

2009

La autonomía como principio bioético y como independencia funcional en adultos mayores institucionalizados

Alves, Eugenia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/698>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TO
Inv. 4097



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA



**“La autonomía como principio bioético
y como independencia funcional
en adultos mayores institucionalizados”**

**Tesis de grado presentada en la Facultad de
Ciencias de la Salud y Servicio Social, para optar al título de
Licenciatura en Terapia Ocupacional.**

Autoras:

**Alves, Eugenia
Martinangeli, Guillermina
Prome, Julieta**

Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina

Octubre 2009.

Directora



Lic. Emma García Cein

Codirectora



Lic. Ana Laura Auzmendis

Autoras



Alves, Eugenia
DNI 31.253.217



Martinangeli,
Guillermina Ana
DNI 30.061.950



Promé, Julieta
DNI 30.781.375

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
4097	/
Vot	/
Universidad Nacional de Mar del Plata	

01 OCT 2012

Agradecimientos

Agradecemos a nuestra directora Emma García Cein, a nuestra co-directora Ana Auzmenda, y a Norma Gordillo (profesora del taller de tesis), por acompañarnos en el último tramo de nuestra carrera, orientándonos en cada paso.

Un cordial agradecimiento a las Sras. Maria Elena Bernal Muñoz y Maria Isabel Barbero García, creadoras de la escala EMOAFAR, por su desinteresada colaboración, posibilitando y autorizando la utilización de la misma para esta investigación.

A las instituciones que nos permitieron acceder a la población de estudio, nuestro profundo agradecimiento, en especial a los adultos mayores que dieron su tiempo para responder a nuestras preguntas.

Cada una de nosotras se enorgullece y agradece haber compartido este hermoso grupo de trabajo, y alcanzar juntas esta importante meta.

Alves Eugenia Luján.

Mi eterno agradecimiento a mis padres (Alberto y Amabelia), por haberme dado mi carrera y acompañado en cada momento, a ellos mi primer y más importante agradecimiento.

A mis hermanos Natalia, Oscar y Graciela. A mis hermanos del alma Roberto e Iratí y a mi novio Daniel.

Al resto de mi familia y a mis grandes amigas.

Todos ellos son parte de este logro... ¡GRACIAS!

Martinangeli, Guillermina Ana.

Muchas han sido las personas que me han acompañado de forma incondicional en el trayecto de mi carrera y que hoy están conmigo para disfrutar de mi culminación académica, el anhelo y deseo más esperado.

En primer lugar agradecer a mis padres, Jorge y Alicia, por que sin su sostén, nada de esto hubiera sido posible.

A mis hermanas, por sus consejos y apoyo sin condiciones.

A mis amigas de Mar del Plata, por ser incondicionales.

A mi novio Lucas, por su apoyo emocional, por estar siempre sin pedir nada a cambio.

Promé Julieta Luján.

En primer lugar quiero dedicar este logro a mi padre Marcelino, por dejarme el legado de sus enseñanzas.

Agradecer profundamente a mi madre Susana, por ser un ejemplo de vida y mi guía, a mi hermana Tatiana, por ser mi compañera de vida.

A mi familia de sangre y del corazón, por su apoyo incondicional.

A mis amigas, por ser mi sostén en el camino que hoy termina.

¡GRACIAS a todos ellos por confiar y ayudar a hacer realidad este sueño!

Índice

Introducción.....	6
Fundamentación.....	8
<u>Primera Parte: Marco Teórico</u>	
Capítulo 1:	
1.1 Estado Actual de la cuestión.....	11
Capítulo 2	
2.1 Vejez e institucionalización.....	23
2.2 Autonomía como principio bioética y Autonomía como independencia funcional.....	35
2.3 Terapia ocupacional: abordaje de adultos mayores desde la bioética.....	56
2.4 Bibliografía capítulos 2.1/2.2/2.3.....	64
<u>Segunda parte: Aspectos Metodológicos</u>	
Tema.....	68
Planteo del problema y objetivos.....	68
Identificación y definición de la variable.....	69
Dimensionamiento de la variable.....	72
Diseño metodológico.....	85
Tipo de diseño y estudio.....	85
Población, muestra y unidad de análisis.....	85
Método y criterio de selección de muestra.....	86
Método e instrumento de recolección de datos.....	87
Prueba piloto.....	94
Técnicas de medición de datos.....	96
Análisis de los datos.....	97
Bibliografía aspectos metodológicos.....	99
<u>Tercera Parte: Resultados</u>	
Análisis e interpretación de los resultados.....	101

Cuarta Parte: Conclusión..... 116

Quinta Parte: Anexos

_ Escala EMOAFAR.....120

_ Cuestionario Semiestructurado: Autonomía como principio bioético de los adultos mayores institucionalizados..... 123

_ Autorización de uso de la escala EMOAFAR.....125

_ Carta de autorización para acceder a la población en residencia instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca..... 126

_ Consentimiento informado para realizar la prueba piloto..... 129

_ Consentimiento informado para realizar la investigación..... 130

_ Tablas de datos.....134

Introducción

El presente trabajo se propone conocer la **expresión de autonomía de los adultos mayores institucionalizados**; tomando dicho concepto desde dos miradas:

- Como un *principio bioético*, "Valor y derecho que implica la capacidad para auto gobernarse, actuando libremente como sujeto activo. Toda persona puede estar atravesando diversas circunstancias (edad, patología, crisis emocionales, situación socioeconómica adversa, factores ambientales desfavorables, etc.) pero aun así puede presentar la capacidad de regularse por sí mismo, con sus habilidades cognitivas, emocionales, volitivas y sociales que posibilitan potenciar sus opiniones, elecciones y acciones sin coacción externa"¹.
- Como *independencia funcional* que implica la condición, desde lo psicofísico, por la cual el sujeto es autosuficiente, teniendo la posibilidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales y actividades de recreación de acuerdo a sus necesidades y a las posibilidades que le ofrece la residencia en la cual permanece.

Nos abocaremos exclusivamente a la población de adultos mayores institucionalizados, debido a que es un grupo etario que se encuentra en una situación donde su autonomía puede verse amenazada. La permanencia de adultos mayores en instituciones hace presuponer una modificación en la expresión de la autonomía como consecuencia del cambio de hábitat, roles y funciones de las que formaba parte; dicho cambio exige al adulto mayor la adaptación a un nuevo hogar donde debe convivir con gente desconocida, compartiendo su espacio y tiempo, lo cual, generalmente se convierten en aspectos limitantes de la autonomía.

¹ ANGELI, EVALGELINA; ORTIZ DE ROSAS RUTH, RENE; QUIROGA, YANINA NATALIA. Aportes desde la terapia ocupacional respecto de la expresión de autonomía de las personas vulnerables, desde una perspectiva bioética. Tesis presentada en la facultad de ciencias de la salud y servicio social de la universidad nacional de mar del plata, de la carrera Lic en terapia ocupacional. Mayo 2002.

El elevado número de residentes y falta de tiempo del personal a cargo son factores negativos para la expresión de autonomía. Actualmente las instituciones geriátricas presentan un aspecto cada vez más comercial, donde lo económico se convierte en prioritario y se pierden aspectos primordiales de la salud bio- psico- social.

La Asamblea Mundial ^{II} sobre el envejecimiento alerta acerca del aumento poblacional de los adultos mayores, debido a lo cual cada día es necesaria una mayor y mejor preparación de los profesionales que se dedican a la atención de dicho sector, ya que tener la posibilidad de expresarse autónomamente favorece tanto la salud como a los aspectos sociales y psíquicos de la personalidad e identidad de toda persona.

Es de suma importancia abordar este tema, desde el ámbito profesional de Terapia Ocupacional, ya que el T.O. debe ser un facilitador y ayudar al paciente a ser en todo momento (y en el mayor grado posible) el protagonista de su propia vida. No solo se intenta ser independiente desde lo funcional, sino también en la toma de decisiones que hace a su modo de vida. Se debe realizar un análisis exhaustivo en cuanto a la limitación de la autonomía en la institución, para que de esta manera se pueda planificar un abordaje terapéutico apropiado. Reconocer a la autonomía como derecho propio de la persona es un aspecto clave en la salud de los residentes.

La presente investigación se llevará a cabo en tres instituciones geriátricas, las cuales dos de ellas son privadas, no prestadora de obra social y una es prestadora de PAMI.

Para obtener los datos de la autonomía funcional se utilizará una escala estandarizada, EMOAFAR (escala multidimensional de observación de la autonomía funcional del anciano en residencia) de las autoras Bernal, María Elena y Barbero, María Isabel (2002). Dicha escala evalúa la autonomía desde tres dimensiones: *físico, psíquico e interacción social*, para poder categorizar luego *en niveles asistenciales*. A dicha escala se le adjuntará un cuestionario de preguntas abiertas, de nuestra propia autoría con el fin de analizar la autonomía como un principio bioético.

^{II} Naciones Unidas, Viena, 1982.

Fundamentación

Este estudio surge de inquietudes personales que experimentamos durante las prácticas clínicas en el área de geriatría sobre la autonomía que posee el adulto mayor sin alteraciones cognitivas graves que convive en una residencia.

La persona que ingresa a una institución, se encuentra frente a una serie de cambios que le exigen la aceptación de una nueva forma de vida. Los hábitos, costumbres y roles que el adulto mayor sostenía viviendo en su hogar se ven influenciados para adaptarse a nuevas reglas, y normas.

Este cambio implica además compartir su tiempo y espacio con gente desconocida, teniendo por lo general habitaciones múltiples, en la cual solo podrá usar un espacio reducido para todas sus pertenencias. Todo este proceso conlleva aspectos psíquicos y emocionales muy movilizados que junto con los cambios biológicos que ocurren en este periodo del ciclo vital, exige una asimilación y una adaptación mucho más compleja.

Se parte del concepto de autonomía **como un derecho y valor que toda persona posee y exige su respeto**. Dicho principio identifica al adulto mayor como único, lo cual le da la característica de individualidad, ya que está enmarcado en la historia personal y familiar de cada persona, incluyendo el conjunto de valores, costumbres, creencias que fueron formando a través de las distintas etapas de su vida. La posibilidad de elección y decisión va a llevar siempre un tinte de esta individualidad.

Ciertos factores como la discapacidad física, enfermedades propias de la tercera edad, la convivencia en una institución adaptándose a las normas que ella exige, las crisis emocionales, etc., producen una disminución en la expresión de la autonomía. Por tal motivo se trata de entender este derecho no como un concepto absoluto que implique poseerla o no, sino como una condición que admite grados y está sujeta a variación.

Se investigará la autonomía desde dos miradas, por un lado la **autonomía funcional** que posee la persona en la institución, que indica la posibilidad de realizar las actividades de la vida diaria, instrumentales y de tiempo libre en forma independiente superando las dificultades que las complicaciones físicas, psíquicas y/o emociones propias del grupo etario

pueden acarrear. Y por otro lado la **autonomía como principio bioético** que indica la posibilidad de auto gobernarse, pudiendo elegir y decidir sobre su propia vida (salud, intereses, ocupaciones, etc.). Ambas miradas de la autonomía son sumamente valiosas para la salud mental de los adultos mayores, favoreciendo de esta manera la salud física y espiritual.

Se considera la tercera edad como una etapa de cambios y aceptaciones difíciles de toda persona. Si este momento se vive en una institución, por circunstancias económicas, familiares y/o personales la dificultad es aún mayor. La autonomía es un aspecto primordial en el adulto mayor que debería seguir teniendo en mayor o menor medida según sus posibilidades, lo cual favorece la autoestima, la confianza en sí mismo, los sentimientos de utilidad y valor; aspectos primordiales en la identidad de todo sujeto.

La presente investigación pretende indagar en qué medida el adulto mayor institucionalizado que no posee alteraciones cognitivas graves puede expresar su autonomía desde la independencia funcional y desde la mirada bioética. Se intenta conocer si el convivir en una residencia es una limitación importante en tal derecho.

Desde terapia ocupacional se busca que la persona se desempeñen en sus ocupaciones lo mas independientemente posible, destacando sus capacidades y minimizando las limitaciones tanto física, psíquicas o social mediante la reeducación, rehabilitación, adaptación y/o estimulación. Se pretende que el adulto mayor logre la máxima expresión posible de sus capacidades potenciales que lo conduzcan a una adecuada interacción e integración social.

Es valioso obtener este conocimiento y a partir de ello demostrar la importancia de la autonomía en la salud de toda persona a través de charlas, talleres o soportes gráficos, como folletos u otro medio expresivo.

Se apunta a que el personal a cargo del adulto mayor (familiar, profesional de la salud, personal de la residencia) tome conciencia de tal importancia y se ubique como punto de partida en su trabajo, pasando a ser además un aspecto fundamental de los objetivos institucionales.

Primera Parte: Marco Teórico

Capitulo 1: Estado Actual de la cuestión

El rastreo bibliográfico fue realizado en la web, mediante el buscador Google, las bases de datos Lilacs y Medline, y en las bibliotecas del Centro Médico, Naciones Unidas y la biblioteca central de la UNMDP correspondientes a la ciudad de Mar del Plata sobre la temática, teniendo como palabras claves: VEJEZ; INSTITUCIONALIZACION Y ETICA PROFESIONAL, se considera pertinente mencionar las siguientes investigaciones:

1. VEJEZ

- REGUERA NARANJO, J; CERVERA ESTRADA, L; RODRÍGUEZ FERRA, R; PEREIRA JIMÉNEZ, I; PEREZ RIVERO, J: Autonomía y validísimo en la tercera edad. Revista Cubana Med Gen Integr. Numero 17 (3):222-6. Año 2001.

Se realizó un estudio de intervención con el objetivo de conocer el grado de autonomía y validísimo alcanzado por la tercera edad en 2 consultorios de Médico y la Enfermera de la Familia pertenecientes al Policlínico Comunitario "Tula Aguilera" de municipio de Camagüey. El universo de trabajo correspondió a 215 pacientes entre los 60 y 89 años de edad a los que se les aplicó una encuesta antes y después de la intervención. Los resultados muestran que antes del trabajo predominó una evaluación desfavorable en el comportamiento y conocimiento sobre autonomía y validísimo que se incrementa con la edad y el sexo femenino. Después de la intervención se observó mejor comprensión de la autonomía y validísimo por edad y sexo.

- ANGELI, EVANGELINA; ORTIZ DE ROSAS RUTH RENEE; QUIROGA YANINA NATALIA. Aportes desde la Terapia Ocupacional respecto de la expresión de la autonomía de las personas vulnerables, desde una perspectiva bioética. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de ciencias de la Salud y Servicio Social. Año 2002.

Una investigación cualitativa, con un diseño no experimental y de tipo exploratorio- descriptivo. La muestra fue de 12 Lic. en Terapia Ocupacional y Terapistas Ocupacionales de las ciudades de Mar del Plata, Bahía Blanca, Necochea y Buenos Aires, con más de 5 años de ejercicio profesional en el área de incumbencia en el que se desempeñan al momento de la recolección

de datos. La técnica de recolección de datos fue una entrevista abierta semi estructurada. Los investigadores llegaron a interpretar los datos obtenidos y mencionan que los recursos técnicos y las posibilidades que estos ofrecen por los T.O. entrevistados fueron la actividad terapéutica, que implica el uso de materiales, herramientas, equipo, elementos, accesorios, cada uno con posibilidades y limitaciones peculiares; el conocimiento de técnicas que determinaran un código de ejecución; el análisis, selección y graduación de acuerdo a los objetivos terapéuticos planteados y a los logros esperados; y una propuesta de expresión, comunicación y aprendizaje.

Las actividades incluyen las A.V.D., A.I.V.D., adaptaciones, actividades artesanales, de expresión, estimulación, lúdicas, etc.

La expresión de autonomía se manifiesta en las posibilidades de entender y comprender los objetivos terapéuticos y las técnicas implementadas para el logro de los mismos; las posibilidades de elegir y decidir participar y permanecer en el proceso terapéutico, variar las modalidades de las técnicas implementadas y elegir actividades que de acuerdo a sus intereses resulten terapéuticas, entre otras. Desde el "hacer" también la autonomía se objetiva en el lenguaje de la actividad así como en las posibilidades vinculares que la misma ofrece.

Desde Terapia Ocupacional, entendemos que la independencia es un posible y válido intento de expresión de la autonomía desde una perspectiva bioética.

Reconocen que la autonomía excede los límites de la independencia como objetivo terapéutico, convirtiéndose en un referente de actitudes y valores frente al otro.

- ESTRADA RESTREPO, A; CARDONA ARANGO, D; BYRON AGUDELO GARCÍA, H. Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta de Medellín. Investigación y educación en enfermería. ISSN 0120-5307. número 2, Vol. 21, páginas 80-91. año 2003.

Se realizó una encuesta telefónica a 637 adultos mayores, seleccionados a través de un muestreo aleatorio sistemático, utilizando como marco muestra los 6498 adultos mayores con servicio telefónico en sus

viviendas y cuyo número estaba consignado en la Encuesta de Calidad de Vida de Medellín realizada en el 2001. La familia con un 90%, es la red informal que mas apoyo les brinda y constituye un factor de vital importancia para la satisfacción y el bienestar del adulto mayor, y las redes formales como organizaciones sociales se dan en un 28%. También se determino la importancia relativa que tiene para ellos sentirse capacitados para realizar sus actividades cotidianas, que les proporcionan un mayor grado de independencia, lo cual a su vez, mejora su autoestima: en este sentido se encontró cómo el 96% esta capacitado para realizar las actividades básicas cotidianas físicas, el 90% las sociales y el 80% las instrumentales.

2. INTITUCIONALIZACIÓN.

- CUELLO OTERO M. V, DOMÍNGUEZ M S, TORNABENE M. Condiciones ambientales y geriatría desde terapia ocupacional. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de ciencias de la salud y Servicio Social. Año 1997.

Se evaluó el conocimiento que los terapeutas ocupacionales poseen acerca de las condiciones ambientales y la importancia de las mismas en la planificación de los tratamientos para la autonomía funcional del gerente. Concluyen que el abordaje de T.O. en esta área contempla mínimamente el ambiente "las instituciones geriátricas se le otorga escasa importancia a las condiciones ambientales como medio para favorecer la calidad de vida del anciano.

- ROJAS OCAÑA, TORONJO GÓMEZ, RODRÍGUEZ PONCE, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. Departamento de Enfermería, Universidad de Huelva. Rincón científico. Comunicaciones. Año 2002

Se realizo una investigación con diseño pre experimental con estudio pre-test- postest de un solo grupo en dos momentos diferentes, es decir, medición previa y posterior a una intervención, que en este caso sería el tiempo Evaluar la influencia que ejerce la institucionalización en la autonomía de un

anciano en el momento de su ingreso en una residencia geriátrica de válidos y compararlo con el obtenido tras año y medio de institucionalización.

Se utilizo para medir las variables el Índice de Barthel, Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y el de Lawton, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

La muestra se compone 19 adultos mayores que ingresaron en la "Residencia Mixta de Pensionistas" de Huelva durante el período de tiempo comprendido entre 1 de enero y el 30 de abril de 2002. Todos son considerados como mayores válidos a la hora de ingresar, criterio entre otros que deben cumplir para ser admitidos como residentes.

El ámbito residencial con su fuerte estructuración puede propiciar elevados niveles de dependencia, llevando al anciano recién admitido a que tienda a ajustar su conducta, al tiempo que adopta una actitud pasiva ante la baja percepción de control ambiental, considerando el ingreso en la institución como una situación estresante. Los cambios que supone la institucionalización, suponen una privación, no sólo del modo de vida anterior, sino otras pérdidas significativas, que aumentan su vulnerabilidad. La persona mayor deja su casa, su hogar, los objetos significativos de toda una vida. Deja los vecinos, lugares espacios y tiene que adaptarse a un nuevo espacio con objetos, personas, rutinas, olores, comidas, residentes. A todo este impacto se le suma el fenómeno de la muerte. Al ser grupos vulnerables, la mortalidad presenta una prevalencia superior a la del entorno comunitario de donde procedían. Deben aprender a vivir con la muerte con más normalidad que otros grupos. La capacidad funcional observada (Índice de Barthel) tras el período de adaptación (20 días de ingreso) es alta. Casi el 40% respondían ser totalmente independientes, dato explicable debido a que como criterio principal de ingreso en la residencia es ser válido. Las actividades que han sufrido mayor deterioro funcional en los residentes encontradas en el Índice de Barthel son la deambulacion y el subir y bajar escaleras. Los residentes están en espacios desconocidos, el centro difiere de su entorno en características físicas, arquitectónicas y organizativas, con lo que sólo controlan durante su estancia en la residencia los espacios comunes obligatorios como el comedor o la enfermería y la habitación que se le ha asignado. En cambio, las actividades de auto cuidado como la alimentación es una de las que menos se ve afectada.

Esta actividad junto con la de arreglo personal son las que ellos consideran más personales tratando de mantenerlas alejadas del cuidado externo proporcionado por la propia institución; la pérdida de esta capacidad les supone un gran retroceso en su autonomía. A su vez (mediante el Índice de Lawton) se constata mayor deterioro funcional en las actividades instrumentales de la vida diaria, dado que tras dieciocho meses de ingreso en la residencia los mayores han sufrido un retroceso que traducido numéricamente supone el pasar de una puntuación máxima de 6 en la primera medición de dicha escala a 4 en la segunda.

- LIC. BELKIS SORIA BELL, DRA. ÁNGELA RODRÍGUEZ SAIF. Análisis de los aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. Año 2002

Un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo, con el objetivo de identificar algunas características psicológicas y sociales en ancianos institucionalizados en el hogar de ancianos "América Labadi Arce" de Santiago de Cuba, durante los meses de septiembre a noviembre de 1999. La muestra fue de 100 ancianos que no presentaron impedimentos mentales, donde predominó el sexo masculino y el grupo de edades de 70- 79 años. La principal causa que motivó el ingreso fue el vivir solo, seguida de una mala atención familiar y la no tenencia de familias. La preocupación por su salud fue la manifestación psicológica que más se destacó. El mayor número de ancianos consideró a la institución como su verdadero hogar, y fue mayoritario el número de ancianos adaptados a la institución.

- LIC. MELBA CINTRA VEGA, LIC. BELKIS SORIA BELL. Grado de satisfacción de los residentes del hogar de ancianos América Labadi Arce. Año 2002.

Un estudio descriptivo y prospectivo, con el objetivo de explorar el grado de satisfacción de los residentes durante los meses de enero a septiembre del año 1999. Se utilizó un método estadístico porcentual. Se aplicó la técnica de encuesta. Prevalió el sexo femenino y el régimen de vida interna, así como el grupo de edades de 60 a 65 años. Las actividades hogareñas estuvieron

altamente representadas, además hubo un elevado grado de satisfacción por parte de los albergados.

- RODGERS, V; NEVILLE S. Autonomía personal de los adultos mayores que viven en residencias: una apreciación global . Escuela de la salud, Universidad de Massey. Año 2003.

La autonomía tiene importancia para todos e incluye a aquéllas personas que requieren cuidado en residencias a largo plazo. Este artículo mira el concepto de autonomía particularmente respecto a la población de adultos mayores que viven en residencias. Examina los valores que apuntalan el ejercicio de la autonomía personal y cómo la autonomía individual puede reforzarse o puede restringirse. El vivir en una residencia geriátrica puede influir en la expresión de la autonomía funcional, y es un factor principal para que la misma pueda conservarse y pueda promoverse.

Este artículo ha iluminado las complejidades que rodean la promoción de autonomía personal en adultos mayores que viven en residencias. Ha defendido que la autonomía es derecho fundamental de todas las personas adultas mayores. Sin embargo, el concepto de discriminación por edad promueve una vista negativa de envejecer y propone una amenaza real a autonomía personal.

Las enfermeras de geriátricos están en primera posición para desafiar, renegociar y cambiar el terreno de cuidado en las residencias, hacia un ambiente que favorezca los principios de la autonomía personal. Sólo entonces los adultos mayores que vivan en residencias geriátricas podrán tener cubiertas sus necesidades y podrán gozar de su autonomía.

- AUZMENDIA, ANA LAURA. Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Año 2004.

El enfoque de la investigación es de tipo cuantitativo, el tipo de estudio es exploratorio descriptivo, no experimental y de corte transversal. El objetivo del trabajo fue conocer la calidad de vida global y la percepción de salud de los adultos mayores. Se utilizó el instrumento WHOQOL, perteneciente al modelo de performance Estilo de vida (MPEV). Este instrumento no solo evalúa la parte

externa sino también la percepción de la persona acerca de cómo ese desorden (institucionalización) afecta su nivel de funcionamiento, emotividad, actividad social y todos los aspectos que conforman su vida y las circunstancias en las que se desenvuelve.

Se tomo una muestra de 30 adultos mayores institucionalizados, a partir de los 60 años de ambos sexos, que residían en la Residencia Geriátrica Del Carmen, Residencia Geriátrica Mi Casa de la ciudad de Mar del Plata, periodo febrero- noviembre 2004.

Se pudo concluir que la calidad de vida global y percepción general de salud que tienen los adultos mayores institucionalizados, demuestra un perfil de normal a buena, expresado en términos de la escala antes mencionada.

3. ETICA PROFESIONAL

- BARNITT, R. *Dilemas Éticos en Terapia Ocupacional y Terapia Física: un estudio de profesionales en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido*. Escuela de Terapia Ocupacional y Fisioterapia, de la Universidad de Southampton, Highfield. Año 1998.

Los objetivos del trabajo fueron identificar los dilemas éticos experimentados por terapeutas ocupacionales y físicos que trabajaban en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido y comparar los contextos, temas y principios que atravesaron ambos grupos.

Se implemento un cuestionario estructurado, repartido entre 238 terapeutas ocupacionales y 249 terapeutas físicos. Los resultados arrojados por el mismo muestran que 118 terapeutas ocupacionales y 107 terapeutas físicos manifestaron haber experimentado dilemas éticos en los 6 meses previos.

De los dilemas éticos planteados por terapeutas ocupacionales, 50 de ellos tuvieron lugar en áreas de salud mental, a diferencia de terapeutas físicos. Los dilemas más comunes fueron el comportamiento peligroso de los pacientes y el staff no profesional y para el terapeuta físico las limitaciones en los recursos y la efectividad del tratamiento.

- CORREA, MARÍA PAULA; FUENTES, ANALIA. *Aportes para un marco regulatorio de carácter ético en el ejercicio profesional de Terapia Ocupacional.* Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio social. Año 1999.

Una investigación con diseño de tipo exploratorio. Se utilizó como instrumento de recolección de datos entrevistas no estructurada en profundidad, realizada a autoridades de distintas instituciones de la ciudad de Mar del Plata (Presidenta de la Asociación Marplatense de Terapia Ocupacional, Directora del departamento de T.O. de la facultad Cs Salud y servicio Social, titular de Práctica clínica de T.O. de dicha facultad) y entrevistas semi estructuradas o dirigidas aplicadas a T.O. / Lic. T.O. de diferentes áreas de desempeño profesional, durante el periodo julio- noviembre 1999. Las investigadoras fundamentan la necesidad de definir un espacio reflexivo de la comunidad profesional que oriente hacia la configuración de un marco regulatorio en el ámbito ético en el ejercicio profesional de Terapia Ocupacional, en la ciudad de Mar del Plata.

- FOYE, S. J.; KIRSCHNER, K. L.; BRADY WSGNER, L. C.; STOCKING, C Y SIEGLER, M. *Discusiones Éticas en rehabilitación: un análisis cualitativo de dilemas identificado por Terapistas Ocupacionales.* Instituto Kessler de Rehabilitación, en Sadle Brook, New Jersey, Estados unidos. Año 2002.

En la primera parte del estudio, los investigadores solicitaron a los Terapistas Ocupacionales que describieran 3 situaciones de su hacer cotidiano que puedan plantear problemas morales. En una segunda parte se les pidió que consideraran si varios temas éticos tradicionales eran de alto, medio o bajo interés para ellos. La tercera parte constaba en identificar los formatos que para ellos serían más apropiados en las intervenciones educativas futuras.

Los resultados obtenidos mostraron, que una de las situaciones conflictivas más frecuentes fue la reticencia del familiar o del paciente a las recomendaciones del equipo. En relación a la segunda sección, los entrevistados estaban particularmente interesados en temas tales como la resolución de conflictos entre pacientes y equipo, y el rol del paciente en la toma de decisiones.

- STRONG, S; BAPTISTE, S Y SALVADOR, P. *Aprendiendo de la práctica cotidiana en los profesionales de hoy para educar a las terapistas de mañana.* Escuela de Ciencias de la rehabilitación, de la universidad de McMaster. Año 2003.

Se emplearon grupos focales, entrevistas y cuestionarios, en 66 terapistas de un amplio rango de instituciones. Se les solicito que:

-Identificaran el conocimiento básico, habilidades y comportamientos profesionales requeridos para la práctica de su profesión.

-Determinaran el grado de entrenamiento en el que están preparados los estudiantes para la práctica profesional

-Mencionaran recomendaciones para la revisión del curriculum y/o para un desarrollo adicional del mismo.

Los resultados mostraron que hubo un fuerte acuerdo en cuanto a lo que los practicantes consideraban que se requería para la efectividad de la práctica, pero existieron puntos de vista dispares en cuanto al grado de preparación para la misma.

- BENEDETTI ZUNINA MARÍA ELENA, PASTOR CARAVAJAL SABRINA MARÍA, BANDRÉS SÁNCHEZ MARÍA PILAR. *Evolución de la autonomía del paciente en el proceso de la toma de decisiones medicas, en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital nacional Arzobispo Loayza.* Año 2004.

Se realizo un estudio descriptivo transversal con una muestra de 281 pacientes. Se aplico una encuesta para identificar el encargado de tomar las decisiones diagnosticas y/o terapéuticas, evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes en relación al manejo de la información relativa a su salud y el conocimiento de sus derechos. De los encuestados, en su mayoría fueron mujeres, el ejercicio de autonomía según los resultados recabados fue limitado, mayormente quien toma las decisiones es el médico, pero los pacientes preferirían que sea en conjunto. Hay una tendencia creciente a que los pacientes sean conscientes de sus derechos y puedan ejercerlos.

- DIERUF, K. Razonamiento moral en estudiantes de terapia física y ocupacional. Centro de ciencias de la Salud de la Universidad de Nuevo México (U.N.M). Año 2004.

Esta investigación fue diseñada para determinar el impacto de los programas educativos de la universidad de Nuevo México sobre el razonamiento moral de los estudiantes. El desarrollo moral, en el estudio se basa en la teoría de Kohlberg, quien identifica la justicia como un principio universal.

A partir de las teorías de Kant, Piaget y otros, Kohlberg desarrolla en Estados Unidos, una teoría sobre el desarrollo del juicio moral, el cual se conoce como "Cognitivo- Evolutiva". Su teoría establece tres niveles de desarrollo moral, cada uno de los cuales consta de dos estadios intermedios. Estos estadios morales son estructuras de razonamiento moral. El contenido del juicio moral en una situación dada puede observarse en la decisión que adopta una persona en dicho momento; y el razonamiento sobre su decisión define la estructura de su juicio moral.

Estos niveles de desarrollo moral son conocidos como moralidad pre-convencional, moralidad convencional y post-convencional. La moralidad pre-convencional se focaliza en las percepciones egocéntricas de lo correcto e incorrecto (estadio 1 y 2) y es el nivel de la mayoría de los chicos menores de 9 años, algunos adolescentes y muchos adolescentes y adultos con tendencias criminales. En el pensamiento convencional (estadio 3 y 4), la consideración esta puesta en como las acciones son vistas por los demás y se adhiere el reconocimiento del deber y orden social. Este es el nivel de la mayoría de los adolescentes y adultos. El nivel más alto es el de la moralidad post-convencional, donde los individuos toman decisiones basados en principios morales universales. Este nivel agrega consenso social acerca de derechos y habilidades para usar principios morales abstractos. Incluye los estadios 5 y 6 y es alcanzado por unos pocos adultos.

Kohlberg argumenta que el desarrollo moral del individuo no se reduce a interiorizar las reglas sociales, sino que construye nuevas estructuras a partir de su interior acción con el medio.

Para el razonamiento lógico se da antes que el razonamiento moral; ya que el sujeto solo puede razonar abstractamente y considerar las relaciones entre sistemas, si esta en el estadio de operaciones formales.

