Actualización permanente.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

Hipótesis:

El rol del cuidador en el periodo de adaptación de los nuevos residentes a la institucionalización tiene como factores condicionantes la edad, la experiencia laboral comprobable (mayor de seis meses de antigüedad) y el nivel académico.

Tipo de estudio:

El estudio fue **cuantitativo** dado que se utilizó la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento durante el abordaje en el periodo de adaptación de los nuevos residentes a la institucionalización, además **descriptivo**, porque describe los factores que refleja las intervenciones brindadas por el cuidador en forma directa en cada situación emergente.

Según el periodo y secuencia del estudio fue **transversal y prospectivo** debido a que las variables se estudiaron simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. Durante el primer semestre del año 2016.

Áreas de estudio:

Esta investigación se llevó a cabo en el servicio de hogar de Taller de Actividades Diferenciadas (THADI).

Universo:

La planta de cuidadores de atención directa de THADI está compuesta por un total de 50 personas, entre ellos 23 auxiliares, 10 terapeutas, 5 licenciados, 12 enfermeros profesionales.

Muestra:

Muestra no aleatoria e intencional, seleccionando un total de 50 cuidadores con distintas funciones y grado de formación, la única condición es que acepten participar en el estudio propuesto de forma anónima con fines de investigación.

Unidad de análisis:

Los cuidadores de ambos sexos que cumplan su labor en THADI durante el periodo de estudio.

Fuente de información:

Para la realización de este estudio se utilizo muestra primaria, debido a que se recolecto la información de los cuidadores que participaron de la investigación.

Variables a considerar:

Los cuidadores son personal de planta que poseen conocimientos gracias a su formación académica donde están inmersos los licenciados en enfermería, enfermeros profesionales y terapeutas, en otro plano se encuentran los auxiliares empíricos que reciben formación en la institución, sumado a la experiencia práctica diaria, ambos grupos presentan habilidades, destrezas y actitudes necesarias para su desempeño en el rol que les compete en cualquier nivel del sistema de cuidado, que permita contribuir a una adaptación favorable del nuevo residente a la institucionalización, conjuntamente con un equipo interdisciplinar, a través de acciones integrales que favorezcan su nueva vida en comunidad.

Métodos de recolección de datos:

Encuesta: Realizada a los cuidadores que cumplen funciones de cuidado permanente en la institución.

Instrumento de recolección de datos:

Encuesta estructurada con preguntas cerradas.

TABLAS
Y
GRAFICOS

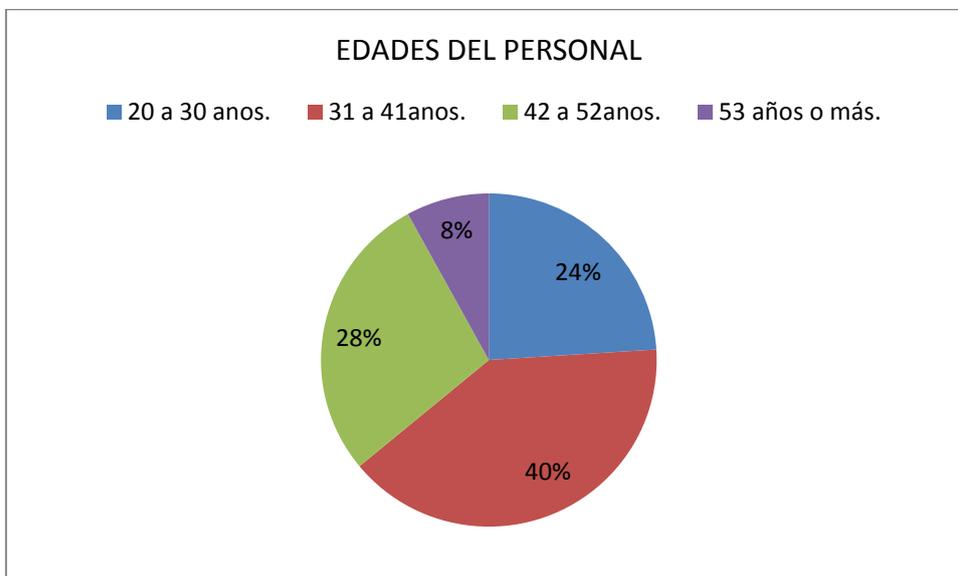
TABLAS Y GRAFICOS

Tabla N*1: Datos personales de los trabajadores de THADI en el primer semestre del 2016.

PERSONAL		
EDADES	FA	FR
20 a 30 años.	12	24%
31 a 41 años.	20	40%
42 a 52 años.	14	28%
53 años o más.	4	8%
Total	50	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico N*1



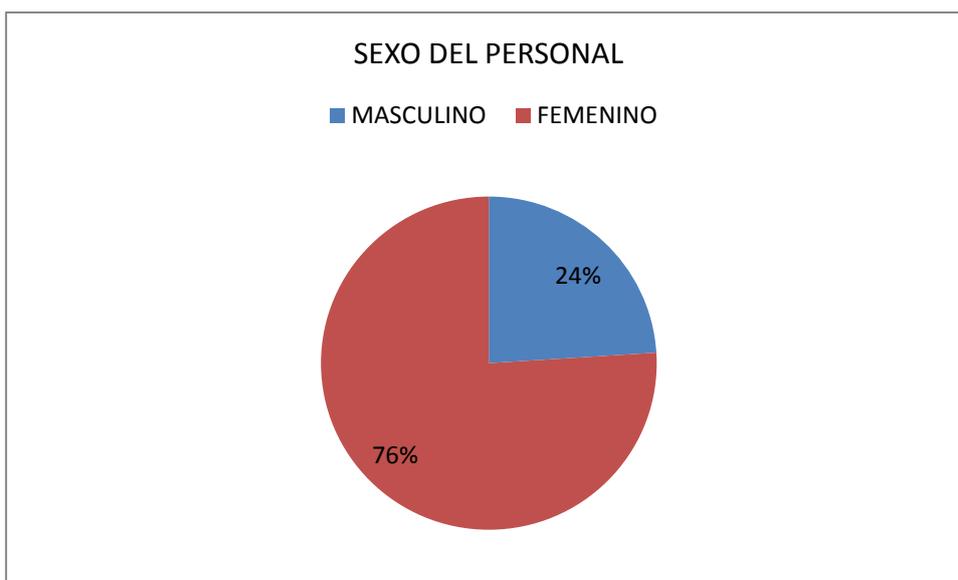
Comentario: Del 100% de los trabajadores encuestados, se observa que solo el 36% es mayor a 42 años de edad, mientras que el 64% restante se encuentra en el grupo etario inferior a la misma. Se concluye que la población del personal del servicio en su mayoría es joven.

Tabla N*2 Datos personales de los trabajadores de THADI. En el primer semestre del 2016.

PERSONAL		
SEXO	FA	FR
MASCULINO	12	24%
FEMENINO	38	76%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico N*2



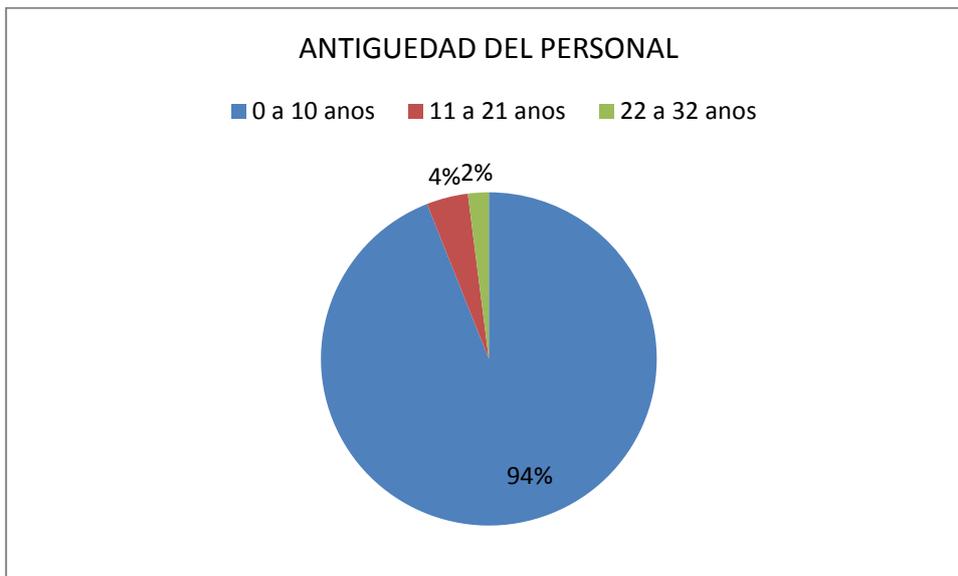
Comentario: Del 100% del personal encuestado , se observa que el 24% son del sexo masculino, mientras que el 76% restante es de sexo femenino. Se concluye que la población del personal de THADI en su gran mayoría está compuesta por mujeres.

Tabla N* 3 Datos personales del personal de THADI ,en el primer semestre del 2016.

PERSONAL		
ANTIGUEDAD	FA	FR
0 a 10 años	47	94%
11 a 21 años	2	4%
22 a 32 años	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico N*3.



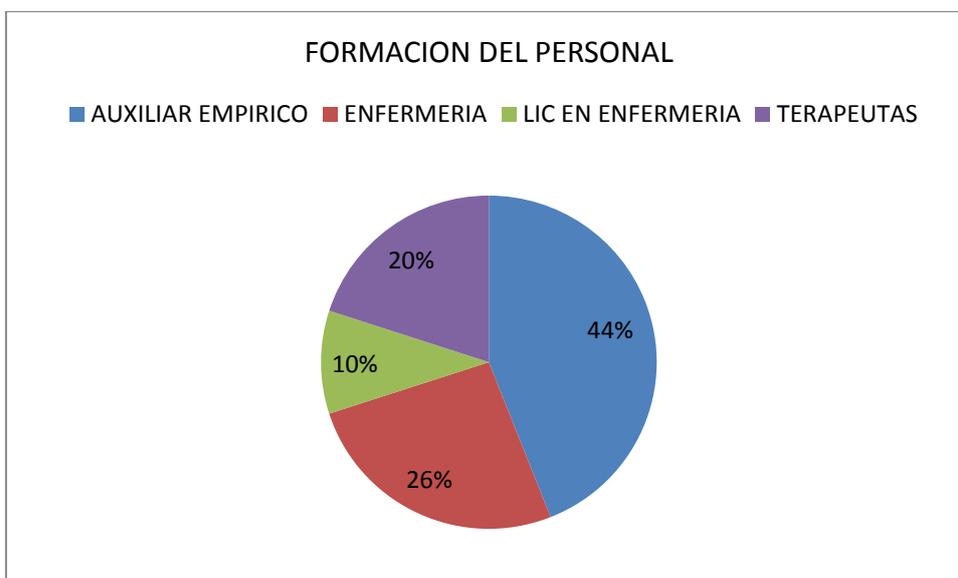
Comentario: Del 100% del personal encuestado el 94% tiene una antigüedad de 0 a 10 años, y el restante 6% supera los 11 años. Se concluye que la población de personal de THADI en su gran mayoría no supera los 11 años de antigüedad.

Tabla N° 4 Datos personales del personal de THADI ,en el primer semestre del 2016.