La validación del sistema Kohlberg ha sido bien establecida a través de las culturas y bajo una amplia variedad de situaciones socioeconómicas en estudios alrededor del mundo.

- ESTRADA, MARICEL. Conocimiento de los alumnos de práctica clínica I acerca de los conceptos básicos de bioética. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Año 2006.

Un estudio exploratorio- descriptivo no experimental de corte transversal. La población está conformada por alumnos de la carrera Lic. en terapia ocupacional que hayan realizado o estén realizando su primer práctica clínica en la ciudad de Mar del Plata en el periodo marzo 2005, diciembre 2006 pero que no hayan cursado la materia Ética y deontología profesional. Se detecto que los alumnos poseen un nivel de conocimiento medio o bajo acerca de los conceptos de bioética. El nivel de conocimiento es levemente superior en lo que respecta a principios normativos. La mayoría de los alumnos consideran necesario la inclusión de la materia Ética y Deontología profesional previo a la realización de la práctica clínica.

Luego del rastreo bibliográfico pudimos ver que existe diversidad de investigaciones en lo que respecta a la vejez y de institucionalización, pero no se encontraron investigaciones referidas a la **autonomía** como principio bioético e independencia funcional en los adultos mayores institucionalizados.

Hemos hallado además investigaciones sobre la ética de los profesionales, lo que consideramos importante, ya que, si estos son formados éticamente, pueden ofrecer posibilidades a los pacientes para expresar sus derechos.

La bibliografía encontrada fue muy útil como punto de partida de nuestra tesis, y nos permitió obtener una actualización respecto al tema.

Capitulo 2

2.1 Vejez e institucionalización.

2.2 Autonomía como principio bioética y Autonomía como independencia funcional.

2.3 Terapia ocupacional: abordaje de adultos mayores.

2.1 Vejez e institucionalización.

Vejez. (1), (2),(3),(4),(7)

El **envejecimiento** es un proceso largo que comienza cuando nacemos y finaliza con la muerte.

La **vejez** es la última etapa de la vida. Adquiere importancia en la mediana edad. Momento en el cual, psíquicamente se apunta a la percepción del tiempo como finito y al registro de cambios físicos, internos y externos (marcas sociales) a partir de cuya elaboración podrán encontrarse diferentes salidas hacia una vejez ligada a lo creativo, o a modelos patológicos.

Se reconoce la *edad física*, como una variable relevante, pero no todas las personas envejecen o cambian físicamente al mismo tiempo, sino que *la historia de vida* (salud, educación, nutrición, relaciones familiares, etc.) es una variable que condiciona esta etapa.

La vejez es una construcción social e histórica; posee el significado que el modelo cultural vigente da a los procesos biológicos que la caracterizan.

En Argentina se toma la edad de 60 (sesenta) años, adoptada por Naciones Unidas en la primera asamblea Mundial sobre Envejecimiento, realizada en Viena, en el año 1982, como límite para ingresar a la vejez.

Es esencial diferenciar los efectos del “**envejecimiento normal**” de los ocasionados por enfermedades prevalentes en el anciano “**envejecimiento patológico**”. La fisiología del envejecimiento, aunque cambia entre los diferentes tejidos de un sujeto causa una pérdida de un 1% en la función de cada órgano, por cada año transcurrido después de los treinta y cinco años. Se considera que la capacidad funcional en el joven es de cuatro a diez veces superior a las necesidades medias, la mayoría de las funciones no se ven comprometidas en el anciano, por lo que no es aceptable pensar que la patología, dolor o síntoma es propio de la edad. Puede ocurrir lo contrario, confundir los cambios ocasionados por el envejecimiento con una enfermedad. Estas situaciones hacen susceptible al anciano a la iatrogenia. De esta manera se puede afirmar que existen dos tipos de **envejecimiento**: el llamado **natural**, provocado por el mero transcurrir del tiempo y el denominado **sociogénico**, provocado por las condiciones socio- culturales- económico- políticas que ubican o insertan a cada persona en un lugar determinado de la cadena etaria.

“...Desde el nacimiento el organismo envejece, esto es, va sufriendo la acción del tiempo y va transformando sus características y sus posibilidades. Pero también es cierto que tanto las características como las posibilidades son recogidas por el entorno social para fijar pautas y cotas, y determinar que puede y que no puede, que debe y que no debe hacer una persona...”^{III}

La OMS ha adoptado la expresión de “**Envejecimiento activo**” refiriéndose al proceso de aprovechamiento y optimización de las oportunidades que favorecen el mantenimiento del bienestar físico, social y mental a lo largo de toda la vida a fin de aumentar la esperanza de vida sana y la calidad de la vida en la edad avanzada (II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Madrid 2002).

El *envejecimiento activo* depende de una diversidad de influencias o determinantes que rodean a las personas, las familias y las naciones. Estos determinantes pueden aplicarse a la salud de todos los grupos de edad.

-*Cultura y género.*

-*Sanidad y servicios sociales:* promoción de la salud. Prevención de enfermedades. Asistencia de larga duración.

-*Factores conductuales:* abandono del tabaquismo. Actividad física. Alimentación sana. Control de los problemas causados por el alcohol. Uso correcto de la medicación.

- *Factores personales:* biología y genética. Capacidad de adaptación.

-*Factores del entorno físico:* ámbitos urbanos y rurales. Seguridad de la vivienda. Prevención de caídas.

-*Factores del entorno social:* apoyo social. Alfabetización. Protección contra la violencia y abuso.

-*Factores económicos:* ingresos. Trabajo. Protección social.

Durante la vejez, los lazos que a lo largo de la vida se habían incorporado y habían conformado la red social, se van perdiendo. De esta manera la red de apoyo de las personas de edad tiende a reducir su tamaño, distribuirse irregularmente y perder funcionalidad.

El estilo de vida en la vejez, depende de la recepción del impacto de las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales como también el modo de

^{III} DORFMAN LERNER BEATRIZ. *Con que envejeciendo, eh?* Pág.25. Grupo editorial Lumen. Buenos Aires. Año 2002.

concebirlas y situarse frente a ellas. A medida que quien envejece experimenta los cambios que se van sucediendo, debe ir modificando activamente y reconstruyendo las expectativas de vida futura y las interpretaciones acerca de la vida pasada.

Un aspecto importante que sufre un alto impacto en esta etapa es la *imagen corporal*, la cual queda definida a partir de *tres niveles*: el *primero*, ligado a la forma o esquema corporal, alude a una realidad perceptual: es decir, a la serie de sensaciones exteroceptivas ligada a los sentidos. El *segundo* nivel está generado por las sensaciones interoceptivas, que incluirían la tensión-distensión, el placer- displacer, los movimientos ligados al equilibrio y las vicisitudes del dolor. El *tercer* nivel estaría determinado por el cuerpo erógeno, síntesis en la que están en juego fantasías sexuales en relación al deseo y la prohibición. Todas estas representaciones configuran la imagen consciente e inconsciente del yo corporal, que en esta época de la vida suele sufrir transformaciones involutivas que van determinando cierta vulnerabilidad. En el nivel perceptual hay una complejización en la interpretación y significación de los estímulos, auditivos, táctiles, visuales y olfativos, alternándose el umbral en cuanto a la magnitud de estímulos que se registra en la conciencia. En el segundo nivel, interoceptivo, se producen alteraciones en la tolerancia al dolor, la temperatura, el incremento de la tensión muscular con fatigabilidad, como también ciertas habilidades psicomotrices disminuyen. El tercero y último nivel es el referido al cuerpo erógeno donde aparecen conductas y actitudes que aluden a estadios pregenitales como el exhibicionismo, el voyerismo y el sadomasoquismo.

En esta etapa, surge además un *nuevo contexto de socialización* asociado al disfrute del tiempo libre y del ocio. Las relaciones sociales que dan origen a la socialización de las personas en la vejez pueden delimitarse desde *cuatro perspectivas interrelacionadas*: las relaciones interpersonales, las redes sociales, los sistemas de apoyo y los efectos de las relaciones sobre la salud y el bienestar de las personas.

“En la vejez, caracterizada por la transición de intensa actividad a pasividad, y donde si bien se pierden roles relacionados al trabajo, a veces a la familia, a la amistad, también se hace posible asumir otros roles, en base a las

ocupaciones de tiempo libre que cobran mayor protagonismo a partir de la jubilación, junto a otras que continúan desempeñándose”^{IV}

Se entiende por tiempo libre es toda aquella actividad que se realiza a partir de una elección voluntaria, libre de obligación horaria y de asistencia rigurosa; comprende diferentes ocupaciones desde aquellas que permite canalizar las capacidades creativas a través de la auto trascendencia y la autoexpresión, hasta las que permiten satisfacer las necesidades más pasivas y de asistencia; resultando en cualquier caso, placenteras para el individuo que las realiza. Se clasifican en dos áreas:

-*Ocio*: Ocupaciones pasivas, donde la persona limita su tendencia espontánea a explorar y dominar el medio ambiente y por ende de interacción. Donde haya un tiempo para el relax, para el placer del descanso físico y mental, satisfacer necesidades de asistencia, un momento para el reencuentro de sí mismo.

-*Recreación*: Ocupaciones activas y pasivas. Diferentes actividades que satisfacen la necesidad natural y espontánea del individuo de explorar y dominar el ambiente e involucran aspectos socioculturales que contribuyen al enriquecimiento tanto personal como grupal.

Las *ocupaciones activas* son aquellas donde el individuo participa desde un rol protagónico: Actividades en el hogar (escribir, pintar, otras), Actividades al aire libre (gimnasia, caminar, bailar, otras), actividades en lugares cerrados (teatro, cursos, talleres).

Las *ocupaciones pasivas* son aquellas donde el individuo participa desde un rol de espectador. Actividades dentro del hogar (mirar televisión, escuchar radio, leer, otras), actividades al aire libre (mirar vidrieras, pasear, otras), actividades en lugares cerrados (museos, teatros, conferencias)

El *significado de la vejez* esta dado por la atribución de valor que la sociedad le otorga al envejecimiento. “El imaginario social construye, destruye y reconstruye los modos de ser, las expectativas, las obligaciones, los deberes y los derechos. El significado se enlaza con los sistemas normativos que rigen

^{IV} MIRANDA CLAUDIA Y OTROS. La ocupación en la vejez. Una visión gerontológica desde Terapia Ocupacional. Pág. 208. Segunda edición. Ediciones Suárez. Mar del Plata. Argentina. Año 2005.

los comportamientos individuales y grupales, con las metáforas que ayudan a explicarlos y predecirlos”^V.

Vejez, como juventud, niñez, femineidad, masculinidad, es un *constructo social*. Cobra significado y sentido en la perspectiva de una metáfora global. Puede ser, etapa de un proceso, tal vez terminal, de un ciclo que va recorriendo el espectro de tareas, deberes, realidades y desafíos, ritos de pasaje y crisis.

En esta etapa de la vida el adulto mayor generalmente necesita de *cuidados y asistencias*, con lo que la familia es el principal responsable del cuidado de sus miembros ancianos, esta responsabilidad se ha venido ejerciendo desde siempre ya que la mayoría de las personas de edad permanecen firmemente integradas a sus sistemas familiares. El cuidado de los adultos mayores se da en forma directa e indirectamente.

El **directo** esta dado por todas aquellas personas que asisten al afectado. En el se incluyen el *cuidador informal*, el cual, no dispone de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la misma, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. Es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos.

El *cuidador formal* está capacitado a través de cursos teóricos- prácticos de formación dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia para brindar atención preventiva, asistencial y educativa al anciano y a su núcleo familiar. Su campo de acción cubre el hogar, hospital de día, clubes y centros de jubilados, residencias geriátricas y servicios sanatoriales.

Los **cuidadores indirectos** son los actores sociales con injerencia potencial o responsabilidad directa en el apoyo y la asistencia del anciano y su familia. Representantes y organismos del Estado en todos sus niveles y funciones, obras sociales, servicios de salud, organizaciones del ámbito educativo y organizaciones no gubernamentales de la tercera edad.

El proceso por el cual la familia se hace cargo del adulto mayor puede ser un proceso lento, en el cual generalmente comienza con ayudar en algunas

^V SALVAREZZA LEOPOLDO. *El envejecimiento. Psiquis, poder y tiempo*. Pág. 148-149.

Editorial Eudeba. Facultad de psicología. Universidad de Buenos Aires. Julio 2001

tareas de la vida diaria: realizar compras, colaborar en la limpieza, acompañarlo al médico, etc. Esta situación depende de cómo se va preparando la declinación en el familiar, en donde por problemas mentales, sociales y/o físicos la familia comienza a actuar como soporte, contribuyendo así al mantenimiento del anciano en el medio familiar.

Al registrarse un déficit en la autonomía del anciano, se observa la aparición de una doble crisis, la de los adultos mayores en quienes la necesidad de autonomía se mezcla con la necesidad de apoyo a medida que aumenta la dependencia y la crisis de la familia por las pérdidas que observan en sus familiares, en primer lugar, para luego sentir temor a perder su propia autonomía, en pos de la necesidad de su familiar anciano.

El acto de cuidar trae aparejado muchas veces un elevado costo personal, puede provocar en el cuidador agotamiento, pérdida de privacidad, miedo, vergüenza, ansiedad, tristeza, irritación, pérdida de la libertad, trastornos financieros, preocupación, culpa, aislamiento.

Se concluye que la vejez será vivida de acuerdo a la posición que se adopte. A medida que se acerca a dicha etapa, se deben activar las *capacidades de elaboración*, es decir, de comprensión y aceptación del momento que se está viviendo. Se puede contribuir a una visión más positiva de dicha etapa:

- Considerar a la vejez como una etapa más de crecimiento personal, en las actividades, los proyectos y las relaciones con los demás, a pesar que el contenido, ritmo y perspectiva social sea diferente a otras etapas.
- Defender la autonomía personal y social, poder ser capaz de conservar la decisión sobre la propia vida y las aptitudes de relación, dignidad y respeto en el marco familiar y social.
- La aceptación de las limitaciones y los cambios que conlleva la edad, tanto en el plano físico (limitaciones de salud) como en el plano afectivo (pérdida de personas) y en el plano social (menor protagonismo).

Institucionalización (6), (8), (9)

La *institución* es definida por Goffman “como un lugar de residencia... donde un gran numero de individuos en igual situación aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo comparten... una rutina diaria administrada formalmente. Todos los aspectos de la vida se desarrollan en un mismo lugar y bajo la misma autoridad...”^{VI}

Residencia geriátrica.

“Centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio sanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia”^{VII}

“Unidad asistencial de estadía permanente, transitoria o ambulatoria para personas mayores de 60 años, sanas o enfermas, que cuenta con un conjunto de recursos físicos, humanos y tecnológicos con una conducción única. Estos establecimientos deben generar un ambiente de convivencia y participación que garantice la libertad, la comunicación, la seguridad y el derecho a los residentes a la autonomía personal y a cooperar en la gestión institucional”^{VIII}

El ingreso del adulto mayor a una institución exige la *adaptación* de una forma de vida diferente. En muchos casos el adulto mayor no fue consultado de tal cambio y se encuentra transitando un periodo de angustia, ansiedad, confusión temporo- espacial o marcados estados depresivos. No puede comprender el objetivo de su presencia en un grupo del que no se siente parte.

^{VI} C.O.L.T.O. III. Terapia Ocupacional. Actualizaciones en teoría y clínica. Autoras T.O. Susana Rubistein y Lic. Norberto Volij. Pág. 27. Argentina. Año 1995.

^{VII} SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA. Residencias para Personas Mayores. Manuel de Orientación. Ed. Artes Graficas Gutemberg. Capitulo I Pág. 33. España 1995.

^{VIII} LOMBARDI MARIA CRISTINA, CIAPPA GUSTAVO. Eje I: Proyecto de gestión en un complejo de residencias de mayores. Logros y obstáculos. En: GOLPE LAURA, ARIAS CLAUDIA. 1º Simposium Argentino de Gerontología Institucional. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología. Año 2004.

La adecuación a nuevas reglas y patrones de conductas que lo enfrentan, según Salvarezza a una situación de desculturación de un yo individual a un yo colectivo, que confrontan con hábitos y costumbres que preservaban su estilo. Tales hechos a veces se ven agravados por la presencia de alguna discapacidad. La adaptación a la institucionalización provoca en el adulto mayor diferentes grados de stress que se pueden manifestar en: alteraciones en el sueño (insomnio), gastrointestinales (constipación, por ejemplo), acentuación de afecciones respiratorias (disnea) afecciones cardiovasculares (aumento de la tensión arterial), afecciones neurológicas (hipertonía, espasticidad), dificultades en la orientación témporo- espacial, labilidad emocional y/o conductas de aislamiento.

Se ve en los geriátricos, los fines de obtener lucro utilizando a los adultos mayores como objeto de consumo masivo y aprovechando la continua expansión del número de la población mayor de 65 años. El geriátrico pasa a ser un ente comercial, es competitivo en relación con otros negocios redituables. El adulto mayor deja de ser alguien para convertirse en algo, deja de ser reconocido por el otro como un ser humano deseable y, por lo tanto, se le adjudica un lugar de desecho, se lo transforma en una cosa. El camino para solucionar estas cosas pasa por la capacitación de la mayor cantidad de personas que están implicadas en la relación con ellos.

Los objetivos inmediatos de Terapia Ocupacional en geriatría deben posibilitar la existencia de una convivencia armoniosa en la institución, rescatar hábitos, costumbres y tratar de compatibilizarlas con las reglas existentes en la residencia, posibilitar que traigan diferentes objetos (adornos, radios, muebles, otros) que sean de su agrado y que refuercen el sentido de pertenencia e identidad, favorecer la comunicación e interrelación con el personal. Es importante convocar a familiares que aporten datos de interés acerca del adulto mayor.

Salud- enfermedad

El adulto mayor sano es aquel que está en condiciones de hacerse cargo de su salud y de su enfermedad. A pesar de su enfermedad no están impedidas sus funciones. Es aquel que puede reconocer sus angustias, pero cuenta con recursos para superarlas.

Una de las nociones que se priorizan como necesidad social básica es la de Pertenencia, asociada a la de Identidad Social en la medida que la integración a un grupo, institución, ideología ofrece un punto de referencia y de continuidad con un sostén colectivo. Este requisito adquiere gran relevancia a medida que se van produciendo pérdidas sucesivas, viudez, muerte de amigos, alejamiento de hijos. Al fantasma de la soledad y el vacío se añade la inseguridad provocada por el debilitamiento de funciones, el registro de carencia se generaliza, se torna imprescindible la presencia de los otros como red de contención. Mantener un ámbito identificatorio en el que el individuo se reconozca y registre ser reconocido, es fuente de estímulo a sus circuitos deseantes, y da continuidad a su sentido de vida.

El fenómeno social de la *dependencia* reconoce una serie de causas y factores (económicos, culturales, etc.) que influyen sobre el adulto mayor. Los factores biológicos y físicos ocupan una primera posición en lo que respecta a la dependencia: las progresivas disminuciones de las capacidades sensoriales, las enfermedades crónicas, la medicación y sus efectos adversos.

El concepto de *dependencia* cambia en las diferentes sociedades. En las occidentales, algunos grupos sociales reciben el estigma de dependientes con mayor frecuencia que otros grupos. En otros sistemas societarios, con otros valores y objetivos, los mayores están ubicados en un lugar privilegiado, por su sabiduría, su experiencia e incluso por su poder económico.

(10) En toda institución se forma lo que se denomina *Cultura Institucional* que alude a un sistema de significados compartidos por una gran parte de los miembros de una organización que la distingue de otras, generando tramas de sentido específicas o particulares. La cultura institucional incluye un lenguaje, un conjunto de imágenes sobre la organización, su tarea, los roles, el manejo del tiempo y del espacio, los recursos y las relaciones con el contexto. La cultura institucional- organizacional resulta del intercambio de los sujetos entre si y sus condiciones materiales; intercambio sostenido en procesos identitarios y en la adhesión a valores promovidos por la sociedad. Por ello, toda cultura institucional esta en un permanente proceso de construcción y reconstrucción, lo que le otorga una dimensión dinámica. Esa dinámica institucional tiende a reproducir la cultura social dominante en el contexto, vinculando sus prácticas y sentidos a los significados validos en el entorno social. La cultura es una marca

de referencia compartida; son valores aceptados tanto por los miembros de los equipos de trabajo de cada organización particular, como por los miembros de otras organizaciones vinculadas a su accionar (la familia, el Estado, las organizaciones sanitarias y sociales, etc.). Tratándose de un marco de referencia, la cultura institucional no atiende soluciones puntuales, pero señala las prioridades y preferencias globales que orientan los actos de la organización. La cultura institucional indica cual es el modo esperado de pensar y actuar frente a situaciones concretas en determinados contextos y, de ese modo, regula las acciones de los que se incluyen e "el juego social de la organización".

Datos estadísticos sobre el envejecimiento en Argentina.

(10) En nuestro país los mayores de 60 años constituyen el 13,4 % de la población del país. De ellos 2,3 %(114.060) viven en instituciones colectivas. Del total de personas institucionalizadas una de cada tres tiene 60 años y más (34,3%), siendo importante la diferencia por género, casi cinco de cada diez mujeres (48,3 %) institucionalizados son AM, en tanto que solo lo son algo más de dos cada diez varones (22,5%).

Las categorías censales de la variable instituciones colectivas son: hogar de ancianos, hogar de menores, colegio internado, campamento/ obrador, hospital, prisión, cuartel, hogar de religiosos, hotel turísticos y otros.

Así el 61 % de los mayores institucionalizados residen en hogares de ancianos (70.003), el 18% en hospitales (20.137), el 4% (4.913) en hogares religiosos y el resto agrupados en las instituciones colectivas.

Las provincias que cuentan con mayor cantidad de institucionalizados son Buenos Aires, la ciudad autónoma de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, tanto en instituciones colectivas en general como en hogares de ancianos y hospitales.

La incidencia de la institucionalización se acrecienta en las cohortes mayores: mientras que uno de cada 100 personas entre 60 y 65 años habita en instituciones colectivas, siete de cada cien lo hacen si superan los 80 años (50.882).

Según los datos obtenidos en la Oficina de estadística (correspondiente al año 1991), la ciudad de Mar del Plata cuenta con una población añosa de 83.095 habitantes, de los cuales 47.303 están comprendidos entre 60 y 69 años y, 35.792 sobrepasan los 70 años, esta suma representa el 15.6 por ciento de la población total; el mismo porcentaje de ancianos a nivel mundial.

El INSSJP tiene un total de 76.283 de afiliados distribuidos de la siguiente manera: 54.469 son titulares, de los cuales 37.839 son jubilados y 16.630 son pensionados. Los cónyuges y otros familiares suman en total 21.864 de los cuales 14.978 corresponden a los primeros y 6839 a los últimos (según censo del año 1991)

Mar del Plata cuenta aproximadamente con 40 instituciones geriátricas municipales y privadas que albergan a más de 1.500 ancianos.

En cuanto a la decisión de la institucionalización, la encuesta del INSEE de 1991 demuestra la alta incidencia de la familia en la toma de decisión tanto para la institucionalización por larga estadía (76%) como para la relacionada con residencia (45%), desprendiéndose claramente que en ambas situaciones quien toma mayoritariamente la determinación final de institucionalización ES LA FAMILIA. Los motivos mayores que determinan esta decisión son: - Dificultades de la familia de hacerse cargo del anciano.

- Problemas de salud física.
- Afectación de la salud mental.
- Problemas económicos.
- Decisión propia del adulto mayor.

Las instituciones que se tomaran para la presente investigación son:

Instituto del Mar. (Avenida Martinez de Hoz 2839. Mar del Plata). Residencia para adultos mayores, privada, prestadora de PAMI. Cuenta con una capacidad para 69 personas. De los cuales 34 son femeninos y 35 masculinos; 54 de ellos tienen entre 71/90 años, 8 entre 50/60 años y 7 entre 90/100 años.

El instituto tiene dos comedores en planta baja y amplios ventanales con vista al mar; dos salas de estar con tv, juegos de mesa, biblioteca, música, una sala especial equipada para rehabilitación y/o actividades recreativas

terapéuticas. Presenta habitaciones compartidas e individuales con baño privado en cada una de ellas. El equipo profesional se conforma de enfermeras, auxiliares de enfermería, medico clínico, asistente social, terapistas ocupacionales y nutricionista.

Casa Grande: (Avenida independencia 1313. Mar del Plata). Residencia para adultos mayores, privada. Cuenta con 29 habitaciones con baño privado, dos salas- estar, tres espacios verdes, un jardín terraza, una parrilla, un amplio ascensor. La asistencia comprende: asistencia médica diaria, enfermeras, terapistas ocupacionales, dieto terapia, servicio de emergencias.

Casa Blanca: (Salta 1350. Mar Del Plata) Residencia para adultos mayores, privada, con características similares a Casa Grande.

2.2. Autonomía como principio bioético y como independencia funcional.

El presente capítulo se dividirá en dos partes para explicar la autonomía en sus dos visiones, desde la bioética y desde la independencia funcional.

Bioética. (11), (12), (15), (21).

El término “*bioética*” (del griego *bios*, vida y *ethos*, ética) es un nombre nuevo, utilizado por vez primera por el cancerólogo estadounidense Van Rensselaer Potter, en el que propone la siguiente definición de su neologismo:

“Puede definirse como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de los valores y principios morales”.^{IX}

“Estudio interdisciplinario de los problemas suscitados por los progresos biológicos y médicos tanto a nivel de la sociedad global, y sus repercusiones sobre la sociedad y sus sistemas de valores hoy y mañana”.^X

“Estudio sistemático de las dimensiones morales- incluyendo visión moral, empleando una variedad de metodologías éticas en un espacio interdisciplinario”.^{XI}

Se considera la *bioética* como una ética aplicada que analiza argumentativamente, intertransdisciplinariamente situaciones dilemáticas valorativas surgidas en y desde las ciencias de la vida y de la salud, debido al creciente tecno científicismo que impacta sobre la vida en toda su amplitud, y a la diversidad de paradigmas de valores existentes en la sociedad actual. El análisis busca, con responsabilidad solidaria, llegar a consensos donde prime el respeto por la dignidad humana y la vida en general, tanto presente como venidera.

El *objeto material* de la bioética es el comportamiento humano ante las situaciones dilemáticas surgidas en y desde las ciencias de la vida y la salud debido al impacto tecno científico sobre ella.

^{IX} Gafo Javier. 10 palabras claves en bioética. Tercera edición. Editorial bervo divino. Pampelona.1997. Pág. 11.

^X Zanier Justo H., Hooft Pedro F. ¿Es la bioética la última esperanza? Ediciones Suarez. Mar del Plata. Argentina.2002. Página 15.

^{XI} Ibid 2. Pagina 16.

El objeto formal de la bioética es enfocado desde un planteo ético (lo que se puede hacer, lo que se debe hacer) con abordaje intertransdisciplinario.

El objetivo es generalizar la actitud reflexiva, que permite tener en cuenta valores, creencias, costumbres y derechos del otro, preservando la vida en toda su extensión y defendiendo la dignidad humana.

Algunas disquisiciones semánticas acerca de bioética.

“La *ética* es una disciplina filosófica que trata acerca de la moral y la moralidad, siendo la *bioética* una ética aplicada a un campo específico de la realidad, encontrando en ella niveles, modalidades de análisis y metodologías propias de la ética”^{XII}. Se hace referencia a la disciplina ética, con su significado de análisis reflexivo sobre el lenguaje moral, sobre la acción moral.

El término *moral* se acota a la acción humana en la medida que tal acción es buena o mala referida al contenido de los juicios de valor o de las normas.

“La moral se manifiesta en los comportamientos y en las expresiones orales y escritas. La libertad de cada ser humano no es una libertad sin reglas, arbitraria, sino que es una libertad de elección ante posibilidades establecidas individual y/o socialmente, algunas regladas, otras no, con valor normativo o no, y la elección de aceptarlas o rechazarlas que cada uno tiene. La libertad moral es elección de auto- obligación reflexionada, no simplemente obligada por los sentidos (como sería la elección instintiva animal)”^{XIII}.

Se puede hablar de moral de grupo cultural, de subgrupos, de individuos.

La ética es, en cambio, una filosofía práctica, que se ocupa de la praxis, del accionar humano en aquella clase de acciones que definimos como morales. Y que dice lo que se puede hacer para considerar una acción como buena. Poder hacer, no deber hacer.

^{XII} ZANIER JUSTO H., HOOFT PEDRO F. ¿Es la bioética la última esperanza? Ediciones Suarez. Mar del Plata. Argentina. Pág. 19. Año 2002.

^{XIII} Ibid 11. Páginas 20 y 21.

La bioética contemporánea: fase inicial

En sus primeras fases, la bioética se ocupaba de las cuestiones éticas generadas por la medicina. Al principio, el término bioética era casi sinónimo de ética. Posteriormente, el foco de atención se amplió para incluir otros aspectos de la medicina, y más tarde todas las biociencias. Aunque es muy difícil identificar con precisión el comienzo de la bioética, pueden distinguirse varios acontecimientos que desempeñaron un importante papel en su rápido ascenso. A finales del siglo XIX, la medicina alemana proporcionó el modelo para la medicina moderna. La medicina alemana estaba estrechamente relacionada con la ciencia de laboratorio, de manera que la medicina clínica tenía que probar la efectividad de sus intervenciones mediante rigurosos experimentos que implicaban necesariamente la utilización de sujetos humanos. Los abusos cometidos en seres humanos en la investigación médica provocaron la primera crisis ética moderna y los primeros llamamientos en favor de una nueva ética médica. El Código de Núremberg respondió con los que llegaría a convertirse en uno de los fundamentos de esta nueva ética: la exigencia obtener el consentimiento informado de los participantes.

La violación de los criterios éticos médicos tradicionales por la medicina nazi provocó una amplia indignación moral. Las personas que fueron utilizadas como sujetos de experimentación creían que sus médicos estaban haciendo algo beneficioso para ellos. Seres humanos vulnerables, débiles y necesitados fueron tratados de forma inhumana, y algunos de ellos incluso murieron. Estos acontecimientos crearon la necesidad de establecer nuevos criterios éticos, que se extendieron rápidamente desde la experimentación médica a la práctica clínica, donde los pacientes vulnerables también necesitan protección. La exigencia de proporcionalidad entre beneficios y riesgos, la revelación de estos últimos a los pacientes y la obtención del consentimiento voluntario pasaron a ser tan importantes en la práctica clínica como en la experimentación.

La noticia de que algunos médicos nazis se habían comportado de un modo groseramente inmoral durante la Segunda Guerra Mundial fue seguida en Estados Unidos por la revelación de una serie de violaciones morales similares (Escuela de Willow Brook, Hospital Judío de Nueva York y el Estudio sobre la sífilis de Tuskegee). Los fallos éticos asociados con la investigación

impulsaron la creación de un nuevo campo de estudio que más tarde se llamaría bioética.

El imperativo del progreso científico está presente en todos los lugares donde se practica la medicina contemporánea. Sólo una bioética bien desarrollada y ampliamente difundida puede evitar que ocurran las tragedias éticas asociadas con la experimentación. Ninguna sociedad puede permitirse el lujo de dejar en manos de los científicos médicos la tarea de equilibrar los derechos de los pacientes con la necesidad de progresar científicamente. Hay que desarrollar criterios para regular la investigación en sujetos humanos en todos los lugares donde se practica la medicina moderna, tanto en los grandes centros médicos del mundo desarrollado como en los pequeños hospitales comunitarios de los países en vías de desarrollo, donde también se prueban fármacos y se hacen otros tipos de experimentos. La investigación hizo que se produjeran cambios en la ética médica y que organizaciones de la salud nacional e internacional se tomaran interés por la educación y posteriormente con la supervisión de los profesionales médicos.

Bioética en Argentina (11)

La persona que inicia la bioética en Argentina fue el Dr. J. A. Mainetti, filósofo y médico. En Goussier, en el año 1969 se concreta el proyecto de Fundación Mainetti, el Centro Oncológico de Excelencia. La raíz filosófica del profesional médico lo lleva a dictar un seminario de Filosofía médica en la facultad de Ciencias Médicas de la universidad de La Plata que se repite actualmente durante la década siguiente y a dictar la revista Quirón desde 1970, eco de las inquietudes humanísticas médicas. Crea en 1972 el Instituto de Humanidades Médicas.

Con esta riqueza de saber y de vivencia, su búsqueda personal lo lleva a Estados Unidos, contactándose con los centros de Hasting y Georgetown, pioneros en sistematización de reflexión bioética en norteamericana, y con el Dr. T. Engelhart (h) en Galverstown en 1970.

En 1989 se organiza el primer curso de Comités hospitalarios de ética, y se da forma a la Escuela Latinoamericana de Bioética, con el propósito de tener un centro regional que permitiera la formación de profesionales interesados en los diversos países.

En 1994 se realiza la organización del II Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Bioética, Buenos Aires.

Se pueden señalar hitos de la Bioética en Argentina. Los años 70 son de recepción crítica, los 80 de asimilación y los 90 de globalización de la bioética. Un primer momento de recepción de la bioética, en los 70, especialmente del difundido modelo anglosajón, con predominio pragmático-utilitarista, un segundo, a lo largo de los 80, en que se asimilaron temáticas y posibles resoluciones, pero repensando críticamente, todo aquello que se recibía, y finalmente durante los 90, se amplió la original preocupación médica a problemáticas de las ciencias biológicas, especialmente ecológicas, incluyendo las consecuencias de las actuales decisiones sobre las generaciones futuras. Creándose ese año, marcos institucionales con modalidad propia, latinoamericana.

Teorías éticas. (13)

El paradigma disciplinario de la bioética, es un sistema de argumentación moral con cuatro niveles de justificación (teorías, principios, reglas y casos o juicios particulares), aplicado a resolver los conflictos y dilemas morales de la experiencia clínica.

Las *teorías éticas* o filosóficas de la vida moral proveen los fundamentos de la moralidad -de la virtud y el vicio, de lo correcto e incorrecto, de lo bueno y malo- en la acción humana. Se observa que los términos morales aquí empleados califican tres orientaciones fundamentales de la ética, según se ponga el acento, respectivamente, en el agente, el acto o el efecto de la acción humana.

-Las *TEORÍAS DE LAS VIRTUDES* enfatizan las cualidades del agente: una acción es moral o inmoral según exprese virtudes (por caso, compasión o coraje) o vicios (a la inversa, indiferencia o cobardía) del sujeto.

La felicidad reside en el ejercicio de la inteligencia teórica, en la contemplación o comprensión de los conocimientos. Las virtudes son: inteligencia, ciencia y sabiduría. También se puede acceder a la felicidad mediante el entendimiento práctico, que consiste en dominar las pasiones y conseguir una relación satisfactoria con el mundo natural y social con el que

estamos integrados. Las principales virtudes son: prudencia, fortaleza, coraje, templanza o moderación y pudor.

-Las *TEORÍAS DEONTOLÓGICAS* sostienen que ciertas características intrínsecas o cualidades inherentes a los actos mismos (por ejemplo, veracidad o mendacidad) constituyen su corrección o incorrección, independientemente de los fines y consecuencias.

El bien propio y específico de la moral consiste en el cumplimiento del deber.

Deontologismo. Es bueno hacer lo que se debe. Una teoría es deontológica si y solo si, algunos actos se juzgan correctos (incorrectos) aun cuando sus consecuencias son en balances malas (buenas). Habría pues características intrínsecas o formales que hacen a una acción correcta, independientemente de, o lógicamente anterior a, cualquier especificación del bien. Si la mentira es incorrecta, no podemos justificar su empleo con los pacientes. La moralidad se basa en el cumplimiento de una ley, mandato o prohibición de naturaleza divina, natural, humana o social.

La *ética de Kant* representa una posición deontológica rigorista, en la cual las consideraciones teleológicas o consecuencialista resultan irrelevantes. Combina la *universalidad* con el deber: el actuar siempre de tal manera que el principio que guíe la acción puede ser deseado como ley universal.

Las obligaciones o deberes morales son *imperativos categóricos* de la forma debo hacer esto, como una obligación, fundados en la razón y derivados de un principio que toda persona racional debe aceptar. La primera formulación es: obra de modo que puedas querer la máxima de tu acción como ley universal. La segunda formulación es: obra de modo que trates a la humanidad, en tu propia persona o en la de cualquier otro, siempre como un fin y nunca como un medio.

La moralidad consiste, para Kant en seguir reglas absolutas, reglas que no admiten excepción alguna.

La dificultad con la posición de Kant y los deontológicos extremados acerca de las reglas morales como absolutas, está en el hecho de que una acción puede responder a más de una regla y en ocasiones a dos reglas en conflicto. Sin renunciar al gran criterio Kantiano de universalización de las máximas, no es necesario tener estas por absolutas como requisitos de

consistencia. Lo único que requiere la idea central de Kant es que cuando se viola una regla se haga por razones que se considera aceptables por cualquiera que estuviera en nuestro lugar.

- Las *TEORÍAS CONSECUCIONALISTAS* privilegian los buenos resultados de la acción (salud, bienestar) medida en términos de eficacia y eficiencia. Una adecuada teoría moral debe contemplar estos tres aspectos de la acción humana, más allá del predominio entre ellos que motiva el debate.

Utilitarismo. Constituye la versión más importante de las teorías teleológicas (del griego telos= fin) o consecucionales, centradas en las consecuencias de las acciones. En su formulación clásica el principio de utilidad, como le llama Bentham, establece que una acción es moralmente buena cuando produce mayores beneficios que perjuicios y un mejor balance de buenas consecuencias respecto de cualquier otra acción alternativa. Bentham identifica el "bien" en cuestión con el placer o la felicidad, y el mal con el dolor o la infelicidad.

A pesar de sus obvios meritos el utilitarismo clásico ha suscitado varias críticas u objeciones, entre estas dos principales: uno de los argumentos antiutilitarista va contra el método de maximizar el bien de la mayoría sin tomar debidamente en cuenta a los individuos, el respeto a sus derechos y razones de justicia. Por otra parte, segunda objeción antiutilitarista, el hedonismo se revela insuficiente para dar plena cuenta del bien, aquello a que los hombres tienden, pues entre estos muchos desestiman el placer para perseguir otras cosas tenidas por buenas o valiosas.

-Las *TEORIAS DISCURSIVAS* propone encarnar en la sociedad los valores de libertad, justicia y solidaridad a través del diálogo, como único procedimiento capaz de respetar la individualidad de las personas.

El dialogo permite poner en cuestión las normas vigentes en una sociedad y distinguir cuales son moralmente válidas. Ordena su tarea en dos partes: una dedicada a la fundamentación (al descubrimiento del principio bioético) y otra, a la aplicación del mismo a la vida cotidiana.

Las personas son *interlocutores válidos*, que han de ser tenidos en cuenta en las decisiones que les afectan, de modo que puedan participar en ellas, tras un dialogo en las condiciones próximas a la simetría, y que serán decisiones moralmente correctas, no las que tomen por mayoría, sino que

aquellas en que todos y cada uno de los afectados están dispuestos a dar su consentimiento, porque satisfacen intereses universalizables.

Principios de la bioética.

Tres principios normativos (o cuatro si se desdobra el primero de ellos) constituyen el eje del modelo ya clásico de la bioética, llamado modelo de los principios: Beneficencia (y no – maleficencia), autonomía y justicia. Se advierte el fuerte carácter utilitarista del primero, deontológico del segundo, en tanto que el tercero representa un equilibrio en la ponderación de ambas teorías éticas.

Principio de no maleficencia y beneficencia.

El principio de *no- maleficencia* significa ante todo, no hacer daño.

Beauchamp y Childress consideran que es un principio independiente, ya que el deber de no dañar es más obligatorio e imperativo que el de *beneficencia* (que exige promover el bien del enfermo) y lo formulan como “se debe no infligir daño a otros”. Es la exigencia ética primaria de que el médico no utilice sus conocimientos o su situación privilegiada en relación con el enfermo para infligirle daño.

Este principio de no- maleficencia es más general y obligatorio que el de beneficencia: pueden darse situaciones en que un médico no esté obligado a tratar a un enfermo, pero si lo estará a no causarle positivamente daño alguno. De este principio se derivan para el médico normas como “no matar”, “no causar dolor”, “no incapacitar (ni física ni mentalmente)”, “no impedir placer”.

El principio de beneficencia – en su sentido etimológico de “hacer el bien”- está incluido en el juramento de Hipócrates, tanto en las obligaciones del médico hacia sus maestros y familiares, como en su afirmación de que “estableceré el régimen de los enfermos de la manera que le sea más provechosa” y, sobre todo, en la exigencia de que “en cualquier casa que entre, no llevare otro objetivo que el bien de los enfermos”.

El principio de beneficencia ha jugado un papel fundamental en el rol del médico dentro de nuestra cultura. Se ha asociado tradicionalmente la figura del médico a la del sacerdote. Se le ha exigido que ponga sus conocimientos, la ciencia adquirida, sus valores éticos y su dedicación al servicio del enfermo.

Esa es su misión en la sociedad: la de “hacer el bien” al enfermo por medio de la ciencia médica.

La gran crítica contra el principio de beneficencia es su peligro de paternalismo; el que se aplique sin consentimiento del enfermo, sin que este decida aceptar el bien que se le quiere hacer como bien suyo, que se actué incluso en contra de su voluntad.

Principio de Justicia

Para definir este principio de la bioética se ha acudido a la antigua definición del jurista romano Ulpiano: “dar a cada uno su derecho”. En una formulación especialmente válida, se le ha definido como “casos iguales requieren tratamientos iguales”, sin que se puedan justificar discriminaciones, en el ámbito de la asistencia sanitaria, basadas en criterios económicos, sociales, raciales, religiosos.

En la salud se refiere a la *justicia distributiva y comparativa*, relacionada a la asignación de recursos escasos y a la competencia entre distintos reclamos que es necesario balancear. De aquí el concepto de equidad como principio formal de la justicia.

El informe Belmont definía el principio de *justicia* como “imparcialidad en la distribución” de los riesgos y beneficios. El problema surge de la consideración sobre “quienes somos iguales”, ya que entre hombres hay diferencias de todo tipo. Sin embargo, existen unos niveles en que todos deben ser considerados iguales, de tal forma que las diferencias son injustas.

Según la tradición romana, la justicia se entiende ante todo en término de merecimiento, “dar a cada uno lo suyo”: una persona es tratada con justicia cuando recibe lo debido, sea lo merecido beneficio o perjuicio, premio o castigo (lo contrario es injusticia, injusto).

Los tres mega-problemas de la medicina posmoderna son: costos, responsabilidad y calidad en la atención de la salud.

Principio de autonomía.

Lo que subraya el principio de *autonomía* es el respeto a la persona, a sus propias convicciones, opciones y elecciones, que deben ser protegidas, incluso de forma especial por el hecho de estar enfermo. Significa la

superación de esa tendencia a convertir al paciente en un menor de edad, a quien se tiende a mantener sistemáticamente al margen de algo que a nadie afecta más que a él mismo. Podemos decir que el consentimiento informado es la primera concreción del respeto hacia la autonomía y la capacidad de decisión de toda persona autónoma.

El Informe Belmont denomina este principio como “el respeto por las personas” y afirma que incorpora, al menos, dos convicciones éticas: primera que los individuos deberían ser tratados como entes autónomos; y segunda, que las personas cuya autonomía esta disminuida deben ser objeto de protección. Parte de una concepción del ser humano como ente autónomo “individuo capaz de deliberar sobre sus objetos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación. Por ello, añadirá que respetar la autonomía es dar valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que estas produzcan un claro perjuicio a otros. Mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar los criterios de estas personas, negar a un individuo la libertad de actuar según tales criterios o hurtar información necesaria para que puedan emitir un juicio, cuando no hay razones convincentes para ello. Por tanto, entiende la autonomía en su sentido concreto: como la “capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa”.

La introducción de sujeto moral en medicina mediante el principio de autonomía ha puesto en jaque al tradicional paternalismo beneficentista, el comportamiento del médico como paterfamilias y tirano benigno, quizás el “pecado histórico” de la ética médica. La conquista del paciente como agente responsable en la atención de la salud, capaz de saber y decidir, se ha expresado en la fórmula del consentimiento informado, que conjuga los dos componentes de la autonomía, puesto que la información es esencial a la racionalidad (es preciso comprender la situación antes de poder decidir lo que se debe hacer al respecto), y el consentimiento presupone la libertad. El principio del respeto a la autonomía es, sin embargo, el más difícil de manejar en la relación terapéutica, que requiere el ideal de un medico cualificado y un enfermo competente. Por otra parte, el principio de autonomía suele entrar en conflicto con los de beneficencia, no- maleficencia y justicia, originando situaciones dilemáticas desde el punto de vista moral.

Se considera entonces a la autonomía como una condición inherente a todos los seres humanos que capacita para el ejercicio de su libertad; concretizada en elecciones y acciones, de acuerdo a valores, creencias e idiosincrasia particular.

Diego Gracia se refiere *al acto de elección autónoma* y lo caracteriza siguiendo las condiciones planteadas por Faden y Beauchamp:

Intencionalidad: Se refiere a una acción que es querida de acuerdo con un plan. Pudiendo ser los actos intencionales o no.

Conocimiento: implica disponer con anterioridad de una información suficiente a la hora de tomar una decisión.

Ausencia de control externo: Caracterizada en orden decreciente por la coerción, la manipulación y la persuasión. Y la ausencia de control interno o limitaciones personales.

Autenticidad: Requiere que el acto sea coherente con el sistema de valores y actitudes generales ante la vida de una persona. Dichos valores y actitudes no son estables ni permanentes en la vida de un sujeto, situaciones tales como enfermedad pueden modificarlos.

Es importante aclarar que el principio de autonomía esta íntimamente relacionado con la capacidad para el ejercicio de la autonomía (marco legal) o la competencia para actuar autónomamente (sentido bioético), los cuales implican el grado de posesión de habilidades que le permitan a la persona decidir, expresar y actuar en las cuestiones referidas a su propia salud. Estas habilidades están sujetas a variación; mencionando como posibles factores de cambio el grado de madurez, la historia personal y familiar, el contexto social, el tipo y evolución de la enfermedad, la actitud profesional responsable, etc..

De esta manera la *autonomía* se combina con el concepto de *competencia*, pero uno no implica necesariamente el otro; ya que la autonomía disminuida en una situación de vulnerabilidad no conlleva necesariamente a la incapacidad de actuar competentemente y viceversa.

Reglas morales.

Las reglas morales particularizan y precisan mejor aquellas acciones con las apuntaladas características del lenguaje descriptivo.

Del principio de beneficencia y no- maleficencia- producir el bien y evitar el mal- se derivan las siguientes reglas morales que prohíben infligir a otro, sin adecuada justificación, los daños de referencia: no matar, no causar dolor, no incapacitar, no privar de libertad, no privar de placer.

En la relación terapéutica, se destacan tres reglas morales de carácter deontológico como obligaciones del profesional: confidencialidad, veracidad y consentimiento informado.

Confidencialidad: La regla de confidencialidad o del secreto establece que se debe guardar y no revelar información de naturaleza personal obtenida en una relación fiduciaria. Privacidad y fidelidad son, por tanto, las dos variables de la regla, sus momentos “objetivo” (cantidad y calidad de la información) y “subjetivo” (grado de compromiso entre las partes). La privacidad es una prerrogativa y un derecho universal de las personas, en virtud de su intimidad o identidad, la cual debe ser protegida. La confianza es un requisito de la relación interpersonal, que obliga a mantener una promesa sobre el control de la información confidencial.

Ha sido permanente la discusión acerca del alcance del deber de confidencialidad, cuya violación a veces se justifica por el privilegio terapéutico (derecho pero no deber de revelar información) y otras por el cumplimiento de un deber más obligante, ya sea legal y contemplado en los códigos (declaración ante los poderes públicos: seguridad, justicia, salud o prevención epidemiológica) o estrictamente moral (protección del bienestar individual o social).

Veracidad: El deber de veracidad consiste en decir la verdad y no mentir ni engañar a otros. Tienen la regla, pues, un aspecto objetivo o descriptivo (verdad- falsedad de la información) y otro intencional o subjetivo (autenticidad- mendacidad). También se debate sobre el carácter ya absoluto o bien prima el deber de veracidad, según se entienda este como un derecho inalienable de los individuos o que requiere justificación cuando entra en conflicto con otros deberes.

Consentimiento informado: La adhesión racional y libre del paciente al tratamiento médico (o del sujeto a la experimentación clínica), se desprende del principio de autonomía, al que calcan los dos componentes de la regla, dado que la información es esencial a la racionalidad y el consentimiento presupone libertad. Se considera un método eficaz para promover la responsabilidad individual y social en la atención de la salud. Información y consentimiento son los dos componentes del consentimiento informado, y ambos se desdoblan conformando cuatro elementos:

- 1-Revelación de la información.
- 2-Comprensión de la información.
- 3-Consentimiento voluntario.
- 4-Competencia para consentir.

Respecto de qué tipo de información debe recibir el paciente se han dado tres principales criterios: 1: lo que considera la comunidad científica, 2: lo que la persona razonable desea saber, 3: lo que un paciente personalmente desea saber. En cuanto al concepto de competencia para consentir (o rechazar) un tratamiento, también cuenta con diversos estándares o criterios, que pasan por la racionalidad o irracionalidad de las decisiones.

REDUCCIÓN O PÉRDIDA DE LA AUTONOMÍA EN VEJEZ.(22)

El envejecimiento es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable, que se desarrolla en los aspectos biológicos, psíquicos y sociales de los sujetos y que está estructurado en torno al tiempo. El envejecimiento es una etapa más del ciclo vital. No es un estado patológico.

La vejez, por su parte, es una construcción social. Cada sociedad atribuye un significado diferente a la vejez, a partir del cual se designarán status, roles y mandatos, se definirán los posibles problemas de las personas mayores y se elaborarán las respuestas a los mismos. Construcciones culturales de cada sociedad indican qué es el viejo y qué se espera de él. Los viejos, moldeados por el imaginario social, asumen el mandato y lo reproducen reforzando las representaciones sociales sobre la vejez.

En edad avanzada, las personas sufren limitaciones en su autonomía por consecuencias derivadas del proceso natural del envejecimiento; pero también como consecuencia de impedimentos culturales.

A medida que se envejece, las células del organismo se van desgastando y provocando transformaciones en los distintos sistemas y órganos del cuerpo humano, que se traducen en general como declinaciones. La estructura ósea se achica. La masa muscular también se reduce. Las articulaciones se desgastan. Disminuye la capacidad de los órganos sensoriales: la audición se dificulta, llegando a veces hasta la sordera. La visión también se generalmente reduce. También declina el funcionamiento pleno del olfato y el gusto.

Hay una pérdida de vigor, agilidad y velocidad. El cansancio y la fatiga se presentan con más frecuencia.

Neurológicamente son comunes los fallos en la memoria, principalmente en la memoria reciente.

La actividad sexual declina en frecuencia.

Este proceso de involución de los sistemas reduce la capacidad de defensas del organismo y lo vuelve más vulnerable, por lo cual en la vejez aumentan las posibilidades de perder parcial o totalmente las facultades mentales, motrices, sensoriales, del habla. De esta manera los adultos mayores generalmente pasan a depender de otra persona en uno o varios de los aspectos necesarios para desenvolverse en la vida cotidiana.

Las dificultades económicas profundizan el estado de vulnerabilidad de las personas mayores, afectando su independencia, ya que deben apelar a los recursos de la red familiar para la subsistencia.

En el orden cultural los adultos mayores sufren limitaciones a su independencia, como resultado de diversos prejuicios que están instalados en el imaginario social. Prejuicios tales como "Los viejos son como niños", o "Qué le vas a preguntar a ellos", o " No pueden", o "No se dan cuenta", o "No lo van a entender", o "Son caprichosos, son tercos, no razonan"; todas estas afirmaciones llevan a que los adultos mayores terminen en manos de sus hijos o sus sobrinos, por los que pasan las decisiones, fortaleciéndose así una relación de dependencia personal que se acrecienta a medida que pasa el tiempo.

El ingreso a una institución marca una amenaza importante en la autonomía de los adultos mayores. Los residentes deben someterse a normas institucionales y de convivencia como horarios de comida, de descanso, de

recreación, etc. Compartir lugares comunes, hasta los dormitorios, con personas desconocidas. Resignar la pérdida, no solamente de su hogar, sino de todos los objetos que lo conformaban: muebles, plantas, animales, etc. Separarse de sus amigos, vecinos, familiares. Muchos son despojados de sus bienes por sus apoderados que se apropian de sus ingresos mensuales o de sus propiedades. Dentro de la institución es muy reducido el margen de opciones y son escasos los estímulos para fortalecer la independencia: no se cocinan, no se lavan la ropa, no limpian, ni reparan, ni mantienen el lugar de residencia. Otros, lo hacen por ellos. Hay personal capacitado para realizar todas las tareas, incluido su propia higiene y aseo.

IMPACTO EN LA SUBJETIVIDAD

La forma en que se caracteriza a los adultos mayores, contribuye en gran medida a crear la situación y condiciones sociales en las cuales éstos viven. Cada sociedad crea un cristal, a través del cual tiene una determinada visión de la realidad.

Es el medio social el que crea la imagen de los adultos mayores a partir de sus normas y de los ideales y valores que persisten en cada época. Y asumen el papel que se les asigna desde los medios de comunicación, desde las instituciones, desde los profesionales que trabajan por su bienestar y desde la opinión general; y cumplen este mandato, porque es lo que se espera de ellos. Si la creencia es que ellos no pueden, no deben, no saben hacer, pensar, decir y sentir determinadas cuestiones, ellos terminan convencidos de que es así y que es más conveniente delegar las decisiones en los adultos.

Estas relaciones de dependencia se dan con los familiares más cercanos, o con los profesionales, o con las instituciones, o con todos a la vez. Pero cuando existe también una dificultad de desarrollar plenamente la autonomía por la existencia de una enfermedad crónica o discapacitante, se potencia la relación de dependencia con el medio, en cuanto a las decisiones acerca de la propia vida.

El hecho de haber perdido determinadas capacidades, de no poder desenvolverse por sí mismo, de necesitar a otros para seguir viviendo no es fácil de asumir. Depende de la personalidad y de la historia de vida de cada

uno. Pero, si no se cuenta con una red de apoyo familiar y social, el estado de desamparo a que están sometidos los carga de angustia porque no avizoran un futuro distinto y se resignan a su destino, cayendo en la pasividad, indiferencia y a veces en la depresión. Esta situación no hace más que debilitarlos y reforzar en sus relaciones las posibilidades de dependencia.

Autonomía como independencia funcional (14), (15)

La *autonomía funcional* se refiere a la capacidad de desempeñarse en las *ocupaciones* (actividades de la vida diaria, tiempo libre y recreativas) en forma independiente o con un mínimo de asistencia. Para llevar a cabo las *tareas* de cada ocupación es necesaria una función *física, mental y psíquica* que posibilite al adulto mayor desenvolverse satisfactoriamente y alcanzar la autonomía dentro del contexto en que se encuentra.

Se comenzara a explicar el concepto de ocupación, actividad y tarea, ya que, la capacidad de realizarlas en forma independiente va a marcar el grado de autonomía como independencia funcional del adulto mayor.

Ocupación.

Una ocupación incluye tres grandes áreas: *Actividades de la vida diaria, tiempo libre y trabajo.*

El termino *ocupación* proviene del latín *occupare* que significa "tomar posición de una cosa en un determinado tiempo y lugar" es decir ocupar un espacio físico durante un cierto tiempo en la sociedad o status social. También hace referencia a la ocupación principal desarrollada por los seres humanos durante la mayor parte del tiempo que permanecen despiertos.

Dicho concepto puede ser definido de la siguiente manera: ocupación es todo comportamiento que es motivado por un impulso intrínseco y consciente de ser efectivo en el ambiente, con el objeto de cumplir una serie de roles individuales que son formados por una tradición cultural y aprendidos a través del proceso de socialización.

Al mismo tiempo que la ocupación brinda al hombre la oportunidad de organizar su tiempo productivamente y con eficacia, es el medio por el cual obtiene sentido de realidad ya que le permite:

- Planificar su vida
- Crear y descubrir sus capacidades y limitaciones.
- Adaptarse a hechos de la vida cotidiana.
- Realizarse como persona.
- Adquirir experiencia para enfrentar situaciones nuevas.
- Expresarse con autonomía y lograr independencia.

-Relacionarse con otros individuos de igual o diferente cultura.

La ocupación satisface la necesidad humana básica de exploración y dominio en el ambiente.

Según la persona participe en el juego o trabajo, sus comportamientos podrán ser definidos teniendo en cuenta ciertos criterios de funcionamiento y resultar así adaptables o inadaptables. Ello se debe a que la ocupación afecta significativamente a la salud, la felicidad y la satisfacción de las necesidades vitales.

Desde el punto de vista científico, se pone énfasis en la capacidad humana para participar activamente en las ocupaciones como en la forma de adaptarse a los cambios que se producen durante la vida.

Áreas ocupacionales.

Las *áreas ocupacionales* se relacionan con los roles desempeñados por la persona en los diferentes grupos a los que pertenecen. En un principio se categorizaron en roles personal- social, familiar- social y ocupacionales. Actualmente, los terapeutas ocupacionales centran su estudio solo en los ocupacionales, por considerar que los individuos poseen la necesidad de participar equilibradamente en tres áreas:

-*Juego o tiempo libre*: Actividades llevadas a cabo por propio gusto. Es la ocupación más temprana y persiste durante toda la vida.

-*Actividades de la vida diaria*: Son las tareas vitales típicas necesarias para el cuidado de si mismo y el auto mantenimiento: aseo, baño, alimentación, arreglo personal, movilidad.

-*Trabajo*: Actividades, remuneradas como no remuneradas que proporcionan servicios o comodidades a otros.

Cada una de estas áreas incluye actividades en las que participa la persona y que requieren determinadas habilidades para desempeñarlas.

Actividad.

Etimológicamente *actividad* significa conjunto de tareas propias de una persona, es la facultad de obrar, del latín *operaoperae* "hacer una cosa", "trabajar en ella". La actividad es el uso que una persona hace de su capacidad

física y mental, de su tiempo, energía, intereses y atención, dirigidos hacia objetivos determinados.

La actividad tiene un valor importante en el proceso vital de toda persona, desde el nacimiento. Es el medio natural que permite satisfacer los requerimientos físicos, psíquicos, sensoriales, intra y extra personales.

Las actividades se dividen en:

Mantenimiento personal: También llamadas actividades de la vida diaria, comprenden todas aquellas actividades que se realizan en un día de vida, como la alimentación, vestido, higiene, baño, movilidad.

Esparcimiento: De tiempo libre. Son las ocupaciones de connotaciones placenteras, de regocijo personal, emocionales o espirituales, pintar, leer.

Productiva- Trabajo: Aquellas actividades que permitan proveer el sustento de sí mismo y el de su familia. Dentro de esta categoría se ubican las que realiza la persona en el hogar, aunque no reciba retribución económica.

(16) Según el **modelo de ocupación humana**, los seres humanos son conceptualizados como formados por tres componentes interrelacionados: *volición, habituación y capacidad de desempeño*. La *volición* se refiere a la motivación por la ocupación. La *habituación* se refiere al proceso por el cual la ocupación es organizada en patrones o rutinas, la *capacidad de desempeño* se refiere a las habilidades físicas o mentales que subyacen a un desempeño ocupacional hábil. Se considera importante analizar estos aspectos en cuanto que cada adulto mayor tendrá sus propios intereses de acuerdo a la historia de vida que posea, y las capacidades de desempeño condicionaran o no esta actividad. Cada persona tendrá que ser analizada en cuanto a estos tres aspectos para enfrentar la adaptación y tratamiento en la institución.

Autonomía como independencia funcional en adultos mayores.(23)

Una medida de la independencia y autonomía de los adultos mayores está dada por la capacidad de realizar las actividades cotidianas. Las mismas pueden resumirse en *Actividades cotidianas básicas*, que incluyen aquellas necesarias para cuidarse a sí mismos dentro de un entorno limitado (vestirse, higienizarse, deambular, alimentarse, etc), y aquellas que requieren un mayor

nivel de autonomía funcional o *instrumentales*, y que se requieren para desempeñarse autónomamente en la comunidad (ir de compras, pagar cuentas u otros trámites personales, manejar, etc.). El déficit funcional para este tipo de actividades es un factor de riesgo para accidentes domésticos, caídas dentro o fuera del hogar, y suelen ser indicadores en casos de ancianos que viven solos (o quedan solos la mayor parte del día), de contemplar la necesidad de cuidadores formales o informales pero permanentes, o de institucionalización. Obviamente, en caso de pacientes con dificultades cognitivas o síntomas de enfermedades mentales, esta disminución o insuficiencia para las AVD deben ser confirmadas por los cuidadores.

Vale la pena destacar el enorme potencial que tiene la atención alerta de familiares, amigos y cuidadores formales e informales sobre este tipo de funcionalidad, cuyo déficit gradual es muchas veces enmascarado, ocultado por diversas razones comprensibles o finalmente no concientizado por quienes lo sufren, actuando como gatillo para un deterioro progresivo en lo físico y lo social, que no pocas veces conduce al círculo de desvalorización, autocompasión, aislamiento, depresión, inseguridad, falta de aseo personal y de la vivienda, mala alimentación o situaciones de riesgo e inminencia de accidentes severos.

Factores que afectan en la autonomía funcional

• Movilidad

La reducción de la movilidad influye fuertemente en el deterioro de la capacidad funcional para las actividades cotidianas, dada la limitación para maniobrar con seguridad y efectividad, aumentando el riesgo de caídas y accidentes. El potencial para mejorar a través del ejercicio adecuado y la rehabilitación específica, así como la adaptación creativa y sencilla del entorno hogareño, resulta en beneficios ampliados a toda la vida doméstica y social del anciano. Una vez logrado el diagnóstico práctico en lo funcional, es útil afrontar rápidamente una respuesta para adaptarse a las nuevas necesidades (barandas en las escaleras, en lo posible a ambos lados, timbres u otro tipo de alarmas internas o a casas vecinas conocidas que acepten este sistema, especialmente en baños y dormitorios, luces adecuadas, cocinas adecuadas a la movilidad y alcance de los mayores que las usan, asientos adecuados a cada caso, etc). O sea mirar el entorno en que vive el anciano, mirar su

movilidad real sin exigencias al respecto, y ser creativos o ingeniosos para adaptar ambos factores, tratando de no imponer, sino consensuar cuando ello es posible.

- Deambulaci3n y equilibrio postural

La marcha normal y el equilibrio postural, son en realidad el resultado exitoso de una compleja y sincronizada interacci3n de elementos neurosensoriales, propioceptivos, articulares y musculares, que procesan la respuesta adecuada al flujo de datos provenientes del exterior y la intencionalidad de las acciones emprendidas. Es indudable que en la tercera edad opera una cierta inestabilidad postural y p3rdida de funcionalidad, por d3ficit progresivo de algunas de las m3ltiples 3reas org3nicas involucradas, trayendo como consecuencia cambios en la deambulaci3n que aparejan menor equilibrio, debilidad muscular, mayor gasto energ3tico, reacciones m3s lentas y caídas. En estadios m3s extremos de inmovilidad, por ejemplo en ancianos postrados (en silla de ruedas o en el lecho), las complicaciones por edemas, contracturas, rigideces articulares, 3lceras de dec3bito, escaras e infecciones, incontinencia y afecciones dermatol3gicas, llevan a pron3sticos vitales ominosos y m3s que frecuentemente a re-internaciones frecuentes e institucionalizaci3n. Sin embargo, en estos casos la observaci3n directa del equilibrio en la posici3n sentada, la transferencia de una posici3n o lugar a otro, la posibilidad de rotar o girar, son aspectos que merecen tenerse en cuenta para evaluar niveles de seguridad e independencia y r3gimen de cuidados.

- Otras alteraciones.

La disminuci3n de la visi3n o audici3n son alteraciones que dificultan la autonomía del adulto mayor.

Se pueden nombrar adem3s, consecuencias de enfermedades o reposo prolongado como acortamientos musculares, disminuci3n de la fuerza muscular, debilidad generalizada que tambi3n afecta a la independencia funcional.

2.3. Terapia Ocupacional: Abordaje de los adultos mayores. (17), (18), (19), (20)

Las bases filosóficas humanísticas o existencialistas que sustentan la Terapia Ocupacional, permiten concebir a la persona como poseedora de libre albedrío y con la capacidad de determinar su propio curso, desarrollando acciones para lograr el crecimiento personal y la eventual sabiduría. El ser humano basa sus elecciones desde muy pequeño, un niño comienza a elegir desde el momento en que toma un juguete y no otro para jugar, o elige comer ciertas comidas y no otras. La capacidad de elegir parece ser innata, aunque esta afectada por el entorno y la experiencia.