PERSONAL		
FORMACION	FA	FR
AUXILIAR EMPIRICO	22	44%
ENFERMERIA	13	26%
LIC EN ENFERMERIA	5	10%
TERAPEUTAS	10	20%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico N°4.



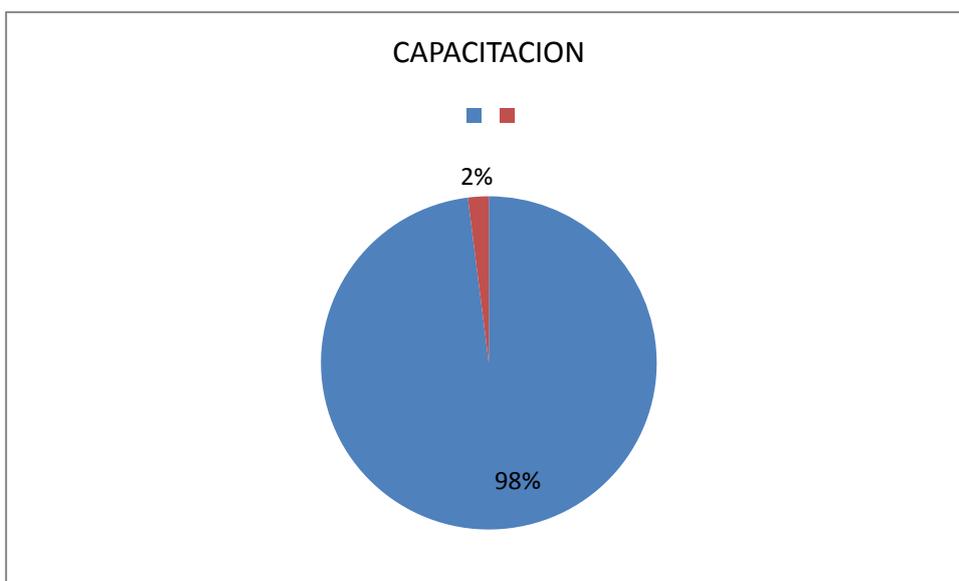
Comentario: Del 100% del personal encuestado al cuidado del residente de THADI el 44% es auxiliar empírico (sin formación académica formal), el 10% es personal terapéutico y el restante 36% está compuesto por profesionales de la salud siendo estos Enfermeros y Lic. en Enfermería. Se concluye diciendo que el 56% tiene una formación académica y el 44% ya nombrado es personal empírico formado en la institución.

Tabla N° 5 Datos personales del personal de THADI ,en el primer semestre del 2016.

PERSONAL		
CAPACITACION	FA	FR
SI	49	98%
NO	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico N*5



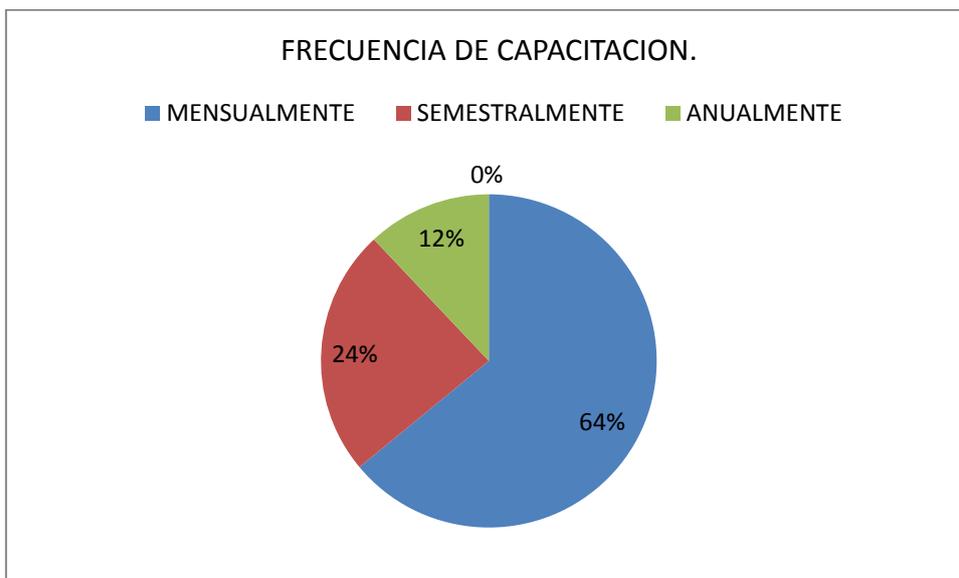
Comentario: Del 100% del personal entrevistado, el 98% recibe capacitación específica en el manejo de personas con discapacidad intelectual, el restante 2% no se capacita en la actualidad. Se concluye diciendo que en su gran mayoría el personal de THADI esta o se está capacitando.

Tabla N° 6 Datos personales del personal de THADI, en el primer semestre del 2016.

PERSONAL			
FRECUENCIA	DE	FA	FR
CAPACITACION			
MENSUALMENTE		32	64%
SEMESTRALMENTE		12	24%
ANUALMENTE		6	12%
TOTAL		100	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico N°6



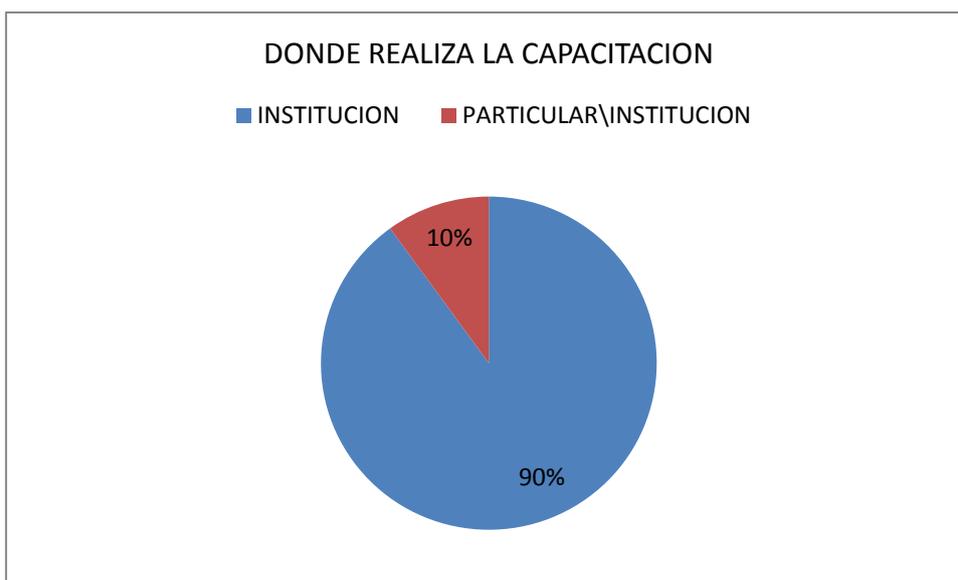
Comentario: Del 100% personal encuestado al cuidado del residente de THADI, el 64% se capacita todos los meses, el 24% lo hace cada seis meses y el restante 12% se capacita por año. Se concluye que en su mayoría es un personal que se capacita mensualmente.

Tabla N° 7 Datos personales del personal de THADI ,en el primer semestre del 2016.

PERSONAL		
EN DONDE SE CAPACITA	FA	FR
INSTITUCION	45	90%
PARTICULAR\INSTITUCION	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico N°7.



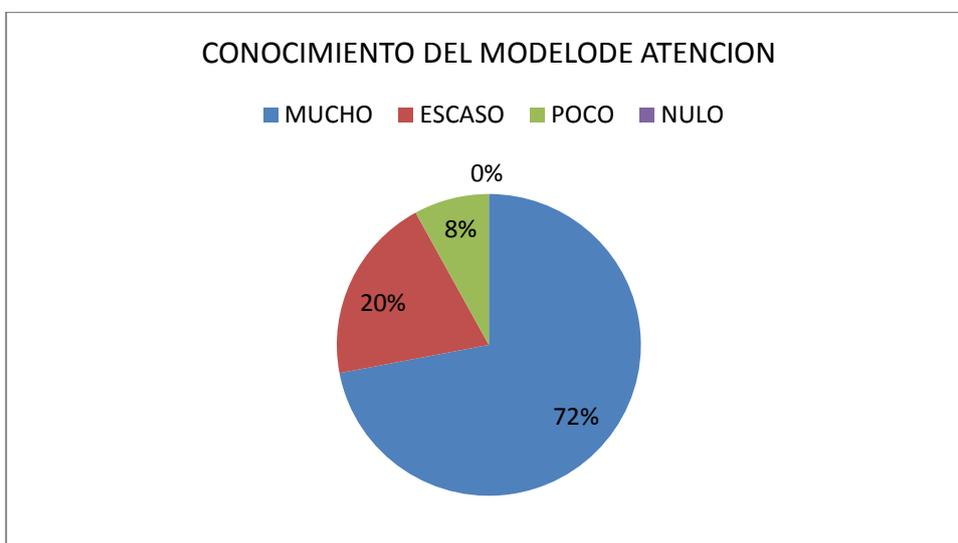
Conclusión: Del 100% del personal encuestado el 90% recibe capacitación solamente en la institución, mientras el restante 10% se capacita también de manera particular. Se concluye diciendo que solo el 10% del personal se capacita en la institución y también en forma particular.

Tabla N* 8 Evaluación de conocimiento del personal de THADI, sobre el modelo de atención utilizado por la institución .En el primer semestre del 2016.

PERSONAL		
CONOCIMIENTO DEL MODELO DE ATENCION	FA	FR
MUCHO	36	72%
ESCASO	10	20%
POCO	4	8%
NULO	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico N*8



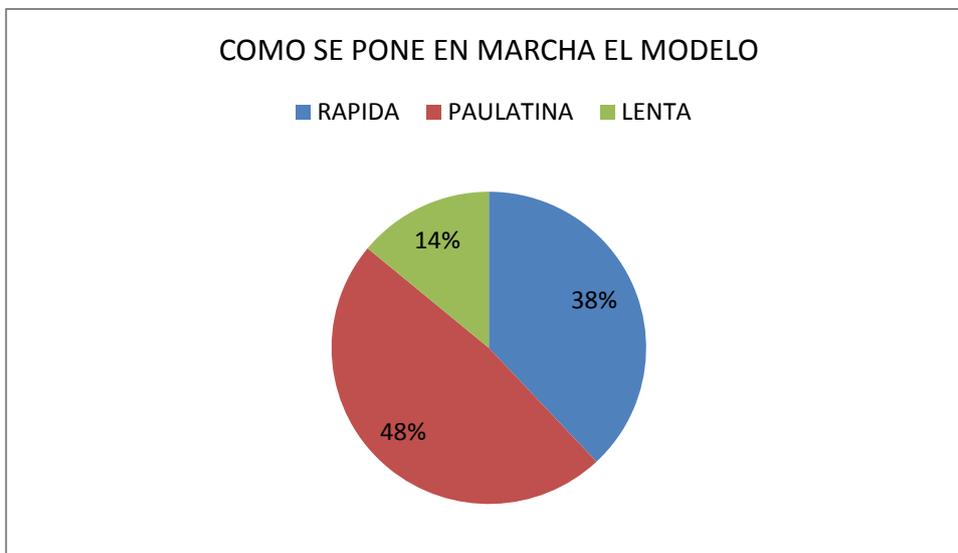
Comentario: Del 100% del personal de THADI, el 72% sabe mucho del modelo de atención, el restante 28% no lo conoce o sabe muy poco. Se concluye diciendo que es un personal que en su mayoría tiene presente o sabe mucho del modelo de atención utilizado por la institución donde trabaja.

Tabla N*9: Evaluación del personal de THADI, para saber cuán rápido se pone en marcha el modelo de atención adoptado por THADI.

PERSONAL		
COMO SE PONE EN MARCHA EL MODELO DE ATENCION.	FA	FR
RAPIDA	19	38%
PAULATINA	24	48%
LENTA	7	14%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico N*9



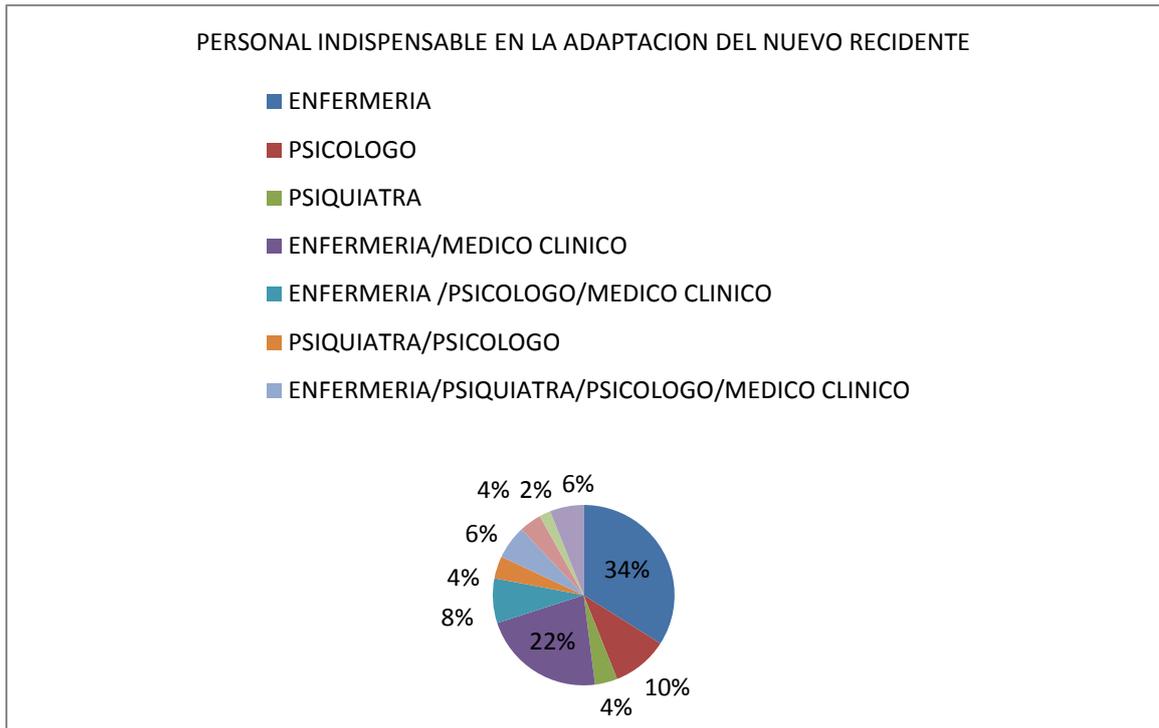
Comentario: Del 100% del personal encuestado el 38% cree que el modelo de atención de pone en marcha de manera rápida, el 48% que lo hace de manera paulatina y el 14% restante que lo hace de forma lenta. Se concluye diciendo que en su mayoría el modelo se pone en marcha paulatinamente.

Tabla N* 10 Evaluación del personal de THADI con respecto al personal profesional que creen indispensable en el momento de la adaptación del paciente con discapacidad intelectual en la institucionalización.

PERSONAL		
PERSONAL FUNDAMENTAL EN EL MOMENTO DE LA ADAPTACION DEL PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL(LOS ENCUESTADOS RESPONDIERON)	FA	FR
ENFERMERIA	17	34%
PSICOLOGO	5	10%
PSIQUIATRA	2	4%
ENFERMERIA/MEDICO CLINICO	11	22%
ENFERMERIA /PSICOLOGO/MEDICO CLINICO	4	8%
PSIQUIATRA/PSICOLOGO	2	4%
ENFERMERIA/PSIQUIATRA/PSICOLOGO/MEDICO CLINICO	3	6%
PSICOLOGO/MEDICO CLINICO	2	4%
ENFERMERIA/PSIQUIATRA/PSICOLOGO	1	2%
ENFERMERIA/PSICOLOGO	3	6%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico N*10.



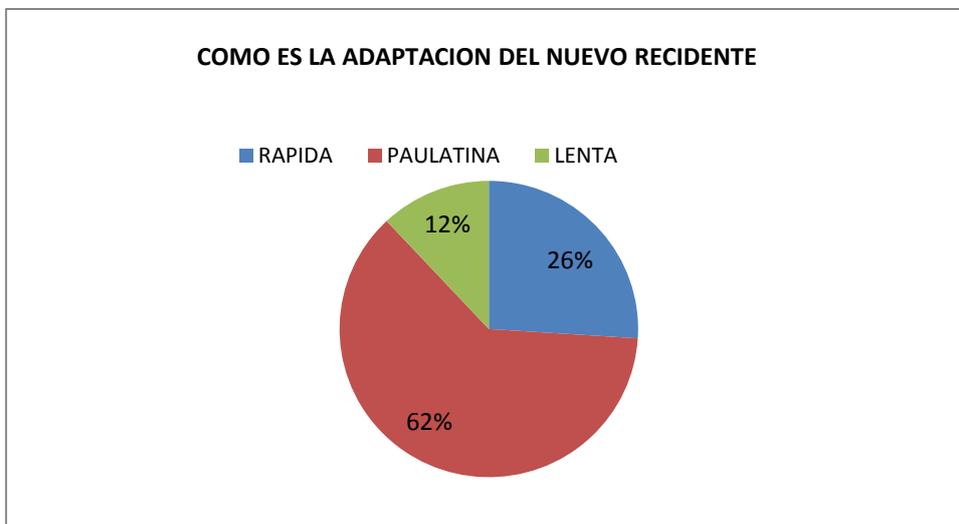
Comentario: Del 100% del personal encuestado , el 78% en las opciones establecidas en las encuestas , marcaron que Enfermería es indispensable en el momento de la adaptación del paciente con discapacidad intelectual , el 22% restante incluyen en sus respuesta a otros profesionales tales como Psiquiatra, Psicólogo y Médico Clínico. Se concluye diciendo que Enfermería y Lic. en Enfermería es el personal demandado en el momento de la adaptación.

Tabla N*11 Evaluación del personal referida a como es la adaptación del residente con discapacidad intelectual en THADI. Durante el primer semestre del 2016.

PERSONAL		
COMO ES LA ADAPTACION?	FA	FR
RAPIDA	13	26%
PAULATINA	31	62%
LENTA	6	12%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico N*11



Comentario: Del 100% del personal encuestado el 62% afirma que la adaptación del paciente con discapacidad intelectual es de forma paulatina, el 38% restante dice que es de forma rápida o lenta. Se concluye diciendo que en su mayoría la adaptación es de forma paulatina .

Tabla N*12 Evaluación del personal de THADI con respecto a que turno es más difícil es la adaptación del paciente con discapacidad intelectual. En el primer semestre del 2016.

PERSONAL			
TURNOS	QUE SE DIFICULTA LA ADAPTACION DEL PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL.	FA	FR
MANANA		7	14%
INTERMEDIO		18	36%
TARDE		12	24%
NOCHE		13	26%
TOTAL		50	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico N*12



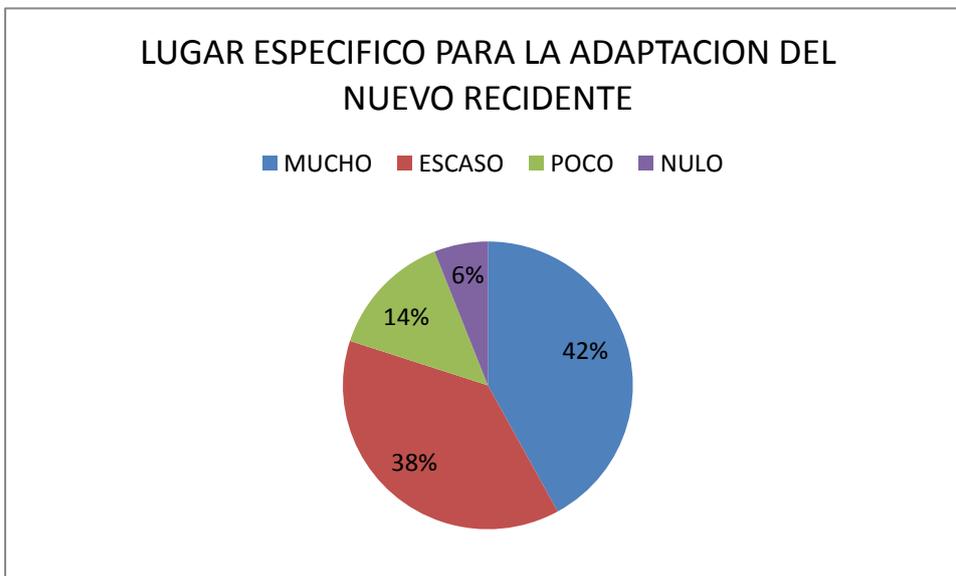
Comentario: Del 100% del personal encuestado el 36% afirma que la adaptación se mas dificultosa en el turno intermedio, el 26% en el turno noche, el 24% en el turno tarde y el restante 14% dice que es n el turno mañana. Se concluye diciendo que es más dificultosa la adaptación del paciente con discapacidad intelectual en el turno intermedio.

Tabla N*13 Evaluación del personal; de THADI, respecto de cree si cree importante un lugar específico para la adaptación del nuevo residente. Durante el primer semestre del 2016.

PERSONAL		
LUGAR ESPECIFICO PARA LA ADAPTACION DEL NUEVO RESIDENTE	FA	FR
MUCHO	21	42%
ESCASO	19	38%
POCO	7	14%
NULO	3	6%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico N*13



Comentario: Del 100% del personal encuestado, el 42% cree muy importante un lugar específico para la adaptación del nuevo residente, el 58% no lo considera. Se concluye diciendo que en su mayoría no se ha considerado relevante tener un lugar para la adaptación.