Facilitar la elección es un arte delicado. La libertad de elegir depende de las oportunidades y alternativas realistas, y de las posibilidades de asumir riesgos y tomar una decisión inadecuada. Las mejores elecciones se hacen cuando la persona se siente segura y no limitada, comprende las cuestiones y puede dar relevancia y significado personal a la cosa elegida. Las peores elecciones son el resultado del control, coerción, inseguridad, ansiedad, tensión, falta de información, de oportunidad y de relevancia para cumplir deseos o aumentar la experiencia personal.

Bonder propone un modelo sobre el proceso de elección por el cual un individuo construye el significado ocupacional y lo traslada a las actividades. Este modelo globalizador tiene en cuenta:

- Factores que conducen a la elección de la actividad (entorno y fuentes de significado del individuo).
- Los procesos internos que conducen a la elección.
- Selección de papeles y actividades (tipo de actividad, contexto, patrón de actividad, efecto asociado).
- Evaluación de los resultados de la actividad.

La autonomía conlleva creencias implícitas sobre la elección del individuo, donde se reconocen las limitaciones del entorno o la capacidad, pero se considera que la persona es capaz esencialmente de tomar decisiones positivas a través de sus elecciones, incluso en circunstancias desfavorables.

(20) En 1979 la Asamblea Representativa de la AOTA adopto la siguiente resolución con respecto a las bases filosóficas de la Terapia Ocupacional:

“El hombre es un ser activo, cuyo desarrollo esta influenciado por el uso de la actividad propositiva utilizando su capacidad para la motivación intrínseca, el ser humano es capaz de influir sobre su salud física y psíquica, y sobre su entorno físico y social, a través de la actividad propositiva”.

Terapia ocupacional es el arte y la ciencia de ayudar a las personas a realizar las actividades de la vida diaria que sean importantes para su salud y su bienestar a través de la participación en ocupaciones valiosas. Se refiere al modo en que las personas “ocupan” su tiempo, en tanto la Terapia Ocupacional se refiere a todas las actividades que ocupan el tiempo de las personas y que dan significado a sus vidas. La ocupación abarca las actividades cotidianas que permiten a las personas mantenerse, contribuir a la vida de su familia y participar en la sociedad.

“ El terapeuta ocupacional es el profesional capacitado para analizar, seleccionar, graduar e instrumentar los medios terapéuticos a través de las actividades de la vida diaria, recreativas, socializantes, artesanales, industriales y el manejo de las relaciones interpersonales, en un encuadre que le es propio a fin de prevenir enfermedad, mantener y favorecer la salud; brindando asistencia profesional al paciente, realizando el análisis ocupacional y ubicación laboral; realizando docencia e investigación”.^{XIV}

(19) La **práctica contemporánea de la TO** se basa en las raíces históricas de la profesión, filtrada a través de la investigación y la practica actuales de TO, salud y servicios humanos. Meyer afirmó: “Nuestro rol consiste en brindar oportunidades mas que prescripciones”. Eleanor Clark Slagle, Yerxa explico que la autentica TO se centra en la humanidad de las personas y su capacidad para elegir e iniciar actividades que brinden la base para el descubrimiento del significado.

Practica centrada en el paciente: En el centro de TO esta el compromiso de enfocar a la persona como agente activo que busca realizar actividades diarias importantes. En dicho modelo basado en un modelo

^{XIV} MIRANDA CLAUDIA La ocupación en la vejez. Una visión gerontológica desde Terapia Ocupacional. Ediciones Suárez. 2ª edición. UNMdP. Año 1995.

centrado en la persona, el profesional y el individuo participan cooperativamente en el proceso terapéutico. Marttingly (1991) afirmó que este proceso es de naturaleza narrativa, lo cual significa que el profesional y el individuo crean un conocimiento de la historia pasada, presente y futura de éste, siendo la historia futura reconstruida y continuamente revisada en el curso de la terapia.

Práctica centrada en la ocupación: se centra en la participación ocupacional, las personas buscan la TO porque necesitan ayuda para participar en las ocupaciones que valoran. Basándose en el hecho de que las ocupaciones de las personas son fundamentales para su identidad y que pueden reconstruirse a través de sus ocupaciones. Las ocupaciones a su vez están conectadas por una red de actividades diarias que ayudan a las personas a cumplir sus necesidades básicas y contribuir a las necesidades de su entorno social.

Práctica basada en la evidencia: las decisiones se basan en el “uso concienzudo, explícito y prudente de la mejor evidencia actual”. Este proceso implica poder integrar la evidencia de la investigación en el proceso de razonamiento clínico para explicar el fundamento subyacente a las intervenciones y orientarse en los posibles resultados.

Los **valores de la conducta profesional** proceden del humanismo y sus ideas son los pilares de la profesión:

- **ALTRUISMO:** preocupación desinteresada por el bienestar de los demás, lo cual se manifiesta en la responsabilidad, actitudes, dedicación, comprensión y dedicación hacia los demás.
- **DIGNIDAD:** destaca la importancia de considerar a la persona como un ser único y valioso, mediante la actitud empática y respetuosa con respecto a los demás.
- **ECUANIMIDAD:** considerando que todos los individuos tienen los mismos derechos y oportunidades, lo cual se demuestra mediante una actitud de aceptación e imparcialidad.
- **LIBERTAD:** permitiendo que el paciente elija, y que demuestre independencia, iniciativa y autodirección.

– JUSTICIA: adquiere valor mediante la incorporación de principios morales y legales, como equidad, veracidad y objetividad.

– VERDAD: requiere que seamos ecuanímenes con los hechos y la realidad, lo que se demuestra siendo considerados, honestos, precisos, francos, directos y auténticos en nuestras actitudes y acciones.

– PRUDENCIA: es la habilidad en valorar juiciosamente, con discreción, moderación, cuidado y circunspección en los asuntos propios, basándose en una reflexión inteligente y el pensamiento racional.

Estos valores son el fundamento del sistema de creencias que los terapeutas ocupacionales utilizan como guía moral cuando toman decisiones clínicas.

(17) El progresivo envejecimiento de la población es un hecho irreversible. Esta situación ha traído consigo (en cuanto a aspectos socio sanitarios), una real “geriatrización” de la asistencia, con un espectacular aumento del consumo de recursos por este sector de la población y una ineludible necesidad de buscar nuevos modos y modelos para afrontar los retos que plantea la atención a tan específico y vulnerable sector de la población.

La geriatría es la “rama de la medicina dedicada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en ancianos, y a la recuperación de la función junto con la posterior reinmersión del anciano en la comunidad”^{xv}. La forma de abordaje de los problemas se evalúa mediante la valoración *geriátrica integral*, entendida como un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario. La Terapia Ocupacional pasa a ser, desde estas perspectivas, un puntal esencial en la práctica geriátrica, ya que el mantenimiento de las AVD constituye el objetivo básico de la acción terapéutica.

La esencia de la TO descansa en el uso de actividades como medio de tratamiento, con una meta mínima de mejorar la calidad de vida y una máxima de completar la rehabilitación o habilitación para una plena incorporación y un desarrollo satisfactorio en la sociedad.

El terapeuta ocupacional posee un amplio campo de acción, dentro del cual está inmersa la Asistencia Geriátrica (17), la misma se define como el

^{xv} DURANTE MOLINA, PILAR. PEDRO TORRÉS, PILAR. *Terapia ocupacional en geriatría: principios y prácticas*. Masson. Barcelona, España. Año 1998.

conjunto de niveles asistenciales, hospitalarios, extrahospitalarios y sociales que dan respuesta escalonada a las diferentes situaciones y necesidades de los adultos mayores de un área de salud determinada.

Se debe tener en cuenta que en la edad avanzada, todos los problemas de salud tienen implicancias sociales. , por lo tanto se debe destacar el importante papel del soporte social en el mantenimiento de la salud y en la prevención de la enfermedad en el adulto mayor.

(18) El **rol del terapeuta ocupacional** en geriatría se basa en la promoción de la salud, la cual es el conjunto de actividades dirigidas al individuo cuyo objetivo es cambiar las conductas o modificar el entorno en un sentido positivo orientado a aumentar la calidad de vida. El accionar profesional se lleva a cabo a través de los niveles de prevención^{XVI}:

- **Prevención Primaria:** tiene la finalidad de evitar a la aparición de una determinada enfermedad en un individuo, reduciendo la prevalencia de los factores de riesgo o mediante la aplicación de medidas activas, cuando la enfermedad no existe. Las actividades que se desarrollan están dirigidas a la promoción y a la protección de la salud.

- **Prevención Secundaria:** persigue la detección de la enfermedad en sus estadios precoces, aun asintomáticos. Las prácticas en este nivel se proponen detener la progresión de la enfermedad, prevenir las complicaciones y secuelas, evitar la disfunción de enfermedades transmisibles y acotar los periodos de incapacidad. Se basa en el diagnostico precoz y el tratamiento oportuno.

- **Prevención Terciaria:** pretende mejorar el estado funcional de los individuos que ya presentan una enfermedad clínicamente evidenciada, con la finalidad de reducir sus complicaciones y mejorar la calidad de vida. Su accionar se basa en la rehabilitación, a través de las tareas programadas se busca desarrollar al máximo las capacidades remanentes, prevenir la enfermedad mental secundaria, proteger la salud social, disminuir los efectos sociales y económicos de la invalidez.

- **Prevención Cuaternaria:** dedicada a la docencia e investigación.

^{XVI} SCHAROVSKY, DIANA (Traducción). *Reseña Histórica del Servicio de Medicina Preventiva SATE*. Material de uso interno de la institución. Mar del Plata, Argentina. Año 2009.

Dentro de los **recursos sociales** de los que disponen los terapeutas ocupacionales para desarrollar su rol, los institucionales se componen de residencias (con el objetivo general de facilitar el mantenimiento de la autonomía del adulto mayor) y centros socio sanitarios (cuyos objetivos son los de convalecía, cuidados paliativos, larga estancia y residencia asistida).

TERAPIA OCUPACIONAL en las RESIDENCIAS (17):

Rodríguez ^{XVII} define la residencia como un “centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención socio sanitaria interprofesional, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia”.

Se debe tener en cuenta que la capacidad de los individuos para alcanzar, retener o mantener la salud esta significativamente influenciada por los entornos físico y psicosocial.

El ingreso a residencias geriátricas se considera un aspecto importante en el trabajo del TO. Debería plantearse un abordaje terapéutico orientado a favorecer el proceso de adaptación institucional. La persona que ingresa al hogar y que en muchos casos no recibe una preparación o información previa sobre lo que acontecerá, se encuentra con una serie de cambios que le exigen la aceptación de una forma diferente de vida. La adecuación a nuevas reglas y patrones de conducta lo enfrentan a una situación de desculturización, donde se pasa “de un yo individual a un yo grupal”^{XVIII}, haciendo sucumbir hábitos y costumbres profundamente arraigados que preservan su estilo. Como consecuencia, el rol del terapeuta ocupacional deberá basarse en ser facilitador y continente de la situación planteada, a través de un acercamiento individual, constituido por una serie de entrevistas y evaluaciones, que permitan al adulto mayor poder volcar sus inquietudes y necesidades, pudiendo transmitir sus vivencias a través del relato personal-ocupacional, revalorizando su persona

^{XVII} RODRIGUEZ SANDÍAS, C. Técnicas de tratamiento y marcos de referencia de terapia ocupacional Profesora de la Escola Universitaria de la Creu Roja. Barcelona (UAB). Terrassa. Año 1996.

^{XVIII} Miranda Claudia. La ocupación en la vejez. Una visión gerontológica desde Terapia Ocupacional”. Ediciones Suárez. 2ª edición. Año 1995

dentro de la sensación de masificación que en primera instancia percibe al ingresar a un hogar. Para la convivencia armoniosa, lo que hace el terapeuta ocupacional es rescatar hábitos, , costumbres y tratar de compatibilizarlas con las reglas existentes en la residencia, posibilitar que traigan diferentes objetos que sean de su agrado y que refuercen el sentido de pertenencia e identidad; favorecer la comunicación e interrelación personal; colaborar en la formación del sentimiento de identidad, a través de reflexiones para ayudarlos a comprender las circunstancias del adulto mayor; convocar a la familia para que aporten datos acerca del adulto mayor, preguntar acerca de expectativas con respecto a la interacción y colaborar con el proceso de adecuación y mas adelante también cooperar en los futuros tratamientos planteados

TO Consultor: en forma general, un consultor es una persona del exterior que trabaja a tiempo parcial en un lugar/recurso determinado, no tiene responsabilidad para conseguir un cambio y no esta enterado de muchas de las dinámicas internas del mismo. En virtud de su conocimiento o experiencia personal, proporciona un consejo profesional y da una serie de pautas sobre aquellos aspectos que puedan hacer más efectivo el trabajo de los demás. Miller afirma que los consultores a menudo se ven a si mismos como agentes o facilitadores de cambio. Para ejercer este papel, el terapeuta debe poseer una variedad de destrezas y conocimientos, incluyendo destrezas básicas de atención a las personas y grupos, tales como la capacidad de se objetivo y estar orientado hacia la tarea, así como escuchar y comunicar de manera efectiva. A su vez necesita establecer credibilidad y comprender la estructura y los objetivos de la organización, estar sustentado por un marco teórico pertinente. Según Cunninghis el consultor debe estar familiarizado con las actividades y los programas que pueden ser utilizados satisfactoriamente y ser capaz de determinar la idoneidad de las actividades para cada uno de los residentes.

(20) Acción directa desde Terapia Ocupacional: se basara en los niveles de atención de la salud, comenzando con la evaluación global de cada residente para luego proceder a la planificación del tratamiento pertinente, que puede desarrollarse en forma individual o grupal.

En general, las metodologías de abordaje planteadas en establecimientos o residencias geriátricas están dirigidas en forma grupal a

pacientes con moderadas o leves limitaciones funcionales dentro del marco de recreación y socialización, sin poder dar respuesta, u ofreciéndola en forma restringida, a los adultos mayores con severas dificultades psicofísicas que constituyen parte de la población existente en los diferentes establecimientos.

La mayor comprensión acerca de las propias premisas básicas y patrones de percepción, pensamiento, operación y legitimación en cada terapeuta ocupacional, posibilitaran un mejor entendimiento de las formas de conocer, pensar y sentir del otro. Esto facilita una relación empática, la cual favorece al mismo tiempo, el proceso de intervención (prevención, tratamiento y rehabilitación).

El profesor Simons Bergman^{XIX} expresa: "tenemos muchos investigadores y clínicos, y practicantes de la gerontología, pero muy pocos humanistas y filósofos de la vejez en el mundo actual".

Posteriormente Gutman manifiesta: "agregaría que es la falta de gerontoaxiología tiene por consecuencia la falta de difusión de las potencialidades de la vejez".

^{XIX} SHIMOS BERGMAN. *4º congreso latinoamericano en Montevideo*. Profesor de Israel. Año 1982.

Bibliografía Primera parte: Marco Teórico

CAPITULO 2.1:

(1)-FERRERO GLORIA ADRIANA. El concepto de vejez. En: lic. María del Pilar Álvarez. Envejecimiento y vejez. Nuevos aportes. Colección interdisciplinaria. Editorial Atuel. Buenos Aires- Argentina. Año 1998.

-FERRERO GLORIA ADRIANA. Envejecimiento e institucionalización geriátrica. En: Dr. Daniel Matusevich. Envejecimiento y vejez. Nuevos aportes Colección interdisciplinaria. Editorial Atuel. Buenos Aires- Argentina. Año 1998.

(2)POLONIO LOPEZ, B. Terapia Ocupacional en geriatría: 15 casos prácticos. Editorial medica panamericana. España. Año 2002.

(3)CABERO LAURA ADRIANA. Aspectos psicosociales del envejecimiento. Especialización en Prácticas Gerontológicas. En: Modulo IV. Ficha de cátedra. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 2008

(4)AGUAS SUSANA. Una protección social invisible. En: Hechos y derechos. Año internacional de las personas de edad. Año 1999.

(5)MIRANDA CLAUDIA Y OTROS. Actividad de tiempo libre. En: La ocupación en la vejez. Una visión gerontológica desde Terapia Ocupacional. Segunda edición. Ediciones Suarez. Mar del Plata. Argentina. Año 2005.

(6)LANDAU TERESA NOEMÍ. La vejez: una parte del camino. Vol 346. En Psicología Colección Diversus. Quebecor World Pilar S.A. Editorial policial. Enero de 2003.

(7)SALVAREZZA LEOPOLDO. El envejecimiento. Psiquis, poder y tiempo. Editorial eudeba. Facultad de psicología. Universidad de Buenos Aires. Julio 2001

(8)TENDLARZ BEATRIZ. Mascara de la dependencia. Periódico mensual. Actualidad Psicológica. Adultos mayores.

(9)FAJN SERGIO L; SANTAGOSTINO LUCILA; PICOLI CLARA I; ZAREBSKI GRACIELA. El cuerpo en la vejez: una mirada psicogerontologica. Periódico mensual. Actualidad Psicológica. Adultos mayores. N° 301, septiembre 2002.

Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. Ediciones Suarez. Año 2005.

CAPITULO 2.2:

(11)ZANIER JUSTO H., HOOFT PEDRO F. ¿Es la bioética la última esperanza? Ediciones Suarez. Mar del Plata. Argentina. Año 2002

(12)GAFO JAVIER. 10 palabras claves en bioética. Tercera edición. Editorial bervo divino. Pampelona. Año 1997.

(13)MAINETTI, JOSÉ ALBERTO. Segunda parte, Bioética sistemática. En: Compendio bioético. Editorial Quirón. La Plata. Año 2000.

(14)MARTIJENA NIDIA B. Terapia ocupacional. Conceptos y aplicación. Primera edición. Editorial Martín. Año 1999

(15)ANGELI, EVALGELINA; ORTIZ DE ROSAS RUTH, RENE; QUIROGA, YANINA NATALIA. Aportes desde la terapia ocupacional respecto de la expresión de autonomía de las personas vulnerables, desde una perspectiva bioética. Tesis presentada en la facultad de ciencias de la salud y servicio social de la universidad nacional de mar del plata, de la carrera Lic en terapia ocupacional. Año 2002.

(16)KIELHOFNER. Terapia ocupacional. Modelo de Ocupacion Humana. Teoría y Aplicación. Tercera edición. Editorial panamericana. Año 2002

CAPITULO 2.3:

(17)DURANTE MOLINA, PILAR. PEDRO TARRES, PILAR. Terapia ocupacional en geriatría: principios y prácticas. Masson. Barcelona, España. Año 1998.

(18)MIRANDA CLAUDIA. La ocupación en la vejez. Una visión gerontológico desde Terapia Ocupacional^l. Ediciones Suárez. 2ª edición. Año 1985.

(19)POLONIO LOPEZ, B; DURANTE MOLINA, P; NOYA ARNAIZ, B. Terapia Ocupacional en el marco de la atención al discapacitado físico. Ámbitos de actuación. Rol del Terapeuta Ocupacional. En: Rueda Moreno,

Polonio López, Duarte Oller. Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Edit. Medica Panamericana. Madrid, España. Año 2001.

(20)WILIARD & SPAKMAN. Práctica de la Terapia Ocupacional. En Blesedell Crepeau, Cohn y Boyt Schell. Terapia Ocupacional. Edit. Panamericana. 10ª edición. Buenos Aires, Argentina. Año 2005.

CONSULTAS ELECTRÓNICAS.

(21)DR. DRANE F. JAME. CIEB

<http://www.uchile.cl/bioetica>.document.location. > [Consulta: 18 abril 2009]

(22)Graciela Walter.

www.psiconet.com/tiempo/monografias/autonomia.htm Autonomía en la vejez y derechos humanos. Trabajo monográfico para el Curso Virtual Educación para el Envejecimiento [Consulta: 20 abril 2009]

(23)MATILDE, SELLANES.

www.portalgeriatrico.com.ar. Berson [Consulta: 19 abril 2009]

Segunda Parte: Aspectos Metodológicos

Aspectos Metodológicos

Tema

Expresión de la autonomía en los adultos mayores institucionalizados en residencias geriátricas.

Problema

¿Cómo se expresa la autonomía en los adultos mayores institucionalizados en las residencias geriátricas “Instituto del Mar”, “Casa Grande” y Casa Blanca”, de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo septiembre-octubre de 2009?

Objetivo General

Analizar cómo se expresa la autonomía en los adultos mayores institucionalizados de las residencias geriátricas “Instituto del Mar”, “Casa Grande” y “Casa Blanca”, de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo septiembre-octubre de 2009.

Objetivos Específicos

1-Indagar acerca del conocimiento de los adultos mayores institucionalizados sobre el derecho de la expresión de autonomía en la residencia en la cual habita.

2-Identificar las posibilidades que la institución ofrece al adulto mayor para la expresión de la autonomía dentro de la institución.

3-Conocer si el tipo de organización de la institución facilita la expresión de la autonomía de los residentes.

Variable

1- Autonomía

Facultad que posibilita el desempeño independiente de una persona en su ambiente y la capacidad de poder decidir y elegir dentro del mismo.

La autonomía debe ser considerada desde dos perspectivas: desde una perspectiva de *independencia funcional*, donde la persona es independiente en lo físico, psíquico y en la interacción social, y desde otra *perspectiva bioética*, donde la persona tiene el derecho de poder decidir y elegir sobre su desempeño. Ambas dimensiones son necesarias para que una persona pueda ser considerada autónoma, y pueda gozar de la misma.

Definición científica.

- Autonomía como principio ético:

“Valor y derecho que implica la capacidad para auto gobernarse, actuar libremente como sujeto activo. Toda persona puede estar atravesando diversas circunstancias (edad, patología, crisis emocionales, situación socioeconómica adversa, factores ambientales desfavorables, etc.) pero aun así pueden presentar la capacidad de regularse por sí mismo, con sus habilidades cognitivas, emocionales, volitivas y sociales que posibilitan potenciar sus opiniones, elecciones y acciones sin coacción externa.”^{XX}

- Autonomía como independencia personal

Condición por la cual el sujeto es autosuficiente, teniendo la posibilidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales y actividades de recreación de acuerdo a sus necesidades y a las posibilidades que le ofrece la residencia.

^{XX} ANGELI, EVALGELINA; ORTIZ DE ROSAS RUTH, RENE; QUIROGA, YANINA NATALIA. Aportes desde la terapia ocupacional respecto de la expresión de autonomía de las personas vulnerables, desde una perspectiva bioética. Tesis presentada en la facultad de ciencias de la salud y servicio social de la universidad nacional de mar del plata, de la carrera Lic. en terapia ocupacional. Mayo 2002.

Definición operacional.(3)

Abordaremos el concepto de autonomía desde dos perspectivas:

Autonomía como principio ético:

-Derecho a la responsabilidad y a la participación: Si asume responsabilidades dentro de la institución, si se le da las oportunidades de hacer elecciones, si se le brinda la información necesaria para poder elegir. Se evalúa si los profesionales explican con un vocabulario adecuado para los residentes, comunicando los beneficios del tratamiento, los objetivos y costos del mismo.

-Derecho a la información y a la libertad de expresión: Información a la que accede el adulto mayor en la residencia, si se comunica con el exterior, si conoce al personal del lugar y si el lugar le brinda espacio para expresar sus opiniones, sugerencias y/o críticas

- Derecho a la intimidad: Si la persona posee un espacio para satisfacer este derecho, si puede elegir estar solo, con quien hablar, guardar sus elementos personales y si recibe cuidados íntimos en privacidad.

-Derecho al respeto y a la dignidad: Si el residente expresa sus necesidades, si es llamado por su nombre, si se relaciona con los profesionales, etc.

-Derecho a la continuidad: Si la residencia está situada en un marco temporal, con ritmo cotidiano, diario, semanal, mensual y anual. Si participa o esta con contacto con la vida exterior.

-Percepción del adulto mayor acerca de la expresión de su autonomía: Si el residente considera ser autónomo y mediante que actividades lo expresa. Se indagara sobre las posibilidades que desde la institución se ofrecen a los adultos mayores para tal derecho y si es reconocido por los residentes como una ayuda a la expresión de autonomía.

Autonomía como Independencia personal. (1)

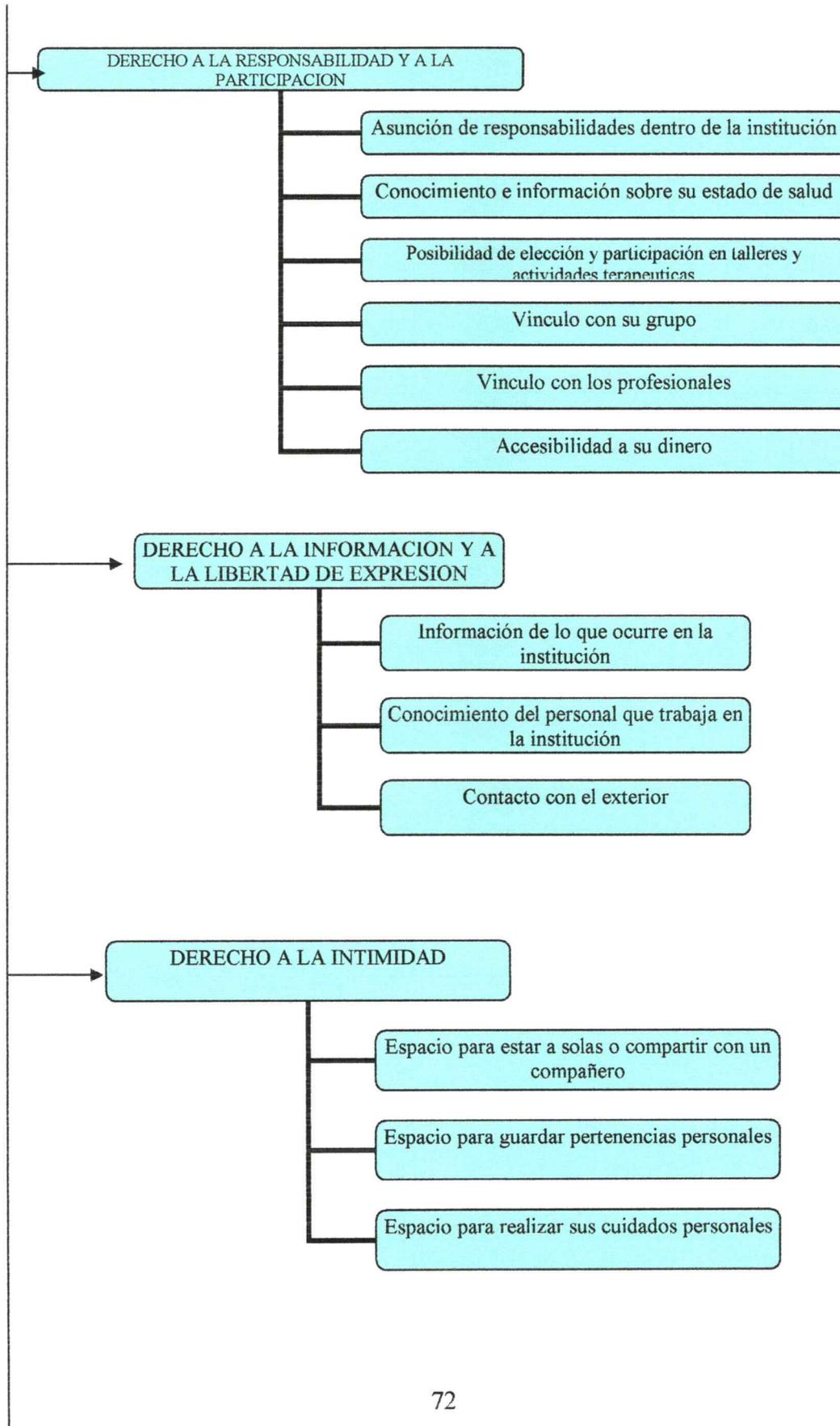
-Dimensión física: funciones fisiológicas y actividades básicas (alimentación, continencia, sueño, higiene, vestirse, sentidos, movilidad, uso de restricciones físicas, medicación, estado dental, úlceras por presión) que hacen al buen desenvolvimiento del ser humano.

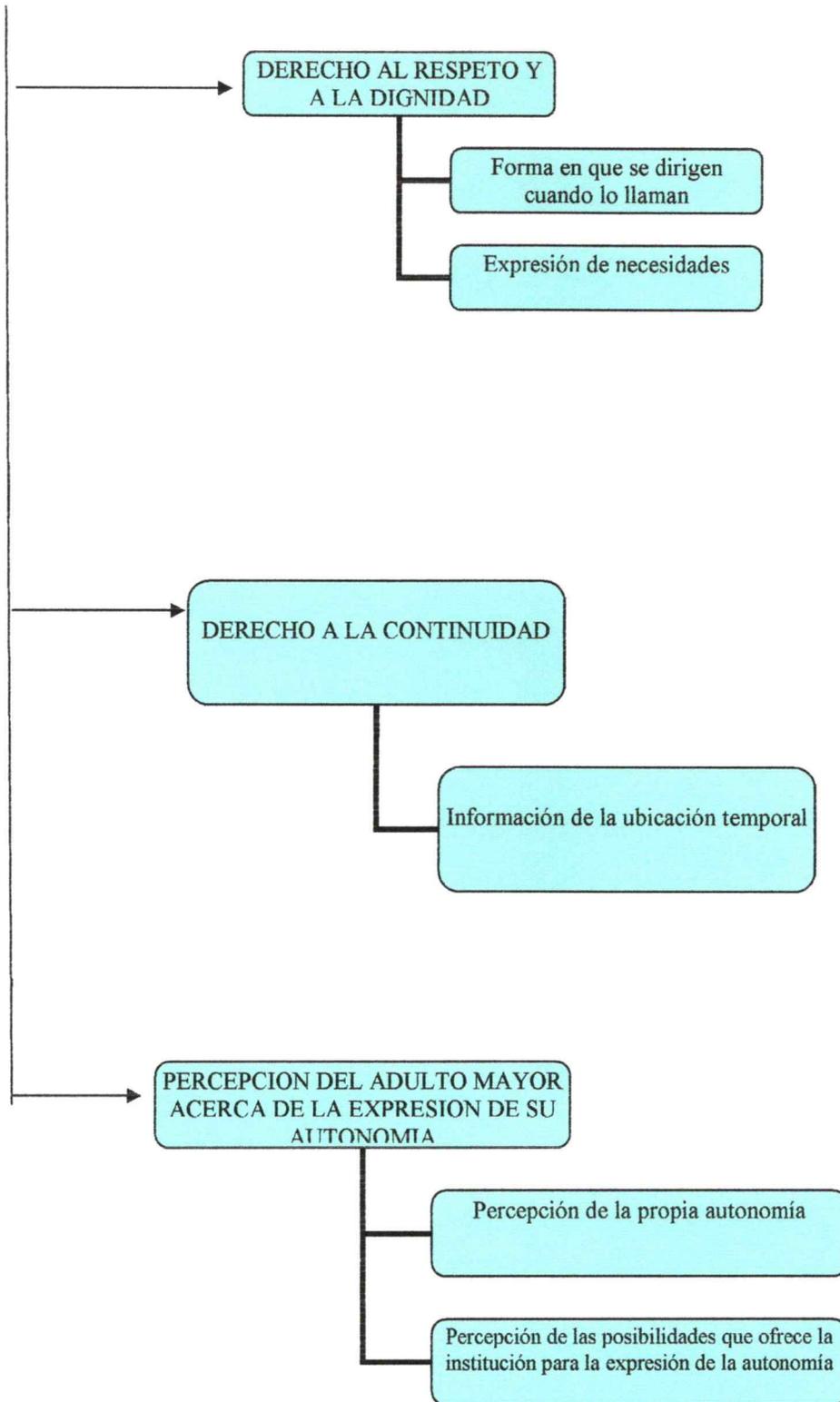
-Dimensión de interacción social: distintas acciones (desempeño en actividades, uso de dinero, relación con otros vecinos residentes, implicación en plan terapéutico, adecuación a normativa institucional, futuro, familia, reacciones a la frustración) que llevan al sujeto a relacionarse de una manera adecuada con la sociedad.

-Dimensión psíquica: Conjunto de caracteres y funciones (animo, memoria, lenguaje, comprensión, orientación espacial, orientación temporal, inquietud, juicio, atención, ejecución, ideación, reflejos) pertenecientes a la actividad mental.