Tabla N* 14

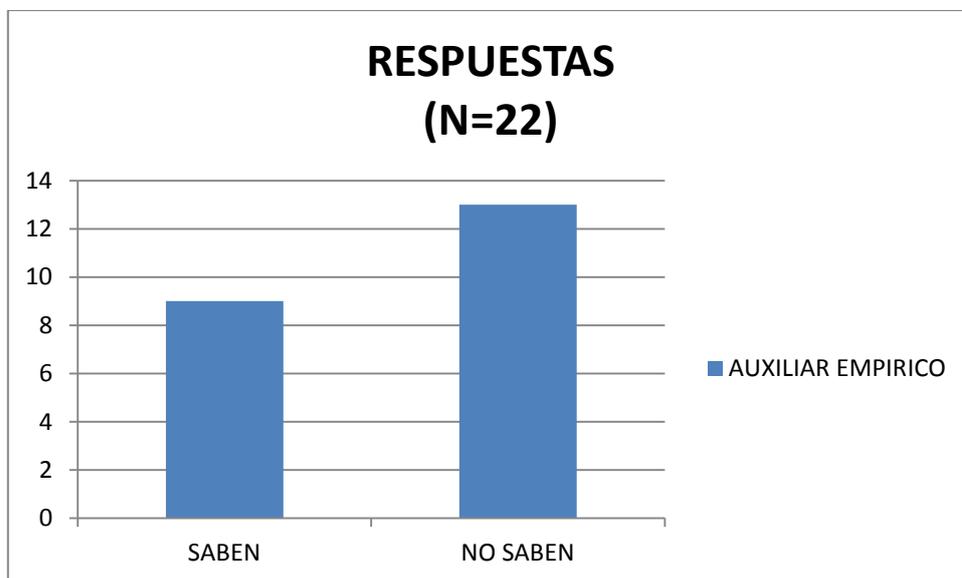
Se analizara a cada grupo de trabajadores que cumplen función en THADI(N=50), el análisis se realizara teniendo en cuenta dos factores; los saben(N=16) y los que no saben(N=34).A la pregunta n*13 referida al accionar del personal, en caso de excitación de algún residente con autismo.

Tabla: Personal Auxiliar empírico, en relación de los saben o no(N=22).

	SABEN	NO SABEN
AUXILIAR EMPIRICO	9	13
TOTAL	22	

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico correspondiente:



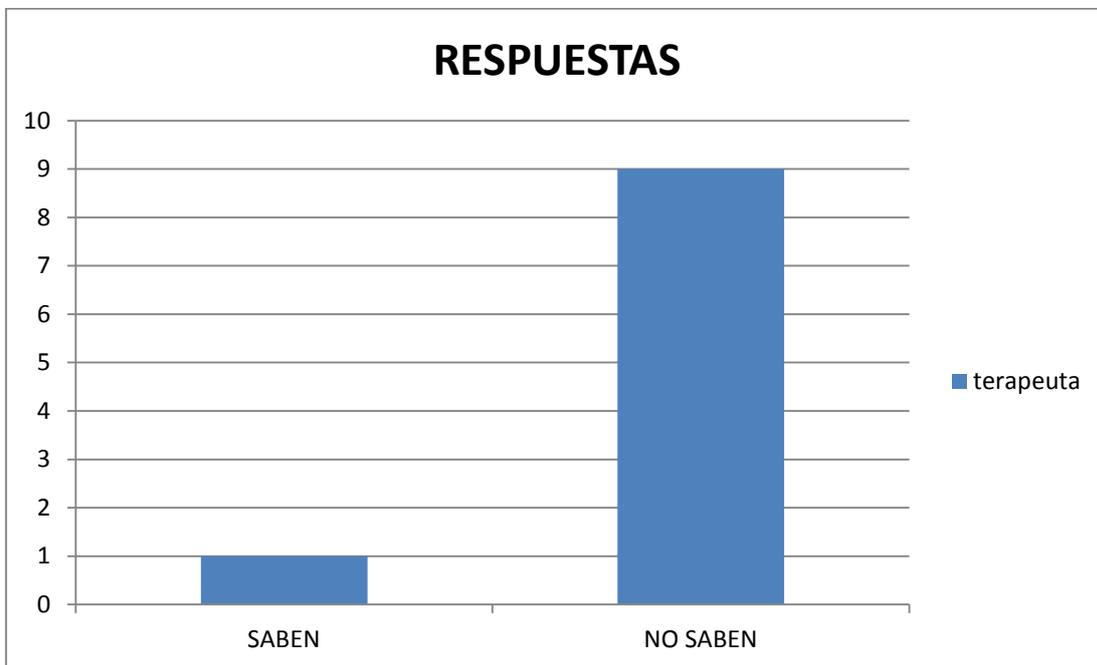
Comentario: En personal auxiliar empírico que trabaja en THADI se observa que 13 de 22, que fueron los encuestados no saben cómo actuar antes una situación de excitación de un paciente autista.

Tabla: Personal Terapeuta, en relación de que sabe o no(N=10).

	SABEN	NO SABEN
TERAPEUTA	1	9
TOTAL	10	

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico correspondiente:



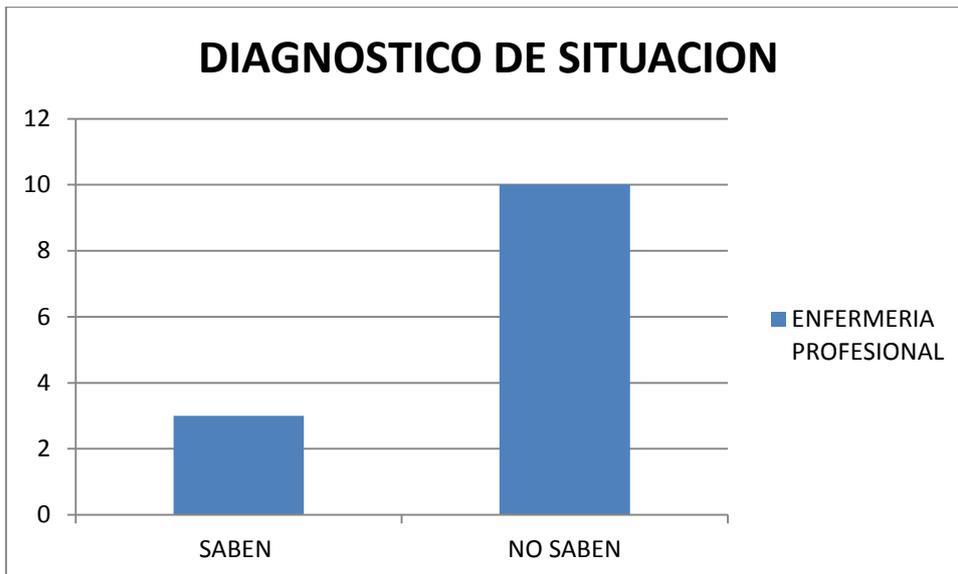
Comentario: En personal Terapeuta que trabaja en THADI se observa que 9 de 10 que fueron los encuestados, no saben cómo actuar antes una situación de excitación de un paciente autista

Tabla: Personal de Enfermería Profesional en relación con si saben(N=3) o no(N=10).

	SABE	NO SABE
ENFERMERIA PROFESIONAL	3	10
TOTAL	13	

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico correspondiente:



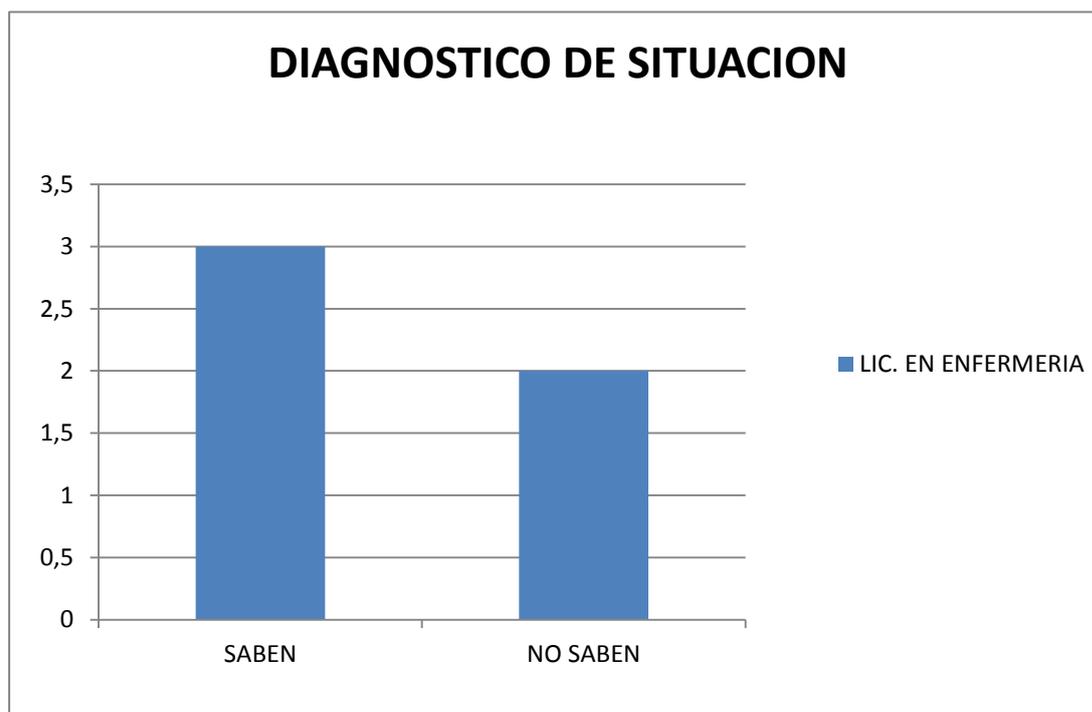
Comentario: En personal Enfermera Profesional que trabaja en THADI se observa que 10 de 13 que fueron los encuestados, no saben cómo actuar antes una situación de excitación de un paciente autista

Tabla: Personal Licenciado en Enfermería(N=5), con relación si saben(N=3) o no (N=2).

	SABEN	NO SABEN
LICENCIADO EN ENFERMERIA	3	2
TOTAL	5	

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico correspondiente:



Comentario: En personal Lic. de Enfermería que trabaja en THADI se observa que 2 de 5 que fueron los encuestados, no saben cómo actuar antes una situación de excitación de un paciente autista

Tabla N*15

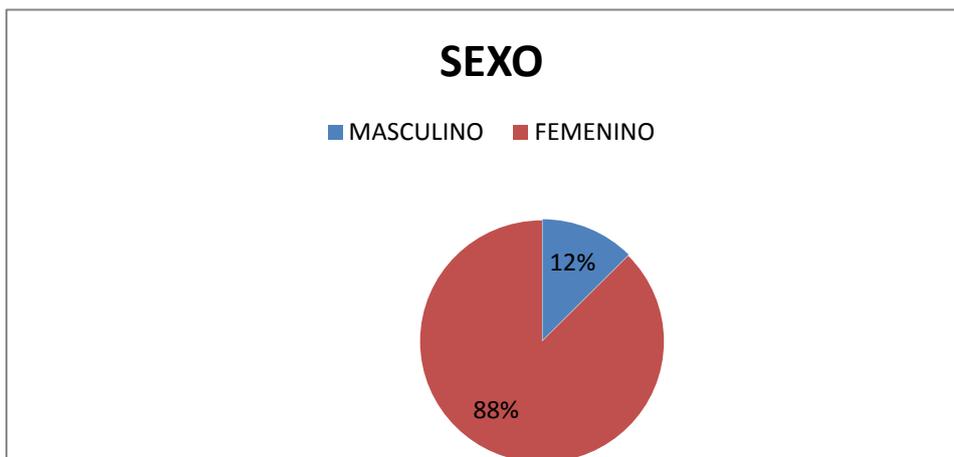
- ❖ Análisis de la primera pregunta de diagnóstico de situación referida a el accionar del personal en caso de excitación de algún residente con autismo, en relación con los encuestados que respondieron correctamente, las respuestas que se consideraban aprobadas. El total fue de N =16 que es con el que realizaremos el análisis.