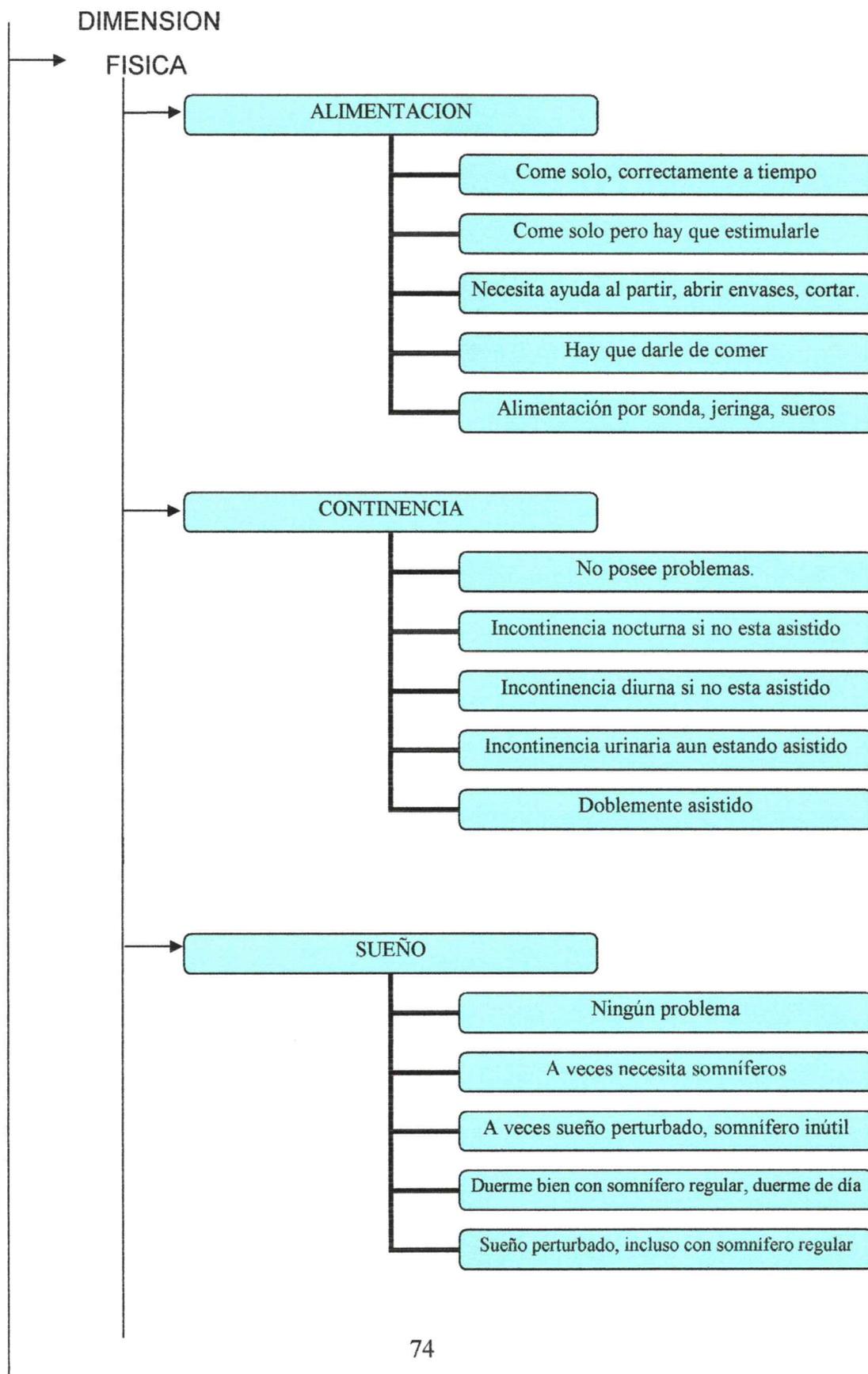
Dimensionamiento de la variable

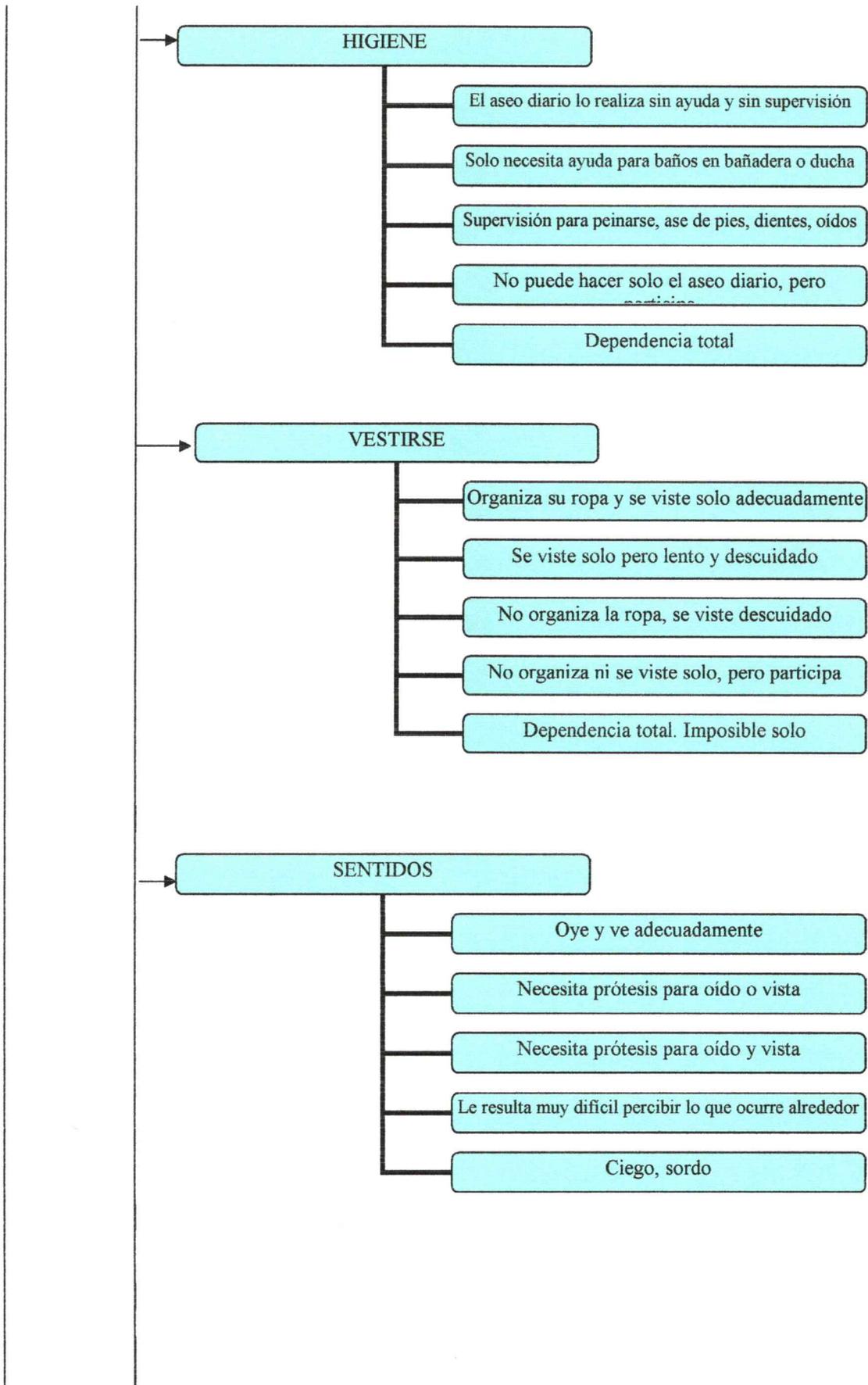
**AUTONOMIA COMO
PRINCIPIO BIOETICO**

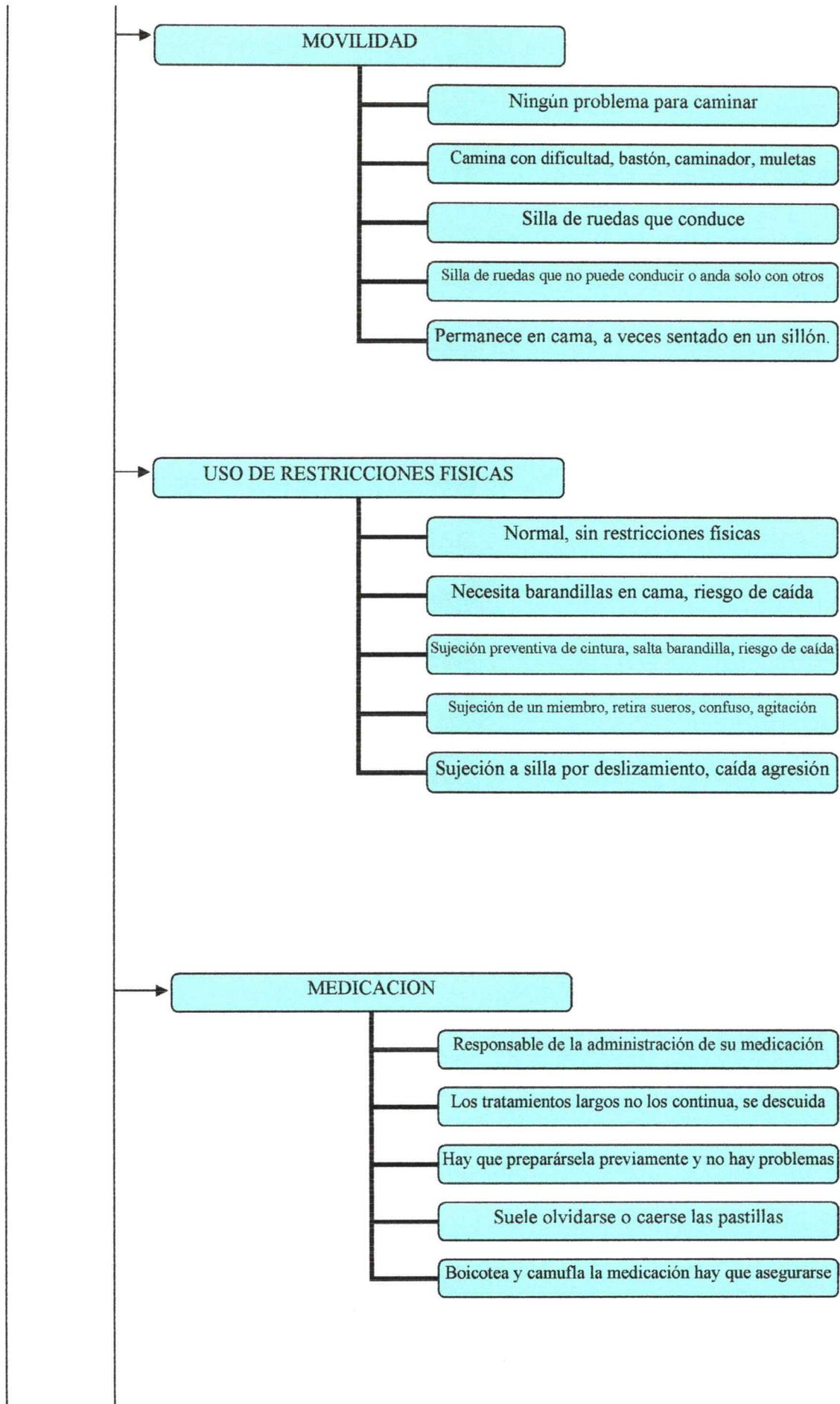


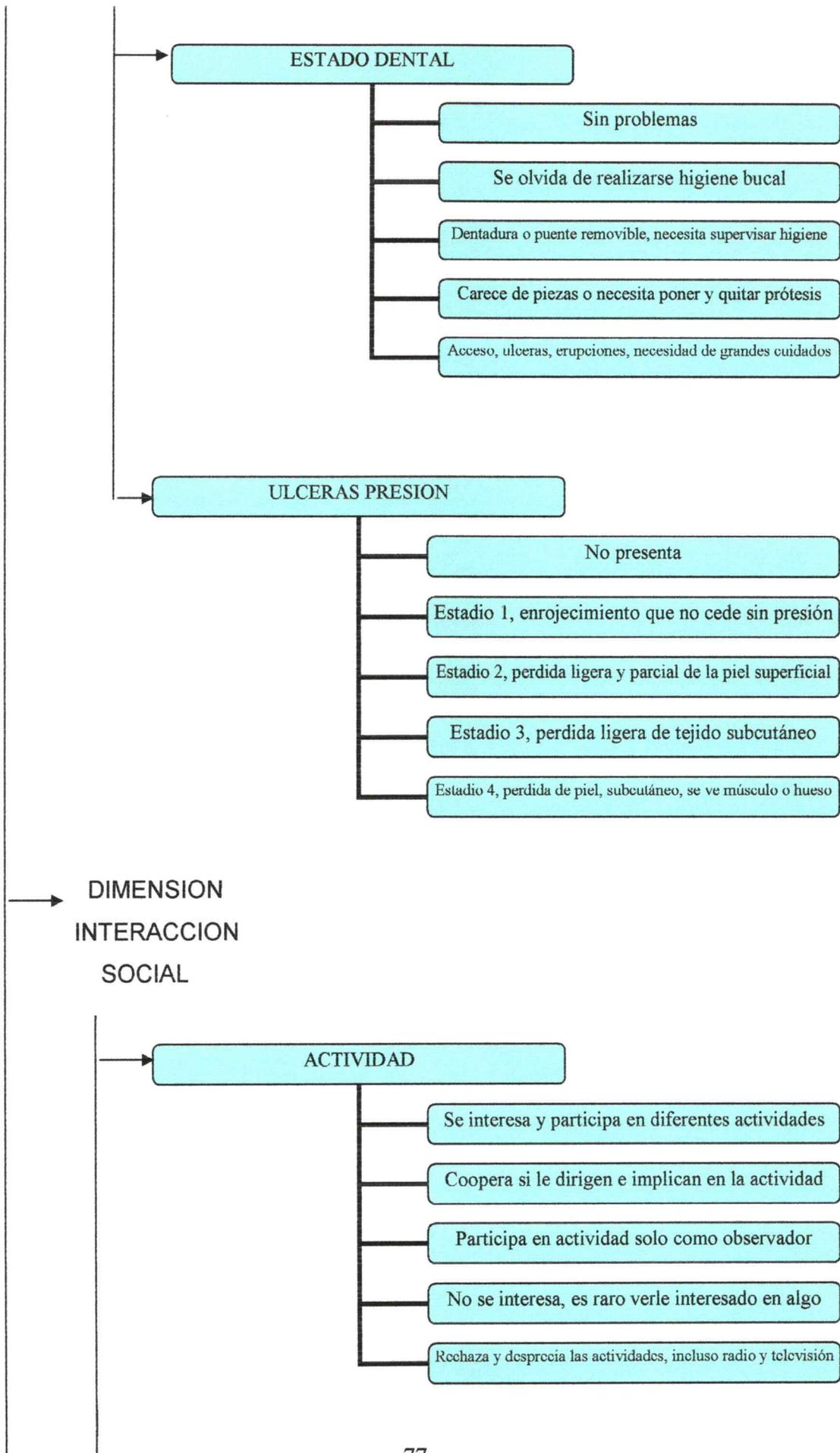


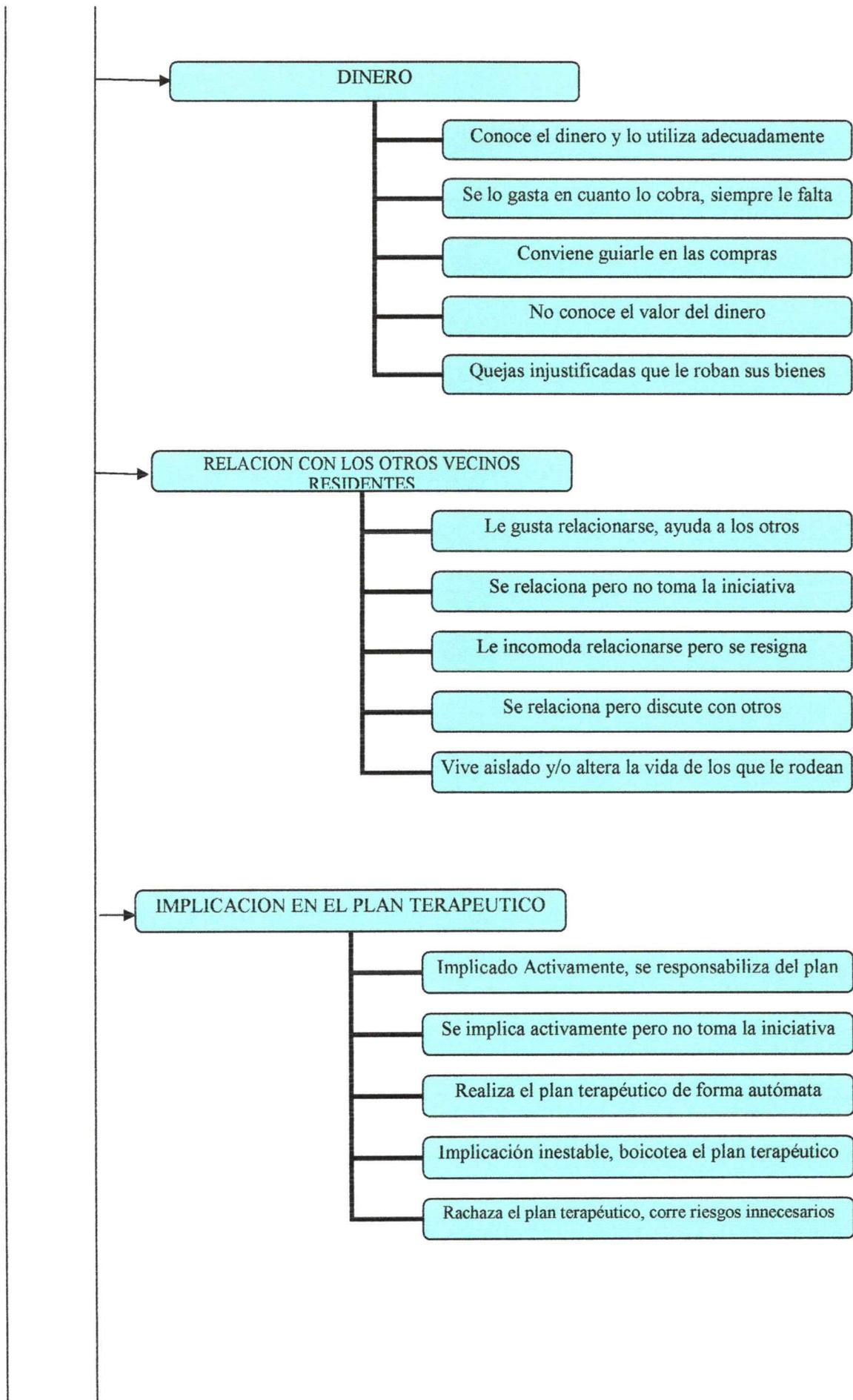
AUTONOMIA COMO INDEPENDENCIA PERSONAL

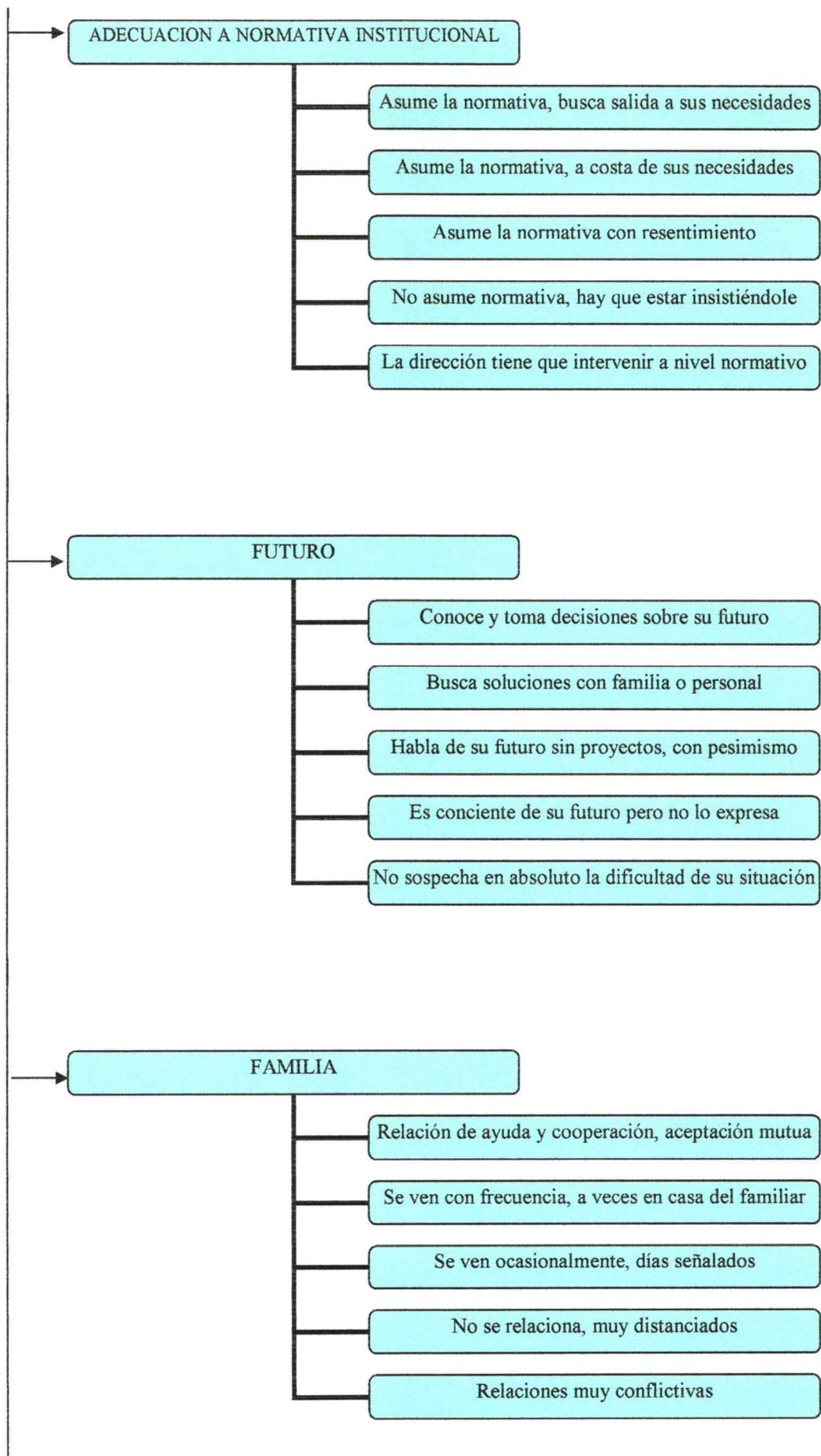


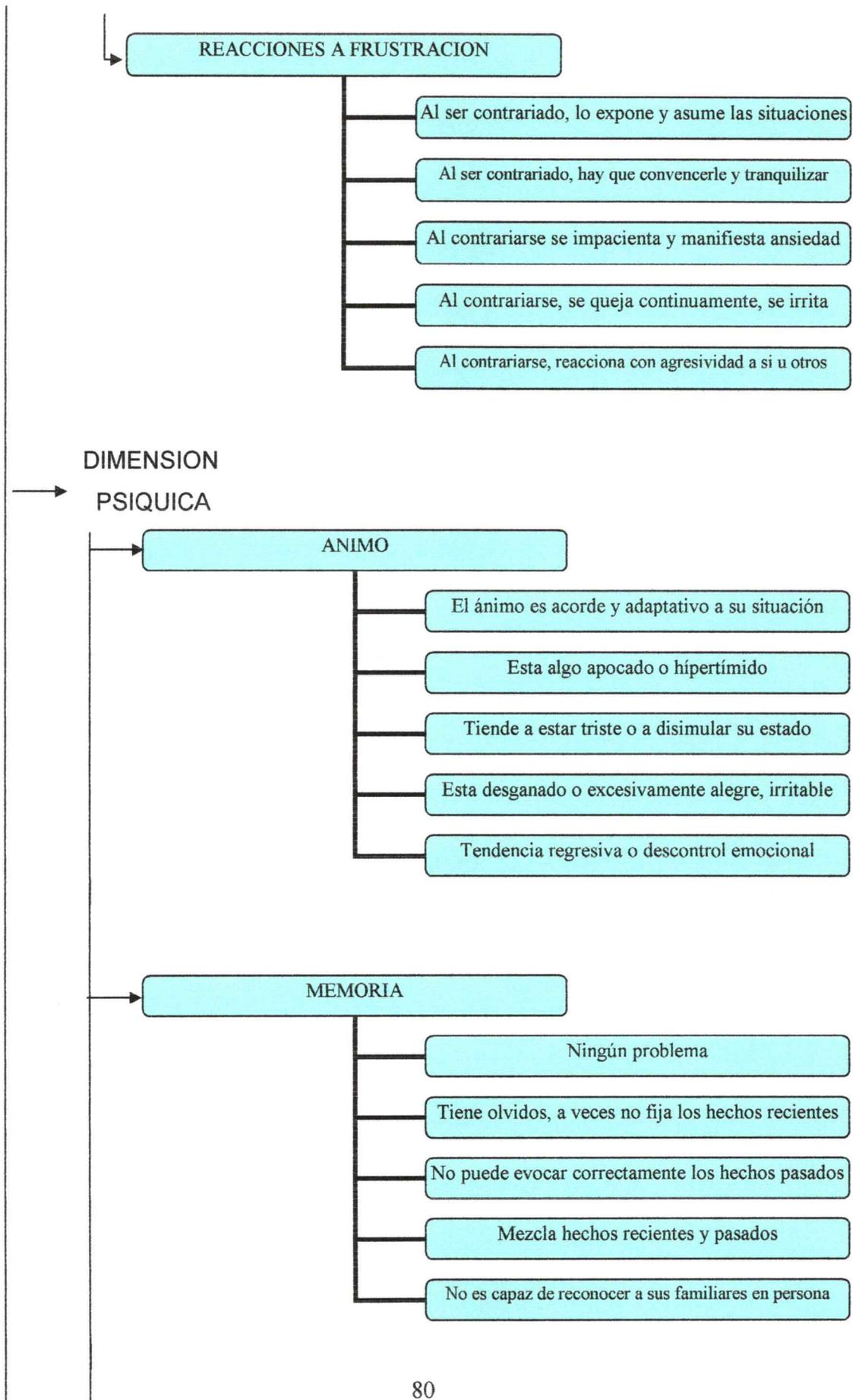


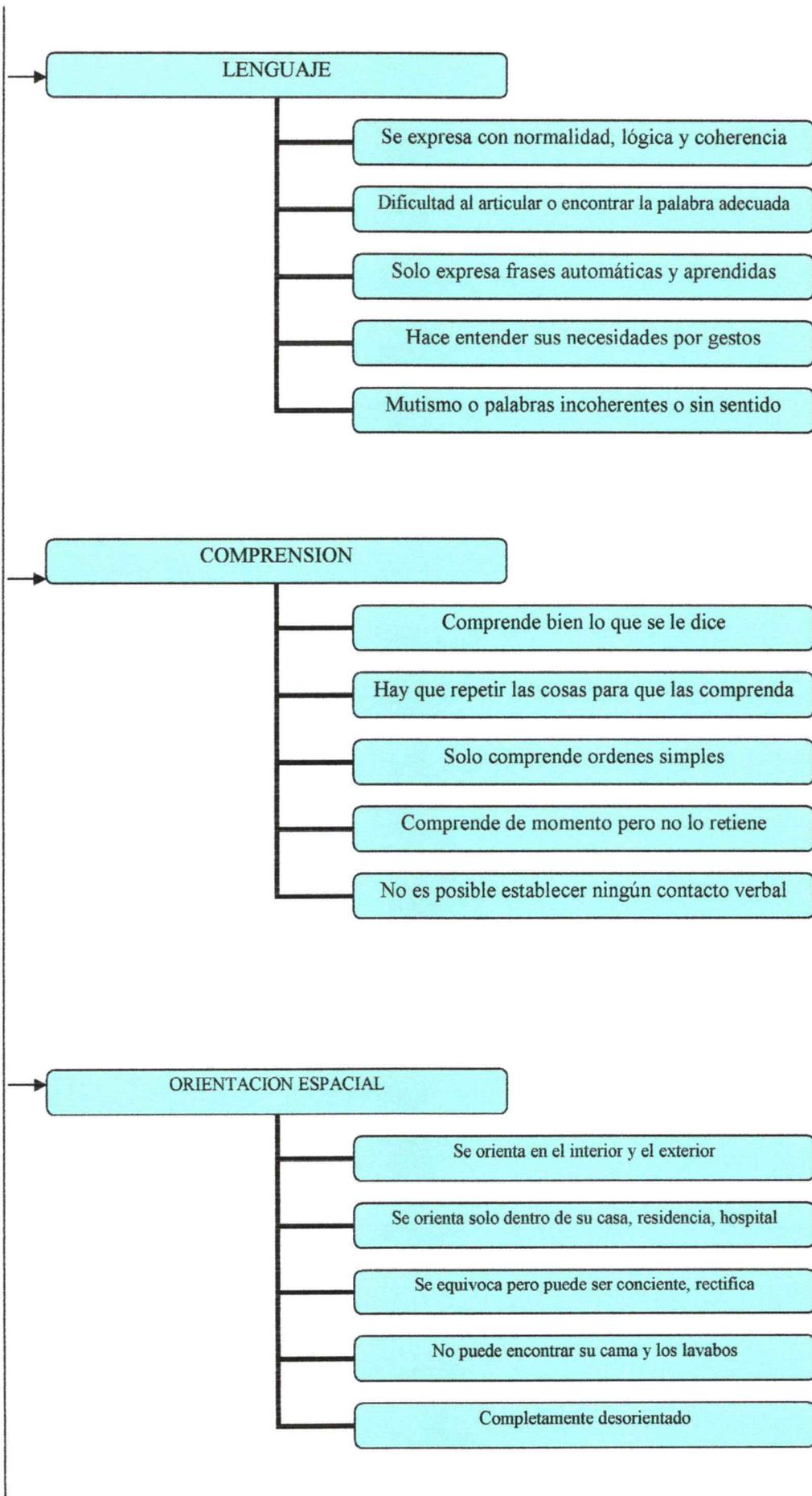


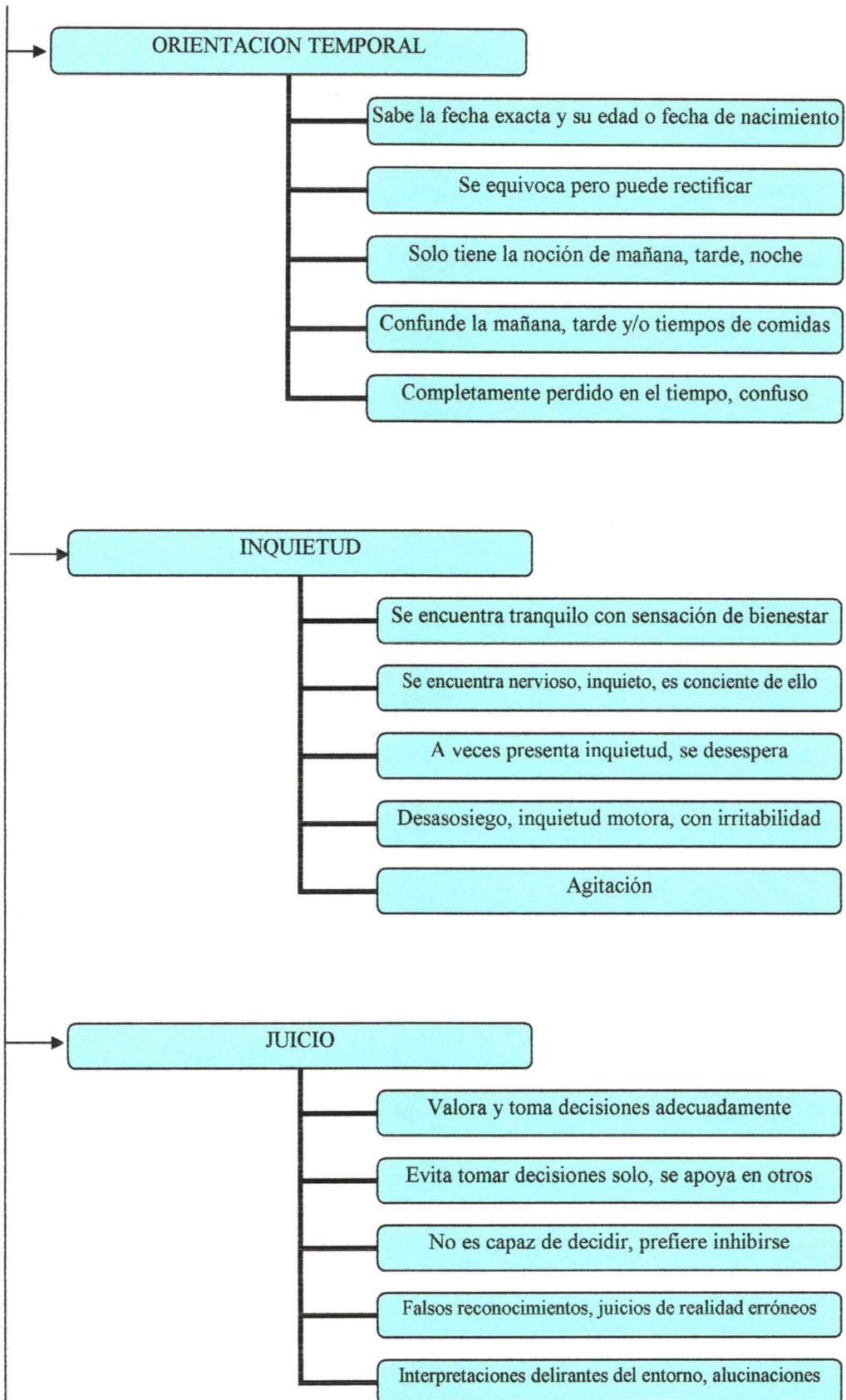


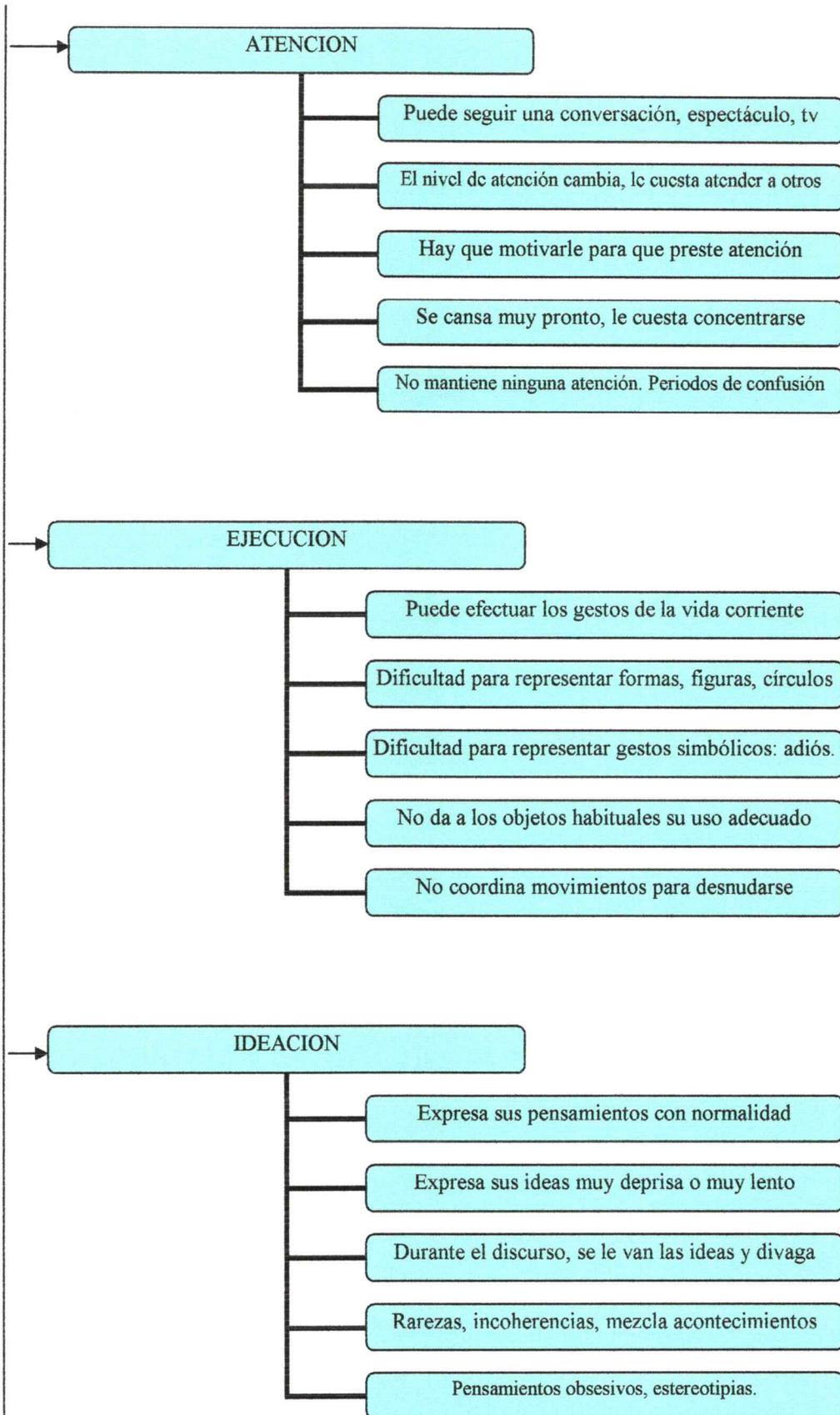


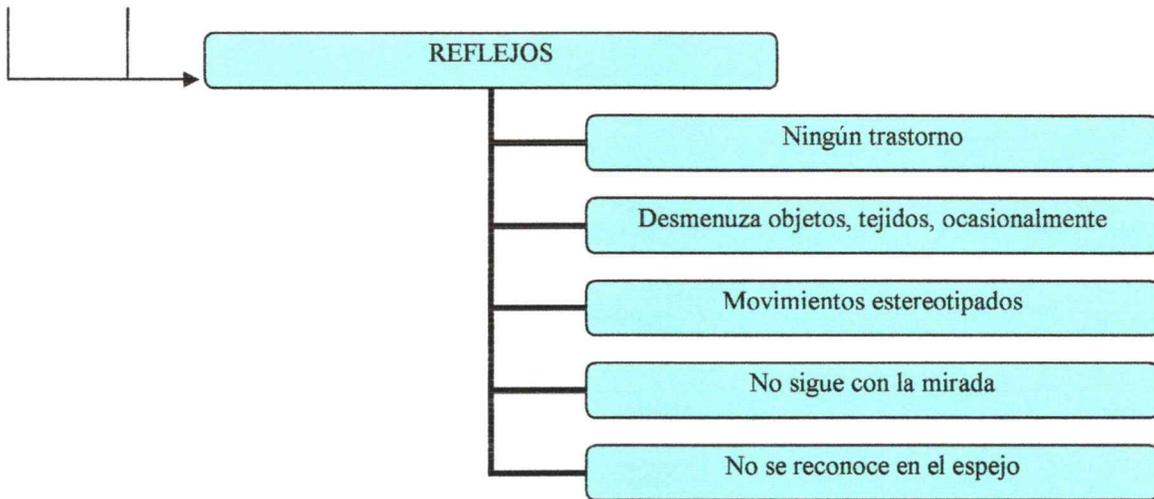












MEDIA	CATEGORÍA DE NIVEL ASISTENCIAL
1 - 1,4	1 Autonomía- Prevención
1,5 - 3,4	2 Frágil o Critico- Rehabilitación
3,5 - 5	3 Dependencia- Paliativos

- Índice perfil del residente
- Índice de niveles asistenciales
- Índice global de autonomía

Diseño Metodológico

Enfoque de investigación

Teniendo en cuenta, que la investigación que se desarrollará contiene características cuantitativas y cualitativas, se utilizará un enfoque de investigación de Tipo Mixto.

En esta investigación se combinarán elementos de ambos enfoques, para poder responder a los objetivos propuestos

Tipo de estudio y de diseño

El estudio de esta investigación será de tipo Descriptivo ya que buscará describir como se expresa la autonomía en los adultos mayores institucionalizados. Nos brindará datos relevantes sobre la autonomía, los adultos mayores y la institucionalización, y sobre todo, cómo se encuentran relacionados entre si estos tres conceptos.

El diseño de esta investigación será de tipo No experimental, porque no se manipulará la variable a estudiar, y se tratará en la medida de lo posible estudiarla en la realidad cotidiana.

Este diseño utilizado, tendrá un corte transversal- exploratorio, porque la investigación se realizará en un momento único, y se centrará en recoger información de la cual se posee poco conocimiento.

Población de estudio

Todos los adultos mayores institucionalizados en las residencia geriátricas "Instituto del Mar", "Casa Grande" y "Casa Blanca", de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo setiembre-octubre del 2009.

Muestra

1 - 43 adultos mayores que se encuentran institucionalizados en las residencias geriátricas "Instituto del Mar", "Casa Grande" y " Casa Blanca", de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo setiembre-octubre del 2009 y que cumplan con los criterios de inclusión de la muestra.

La muestra presentada será de carácter estimativo debido al grupo etario al cual se investiga. Existen variables que pueden afectar al número de personas que conformaran la muestra de estudio y ellas son:

*Cambio de institución geriátrica

*Involución de la patología existente o adquisición de nuevas enfermedades

*Muerte o deceso.

Método para recolectar la muestra

Se aplicará el método de selección no probabilístico accidental o por conveniencia. Observando las historias clínicas de toda la población de las instituciones, se seleccionará a aquellos que cumplieran con los tres primeros criterios de inclusión.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

- Personas con más de un año de permanencia en el hogar, instituto o residencia.
- Personas de 50 años o más.
- Personas que en la evaluación de MMSE registran los siguientes puntajes: Normal: 30-27 puntos, Deterioro dudoso: 26-24 puntos.
- Consentimiento informado verbal o escrito de las personas que participan en la investigación.

Criterios de exclusión.

- No obtener consentimiento informado del paciente y / o familiar.

- Personas con diagnóstico médico de retraso mental, psicosis, esquizofrenia, depresión severa.

Unidad de análisis

Cada uno de los adultos mayores institucionalizados en las residencias geriátricas “Instituto del Mar”, “Casa Grande” y “Casa Blanca”, de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo septiembre- octubre del 2009.

Instrumentos de recolección de datos

1-Escala Multidimensional de Observación de Autonomía Funcional para Ancianos en Residencia (EMOAFAR) (2)

La escala EMOAFAR de Bernal y Barbero (Madrid, España 2002), se utiliza para la evaluación de la autonomía-dependencia funcional. Se trata de una escala de apreciación de la conducta que explora fundamentalmente, tres dimensiones: *Física, Social y Psíquico*. Cada una de estas dimensiones se evalúa mediante 31 variables en total, cada una de estas variables contiene una serie de ítem de elección múltiple, con 5 categorías de respuesta, que hacen referencia a situaciones y actividades de la vida diaria. Por lo tanto se tienen 5 ítems para cada una de las variables, teniendo cada alternativa asignado un valor de 1 a 5, de mayor a menor autonomía funcional.

El evaluador, tras la apreciación de la conducta del residente elige la alternativa correspondiente, la que más se adecua, para cada una y todas las variables de la escala. De este modo se considera el valor asignado a la alternativa elegida como el valor representativo del nivel funcional de la persona en esa variable.

El valor de la autonomía funcional del sujeto en cada dimensión estará dado por la media de las puntuaciones de todas las variables incluidas en cada una de las dimensiones. De esta manera se obtiene un valor medio para la dimensión Física, otro valor medio para la Interacción Social y otro valor medio para la dimensión Psíquica.

Cada uno de estos valores medios es asimilado a tres diferentes categorías de programas de intervención, recomendándose la utilización de

valores medios con dos decimales y luego redondearlos a un solo decimal, mediante la siguiente tabla de equivalencia:

MEDIA	CATEGORÍA DE NIVEL ASISTENCIAL
1 - 1,4	1 Autonomía- Prevención
1,5 - 3,4	2 Frágil o Critico- Rehabilitación
3,5 – 5	3 Dependencia- Paliativos

Una vez que se obtienen los valores medios para cada dimensión y su equivalencia con las categorías de nivel asistencial correspondiente, se pensó en la posibilidad de obtener una mayor información mediante la construcción de tres índices:

a) ***Un índice global de Autonomía Funcional***, a partir del cual se pueden establecer tres categorías que describen el grado de autonomía-dependencia funcional del anciano. Este índice nos permite obtener una medida mas general teniendo en cuenta que utiliza la media de los valores medios de las tres dimensiones. Cada categoría corresponde a un *nivel funcional* y se corresponde, a su vez, con un *nivel asistencial*.

La categoría 1 equivale a un *nivel funcional de Autonomía* y correspondería a un *nivel asistencial de Prevención/ Supervisión*. En esta categoría se incluirían a las personas que muestran autonomía funcional, no necesitan rehabilitación pero si prevención, pueden realizar por si mismos las actividades de la vida diaria en la residencia y simplemente hay que atenderlos y supervisarlos.

La categoría 2 equivale a un *nivel funcional de Dependencia media* y se correspondería con un *nivel asistencial de Rehabilitación*. En esta categoría se incluirán las personas que necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria en la residencia, y para mantenerles en su nivel de autonomía funcional es necesario llevar a cabo con ellos un proceso de rehabilitación

La categoría 3 corresponde a un *nivel funcional de Dependencia total* y a un *nivel asistencial de Paliativos*. En esta categoría se incluyen

aquellas personas que tienen una dependencia funcional total para realizar las actividades de la vida diaria en la residencia.

<u>Categoría</u>	<u>Nivel Asistencial</u>
1-Autonomía	Prevención/ Supervisión
2-Dependencia Media	Rehabilitación
3-Dependencia Total	Paliativos

b) ***Un Perfil de Autonomía Funcional (Índice perfil del residente)*** que se obtiene a partir de las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones: *Física, Social y Psíquica*. Este índice demuestra la priorización de las dimensiones en función del mayor grado de autonomía, siendo 1 equivalente de autonomía y 5 equivalente de dependencia funcional total. Si para cada dimensión Física (F), Social(S), Psíquica (P), consideramos su valor medio y priorizamos su ordenación en función del mayor grado de autonomía, podemos obtener 6 perfiles aplicando la regla de priorización de una de las dimensiones respecto a las otras dos. (3 posibles prioridades P, F, S y 6 perfiles: FPS, FSP, PFS, PSF. SFP, SPF. Estos perfiles indican qué dimensión, respecto a las otras, mantiene mejor nivel de autonomía, cual se situaría en un nivel medio y que dimensión tiene mayor dependencia.

Se obtienen pues una clasificación en torno a la cual agrupar a los residentes, clasificación que considera las tres dimensiones Física, Interacción Social y Psíquica. Se trata de una clasificación independiente de diagnósticos y patologías etc. Una clasificación multidimensional que considera el estado funcional de las personas, y que, a nuestro juicio, puede ser útil para agrupar a los sujetos según la priorización de programas de intervención, y de investigación, así como para estudiar si con la evolución de las personas cambia también su perfil.

c) ***Nivel de Autonomía Funcional (Índice de niveles asistenciales)*** que se obtiene de la combinación de los tres niveles funcionales en cada una de la tres dimensiones y en función de los 6 perfiles. Se obtienen así 27 niveles de autonomía. Un ejemplo de ellos sería: F1P1S2, este nivel de autonomía funcional correspondería a una

persona que en las dimensiones Física y Psíquica esta en la categoría 1, es por lo tanto una persona autónoma. funcionalmente, pero en la dimensión Social necesitaría beneficiarse de programas de rehabilitación social.

Tipo de medida

Los valores obtenidos mediante la escala EMOAFAR forman una escala de medida ordinal que establece niveles o categorías en función del mayor o menor grado de autonomía de los sujetos. No obstante se considera que el grado de autonomía es una variable continua y que lo que subyace en ese orden es un continuo en que se pueden situar los sujetos en función de su estado funcional.

Lo que permite la priorización de una dimensión sobre otra y la realización del índice de los perfiles es el tratamiento de la escala como numérica y variable continua.

Fiabilidad de la escala

Una escala de observación es fiable si muestra estabilidad y consistencia de las puntuaciones. Las medidas fiables son aquellas que miden una variable con precisión y coherencia (Martín y Bateson, 1991)

En las escalas multidimensionales de valoración del anciano, de uso mayoritario en los contextos clínicos y asistenciales, especialmente en las residencias asistidas de ancianos en la atención a largo plazo, donde los diferentes miembros del equipo interdisciplinario se ven implicados en este tipo de escalas, resulta de gran interés la medición de la fiabilidad mediante el procedimiento Inter.-evaluadores

Para realizar esta escala se llevo a cabo un estudio de la fiabilidad a través del acuerdo interjueces (Inter.-evaluadores). Con el estudio de fiabilidad se pretende medir en que grado la medición realizada es repetible y coherente y en que medida esta libre de errores aleatorios.

El observador (evaluador) es el principal instrumento de medición de la conducta en este tipo de instrumentos de evaluación. Por el ámbito de utilización de esta escala, el equipo interdisciplinario, hace de elección prioritario este método. Se trata de obtener el grado de acuerdo existente entre

observadores que intentan medir la misma conducta: el nivel de autonomía funcional en el anciano a través de la escala EMOAFAR.

Estudio Interjueces (interobservadores)

El método empleado en el estudio interjueces para la valoración de la fiabilidad implica a dos o más observadores que administran de manera independiente la escala y posteriormente se comparan los resultados de los ítems, las variables y las puntuaciones totales.

El estudio interjueces posibilita la comparación de los efectos de las diferencias entre entrevistadores (experiencia, edad, sexo...) sobre las respuestas obtenidas. La desventaja que presenta es que es imposible distinguir si la incongruencia es un resultado de los entrevistados o de los factores del observador.

En este trabajo, se utiliza un método basado en el propuesto por Hambleton (1984) para el estudio de la congruencia ítem-objetivo ya que no requiere procedimientos estadísticos sofisticados, y se utiliza el coeficiente de concordancia W de Kendall. El procedimiento general es el siguiente: un grupo de observadores, de manera independiente, evalúa la conducta de todos y de cada uno de las personas en todas las variables que conforman la escala. Para ello se debe decidir, de los 5 ítems que definen cada variable, cuál es el que se ajusta más a la conducta de la persona. A partir de los resultados de su evaluación, se comprobará cuál es el nivel de concordancia entre los diferentes observadores cuando deben realizar un juicio acerca de la misma conducta observada.

Validez y consistencia interna de la escala

Siguiendo a Martín y Bateson (1991), el concepto de validez tiene que ver con el grado en que una variable mide realmente aquellas características que el investigador quiere medir, y el grado en que proporciona información que es relevante para las cuestiones que se han formulado. La validez se refiere a la relación entre una variable y lo que se supone que mide o predice acerca del mundo, responde a la pregunta ¿es una medida apropiada para lo que queremos medir?

Para responder a esta pregunta se pueden seguir varios caminos, ahora bien, en la medida en que se obtenga una mayor información se podrá tener una mayor seguridad acerca de que las conclusiones a las que se llegue a la hora de interpretar las puntuaciones obtenidas sean correctas.