Tabla: Personal que respondió correctamente y el sexo.

RESPUESTAS DE DIAGNOSTICO DE SITUACION/ SEXO	FA	FR
MASCULINO	2	12%
FEMENINO	14	88%
TOTAL	16	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico Correspondiente:



Comentario: El personal de THADI, respondió correctamente la primera pregunta de diagnóstico de situación. Se distribuye en 14=88% es de sexo femenino y 2=12% es de sexo masculino. Concluyo diciendo que en su mayoría el personal que respondió correctamente son mujeres.

Tabla: Experiencia laboral del personal que respondió correctamente (antigüedad mayor de seis meses)

PERSONAL / EXPERIENCIA LABORAL	FA	FR
CON EXPERIENCIA	13	81%
SIN EXPERIENCIA	3	19%
TOTAL	16	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico Correspondiente:



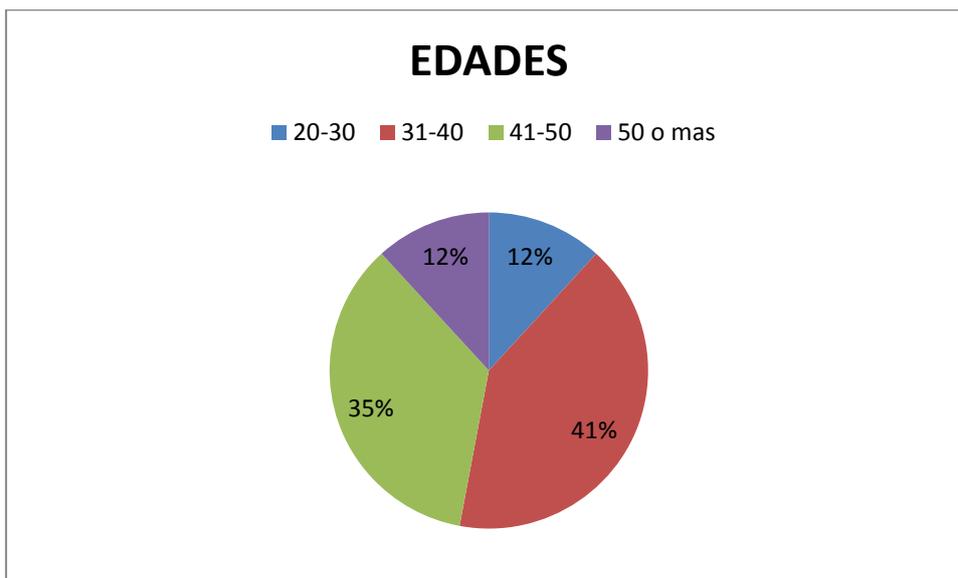
Comentario: El 81% del personal que respondió correctamente tiene experiencia laboral el restante 19% no tiene experiencia. Concluyo diciendo que en su mayoría es un personal con experiencia laboral comprobable que comprende de seis meses en adelante.

Tabla: Según la edad del personal que respondió correctamente.

EDAD	FA	FR
20-30	2	12%
31-40	7	44%
41-50	6	32%
50 o mas	2	12%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico Correspondientes:



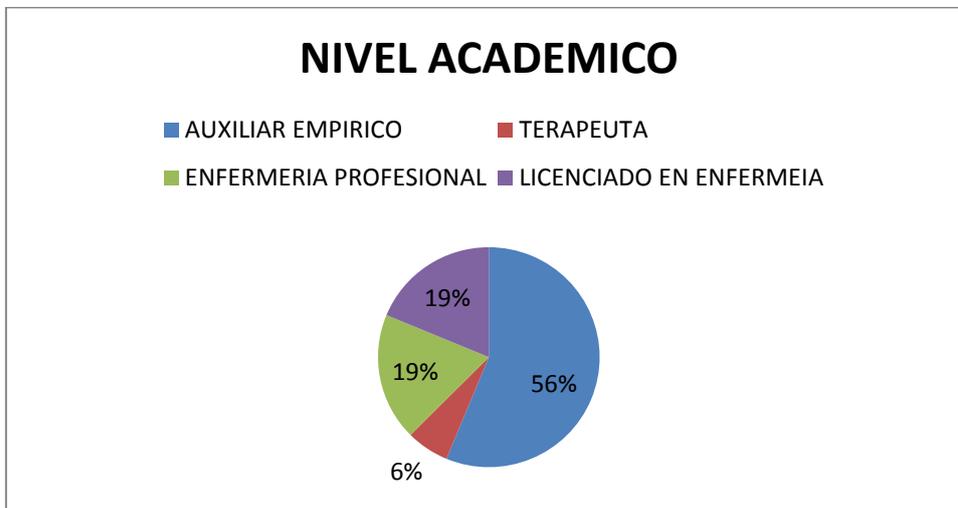
Comentario: El personal en análisis, el 2=12% oscilan sus edades entre 20 a 30 años, el 7=44% oscilan entre 31a 40, el 6=35% oscilan entre 41 a 50 y el resto 2=12% supera los 51 años. Concluyo diciendo que en su mayoría los encuestados que respondieron correctamente tienen una edad entre los 31 a 40 años. La edad promedio es de 39 años.

Tabla: Del personal que respondió correctamente en relación con su nivel académico.

RESPUESTA CORRECTA/ NIVEL ACADEMICO	FA	FR
AUXILIAR EMPIRICO	9	56%
TERAPEUTA	1	6%
ENFERMERIA PROFESIONAL	3	19%
LICENCIADO EN ENFERMEIA	3	19%
TOTA	16	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico correspondiente:



Comentario: De la muestra analizada, el 9=56% que corresponde al personal auxiliar empírico respondió correctamente, 3=19% que equivale de igual manera para Licenciado en Enfermería y Enfermería profesional y el 1=6% es del personal terapeuta. Concluyo diciendo que el grupo de los encuestados que respondieron correctamente a las preguntas de diagnóstico de situación, siendo personal empírico fue acertada su respuesta.

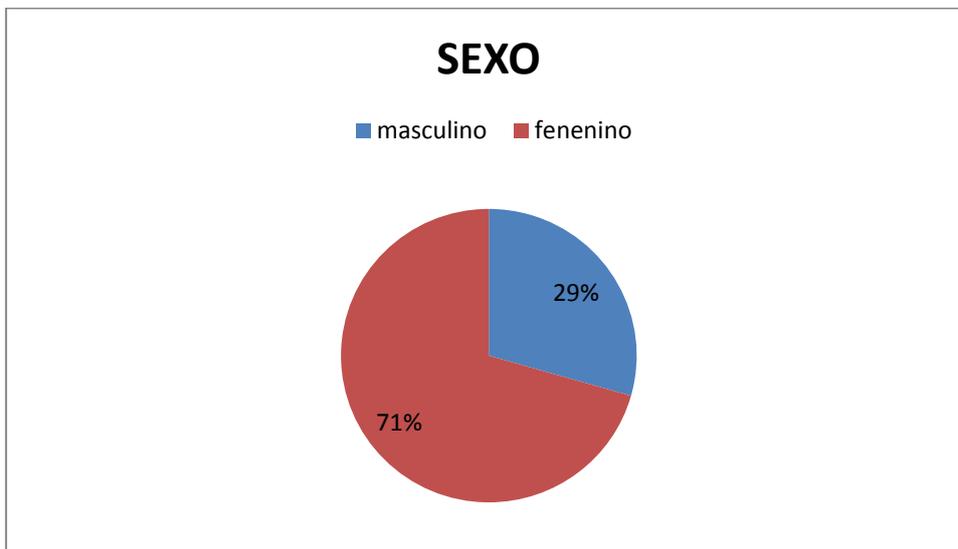
- ❖ Análisis de la primer pregunta de diagnostico de situación en referencia al accionar del personal en caso de excitación de algún residente con autismo, en relación con los que respondieron mal, las repuestas que se consideraban aprobadas. Esto da un total de N=34. Que es con la que trabajaremos a continuación.

Tabla: Según el personal que respondió mal en relación con el sexo.

RESPUESTAS DE DIAGNOSTICO DE SITUACION/ SEXO	FA	FR
MASCULINO	10	29%
FEMENINO	24	71%
TOTAL	34	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico correspondiente:



Comentario: El personal analizado, 10=29% es de sexo masculino y el 24=71% es de sexo femenino. Concluyo diciendo que en su mayoría está compuesto por mujeres.

Tabla: Según la experiencia laboral(antigüedad mayor a seis meses) del personal que respondió mal.

PERSONAL / EXPERIENCIA LABORAL	FA	FR
CON EXPERIENCIA	25	74%
SIN EXPERIENCIA	9	26%
TOTAL	34	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico correspondiente:



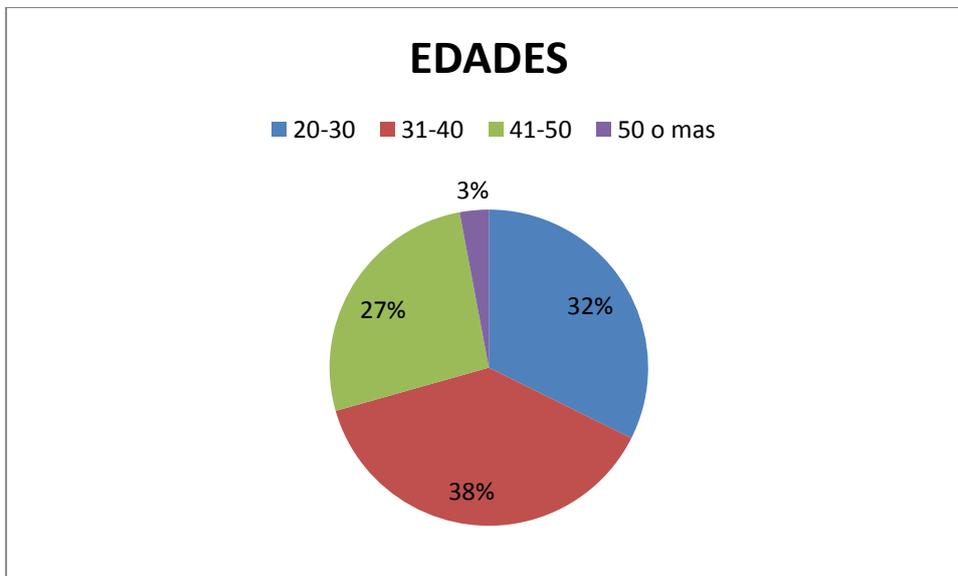
Comentario: El personal en estudio el 25=74% tiene una experiencia laboral comprobable mayor a los seis de meses y el 10=26% no la tiene. Concluyo diciendo que en su mayoría es un personal con experiencia en su puesto de trabajo en THADI.

Tabla: Según la edad del personal que respondió incorrectamente.

EDAD	FA	FR
20-30	11	32%
31-40	13	38%
41-50	9	9%
50 o mas	1	3%
Total	34	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico Correspondiente



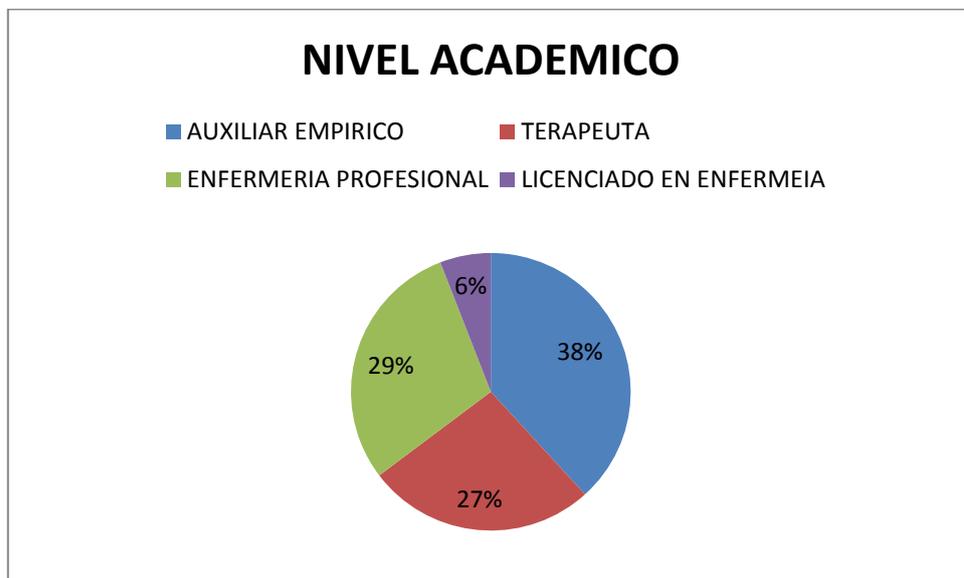
Comentario: El personal analizado, 32% tiene entre 20 a 30 años, 38% tiene entre 31 a 40 años, el 27% entre 41 a 50 años y el restante 3% tiene más de 50 años. Concluyo diciendo que en su mayoría es una muestra entre 31 a 40 años. Con una edad promedio de 36 años.

Tabla: Del personal que respondió incorrectamente en relación con su nivel académico.

RESPUESTA CORRECTA/ NIVEL ACADEMICO	FA	FR
AUXILIAR EMPIRICO	13	38%
TERAPEUTA	9	27%
ENFERMERIA PROFESIONAL	10	29%
LICENCIADO EN ENFERMEIA	2	6%
TOTA	34	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico correspondiente:



Comentario: El personal analizado, 49% es auxiliar empírico , 22% terapeutas, 24% Enfermería profesional y 5% Lic. en Enfermería. Concluyo diciendo que en su mayoría el personal que respondió incorrectamente fue el auxiliar

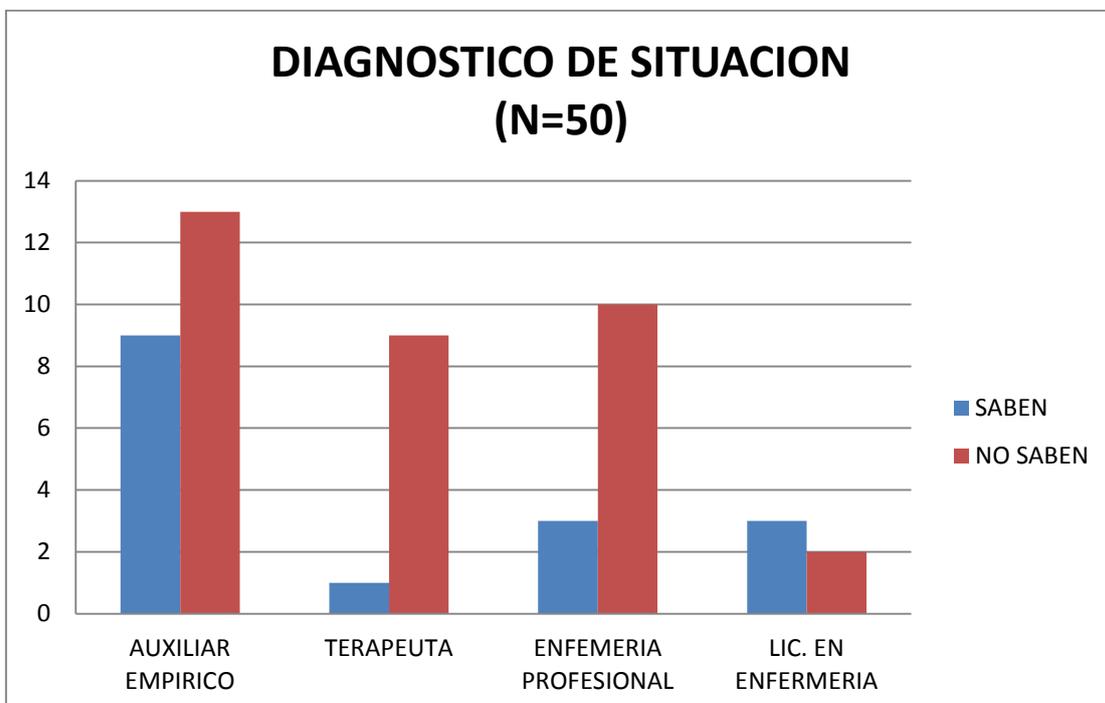
TABLAS
Y
GRAFICOS BIVARIADOS

Tabla Bivariada : Grupo de trabajadores encuestados en relación a los que saben o no saben.

PERSONAL	SABEN	NO SABEN
AUXILIAR EMPIRICO	9	13
TERAPEUTA	1	9
ENFERMERIA PROFESIONAL	3	10
LIC. EN ENFERMERIA PARCIAL	3	2
TOTAL	50	

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico correspondiente:



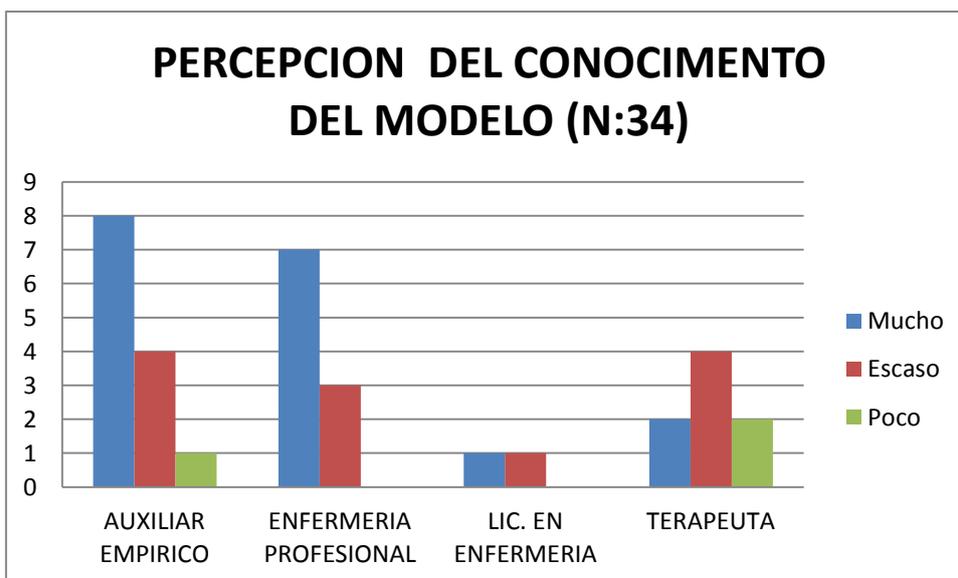
Comentario: Del total del personal encuestado siendo N=50. Los auxiliares empíricos son 23 en la institución y hay un leve prevalencia de los que no sabe. Los terapeuta son 10 existe en la que hay una marcada tendencia de no saber. El personal de enfermería profesional son 13, y se observa que se triplica los que no saben en relación de los que sí, y por último los licenciados en enfermería son 5 en la institución y se analiza que la mitad sabe y la otra mitad no. Concluyo diciendo que en su mayoría hay una tendencia de no saber cómo actuar en algunas situaciones que se presenta en todos los grupos mencionados.

Tabla Bivariada: Personal en relación con el conocimiento del modelo de atención adoptado por THADI.

CONOCIMIENTO DEL MODELO/PERSONAL	MUCHO		ESCASO		POCO	
	FA	FR	FA	FR	FR	FA
ENFERMERIA PROFESIONAL	7	22%	3	9%	0	
LICENCIADA EN ENFERMERIA	1	3%	1	3%	0	
AUXILIAR EMPIRICO	8	24%	4	12%	1	3
TERAPEUTAS	2	6%	4	12%	2	6
PARCIAL	18		12		3	
TOTAL	50		100%			

Fuente: Elaboración propia con base en datos de encuestas, aportados por la institución THADI durante el primer semestre del 2016.

Grafico correspondiente:



Comentario: El personal, dijeron conocer el modelo, mucho , escaso y nulo conocimiento. Concluyo diciendo que el personal auxiliar es el que menos conocimiento tiene de lo analizado. Teniendo en consideración que N=50, y el personal auxiliar empírico es un N=22, ósea que casi la mitad de la muestra analizada.

CAPITULO III
RESULTADO, DISCUSIÓN Y PROPUESTA

RESULTADO

Conclusión:

Al igual que otras instituciones y programas dedicados a la atención de personas adultas con discapacidad intelectual, Thadi es una institución que responde a las necesidades de los adultos mayores con discapacidad intelectual y a los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos al ser insertos en la vida en comunidad que ofrece el servicio de Hogar de Thadi, prestando especial atención al trabajo de las familias y a la interacción con el entorno. Destacamos como equipo investigador que las actividades diferenciadas que propone la institución en estudio caracterizan y definen la vida comunitaria que entregan a los residentes.

Por otro lado, hemos constatado que no se encuentra un servicio de características iguales a la institución en estudio, poniendo al descubierto la falta de organismos que atiendan por completo y en forma holística las necesidades de adultos mayores con discapacidad intelectual institucionalizados de manera permanente, teniendo en cuenta la complejidad de esta etapa completa.

La llegada de un nuevo integrante a esta gran familia modifica por completo su forma de vivir, originando disfuncionalidades familiares, sociales y económicas. En otras palabras cambia rotundamente la vida diaria y las rutinas de la persona con D.I.

Del mismo modo cambian la perspectiva de sus necesidades adaptándose a la vida en comunidad alejados de su familia de origen, por este motivo como equipo investigador nos pareció importante evaluar el conocimiento que poseen las personas a cargo de los cuidados en el hogar.

De acuerdo con los objetivos marcados, el análisis y la interpretación de datos arrojan las siguientes conclusiones:

- Se pudieron analizar, por un lado, características personales; respecto al sexo de la muestra los porcentajes arrojan una diferencia significativa (76% femenino y 24% masculino)

- . En cuanto a la edad la franja etaria mayoritaria de los trabajadores de la institución es la de 31 a 41 años (40%). La mayor parte del personal tiene una antigüedad inferior a 10 años (84%)
- De acuerdo a lo observado se puede decir que la mayor cantidad de la población pertenece al grupo de auxiliares empíricos (44%), seguido por los enfermeros profesionales (26 %), terapeutas (20%) y terminando con los licenciados en enfermería (10%). Se encuentran capacitados por la institución de forma mensual (98 %),
- Las actividades se basan en el modelo de atención de las ocho dimensiones los encuestados refieren tener conocimiento del modelo adoptado, pero los valores que arroja el diagnóstico situacional referido a las intervenciones que realizan los cuidadores en casos expuestos muestran resultados negativos.