Las puntuaciones de la escala EMOAFAR lo que proporcionan es una medida del estado funcional, considerando todas sus dimensiones y proporcionando unos índices para la categorización o clasificación de los sujetos que van mas allá de un diagnóstico clínico, aunque pueda relacionarse con el estado funcional asociado a un determinado diagnóstico.

Como primer paso en el estudio de la validez de la escala se utilizó un grupo de expertos para obtener evidencia acerca de la validez del contenido de la misma.

Las personas que intervinieron en el análisis de la validez de contenido y el acuerdo alcanzado entre ellos permite tener ciertas garantías de que los ítems incluidos en la escala son una muestra relevante y representativa del dominio de conductas indicadoras del constructo a evaluar.

Se pensó que comprobando la consistencia interna de cada una de las dimensiones, se podría tener un indicador de su validez de constructo; puesto que la consistencia interna aumenta en la medida en que aumentan las intercorrelacionales entre las variables que componen cada escala.

La consistencia interna de la escala EMOAFAR, así como la de cada una de las dimensiones hipotetizadas se llevó a cabo mediante el coeficiente α de Cronbach, este índice nos sirve también para evaluar la fiabilidad de la escala mediante el estudio de la consistencia interna.

Cronbach (1971) estableció que los estudios realizados para analizar la validez de constructo deben ser intencionados, no deben hacerse al azar. Por otra parte Hambleton (1984), propone que cuando todos los datos son recogidos y analizados, se debe hacer un juicio final acerca de su validez de intención de uso o utilidades de las puntuaciones del test. En este sentido, teniendo en cuenta que el propósito de las puntuaciones de la escala EMOAFAR es determinar el estado funcional de las personas mayores, ancianos en residencia, las puntuaciones de la escala se utilizaran como referente del estado funcional de los ancianos para su valoración y seguimiento

desde el equipo interdisciplinario, por lo que las puntuaciones de la escala serán abordadas desde diferentes disciplinas.

A partir de los estadísticos descriptivos de las 31 variables y de los diferentes coeficientes de Cronbach obtenidos, se llega al resultado de que en el total de la escala EMOAFAR se obtiene un índice α de Cronbach muy alto 0.96 indicativo de una consistencia interna fuerte. Si se analizan por separado los items de cada una de las dimensiones Físico, Interacción Social y Psíquico igualmente el índice α es indicativo de consistencia interna, siendo algo menor para la dimensión de la Interacción Social.

En la **Dimensión Física** las variables que tienen mayor peso específico, las que contribuyen en mayor grado al nivel funcional, son la variable *higiene, vestido, estado dental y movilidad* para, a continuación, ser la *administración de medicación y la continencia de esfínteres* las siguientes en contribuir a la consistencia interna de esta dimensión. Destacar que las variables estado dental y medicación son dos variables poco usuales en las escalas de valoración funcional y que han sido introducidas por las autoras en esta escala por la importancia en los planes de cuidados en una residencia asistida de ancianos y que conllevan una organización de recursos personales y materiales en función del nivel funcional comprometido en estas variables. Se introdujo igualmente la variable *restricción y úlceras*, que presentan menor repercusión en la incidencia de la dependencia, y que los planes de prevención en la residencia asistida de ancianos para evitar úlceras y restricciones físicas son muy estrictos, lo que conlleva que pocos sujetos presenten dependencia en estas variables.

En la dimensión de **Interacción Social** las variables que inciden y repercuten más en el total de esta dimensión y en el nivel de autonomía funcional son la *familia y el futuro*. La ausencia de familiares que puedan prestar apoyo social suficiente y el encontrarse en una institución, son dos aspectos que marcan índices altos de dependencia para muchos residentes en ambas variables.

En la dimensión **Psíquico** el índice de consistencia interna alpha de Cronbach es muy similar al del total de la escala EMOAFAR. Todas sus variables tienen una especificidad semejante, destacando ligeramente aquellas que reflejan procesos cognitivos como son la *memoria, la ideación y la*

orientación. La variable ánimo tiene valores semejantes, siendo las de menor peso en esta dimensión aquellas en las que se ven implicados aspectos relacionados con la psicomotricidad como los reflejos, praxis e inquietud.

2-Cuestionario Semiestructurado: Autonomía como principio bioético de los adultos mayores institucionalizados

El cuestionario: Autonomía como principio bioético de los adultos mayores institucionalizados, se utilizará para la evaluación de la autonomía como principio bioético. Es un instrumento de evaluación de nuestra propia autoría, creado para enriquecer y aportar datos importantes a la investigación.

Es un cuestionario con preguntas abiertas, que se realizara a través de entrevista personal con cada persona que forma parte de la muestra de estudio

El cuerpo del instrumento consta de 6 áreas específicas (A-Derecho a la responsabilidad y a la participación, B-Derecho a la información y a la libertad de expresión, C-Derecho a la intimidad, D-Derecho al respeto y a la dignidad, E-Derecho a la continuidad, F- Percepción del adulto mayor acerca de su expresión de autonomía.) y dentro de cada una de ellas contiene las preguntas abiertas. El cuestionario tiene un total de 17 preguntas distribuidas de la siguiente manera:

- Área A: 5 preguntas
- Área B: 3 preguntas
- Área C: 3 preguntas
- Área D: 2 preguntas
- Área E: 2 preguntas
- Área F: 2 preguntas

Prueba piloto

La prueba piloto, se desarrollo en Geriátrico "Contemporáneo", de la ciudad de Mar del Plata, el día 26 de Mayo del 2009.

El geriátrico está formado por la siguiente planta de profesionales: medico clínico, nutricionistas, asistente social, terapeuta ocupacional, enfermeras y auxiliares de enfermería, y es prestador de PAMI.

Tanto la escala EMOAFAR, como el cuestionario semiestructurado "Autonomía como principio bioético de los adultos mayores institucionalizados", fueron aplicados a 5 pacientes de la institución, previamente a la elección de los mismos, se leyó las historias clínicas de cada uno, para poder elegir aquellos que concordaran con los criterios de inclusión de la muestra original.

Se acordó entre las investigadoras, quien comenzaba con la aplicación de los instrumentos, y luego se paso a la implementación de los mismos.

Cada investigadora tuvo en sus manos, 5 juegos de los instrumentos de evaluación, mientras una de ellas los administraba, las dos restantes marcaban en sus respectivos instrumentos la respuesta elegida. Se prosiguió de este modo con los 5 pacientes, de manera que las tres investigadoras pudieran aplicar los instrumentos.

El tiempo promedio de las 5 aplicaciones del instrumento fue de 18 minutos.

Luego, de aplicar los instrumentos, se prosiguió a comparar los resultados de las pruebas aplicadas y se observó una gran congruencia en las respuestas elegidas, tanto en la escala EMOAFAR como en el cuestionario semiestructurado.

En la escala EMOAFAR, no se realizaron cambios en la estructura de la misma, las modificaciones realizadas son solo en la manera de realizar las preguntas. En la dimensión Psíquica las variables lenguaje, comprensión, atención y reflejos se dedujeron por observación.

En cuanto al cuestionario, se observó que la pregunta nº 3 del área B-Derecho a la información y a la libertad de expresión, no tenía una buena comprensión, por lo tanto se la modificó como se plantea actualmente (ver instrumento en anexo).

En cuanto a la pregunta nº 2 del área E-Derecho a la continuidad, se decidió eliminarla porque quedó contemplada en la pregunta nº 3 del área B-Derecho a la información y a la libertad de expresión.

Para obtener la respuesta de las preguntas de autonomía fue necesario explicar anteriormente el significado de dicho concepto, ya que los adultos mayores no lo comprendían en su totalidad.

Técnicas de medición

La *escala EMOAFAR*, se administrará a los pacientes de las instituciones geriátricas que formen parte de la muestra de estudio.

El Evaluador, explicará en forma clara la escala, y la manera en que debe contestar a la misma, luego registrará la respuesta en la planilla, considerando un puntaje con un rango de 1 a 5, de mayor a menor autonomía.

El valor de la autonomía funcional de la persona estará dado por la media de las puntuaciones de todas las variables incluidas en cada una de las dimensiones. De esta manera se obtendrá un valor medio para cada dimensión.

Cada uno de estos valores medios es asimilado a tres diferentes categorías de programas de intervención, recomendándose la utilización de valores medios con dos decimales y luego redondeados a un solo decimal, mediante la siguiente tabla de equivalencia:

MEDIA	CATEGORÍA DE NIVEL ASISTENCIAL
1_1,4	1 Autonomía- Prevención
1,5_ 3,4	2 Frágil o Crítico- Rehabilitación
3,5_ 5	3 Dependencia- Paliativos

Una vez que se obtienen los valores medios para cada dimensión y su equivalencia con las categorías de nivel asistencial correspondiente, se pensó en la posibilidad de obtener una mayor información mediante la construcción de tres índices:

- Índice perfil del residente
- Índice de niveles asistenciales
- Índice global de autonomía

El cuestionario Semiestructurado: Autonomía como principio bioético de los adultos mayores institucionalizados, es un cuestionario que se realizará a través de entrevista personal al paciente de la institución geriátrica, y esta formado por preguntas abiertas, las cuales son respondidas por los mismos.

La información obtenida a través de los cuestionarios nos permitirá completar y enriquecer los datos obtenidos en la escala EMOAFAR.

Análisis de datos (2)

El análisis estadístico que se realizará será sobre la base de la *estadística descriptiva*, ya que nuestra investigación se centrará en poder describir y sintetizar los datos obtenidos.

Los datos que arroja la escala EMOAFAR son: *grado/ nivel de autonomía y el nivel de asistencia*, ambas son variables cuantitativas y su nivel de medición es *ordinal*. A partir de estos datos la escala permite obtener mayor información a partir de la construcción de tres índices: Índice perfil del residente, el Índice de niveles asistenciales, y el Índice global de Autonomía

En la escala EMOAFAR el valor de la autonomía funcional de la persona estará dado por la media de las puntuaciones de todas las variables incluidas en cada una de las dimensiones. De esta manera se obtiene un valor medio para la dimensión Física, otra la Psíquica y otra para la Interacción Social. Cada uno de estos valores medio será asimilado a tres distintas categorías de programas de asistencia y luego redondeados a un solo decimal, mediante la siguiente tabla:

MEDIA	CATEGORIA DE NIVEL ASISTENCIAL
1_ 1,4	1 Autonomía- Prevención
1,5_ 3,4	2 Frágil o Crítico- Rehabilitación
3,5_ 5	3 Dependencia- Paliativos

Una vez que se obtienen los valores medios para cada dimensión y su equivalencia con las categorías de nivel asistencial correspondiente, se construyen tres índices:

- Índice perfil del residente
- Índice de niveles asistenciales
- Índice global de autonomía

Las medidas estadísticas utilizadas en la investigación serán *la media, el desvió estándar y el modo*, porque resultan las medidas más representativas para el tipo de estudio que se llevará a cabo.

Los datos se plasmaran sobre gráficos sectoriales y de barras componentes, y en la medida que sea posible se realizaran gráficos de barras proporcionales.

El cuestionario Semiestructurado: Autonomía como principio bioético de los adultos mayores institucionalizados, es un cuestionario con preguntas

abiertas, donde las personas tienen la posibilidad de expresarse en cada pregunta.

Las preguntas abiertas del cuestionario se codificarán una vez que se conozcan todas las respuestas de las personas que forman la muestra de estudio. El procedimiento consiste en darles nombre a los patrones generales de respuesta (respuestas similares o comunes), colocarlos en una lista y después asignarle un valor numérico o un símbolo a cada patrón. De esta manera un patrón constituirá una categoría de respuesta.

Para cerrar las preguntas abiertas se seguirán los siguientes pasos:

- Se seleccionará determinado número de cuestionarios mediante un método adecuado de muestreo, asegurando la representatividad de las personas investigadas.
- Se observará la frecuencia con que aparece cada respuesta a la pregunta.
- Se elegirán las respuestas que se presentan con mayor frecuencia
- Se clasificarán las respuestas elegidas en temas, aspectos o rubros, de acuerdo con un criterio lógico, teniendo cuidado de que sean mutuamente excluyentes.
- Se les dará un nombre o título a cada tema, aspecto o rubro
- Se le asignará un código a cada patrón general de respuesta

Bibliografía Aspectos Metodológicos

(1)BERNAL, MARIA ELENA. Construcción, evaluación y aplicación de una escala multidimensional de observación de la autonomía funcional de ancianos en residencias geriátricas. (EMOAFAR). Tesis Doctoral. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de educación a distancia de Madrid, España. 2002

(2)HERNÁNDEZ SAMPIERI, R; FERNANDEZ COLLADO, C; BAPTISTA LUCIO, P. Metodología de la Investigación; México, McGraw- Hill; 3ª ed.; pp 391-411. Año 2003.

CONSULTAS ELECTRÓNICAS.