PROPUESTA:

Teniendo en cuenta los valores arrojados de las encuestas realizadas surge la necesidad de capacitar al personal de forma permanente e todos los niveles de formación, debido a que las actividades son particulares en cada caso situacional, teniendo en cuenta la población a la que se aborda diariamente.

- Ofrecer charlas educativas o conferencia al personal a cargo de los cuidados con relación a las necesidades de la población
- Brindar herramientas o métodos visibles a todo el personal para manejarse efectivamente en cada situación límite que presente cada residente. Trabajar en forma interdisciplinaria con otras organizaciones relacionadas con esta población.
- Exponer los resultados de la investigación como artículos de libre acceso para crear conciencia laboral.
- Exponer los resultados de la investigación en cada sector de trabajo investigado.
- Realizar nuevamente la investigación luego de seis meses a un año para comparar resultados y cambios (si hay alguno) en el nivel de conocimiento de los profesionales, incluyendo a otros profesionales de la salud con relación a la población de adultos mayores con discapacidad intelectual.

BIBLIOGRAFÍA:

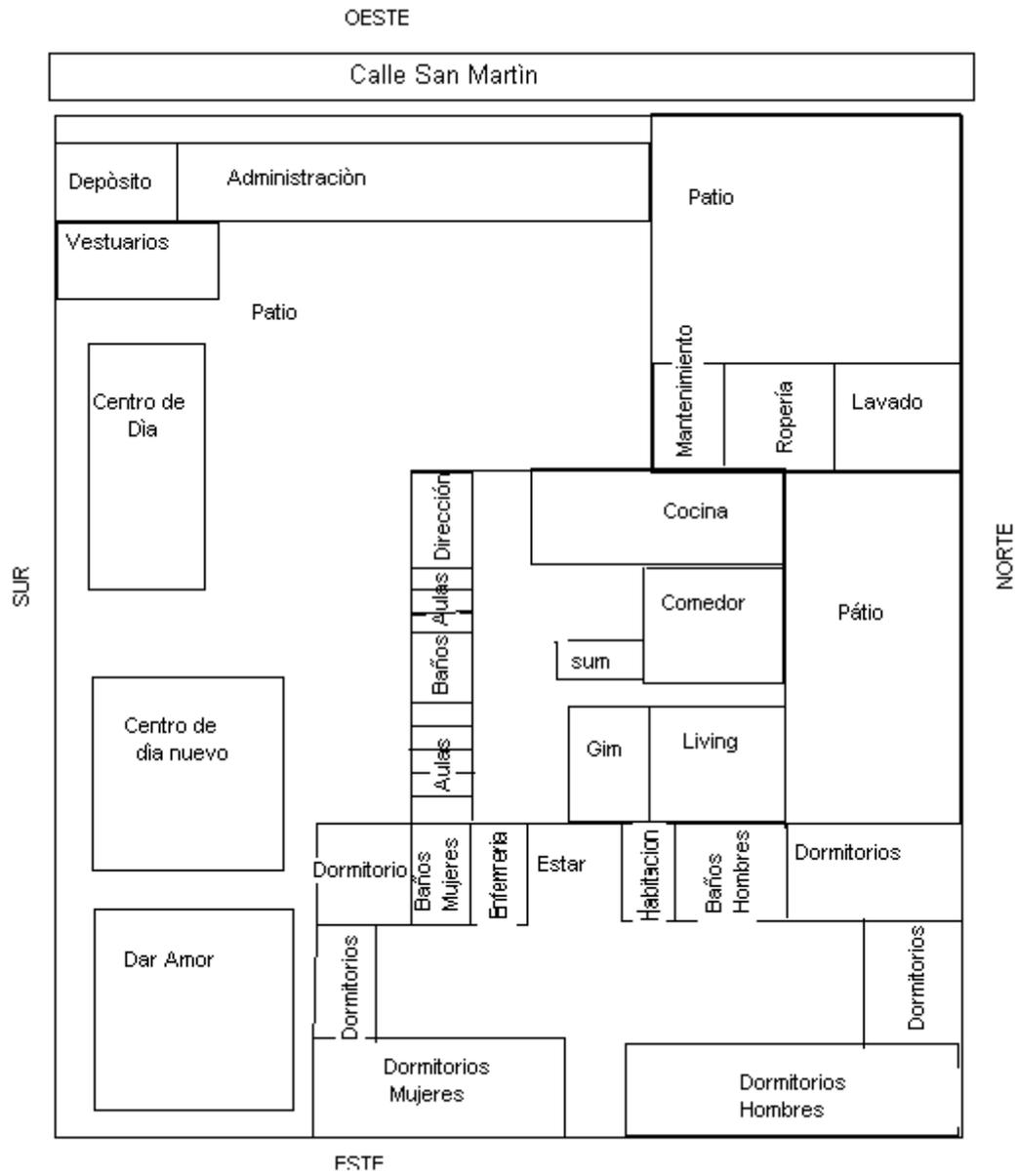
- Abbagnano N. Dicionário de Filosofia. São Paulo: MartinsFontes; 2003.
- Argenta MI. Compreender o processo de trabalho da enfermagem: uma necessidade para a profissão. Florianópolis: Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de PósGraduaçãoemEnfermagem; 2000.
- Asociación de Enfermería en Salud Mental. www.anesm.net. Consulta marzo 2007.
- Capella B, Gelbcke FL, Prado ML, Martins CR, Ramos, Flávia RSC. Cuidado: essência da enfermagem. In: Fundamentos de Enfermagem. Org.: Prado ML, Gelbcke FL. Florianópolis: Cidade Futura; 2002, pp. 16-29.
- Carvalho V. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática de enfermagem. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2004; 12(5):808-815.
- Collière M-F. Promover a vida -da prática das mulheres de virtudeaos cuidados de enfermagem. Damaia: PrintipolIndústrias Gráficas Ltda.; 1989.
- Collière M-F. Promover a vida -da prática das mulheres de virtudeaos cuidados de enfermagem. Damaia: PrintipolIndústrias Gráficas Ltda.; 1989.
- Erdmann AL. O sistema de cuidados de enfermagem: sal organizaçãonas instituições de saúde. Revista Texto e Contexto Enfermagem. 1998; 7(2):52-69.
- Erdmann AL. O sistema de cuidados de enfermagem: sal organizaçãonas instituições de saúde. Revista Texto e Contexto Enfermagem. 1998; 7(2):52-69.
- Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

- Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
- Goffman E (1987). Internados. Ed. Amorrortu-Murgía. Madrid.
- Goffman E (1987). Internados. Ed. Amorrortu-Murgía. Madrid.
- http://ocw.um.es/gat/contenidos/fcabello/tema6/3_clasificacin_del_retraso_mental.html
- <http://www.educaweb.com/profesion/enfermero-especialistas-salud-mental-505/>
- Leopardi MT. Cuidado: ação terapêutica essencial. Texto e Contexto Enfermagem. 1997; 6(3):57-67.
- Leopardi MT. Cuidado: ação terapêutica essencial. Texto e Contexto Enfermagem. 1997; 6(3):57-67.
- Mercês NNA, Marcelino SR. Enfermagem oncológica: a representação social do câncer e o cuidado paliativo no domicílio. Blumenau: Nova Letra; 2004. Neves EA, Marcelino SR. Cuidando e con
- Mercês NNA, Marcelino SR. Enfermagem oncológica: a representação social do câncer e o cuidado paliativo no domicílio. Blumenau: Nova Letra; 2004.
- Neves E. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2002; 6(1):79-92.
- Neves EA, Marcelino SR. Cuidando e con
- Nightingale, F (1990). Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es. Ed. Salvat. Barcelona.
- Nightingale, F (1990). Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es. Ed. Salvat. Barcelona.
- Peplau, HE (1990). Relaciones interpersonales en Enfermería. Ed. Salvat. Barcelona.
- Peplau, HE (1990). Relaciones interpersonales en Enfermería. Ed. Salvat. Barcelona.
- Prado ML do, Souza M de L de. Innovaciones y avances en el cuidado de enfermería: osadía e irreverencia para el acto de creación. XVI Congreso Argentino de Enfermería. Conferencia. 9, 10 y 11 de mayo, 2002.

- Prado ML do, Souza M de L de. Innovaciones y avances en el cuidado de enfermería: osadía e irreverencia para el acto de creación. XVI Congreso Argentino de Enfermería. Conferencia. 9, 10 y 11 de mayo, 2002.
- Puntel de Almeida MC. La investigación articulando la docencia y asistencia de enfermería para el cuidado humano. IX Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería; 2004.
- Rev Cubana Enfermer v.22 n.4 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2006
- Rev Cubana Salud Pública v.30 n.4 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2004
- Rev. esp. sanid. penit. vol.9 no.2 jul./oct. 2007
- [www.inserso.es>groups>doc_tec_21020](http://www.inserso.es/groups/doc_tec_21020).
- Souza Maria de L, Sartor VV, Padilha MI, Prado ML. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. Revista Texto e Contexto Enfermagem. 2005; 14(2):266-270.

ANEXOS

PLANO DE THADI



UBICACION GEOGRAFICA:

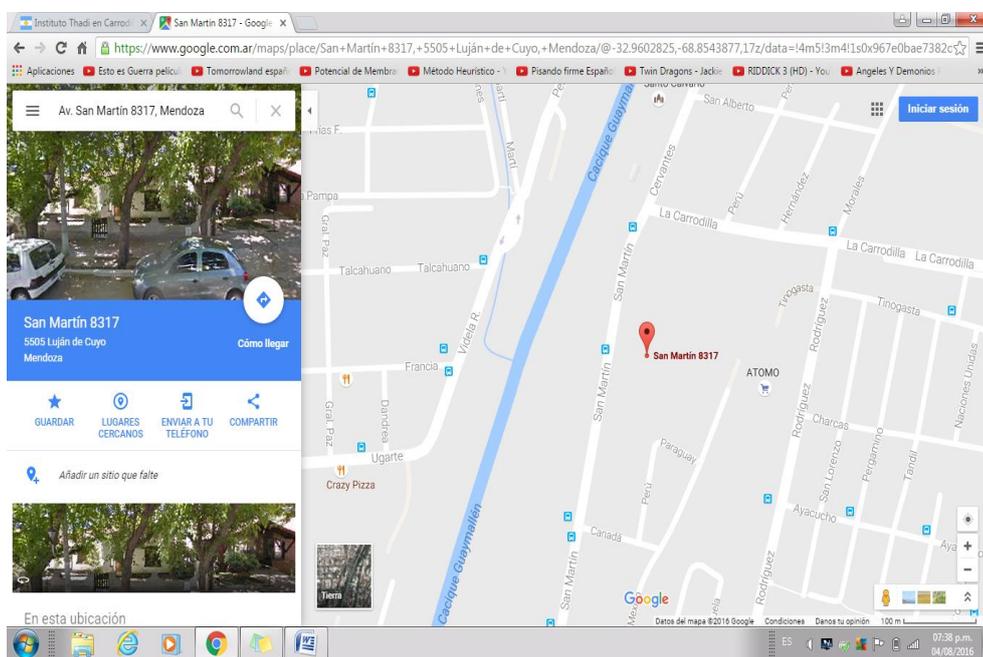


TABLA MATRIZ

N-ENC	EDAD	SEXO	ANT	TURNO	FORMACION	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	42	M	2A	M	LIC	SI	A	A	B	B	A	A	A	D	C	F	A	C
2	45	F	6A	I	AUX	SI	A	A	A	A	C	A	C	A	B	A	D	B
3	28	F	3A	N	ENF	SI	C	A	B	A	C	A	A	B	B	D	A	B
4	42	F	7A	I	AUX	SI	A	A	A	A	A	AC D	A	B	A	BE	AD	BC
5	26	M	8M	T	TER	SI	A	A	C	C	C	CD	C	D	D	BD	BD	AC
6	46	F	5A	I	ENF	SI	A	A	A	A	A	AD	A	C	A	CE F	AC	BF
7	33	M	10M	T	TER	SI	A	A	B	B	B	AD	B	B	C	CE	AD	BF
8	25	F	2M	N	AUX	SI	A	A	A	A	A	AD	B	A	B	CE	AD	BE
9	31	F	8M	I	AUX	SI	A	A	B	B	B	AD	B	B	B	AE	AF	A
10	51	M	15A	M	TER	SI	A	A	A	A	A	AC D	A	A	A	CE	BE	AD
11	46	F	6M	T	ENF	SI	A	A	B	B	B	A	B	B	A	F	A	F
12	49	F	2A	T	AUX	SI	A	A	A	A	A	A	B	B	B	CF	AD	CF
13	38	F	6M	M	AUX	SI	A	A	A	A	A	AB CD	A	C	A	BE F	AC D	BF
14	37	F	2A	T	ENF	SI	A	A	A	A	B	A	B	C	A	CF	AD	CF
15	36	F	8M	MIT	AUX	SI	A	A	A	A	B	A	B	C	A	CF	AD	CF
16	31	F	5A	T	ENF	SI	B	A	A	D	B	BC	B	D	A	CE	A	C
17	40	F	10A	I	AUX	SI	A	A	A	B	B	A	B	C	A	CF	AD	CF
18	28	F	2A	T	AUX	SI	A	A	A	B	B	A	B	C	A	CF	AD	CF
19	61	F	19A	I	AUX	NO			A	B	B	C	B	C	A	CF	D	C
20	43	F	5A	I	AUX	SI	B	A	A	B	A	AD	A	B	B	D	E	A
21	31	F	5A	I	TER	SI	B	A B	A	B	B	C	B	D	B	CF	AD	BC E
22	44	F	1A	TN	ENF	SI	A	A	A	A	B	C	B	D	B	C	AD	BC
23	40	F	4A	I	AUX	SI	C	A	A	A	A	AB D	B	D	A	CE F	AD	BC E
24	36	M	1A	MITN	AUX	SI	A	A	C	A	C	A	B	B	A	C	A	C
25	39	F	3M	I	AUX	SI	B	A B	B	B	B	C	B	B	C	F	A	F
26	56	F	30A	I	AUX	SI	C	A B	A	A	A	AC	B	C	A	CE F	AD	CF
27	28	F	1M	T	TER	SI	B	A	A	A	B	BC	B	C	A	C	DE	F
28	30	F	3A	M	LIC	SI	B	A	A	A	B	AB CD	B	D	C	BF	A	C
29	36	M	7M	T	AUX	SI	B	A	B	A	C	A	B	B	B	C	A	D
30	37	F	3M	M	ENF	SI	C	A	A	C	A	AD	A	B	B	D	D	D
31	50	M	6A	T	LIC	SI	B	A	B	B	B	C	B	B	A	B	A	D
32	39	F	3A	M	ENF	SI	B	A	A	B	B	B	B	A	D	E	D	D
33	43	M	4A	T	TER	SI	A	A	B	C	B	A	A	B	B	C	C	D
34	38	F	5M	M	LIC	SI	C	A	A	B	A	B	B	D	B	D	C	B
35	28	F	3M	M	TER	SI	B	A	B	A	A	A	B	A	B	B	D	D
36	33	F	1A	I	TER	SI	B	A	C	B	B	AB CD	B	C	C	AC E	AD	C
37	39	F	6M	M	AUX	SI	B	A	B	B	B	AD	B	D	B	AC	AF	EF
38	27	F	3M	N	AUX	SI	A	A	A	A	A	AB	B	D	A	BE	A	C
39	23	F	7M	T	AUX	SI	A	A	A	A	B	A	B	C	A	C	D	F
40	38	F	6M	N	ENF	SI	A	A B	B	B	B	AD	B	D	B	AB	AF	EF
41	42	M	2A	M	LIC	SI	A	A	B	B	A	A	A	D	C	F	A	C
42	45	F	6A	I	ENF	SI	A	A	A	A	C	A	C	C	B	A	C	B
43	28	F	3A	N	TER	SI	C	A	B	A	B	A	A	B	B	D	A	B
44	42	F	7A	I	AUX	SI	A	A	A	A	A	AC D	A	B	A	BE	AE	BC
45	26	M	8M	T	TER	SI	A	A	C	C	C	CD	C	D	D	BD	BD	AC
46	46	F	5A	I	ENF	SI	A	A	A	A	A	AD	C	A	AC	AC	D	BF
47	33	M	10M	T	ENF	SI	A	A	B	B	B	AD	B	B	C	CE	AD	BF
48	25	F	2M	N	AUX	SI	A	A	A	A	A	AC	C	A	B	CE	AD	BE
49	31	F	8M	I	AUX	SI	A	A	B	B	B	AD	B	B	B	AE	AF	A
50	26	M	7A	I	ENF	SI	A	A B	A	A	A	AC D	A	B	A	BE	AD	BC

CUESTIONARIO

Introducción: El presente instrumento forma parte del trabajo de investigación titulado: “El rol del cuidador en la adaptación del adulto mayor con discapacidad intelectual en la institucionalización”.

La siguiente encuesta es realizada por estudiantes de 2ª año del Ciclo de Licenciatura en Enfermería, perteneciente a la Universidad Nacional de Cuyo.

Es de carácter confidencial y reservado; ya que los resultados serán manejados solo para la investigación.

Agradecemos anticipadamente su colaboración.

Instrucciones:

A continuación se presenta una serie de preguntas a responder con una X, en cada respuesta que usted considere correcta.

Datos personales:

EDAD:		SEXO:		ANTIGUEDAD	
-------	--	-------	--	------------	--

1. ¿Qué turnos realiza en su jornada laboral?

T.MAÑANA		T. INTERMEDIO		T. TARDE		T. NOCHE	
----------	--	---------------	--	----------	--	----------	--

2. ¿Cuál es su formación?

AUXILIAR (CUIDADOR)	EMPÍRICO		ENF PROFESIONAL		LIC. ENFERMERÍA	EN	TERAPEUTAS	
------------------------	----------	--	--------------------	--	--------------------	----	------------	--

3. ¿RECIBE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN EL MANEJO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL?

SI		NO	
----	--	----	--

4. SI LA RESPUESTA ANTERIOR FUE SI RESPONDA ¿CADA CUANTO RECIBE CAPACITACIÓN?

MENSUALMENTE	
SEMESTRALMENTE(CADA SEIS MESES)	
ANUALMENTE	

5. ¿Dónde REALIZA LA CAPACITACIÓN?

EN LA INSTITUCIÓN	
EN FORMA PRIVADA	

6. ¿TIENE CONOCIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN ADOPTADO POR THADI?

MUCHO		ESCASO		POCO		NULO	
-------	--	--------	--	------	--	------	--

7. SEGUN SU OPINION ¿SE LOGRA PONER EN PRÁCTICA EL MODELO DE ATENCIÓN EN LOS NUEVOS RESIDENTES?

TOTALMENTE		A VECES		POCO		REGULARMENTE		NUNCA	
------------	--	------------	--	------	--	--------------	--	-------	--

8. ¿EL MODELO DE ATENCIÓN SE PONE EN MARCHA DE QUE FORMA?

RÁPIDA		PAULATINA		LENTA	
--------	--	-----------	--	-------	--

9. ¿QUÉ PROFESIONAL CONSIDERA FUNDAMENTAL EN EL MOMENTO DE LA ADAPTACIÓN DEL NUEVO RESIDENTE?

ENFERMERA PROFESIONAL	
MEDICO PSIQUIATRA	
PSICOLOGO	
MEDICO CLINICO	

10. ¿CÓMO CONSIDERA LA ADAPTACIÓN DEL NUEVO RESIDENTE A LA INSTITUCIÓN?

RÁPIDA		PAULATINA		LENTA	
--------	--	-----------	--	-------	--

11. ¿EN QUE TURNO SEGÚN SU OPINIÓN CONSIDERA MÁS CRÍTICA LA ADAPTACIÓN DEL NUEVO RESIDENTE?

T.MAÑANA		T. INTERMEDIO		T. TARDE		T. NOCHE	
----------	--	---------------	--	----------	--	----------	--

12. ¿CONSIDERA NECESARIO UN LUGAR ESPECÍFICO PARA LA ADAPTACIÓN DEL NUEVO RESIDENTE?

MUCHO		ESCASO		POCO		NULO	
-------	--	--------	--	------	--	------	--

PROBLEMAS SITUACIONALES:

13. EN EL CASO DE EXCITACIÓN DE ALGÚN RESIDENTE CON AUTISMO ¿QUÉ HARÍA USTED?

MEDICARLO EN FORMA URGENTE	
LLAMAR AL MÉDICO PSIQUIATRA	
CONTENERLO VERBALMENTE	
IGNORARLO	
CONTENERLO FÍSICAMENTE	
OFRECERLE COMPAÑÍA	

14. EN EL MOMENTO DE HIGIENE ANTE UNA NEGACIÓN DEL RESIDENTE, AL OFRECERLE INGRESAR A LA DUCHA ¿USTED COMO ACTUARÍA?

MOTIVARLO AL INGRESO	
OBLIGARLO A DUCHARSE	
SENTARLO EN LA SILLA DE RUEDAS Y BAÑARLO	
OFRECER UN DIALOGO AMENO	
BUSCAR UN SUPERIOR	
NO BAÑARLO	

15. EN EL MOMENTO DE ALIMENTACIÓN ANTE UNA NEGATIVA DEL RESIDENTE, AL OFRECERLE EL ALIMENTO ¿USTED COMO ACTUARÍA?

NO BRINDARLE EL ALIMENTO	
POSICIONARLO Y BRINDARLE EL ALIMENTO DE FORMA PAUSADA	
RESPETAR SUS TIEMPOS Y GUSTOS	
OBLIGARLO A INGERIR ALIMENTO	
SOLICITAR AYUDA A UN PERSONAL SUPERIOR	
BUSCAR AYUDA CON COMPAÑEROS	

“De las muchas desdichas que pueden golpear al ser humano, en su paso por la tierra, una de las más profundas y duras es la del retraso mental, ya que produce su impacto sobre aquella capacidad por la cual, el hombre más se ha definido a sí mismo como tal: la inteligencia”.
Núñez García-Sauco