(3)Carta de derechos y libertades del adulto mayor. [http://www.gerontogeriatría.org.ar/pdf/carta de derechos y libertades.pdf](http://www.gerontogeriatría.org.ar/pdf/carta_de_derechos_y_libertades.pdf). Fecha de consulta 01-03-09

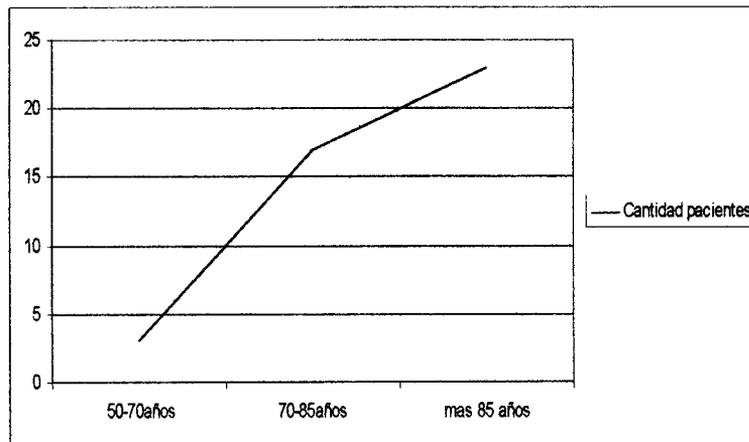
Resultados

Análisis e interpretación de los Resultados.

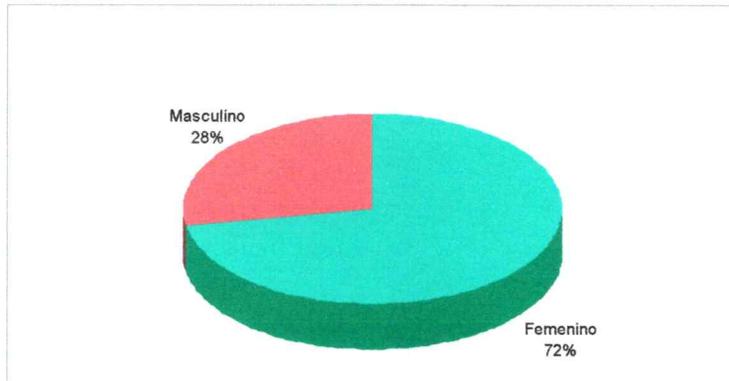
Se incluyó a la muestra final residentes del hogar para adultos mayores “Casa Blanca” de características similares que la Residencia Casa Grande debido a que en el momento de realizar la recolección de datos no se contó con la totalidad de residentes que se citaba en el protocolo de investigación, ya que se trata de una población cambiante por situaciones como fallecimientos, involución en el área cognitiva, traslados de geriátricos, entre otros.

Del **100%** de las unidades de análisis que conformaron la muestra (n: 43); el **53 %** supera los 85 años, y el **72%** de los adultos mayores institucionalizados pertenece al sexo femenino. (Tablas 1 y 2). El promedio de edad de los adultos mayores institucionalizados en las tres residencias es de 81 años.

GRÁFICO N° 1:



Edad de la población institucionalizada en Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre 2009.

GRÁFICO N° 2:

Sexo de la población institucionalizada en Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

El objetivo de nuestro trabajo fue: Analizar cómo se expresa la autonomía en los adultos mayores institucionalizados de las residencias geriátricas “Instituto del Mar”, “Casa Grande” y “Casa Blanca” e de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo septiembre- octubre 2009. Los resultados recabados mediante la escala y el cuestionario describen la autonomía y su expresión en los residentes que pertenecieron a la muestra.

Resultados, análisis e interpretación sobre la escala EMOAFAR.

Los datos obtenidos permitieron obtener los siguientes resultados:

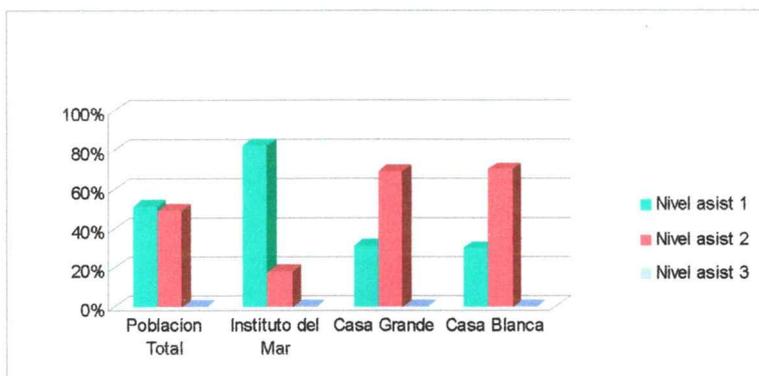
El NIVEL ASISTENCIAL DE LA DIMENSIÓN FÍSICA: el total de la muestra manifiesta que un **51%** pertenecen al nivel asistencial 1 y un **49%** al nivel asistencial 2. Este resultado expresa una elevada limitación en el aspecto físico de los residentes. (Tabla 3)

-*Instituto del Mar:* un **82%** requieren un nivel de asistencia 1 en la dimensión física y un **18%** un nivel de asistencia 2. Dicha residencia es la que menos limitación posee en esta área.

-*Casa Grande:* Un **31%** requieren un nivel de asistencia 1 y un **69%** un nivel de asistencia 2.

-*Casa Blanca:* Un **30%** requiere un nivel de asistencia 1 y un **70%** un nivel de asistencia 2.

GRÁFICO N° 3:



Nivel asistencial en la dimensión física, según residencias Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

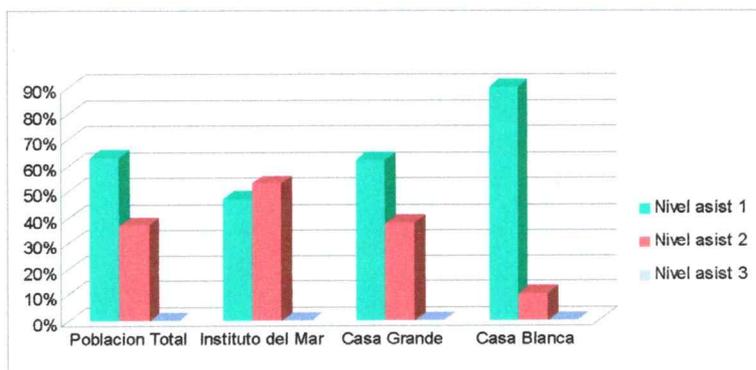
EL NIVEL ASISTENCIAL DE LA DIMENSION SOCIAL: Un **63%** pertenece al nivel asistencial 1 y un **37%** al nivel asistencial 2. (Tabla 4)

-*Instituto del Mar:* un **47%** requieren un nivel de asistencia 1 en la dimensión social y un **53%** un nivel de asistencia 2. La población de dicha institución es la que mayor limitación posee en dicha área.

-*Casa Grande:* Un **62%** requieren un nivel de asistencia 1 y un **38%** un nivel de asistencia 2.

-*Casa Blanca:* Un **90%** requiere un nivel de asistencia 1 y un **10%** un nivel de asistencia 2.

GRÁFICO N° 4:



Nivel asistencial en la dimensión social según residencias Instituto del mar, casa Grande y Casa Blanca de mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

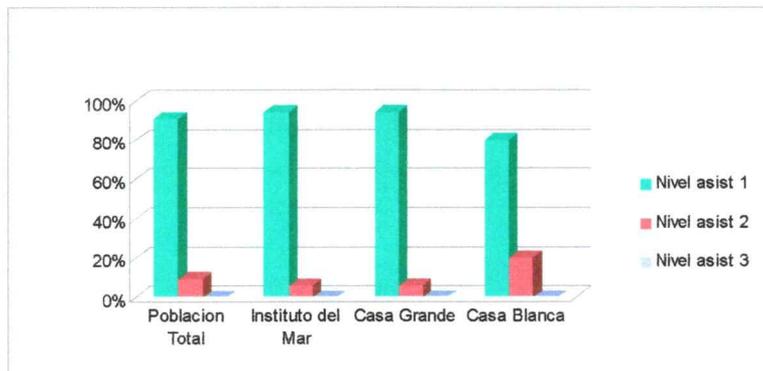
EL NIVEL ASISTENCIAL PSIQUICO: un **91%** pertenece al nivel asistencial 1 y solo un **9%** al nivel asistencial 2.

-*Instituto del Mar:* un **94%** requieren un nivel de asistencia 1 en la dimensión psíquica y un **6%** un nivel de asistencia 2

-*Casa Grande:* Un **94%** requieren un nivel de asistencia 1 y un **6%** un nivel de asistencia 2.

-*Casa Blanca:* Un **80%** requiere un nivel de asistencia 1 y un **20%** un nivel de asistencia 2. La población de dicha residencia es la que mayor limitación posee en esta área.

GRÁFICO N° 5:



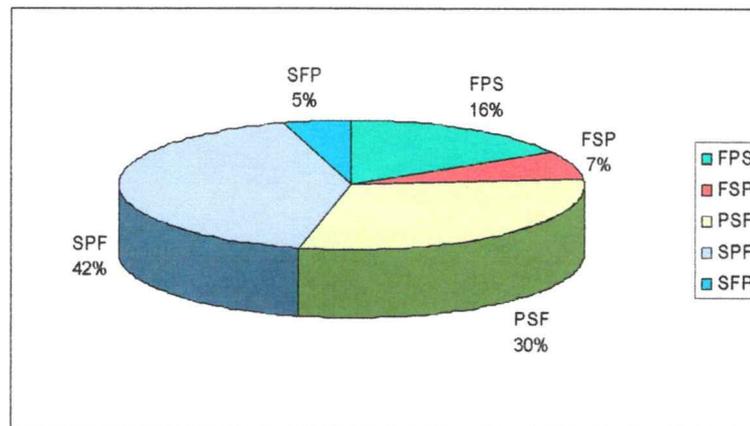
Nivel asistencial en la dimensión psíquica según residencias: Instituto del mar, Casa Grande y Casa Blanca de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

El INDICE PERFIL RESIDENTE: Del total de la muestra, indica que el **42%** de ellos tiene un índice de perfil de tipo social-psíquico-físico (SPF), es decir que presentan mayor autonomía en dimensión social, luego psíquica y el área que menor autonomía posee es la física; el **30%** presenta un perfil psíquica- social- física (PSF), es decir mayor autonomía en psíquico, luego social y menor autonomía en física; el **16%** el perfil es físico-psíquico-social (FPS), el **7%** físico-social-psíquico (FSP) y el **5%** social- físico-psíquico (SFP). (Tabla 6)

Por lo tanto el **área física** es la que **menor autonomía** posee, seguida de la dimensión psíquica y la que **mayor autonomía** conserva es la **dimensión social**.

Los residentes que pertenecieron a la muestra se encuentran adaptados a la situación de institucionalización, por lo que el aspecto psíquico y emocional es positivo; presentando muy poca dificultad en dicha área. El área social esta influenciada por la dificultad física que no permite salir a realizar actividades, relacionarse e integrarse a la comunidad.

GRAFICO N° 6:



Índice del perfil de los residentes institucionalizados en Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Diferenciando el índice de perfil residente de acuerdo a las distintas instituciones se hallaron los siguientes datos: (Tablas 7, 8 y 9)

-*Instituto del Mar*: un **37%** posee el perfil FPS, un **25%** un perfil SPF, un **19%** un perfil PFS, un **13%** un perfil FSP, y un **6%** un perfil PSF. En esta residencia la población que conformó la muestra posee menor autonomía en la dimensión social, luego psíquica y la mayor autonomía que posee es en el área física.

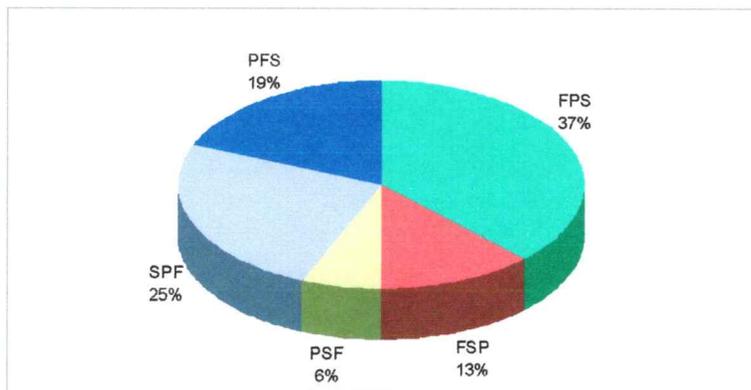
-*Casa Grande*: el **43%** un perfil PSF, el **38%** un perfil SPF, el **13%** un perfil PFS y el **6%** un perfil FPS. En esta institución la población perteneciente a la muestra goza de menor autonomía en la dimensión física, seguida de la

dimensión social y el área que menor autonomía conserva es la dimensión psíquica.

-*Casa Blanca*: un **80%** de la población presenta un perfil SPF y un **20%** un perfil SFP. En esta residencia el área física es la que menos autonomía tiene, seguida de la dimensión psíquica y la que mayor autonomía demuestra es la social.

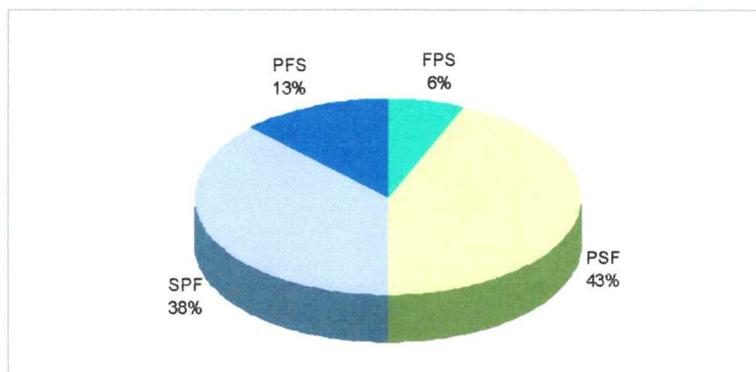
Los residentes del Instituto del Mar poseen menor autonomía en el área social, lo cual puede deberse a la ubicación (punta Mogotes, zona sur de la ciudad) ya que dificulta llegar hacia lugares sociales como bares, restaurantes, negocios, etc. Generalmente dicha zona funciona comercialmente en temporada vacacional de verano.

GRÁFICO N° 7:



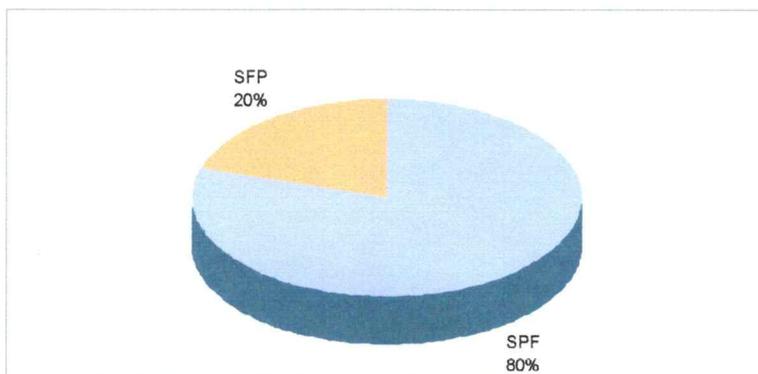
Índice del perfil de los residentes de Instituto del Mar, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

GRAFICO N° 8:



Índice del perfil de los residentes de Casa Grande, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

GRÁFICO N° 9:

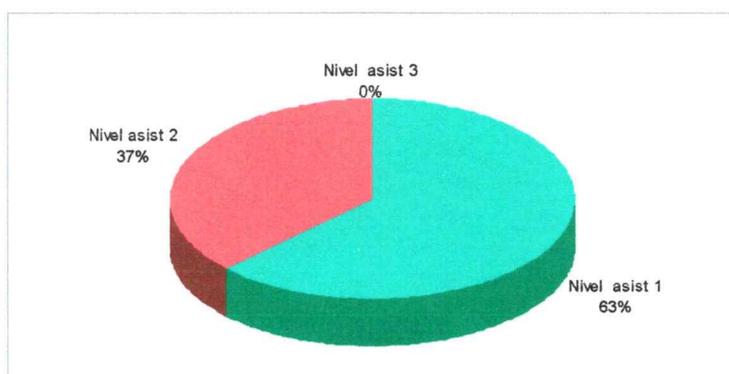


Índice del perfil de los residentes de Casa Blanca, de mar del Plata, durante el periodo septiembre-octubre de 2009.

El **INDICE GLOBAL DE AUTONOMIA** se forma por la media de todas las dimensiones.

Del total de la muestra ($n: 43$) se indica que la autonomía funcional de los adultos mayores institucionalizados es satisfactoria, ya que un **63%** se incluye dentro del nivel asistencial 1 (Autonomía) donde los planes de intervención se dirigen a la prevención, y un **37%** nivel asistencial 2 (Frágil o crítico) con planes de intervención dirigidos a la rehabilitación, sin registrarse población perteneciente al nivel asistencial 3 (Dependencia- Paliativos). (Tabla 10).

GRÁFICO N° 10:



Índice global de autonomía de los adultos mayores institucionalizados en Instituto del Mal, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

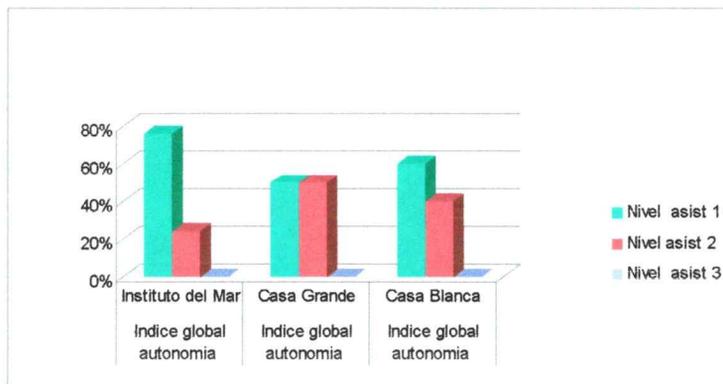
Diferenciando el índice global de autonomía, en las diferentes instituciones se halló: (tabla 11)

-*Instituto del Mar*: El **76%** de la población pertenece al nivel asistencial 1 y un 24% al nivel asistencial 2. Los residentes de dicha institución son los que gozan de mayor autonomía funcional.

-*Casa Grande*: Un **50%** pertenece al nivel asistencial 1 y el otro 50% al nivel asistencial 2.

-*Casa Blanca*: Un **60%** pertenece al nivel asistencial 1 y un 40% al nivel asistencial 2.

GRÁFICO 11:



Índice global de autonomía según residencias: Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Resultados, análisis e interpretación sobre la “Autonomía como principio bioético de los adultos mayores institucionalizados”

Se comenzó con la realización de una comparación de las respuestas de los residentes mediante un análisis cualitativo, agrupando las mismas por similitudes y diferencias.

Se ordenaron las preguntas del cuestionario en una grilla y se les asignó un código (“si” a las respuestas positivas y “no” a las negativas) a cada patrón general de respuesta.

Luego se clasificó la frecuencia y como se reitera el patrón con que aparece cada respuesta; se obtuvieron los porcentajes y se interpreto para dar significado a los datos obtenidos.

De esta manera se detalla lo siguiente:

Ítem A: (Derecho a la responsabilidad y a la participación)

El **58%** de los residentes expresaron no asumir responsabilidades dentro de la institución, y el **42%** que si lo hace, manifestó participar en actividades como llevar los platos y vasos a la mesa, hacer mandados, ordenar la ropa, ayudar en lo que le piden, cumplir las actividades que se realizan y un residente mencionó la actividad de pintar artísticamente como una responsabilidad. Es importante aclarar en este punto, que de acuerdo a las normas institucionales no se permite que los residentes participen en actividades de mantenimiento (orden, limpieza, etc.) por el cuidado físico de los mismos. Pero aun así, los residentes pueden realizar cualquier otra actividad, como algunos lo mencionaron, siempre que éstas no comprometan su salud.

El estado de salud es informado por parte del equipo profesional, pero el **16%** de la población mencionó que solo se explican los pasos a seguir, lo que debe hacerse, como por ejemplo tratamiento y ejercicios, sin explicación acerca de la naturaleza de la enfermedad. Hay aspectos que influyen en este punto, que no fueron estudiados mediante las técnicas de recolección de datos, pero si reconocidos durante la práctica clínica en el área, se observó que en algunas situaciones es el familiar quien no acepta que se le explique al adulto mayor sobre su enfermedad; estando el equipo profesional limitado en tal aspecto. En lo que respecta al medico clínico de la institución, éste continúa el tratamiento que realiza el medico de cabecera de los adultos mayores que no

pertenece al equipo profesional de la residencia. A pesar de esto, se considera pertinente que los profesionales expliquen de forma sencilla la patología, sin dar pronósticos ni crear preocupación en el adulto mayor.

Todos los residentes tienen la posibilidad de participar o no en los talleres, concurriendo a los mismos en función de deseos e intereses, aspecto importante ya que es una posibilidad de elección de los mismos.

La relación con los profesionales y el grupo, para muchos de los residentes es buena, aunque se mencionó en varios casos que se conocen entre sí, pero con muy pocos se relacionan. Quizás el compartir la mesa sea un aspecto importante en esta área.

El 79% de los adultos mayores pertenecientes a la muestra poseen manejo de su dinero, lo hacen con una parte del sueldo, mientras que la otra lo maneja un familiar (hijos, sobrinos, hermanos, esposa/o, apoderado.) para comprar los elementos que el residente necesita. El dinero que manejan lo usan para salidas, y para cubrir sus necesidades.

Ítem B: (Derecho a la información y a la libertad de expresión)

El 86% de la población está informada de lo que sucede en el lugar, mediante carteleras informativas, comunicación en talleres, entre compañeros y personal que trabaja en la institución.

El 88% de los adultos mayores tienen contacto con el exterior, con la posibilidad de ir de paseo o a la casa de algún familiar. En las instituciones se favorece la salida; si los familiares consideran que el residente puede hacerlo solo deben firmar un permiso. El 12% de la muestra que no tienen contacto con el exterior refieren que se debe a no tener familiares, o que los mismos no los vienen a buscar.

Ítem C: (Derecho a la intimidad)

En lo que respecta a este aspecto tan importante en la autonomía del adulto mayor institucionalizado expresaron tener un espacio para estar solos, generalmente en la habitación, que es compartida en la mayoría de los casos, pero pueden buscar el momento oportuno. El patio es también otro espacio elegido por los residentes para estar en intimidad.

El lugar para guardar los elementos personales es el placard compartido, donde expresan no tener seguridad de sus elementos, todos pueden acceder a él. Solo un 14% de la población dispone de una habitación individual o tienen la posibilidad de tener otro placard aparte con llave, si las dimensiones de la habitación lo permiten.

En lo que respecta a los cuidados personales, todos los residentes los reciben en forma privada.

Ítem D: (Derecho al respeto y a la dignidad)

En relación a como lo llaman cuando se dirigen al residente la totalidad de la muestra manifestó ser llamados por su nombre o apodo.

Con respecto a si son atendidas sus necesidades, el 93% expresó que siempre es atendido y solo el 7% mencionó ser atendido solo cuando los auxiliares tienen tiempo.

Ítem E: (Derecho a la continuidad)

En cuanto a la información temporal sobre el día, mes y año en que viven, todos manifestaron obtener dichos datos mediante almanaques ubicados en el comedor, dentro del ámbito de los talleres y a través de medios de comunicación (televisión, radios, diarios).

El 84% de los residentes pertenecientes a la muestra no participa en actividades fuera de la institución. Los que si lo hacen, mencionaron realizar actividades como ir al bingo, natación, salidas sociales (tomar un café, caminar, bailes y asistencia a grupos de tercera edad).

Ítem F (Percepción del adulto mayor acerca de su expresión de autonomía)

La forma de preguntar sobre este apartado, fue modificada debido a que en la prueba piloto en que se realizo la pregunta tal como esta formulada en el cuestionario, ninguno de los residentes la interpretaba, por lo tanto, se debió explicar el significado de autonomía para que luego pudieran responder.

En cuanto a si consideran ser autónomos, el 88% respondió afirmativamente, expresando que pueden decidir sobre su vida, salir cuando lo

desean, comunicarse con familiares. Otras respuestas fueron: "Porque me respetan y son accesibles", "Hago las cosas por mi voluntad", "La mente la tengo bien, por eso decido", "Resuelvo mis cosas". El 12% que respondió negativamente expresó no ser autónomo por tener que acatar a las reglas de la institución, como por ejemplo el uso de pañal en los que presentan limitaciones físicas. Dichos residentes no presentan dificultad en la continencia, pero por falta de tiempo del personal se recurre a este medio.

El 84% de la población manifestó que la institución ayuda a que puedan expresar la autonomía, ya que los dejan hacer lo que desean siempre que se adapte a las normas del lugar, se les permite a los residentes expresarse y dar sugerencias con respecto al funcionamiento diario en la institución como así también realizar actividades que deseen durante el día.

Se concluye entonces, que la expresión de autonomía en los adultos mayores institucionalizados encuentra su *mayor limitación* en el *área física*, siendo *más favorable* la expresión en el *área social y psíquica*. El tratamiento debe enfocarse hacia la rehabilitación de la dimensión física para favorecer la expresión de dicho derecho, y para que a su vez también beneficie las áreas restantes.

La expresión de autonomía es considerada satisfactoria ya que el índice global así lo demuestra, con su mayor porcentaje de residente en el nivel asistencial 1.

Respondiendo a los objetivos específicos, mediante los resultados de la presente investigación, se evidencia que los adultos mayores no poseen el suficiente conocimiento de lo que significa ser autónomo, no reconocen a este concepto como un derecho que toda persona debe tener. No comprenden en su totalidad el significado y las posibilidades de expresarse autónomamente más allá de la edad, situación y/o patología asociada.

A partir del análisis minucioso de los datos, se arriba a los siguientes resultados finales. Se reconocen tanto factores *positivos* como *negativos* en cuanto a la *expresión de autonomía del adulto mayor en la institución*. En relación a los factores positivos se observa que las instituciones ofrecen variadas posibilidades para que los residentes puedan expresar su autonomía, entre ellas:

- Posibilidad de realizar salidas donde deseen con el consentimiento de algún familiar, lo cual permite y favorece que el adulto siga manteniendo el contacto con el exterior.
- Participación o no de los talleres terapéuticos según su interés.
- Promoción de desarrollo de vínculos entre los residentes, sobre todo con aquellos que comparten la mesa. Esto favorece a formar un ambiente de convivencia con un clima agradable y saludable.
- Respeto por la individualidad de cada persona, porque son llamados por el nombre u apodo. El reconocimiento y respeto de la propia identidad también es importante para el adulto mayor.
- Respeto por la privacidad en cuanto a los cuidados personales e higiene, aspecto sumamente valioso.
- Se permite el manejo de su dinero para satisfacer las necesidades, salidas, etc. Esto favorece a que el adulto mayor continúe integrado al sistema social.
- Manutención de la continuidad temporal, mediante la información del día, mes, año en que viven. También se ofrece información de lo que se sucede dentro de la institución para que los residentes sean participantes activos de cada evento.
- Se permite a los residentes la búsqueda de un espacio íntimo, si así lo desean (habitación, patio, pasillo, etc.)

El tipo de organización de la institución no influye significativamente en la expresión de autonomía, ya que en todas se permitió al adulto mayor expresarse autónomamente en mayor o menor medida. Los residentes son tratados con respeto y marcando la individualidad de cada uno, como también, se posibilita que se desempeñen en actividades que son de su interés y agrado.

La diferencia hallada en la autonomía global entre Instituto del Mar y el resto de las residencias, puede deberse a que la primera es prestadora de la mutual PAMI, la cual solo ofrece para adultos mayores, la prestación geriátrica y no un subsidio de alquiler. Por este motivo los residentes acceden a dicha

institución por caso social (imposibilidad de acceder a una vivienda propia o alquilada) o falta de contención familiar. Estas personas conservan satisfactoria autonomía global debido a que no presentan mayores limitaciones físicas, no siendo así en las instituciones privadas en las que los adultos mayores acceden a la institucionalización por restricciones físicas o psíquicas, cuando los familiares no pueden hacerse cargo de su cuidado. Dicha situación fue conocida y experimentada por las autoras de esta investigación durante la práctica clínica, pero no analizada en el presente estudio.

En cuanto a los factores negativos, o sea en aquellas limitaciones que se observan desde la institución, planta profesional de la misma y familia del residente se pueden mencionar:

- Algunos de los profesionales no explican en forma adecuada el estado de salud de los residentes por lo tanto, en la mayoría de los casos los adultos mayores no comprenden el estado de salud o enfermedad que les concierne. No se tiene en cuenta que el residente es una persona de derechos y puede ser responsable y decidir sobre su tratamiento de salud. Se debería utilizar vocabulario habitual y sencillo, ya que solo si la persona entiende puede ejercer su autonomía.
- No tienen la posibilidad en su mayoría de contar con un espacio diferenciado, individual y seguro para guardar los elementos personales como ropa, adornos, recuerdos, etc. Lo cual debería ser de suma importancia ya que, dichos elementos son un aporte significativo para la vida psíquica de cualquier persona, más aun en los adultos mayores institucionalizados que viven en un lugar que no es su propio hogar.
- De acuerdo a la dinámica institucional, el personal de las residencias cuenta con poco tiempo para atender a las necesidades de los adultos mayores, por lo tanto ellos deben esperar para expresar las mismas, y en algunas ocasiones, limita ampliamente la autonomía.

Conclusiones

Conclusión

A partir de la investigación realizada en las residencias Instituto Geriátrico del Mar, Casa Grande y Casa Blanca de la ciudad de Mar del Plata durante el período septiembre-octubre del año 2009, se puede determinar que la institucionalización del adulto mayor **no es un factor ni un impedimento para la expresión de la autonomía de los mismos.**

Luego de realizar la recolección de datos mediante el cuestionario "Autonomía como principio bioético de los adultos mayores institucionalizados" y la escala EMOAFAR (Escala multidimensional de observación de autonomía funcional para ancianos en residencia), se puede concluir que la mayoría de los adultos mayores institucionalizados expresa sus pensamientos y deseos, favoreciendo de esta manera la expresión de la autonomía desde una perspectiva bioética y funcional.

Considerando a aquellos residentes que por cuestiones de limitaciones físicas, no se pueden desenvolver de forma totalmente independiente dentro de la institución, ellos también manifestaron que son libres al momento de expresarse y decir lo que piensan, es decir, que su condición física no es un factor que altere la expresión de la autonomía, a pesar que la misma (desde una perspectiva funcional) se encuentre de alguna forma limitada. Estas personas manifestaron que todas aquellas acciones que ellos pueden realizar, la institución permite que las desarrollen, pero muchas otras deben ser realizadas por el personal del lugar para mantener un orden y directivas institucionales.

La *autonomía funcional* de los adultos mayores institucionalizados es considerada satisfactoria, ya que en un alto porcentaje, pertenecen al nivel asistencial 1 (autonomía) donde los planes de intervención se dirigen hacia la prevención. El menor porcentaje se ubica en el nivel asistencial 2 considerado crítico o frágil, donde los planes de intervención se dirigen a la rehabilitación.

En cuanto a la aplicación de las técnicas de recolección de datos y el análisis de los mismos se ha tenido que desterrar con prejuicios y creencias colectivas acerca de lo que significa la institucionalización del adulto mayor.

Se puede afirmar que la situación actual de la institucionalización es satisfactoria en lo que respecta a la expresión de autonomía como independencia funcional y como principio bioético. Con el correr del tiempo y los avances médicos, tecnológicos y bioéticos, la institucionalización dejó de ser considerada como un “depósito de abuelos” apuntando a reconocerlo como una posible alternativa para las familias.

El desafío es apostar al cambio progresivo, ya que existen aspectos que se deben seguir trabajando con el personal de la residencia, el equipo de profesionales, los adultos mayores institucionalizados, los familiares y la comunidad en general, para que se tome conciencia de tal importancia y se ofrezca al adulto mayores las posibilidades de expresión de autonomía.

Considerando a los aspectos negativos sobre la expresión de la autonomía que fueron encontrados durante la recolección de datos y el análisis de los mismos, se cree que ellos brindan información muy importante y útil para trabajar sobre la toma de conciencia en la importancia de permitir la expresión de la autonomía de los residentes, lo cual permitirá continuar cambiando la imperante mirada sobre la institucionalización, favoreciendo la salud psíquica, social y física de la población de estudio.

Se considera que el trabajo en relación a la expresión de la autonomía es un *área importante para el tratamiento desde Terapia Ocupacional* en todos los campos, especialmente en el de la gerontología, donde es primordial que el adulto mayor se sienta respetado y pueda expresarse de manera satisfactoria, permitiendo que signifique sus días con pensamientos y ocupaciones positivas, y no vivir esta etapa de la vida como algo que “debe pasar”.

Nuestro desafío, como profesionales de la salud, es comprometernos con la vejez de manera tal que podamos construir entre las distintas generaciones y disciplinas nuevas formas de identidad solidarias y participativas relacionadas con las trayectorias vitales. Desde el rol de Lic. en Terapia Ocupacional, nos compete tener en cuenta esta temática en todo el quehacer profesional, incorporando el hecho de tratar a la persona como única y portadora de derechos, como un objetivo general que impregne todo el proceso terapéutico. Es de primordial relevancia realizar un trabajo de doble partida: por un lado promover la educación sobre el tema en el equipo de profesionales, familias y comunidad en general, y por otro lado, trabajar

específicamente con el adulto mayor para que reconozca y sea activo en su derecho de autonomía, dentro de la última etapa de su vida.

En lo que respecta a la escala EMOAFAR, se considera valiosa su utilización para el tratamiento de Terapia Ocupacional ya que brinda una nueva dinámica de trabajo posibilitando dividir en grupos de adultos mayores (evaluados por la misma) de acuerdo a su grado de limitación, en relación a las áreas implicadas, enfocando de esta manera el accionar hacia la prevención, la rehabilitación o cuidados paliativos, según el nivel funcional de cada grupo.

Desde esta mirada, la calidad de vida es mucho más que confort y comodidades para los adultos mayores, es también asegurarles un futuro más placentero para que envejecer no sea una tragedia sino una etapa de la vida en la cual el adulto mayor siga siendo autónomo, digno y valorado como una persona de derechos, en relación a su experiencia pasada y su vida presente.

Anexos

*Escala EMOAFAR

*Cuestionario semiestructurado: Autonomía como principio bioético de los adultos mayores institucionalizados.

*Autorización de uso de la escala EMOAFAR.

* Carta de autorización para acceder a la población de las residencias Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca.

*Tablas de datos.

*Consentimiento informado para realizar la prueba piloto.

*Consentimiento informado para realizar la investigación.

Nombre Residente Edad Fecha de evaluación Unidad

ESCALA MULTIDIMENSIONAL de OBSERVACIÓN de AUTONOMÍA FUNCIONAL para ANCIANOS en RESIDENCIA (EMOAFAR)

NOTA: Por favor asegúrese de responder cada cuestión.

Para cada pregunta elija la alternativa que mejor describa el comportamiento de los residentes durante los últimos quince días.

Dimensión	VARIABLES	Ítems
FÍSICO	Alimentación	a) Come solo, correctamente, a tiempo b) Come solo pero hay que estimularle c) Necesita ayuda al partir, abrir envases, pelar.. d) Hay que darle de comer e) Alimentación por sonda, geringa, sueros..
	Continencia	a) Ningún problema. b) Incontinencia Nocturna si no esta asistido c) Incontinencia Diurna si no esta asistido d) Incontinente urinario aún estando asistido e) Doblemente incontinente.
	Sueño	a) Ningún problema b) A veces necesita somnífero c) A veces sueño perturbado, somnífero inútil d) Duerme bien con somnífero regular, duerme de día e) Sueño perturbado, incluso con somnífero regular
	Higiene	a) El aseo diario, lo realiza sin ayuda ni supervisión b) Solo necesita ayuda para baños en bañera o ducha c) Supervisión para peinarse, aseos pies, dientes, oídos.. d) No puede hacer solo el aseo diario, pero participa e) Dependencia total
	Vestirse	a) Organiza su ropa y se viste solo adecuadamente b) Se viste solo pero lento y descuidado c) No organiza la ropa, se viste descuidado d) No organiza ni se viste solo, pero participa e) Dependencia total. Imposible solo
	Sentidos	a) Oye y ve adecuadamente b) Necesita prótesis, para oído o vista c) Necesita prótesis para vista y oído d) Le resulta muy difícil percibir lo que ocurre alrededor e) Ciego-sordo
	Movilidad	a) Ningún problema para caminar b) Camina con dificultad, bastón, caminador, muletas,.. c) Silla de ruedas que conduce d) Silla que no puede conducir o anda solo con otros e) Encamado, a veces sentado en sillón
	Uso de restricciones físicas (anotar si ha sido necesario aunque sea una vez y por poco tiempo)	a) Normal, sin restricciones físicas b) Necesita barandillas en cama, riesgo de caídas c) Sujeción preventiva de cintura, salta barandillas, riesgo caída d) Sujeción de un miembro, retira sueros, confuso, agitación e) Sujeción a silla por deslizamiento, caída o agresión
Medicación	a) Responsable de la administración de su medicación b) Los tratamientos largos no los continua, se descuida c) Hay que preparársela previamente y no hay problemas d) Suele olvidarse o caerse las pastillas e) Boicotea y camufla la medicación, hay que asegurarse	

PSÍQUICO	Animo	<ul style="list-style-type: none"> a) El animo es acorde y adaptativo a su situación b) Está algo apocado o hipertímico c) Tiende a estar triste o a disimular su estado d) Está aplanado o excesivamente alegre, irritable e) Tendencia regresiva o descontrol emocional
	Memoria	<ul style="list-style-type: none"> a) Ningún problema b) Tiene olvidos, a veces no fija los hechos recientes c) No puede evocar correctamente los hechos pasados d) Mezcla hechos recientes y pasados e) No es capaz de reconocer a sus familiares en persona
	Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> a) Se expresa con normalidad, lógica y coherencia b) Dificultad al articular o encontrar la palabra adecuada c) Solo expresa frases automáticas o aprendidas d) Hace entender sus necesidades por gestos e) Mutismo o palabras incoherentes o sin sentido
	Comprensión (verbal, escrita o por gestos)	<ul style="list-style-type: none"> a) Comprende bien lo que se le dice b) Hay que repetir las cosas para que las comprenda c) Sólo comprende órdenes simples d) Comprende de momento pero no lo retiene e) No es posible establecer ningún contacto verbal
	O. Espacial	<ul style="list-style-type: none"> a) Se orienta en el interior y exterior b) Se orienta solo dentro de casa, residencia, hospital c) Se equivoca pero puede ser consciente, rectifica d) No puede encontrar su cama y los lavabos e) Completamente desorientado, confuso
	O. Temporal	<ul style="list-style-type: none"> a) Sabe la fecha exacta y su edad o fecha nacimiento b) Se equivoca pero puede rectificar c) Solo tiene la noción de mañana, tarde, noche d) Confunde la mañana, tarde y/o tiempos de comidas e) Completamente perdido en el tiempo, confuso
	Inquietud	<ul style="list-style-type: none"> a) Se encuentra tranquilo con sensación de bienestar b) Se encuentra nervioso, inquieto, es consciente de ello c) A veces presenta inquietud, se desespera d) Desasosiego, inquietud motora, con irritabilidad e) Agitación
	Juicio	<ul style="list-style-type: none"> a) Valora y toma decisiones adecuadamente b) Evita tomar decisiones solo, se apoya en otros c) No es capaz de decidir, prefiere inhibirse d) Falsos reconocimientos, juicios de realidad erróneos e) Interpretaciones delirantes del entorno, alucinaciones
	Atención	<ul style="list-style-type: none"> a) Puede seguir una conversación, espectáculo, tv... b) El nivel de atención cambia, le cuesta atender a otros c) Hay que motivarle para que preste atención d) Se cansa muy pronto, le cuesta concentrarse e) No mantiene ninguna atención. Periodos de confusión
	Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> a) Puede efectuar los gestos de la vida corriente b) Dificultad para representar formas, figuras, círculos c) Dificultad para representar gestos simbólicos: adiós... d) No da a los objetos habituales su uso adecuado e) No coordina movimientos para desnudarse
	Ideación	<ul style="list-style-type: none"> a) Expresa sus pensamientos con normalidad b) Expresa sus ideas muy deprisa o muy lento c) Durante el discurso, se le van las ideas y divaga d) Rarezas, incoherencias, mezcla acontecimientos e) Pensamientos obsesivos, estereotipias, "disco rallado"
	Reflejos	<ul style="list-style-type: none"> a) Ningún trastorno b) Desmenuza objetos, tejidos ocasionalmente c) Movimientos estereotipados (manos, boca, pies) d) No sigue con la mirada e) No se reconoce en el espejo

	Estado Dental	<ul style="list-style-type: none"> a) Sin problemas b) Se olvida de realizar higiene bucal c) Dentadura o puente removible, necesita supervisar higiene d) Carece de piezas o necesita poner y quitar prótesis e) Accesos, úlceras, erupciones necesidad de grandes cuidados
	Ulceras presión	<ul style="list-style-type: none"> a) No presenta úlceras por presión b) Estadio 1, enrojecimiento que no cede sin presión b) Estadio 2, pérdida ligera y parcial de la piel superficial c) Estadio 3, pérdida ligera de tejido subcutáneo d) Estadio 4, pérdida de piel, subcutáneo, se ve músculo o hueso
INTERACCIÓN SOCIAL	Actividad	<ul style="list-style-type: none"> a) Se interesa y participa en diferentes actividades b) Cooperar si le dirigen e implican en actividades c) Participa en actividades solo como observador d) No se interesa, es raro verle interesado en algo e) Rechaza y desprecia las actividades incluso radio, Tv..
	Dinero	<ul style="list-style-type: none"> a) Conoce el dinero y lo utiliza adecuadamente b) Se lo gasta en cuanto cobra, siempre le falta c) Conviene guiarle en las compras d) No conoce el valor del dinero e) Quejas injustificadas de que le roban sus bienes
	Relación con otros vecinos residentes..	<ul style="list-style-type: none"> a) Le gusta relacionarse, ayuda a otros b) Se relaciona pero no toma iniciativa c) Le incomoda relacionarse pero se resigna d) Se relaciona pero discute con otros e) Vive aislado y/o altera la vida de los que le rodean
	Implicación en plan terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> a) Implicado activamente, se responsabiliza del plan b) Se implica activamente pero no toma la iniciativa c) Realiza el plan terapéutico de forma automática d) Implicación inestable, boicotea el plan terapéutico e) Rechaza el plan terapéutico, corre riesgos innecesarios
	Adecuación a normativa institucional	<ul style="list-style-type: none"> a) Asume la normativa, busca salida a sus necesidades b) Asume la normativa, a costa de sus necesidades c) Asume la normativa con resentimiento d) No asume normativa, hay que estar insistiéndole e) La dirección tiene que intervenir a nivel normativo
	Futuro	<ul style="list-style-type: none"> a) Conoce y toma decisiones sobre su futuro b) Busca soluciones con familia o personal c) Evoca su futuro sin proyectos, con pesimismo d) Es consciente de su futuro pero no lo expresa. e) No sospecha en absoluto la dificultad de su situación.
	Familia	<ul style="list-style-type: none"> a) Relación de ayuda y cooperación, aceptación mutua b) Se ven con frecuencia, a veces en casa del familiar c) Se ven ocasionalmente, días señalados d) No se relacionan, muy distanciados e) Relaciones muy conflictivas
	Reacciones a frustración	<ul style="list-style-type: none"> a) Al ser contrariado lo expone y asume las situaciones b) Al ser contrariado, hay que convencerle y tranquilizar c) Al contrariarse se impacienta y manifiesta ansiedad d) Al contrariarse, se queja continuamente, se irrita e) Al contrariarse, reacciona con agresividad a si u otros

Cuestionario

“Autonomía como principio bioético de los adultos mayores institucionalizados”

Iniciales del nombre:

Edad:

Sexo:

Institución:

Fecha de evaluación:

A-Derecho a la responsabilidad y a la participación.

1-¿Asume responsabilidades dentro de la institución?

2-¿Se le informa sobre su estado de salud? ¿Se le explica en forma adecuada y entendible los objetivos de tratamiento y puede tomar decisiones sobre el mismo?

3 ¿Tiene la posibilidad de elegir participar o no en talleres o actividades terapéuticas?

4-¿Se relaciona con los profesionales? ¿Y con su grupo?

5-¿Tiene acceso a su dinero? ¿Puede utilizarlo en lo que Ud. desee? Si la respuesta es negativa: ¿Por qué no lo hace?

B-Derecho a la información y a la libertad de expresión.

1- ¿Usted está informado de lo que sucede en el lugar?

2- ¿Conoce al personal y los profesionales que trabajan en el lugar? Le responden sus preguntas e inquietudes?

3-¿Puede salir a realizar un paseo si así lo desea?¿Participa de alguna actividad fuera de la institución?

C-Derecho a la intimidad

1- ¿Posee un espacio para estar solo, o charlar con algún compañero?

2- ¿Tiene un espacio para guardar sus elementos personales sin que nadie acceda a ellos?

3- ¿Recibe sus cuidados personales en forma privada?

D-Derecho al respeto y a la dignidad.

1-¿Como lo llaman cuando se dirigen a usted?

2- ¿Usted expresa sus necesidades y es atendido? ¿Se vincula con los profesionales?

E-Derecho a la continuidad

1- ¿Obtiene información sobre el día, el mes, año en que vive? ¿Lee diarios, mira televisión?

F- Percepción del adulto mayor acerca de su expresión de autonomía.

1-¿Usted considera que es autónomo y puede expresarse de tal manera? ¿Por qué? ¿En caso de que la respuesta sea negativa: Por qué cree que no posee autonomía?

2-¿Usted cree que la institución ayuda a que pueda expresar su autonomía? ¿De qué manera considera que lo hace?



Madrid - 21 de Abril de 2009

Dra. M^a Isabel Barbero García como directora y en representación de la Dra. M^a Elena Bernal Muñoz autora de la tesis doctoral titulada: Construcción, Evaluación y Aplicación de una escala multidimensional de observación de la autonomía funcional de ancianos en residencias: "EMOAFAR", escribo esta carta para que sirva de autorización para la utilización de la escala con fines de investigación.

Fdo: M^a Isabel Barbero



Mar del Plata, 30 abril de 2009

Residencia de adultos mayores. Instituto del Mar.
Presidenta empresa. Fátima López

De nuestra mayor consideración:

Somos estudiantes avanzados de la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Estamos intentando llevar a cabo nuestra tesis de grado para obtener nuestro título profesional. El objetivo de nuestro trabajo está orientado a evaluar la autonomía de los adultos mayores institucionalizados. Para dicha evaluación utilizaremos la escala multidimensional de observación de la autonomía funcional del anciano institucionalizado (EMOAFAR) en su dimensión física, psíquica e interacción social. A esta escala se le agregaran preguntas con el fin de indagar la autonomía desde un principio bioético en dichos pacientes.

Es por esta razón que nos dirigimos a usted con el motivo de solicitarle autorización, de ser posible para contar con los integrantes de la institución que Ud. preside y poder así realizar nuestro estudio. La posibilidad de contar con la autorización para llevar a cabo el trabajo sería de valiosísima importancia para nosotras.

Desde ya garantizamos el anonimato y la confidencialidad de los datos; de la misma manera que si fuera factible la realización del estudio, no interferir con las actividades que se desarrollan en dicho establecimiento y nuestra visita se realizaría en los días y horarios que usted estipule y además, comprometemos a una devolución de los resultados hacia la entidad.

Sin otro particular, agradeciendo desde ya la atención que preste a nuestro pedido.

Saludamos a Ud. atentamente.

Alves, Eugenia.
DNI: 31.253.217

Martinangeli,Guillermina.
DNI:30.061.950

Prome, Julieta.
DNI:30.781.375

Mar del Plata, 15 de septiembre de 2009.

Sra. Jefa de residencia para adultos mayores Casa Blanca
T.O Marta Vera

De nuestra mayor consideración:

Somos estudiantes avanzados de la carrera Lic. en Terapia ocupacional, de la facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Estamos intentando llevar a cabo nuestra tesis de grado para obtener el título profesional. El objetivo de nuestro trabajo está orientado a evaluar la autonomía de los adultos mayores institucionalizados. Para dicha evaluación utilizaremos la escala multidimensional de observación de la autonomía funcional del anciano institucionalizado (EMOAFAR) en su dimensión física, psíquica e interacción social. A esta escala se le agregaron preguntas con el fin de indagar la autonomía desde un principio bioético en dichos pacientes.

Es por esta razón que nos dirigimos a usted con el motivo de solicitar autorización para acceder a la población de la residencia y poder así realizar nuestro estudio.

Desde ya garantizamos el anonimato y confidencialidad de los datos, como tampoco inferir en las actividades que se realizan en la institución y nuestra visita se realizara en los días y horario que usted considere. Nos comprometemos a una devolución de la presente investigación.

Sin otro particular, agradecemos la atención que presta a nuestro pedido.

Alves, Eugenia Lujan
DNI: 31.253.217

Martinangeli, Guillermina Ana
DNI:30.061.950

Promé, Julieta Lujan
DNI:30.781.375

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN. PRUEBA PILOTO.

TITULO DEL ESTUDIO:

"Autonomía como principio bioético y como independencia funcional en adultos mayores institucionalizados"

INVESTIGADORES:

Alves, Eugenia	Estudiante avanzado de Lic. en Terapia Ocupacional. U.N.M.D.P.
Martinangeli, Guillermina.	Estudiante avanzado de Lic. en Terapia Ocupacional. U.N.M.D.P.
Prome, Julieta.	Estudiante avanzado de Lic. en Terapia Ocupacional. U.N.M.D.P.

OBJETO:

Analizar como se expresa la autonomía en los adultos mayores institucionalizados de las residencias geriátricas Casa grande, Instituto del mar y geriátrico municipal de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo julio- noviembre 2009.

PROCEDIMIENTOS:

Si consiento en participar sucederá lo siguiente:

1. Responderé a preguntas sobre la independencia personal en su dimensión física, psíquica e interacción social.
2. Responderé a preguntas sobre la autonomía como principio bioético.

Esto representará 20 minutos aproximadamente.

CONFIDENCIALIDAD:

Toda información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usada sólo a efectos de investigación. Mi identidad será mantenida en el anonimato.

DERECHO A REHUSAR O ABANDONAR:

Mi participación en el estudio es enteramente voluntaria y soy libre de rehusar a tomar parte o a abandonar en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO:

Consiento en participar en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

Raul
Haydel Ejerc
Perla Nally
Alves Eugenia
Martinangeli
Prome Julieta

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES:

[Firma] DNI 31253217
[Firma] DNI 30061980
[Firma] DNI 30181375

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

TITULO DEL ESTUDIO:

“Autonomía como principio bioético y como independencia funcional en adultos mayores institucionalizados”

INVESTIGADORES:

Alves, Eugenia Ocupacional. U.N.M.D.P.	Estudiante avanzado de Lic. en Terapia
Martinangeli, Guillermina. Ocupacional. U.N.M.D.P.	Estudiante avanzado de Lic. en Terapia
Prome, Julieta. Ocupacional. U.N.M.D.P.	Estudiante avanzado de Lic. en Terapia

OBJETO:

Analizar cómo se expresa la autonomía en los adultos mayores institucionalizados de las residencias geriátricas Casa grande, Instituto del mar y geriátrico municipal de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo julio-noviembre 2009.

PROCEDIMIENTOS:

Si consiento en participar sucederá lo siguiente:

1. Responderé a preguntas sobre la independencia personal en su dimensión física, psíquica e interacción social.
2. Responderé a preguntas sobre la autonomía como principio bioético.

Esto representará 20 minutos aproximadamente.

CONFIDENCIALIDAD:

Toda información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usada sólo a efectos de investigación. Mi identidad será mantenida en el anonimato.

DERECHO A REHUSAR O ABANDONAR:

Mi participación en el estudio es enteramente voluntaria y soy libre de rehusar a tomar parte o a abandonar en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO:

Consiento en participar en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

FIRMA DE LOS

INVESTIGADORES:.....
.....

Consentimiento informado Instituto del Mar

1 
HAYDEE M. SILVA

Bob Esteban

Maria Josefa Garcia

Yara

Brigida Gaudioso



Edgard Alvarez
JULIA M. Cobli

Sara -

Blanca Edilit Garcia Montecorvo

Comar Antelmar



JORGE

Consentimiento informado Casa Grande

Maria

Emilia y de Blanco Fota Parissi

Fanny



Juan G. de Palencia

Leontorio Alberto Frequent

Diego de Malena

Ernesto de Almeida

Donna Bruschij

Ernesto de Almeida



Consentimiento informado Casa Blanca

Willy E. J. Augusto
Clara R. Ott de Echer-
Bartolomeo de entiferam de Exenta

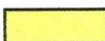
Edelmira E. de Ricciardi
~~Willy E. J. Augusto~~
Augusto



Renmejo
Joaquim

Analisis escala EMOAFAR

Nº de pacientes	media F	media S	media P	nivel asist F	nivel asist S	nivel asist P	perfil residente	Indice niv asist	Indice Glob Autonom
1	1	2,125	1,16	1	2	1	FPS	F1-S2-P1	2
2	1	1	1,083	1	1	1	FSP	F1-S1-P1	1
3	1	1	1	1	1	1	FSP	F1-S1-P1	1
4	1	1,625	1,25	1	2	1	FPS	F1-S2-P1	1
5	1,272	1,125	1	1	1	1	PSF	F1-S1-P1	1
6	2,272	1	1,083	2	1	1	SPF	F2-S1-P1	2
7	1,181	1	1	1	1	1	SPF	F1-S1-P1	1
8	1	1,625	1,166	1	2	1	FPS	F1-S2-P1	1
9	1	1,5	1,083	1	2	1	FPS	F1-S2-P1	1
10	1,454	1,875	1,083	2	2	1	PFS	F2-S2-P1	2
11	1	2	1,083	1	2	1	FPS	F1-S2-P1	1
12	1,181	1,75	1,083	1	2	1	PFS	F1-S2-P1	1
13	1,09	1	1	1	1	1	SPF	F1-S1-P1	1
14	1,9	1.12	1.25	2	1	1	SPF	F2-S1-P1	2
15	1.10	1.50	1.10	1	2	1	PFS	F1-S2-P1	1
16	1	1.75	1.42	1	2	2	FPS	F1-S2-P2	1
17	1	1	1	1	1	1	FSP	F1-S1-P1	1
18	2	2.13	1.42	2	2	2	PFS	F2-S2-P2	2
19	1,181	1	1	1	1	1	SPF	F1-S1-P1	1
20	3	2.12	1,33	2	2	1	PSF	F2-S2-P1	2
21	1,09	1,25	1,083	1	1	1	PFS	F1-S1-P1	1
22	1,545	1	1,083	2	1	1	SPF	F2-S1-P1	1
23	1,454	1,375	1,25	2	1	1	PSF	F2-S1-P1	1
24	2,181	1,125	1,333	2	1	1	SPF	F2-S1-P1	2
25	1,63	1,62	1	2	2	1	PSF	F2-S2-P1	2
26	1,181	1	1	1	1	1	SPF	F1-S1-P1	1
27	1,72	1,5	1,25	2	2	1	PSF	F2-S2-P1	2
28	1,181	1	1	1	1	1	SPF	F1-S1-P1	1
29	2,72	1,5	1,33	2	2	1	PSF	F2-S2-P1	2
30	2,1	2	1,1	2	2	1	PSF	F2-S2-P1	2
31	1,81	1,25	1,1	2	1	1	PSF	F2-S1-P1	1
32	1	1,25	1,083	1	1	1	FPS	F1-S1-P1	1
33	2,81	1,4	1,42	2	1	1	SPF	F2-S1-P1	2
34	1,18	1	1,16	1	1	1	SPF	F1-S1-P1	1
35	1,45	2,25	1	2	2	1	SFP	F2-S2-P1	2
36	2,09	1	1,33	2	1	1	SPF	F2-S1-P1	2
37	2,9	1	1,41	2	1	2	SPF	F2-S1-P1	2
38	1,4	1	1,08	2	1	1	SPF	F2-S1-P1	1
39	1,18	1	1,16	1	1	1	SPF	F1-S1-P1	1
40	1,54	1,25	1,5	2	1	2	SPF	F2-S1-P2	2
41	1,54	1	1	2	1	1	SPF	F2-S1-P1	1
42	1,4	1,25	1,16	2	1	1	SPF	F2-S1-P1	1
43	1,09	1	1,16	1	1	1	SFP	F1-S1-P1	1

 Instituto del Mar

 Casa Grande

 Casa Blanca

Analisis de la población perteneciente a la muestra

1) Edad de la población institucionalizada en Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre 2009.

Edad	Cantidad pacientes	Porcentaje
50-70años	3	7%
70-85años	17	40%
mas 85 años	23	53%

2) Sexo de la población institucionalizada en Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre 2009

Sexo	Cantidad pacientes	Porcentaje
Femenino	31	72%
Masculino	12	28%

Analisis de la escala EMOAFAR.

3) Nivel asistencial en la dimensión física, según residencias Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Nivel asist	Poblacion Total	Instituto del Mar	Casa Grande	Casa Blanca
1	51%	82%	31%	30%
2	49%	18%	69%	70%
3	0	0	0	0

4) Nivel asistencial en la dimensión social según residencias Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Nivel asist	Poblacion Total	Instituto del Mar	Casa Grande	Casa Blanca
1	63%	47%	62%	90%
2	37%	53%	38%	10%
3	0	0	0	0

5) Nivel asistencial en la dimensión psiquica según residencias Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Nivel asist	Poblacion Total	Instituto del Mar	Casa Grande	Casa Blanca
1	91%	94%	94%	80%
2	9%	6%	6%	20%
3	0	0	0	0

6) Índice del perfil de los residentes institucionalizados en Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre 2009.

Indic perfil	Cant de Ptes	Porcentaje
FPS	7	16%
FSP	3	7%
PSF	13	30%
SPF	18	42%
SFP	2	5%

7) Índice del perfil de los residentes de Instituto del Mar, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre 2009.

Indic perfil	Cant. de Ptes	Porcentaje
FPS	6	37%
FSP	2	13%
PSF	1	6%
SPF	4	25%
PFS	3	19%

8) Índice del perfil de los residentes de Casa Grande, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre 2009.

Indic perfil	Cant. de Ptes	Porcentaje
FPS	1	6%
PSF	7	43%
SPF	6	38%
PFS	2	13%

9) Índice del perfil de los residentes de Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre 2009.

Indic perfil	Cant. de ptes	Porcentaje
SPF	8	80%
SFP	2	20%

10) Índice global de autonomía de los adultos mayores institucionalizados en Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre 2009.

Índice global autonomía	Cantidad pacientes	Porcentajes
Nivel asist 1	27	63%
Nivel asist 2	16	37%
Nivel asist 3	0	0%

10) Indice global de autonomia según residencias: Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre 2009.

Indice global autonomia	Indice global autonomia Instituto del Mar	Indice global autonomia Casa Grande	Indice global autonomia Casa Blanca
Nivel asist 1	76%	50%	60%
Nivel asist 2	24%	50%	40%
Nivel asist 3	0	0	0

Analisis del Cuestionario Semiestructurado : Autonomía como principio bioético de los adultos mayores institucionalizados

A1- Posibilidad de los adultos mayores de asumir responsabilidades dentro de la residencias: Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Respuesta codificada	Cantidad ptes	Porcentajes
no	25	58%
si	18	42%

A2- Información ofrecida a los adultos mayores institucionalizados sobre su estado de salud, en Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Respuesta codificada	Cantidad ptes	Porcentajes
no	7	16%
si	36	84%

A3- Posibilidad de los adultos mayores institucionalizados de participar o no de los talleres terapeuticos, en Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Respuesta	Cantidad ptes	Porcentajes
no	0	0%
si	43	100%

A4- Relación de los adultos mayores institucionalizados con los profesionales y con su grupo, en Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Respuesta	Cantidad ptes	Porcentajes
no	0	0%
si	43	100%

A5- Acceso a su dinero de los adultos mayores institucionalizados en Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Respuesta	Cantidad ptes	Porcentajes
no	9	21%
si	34	79%

B1- Información sobre lo que sucede en la institución ofrecida a los adultos mayores institucionalizados en Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Respuesta	Cantidad ptes	Porcentajes
no	0	0%
si	43	100%

B2- Conocimiento de los adultos mayores institucionalizados acerca del personal y los profesionales de las residencias: Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Respuesta	Cantidad ptes	Porcentajes
no	0	0%
si	43	100%

B3- Contacto de los adultos mayores institucionalizados con el exterior en las residencias: Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Respuesta	Cantidad ptes	Porcentajes
no	5	12%
si	38	88%

C1- Posibilidad de los adultos mayores institucionalizados de contar con un espacio para estar solos, en las residencias: Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Respuesta	Cantidad ptes	Porcentajes
no	0	0%
si	43	100%

C2- Posibilidad de los adultos mayores institucionalizados de contar con un espacio para guardar sus elementos personales, en las residencias: Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Respuesta	Cantidad ptes	Porcentajes
no	37	86%
si	6	14%

C3- Recepción de los cuidados personales de los adultos mayores institucionalizados en forma privada, en las residencias: Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Respuesta	Cantidad ptes	Porcentajes
no	0	0%
si	43	100%

D1-Forma de llamar a los adultos mayores institucionalizados cuando se dirigen a ellos en las residencias: Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Respuesta	Cantidad ptes	Porcentajes
no	0	0%
si	43	100%

(Apellido)
(Nombre)

D2- Expresión de necesidades y atención a las mismas de los adultos mayores institucionalizados en las residencias: Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Respuesta	Cantidad ptes	Porcentajes
no	3	7%
si	40	93%

E1- Obtencion de información sobre día, mes y año actual de los adultos mayores institucionalizados en las residencias: Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Respuesta	Cantidad ptes	Porcentajes
no	0	0%
si	43	100%

E2-Participación en actividades fuera de la institución de los adultos mayores institucionalizados en las residencias: Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Respuesta	Cantidad ptes	Porcentajes
no	36	84%
si	7	16%

F1- Reconocimiento de la propia autonomia de los adultos mayores institucionalizados en las residencias: Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Respuesta	Cantidad ptes	Porcentajes
no	5	12%
si	38	88%

F2-Reconocimiento de la posibilidad que ofrece la institución para la expresión de autonomía de los adultos mayores institucionalizados en las residencias: Instituto del Mar, Casa Grande y Casa Blanca, de Mar del Plata, durante el periodo septiembre- octubre de 2009.

Respuesta	Cantidad ptes	Porcentajes
no	7	16%
si	36	84%

Fe de erratas

- *En la pagina 65: se debió escribir la bibliografía numero 10:*

(10) GOLPE LAURA IRENE, ARIAS CLAUDIA JOSEFINA. Cultura Institucional y Estrategias Gerontologicas. Primer Anuario del Simposium Argentino de Gerontología Institucional. Secretaria de Extensión. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. Ediciones Suárez. Año 2005.

► *En la pagina 75: dentro del 4º ítem de la variable HIGIENE de la dimensión física, se debió escribir "No puede hacerlo solo pero **participa**".*

- *En la pagina 95: se debió adjuntar las limitaciones de EMOAFAR:*

Limitaciones de EMOAFAR

Las limitaciones se dan por la falta de opciones en algunos ítems dentro de las dimensiones, lo cual condiciona la opción correcta del residente. Por tal motivo, tuvimos que acordar la forma de evaluar, y que opción considerar cuando nos encontramos frente a este problema. Los ítems que presentaron tal limitación fueron:

-Dimensión física:

- **Continencia:** Algunos residentes tienen control de esfínteres, pero por falta de tiempo y personal, le ponen pañal. Debería existir la opción que indique: *"Sin alteración en la continencia, pero por limitación de la institución no presenta autonomía en dicho ítems"*. Para solucionar dicha limitación, en la presente investigación, en estos casos lo consideramos *doblemente incontinente*, ya que no es autónomo en tal sentido.

- **Higiene:** Los residentes están en condiciones de realizar dicha actividad independientemente pero como norma institucional, la actividad de baño la realizan las auxiliares, para prevenir accidentes. Debería existir la opción: *"Independiente en dicha actividad, pero la institución prohíbe realizar la misma sin ayuda de auxiliares"*. Estas situaciones fueron consideradas con la opción *"No puede hacer solo el aseo diario, pero participa"*.

- **Medicación:** Generalmente la medicación a los residentes de la dan las enfermeras, mas allá que el adulto mayor esté en condiciones de hacerlo, para prevenir posibles problemas con medicación, no se permite el manejo personal de la misma en la institución” Debería estar la opción: *“Independiente, pero en la institución lo realiza el personal”*. En estos casos se marco como *“responsable de la administración de su medicación”* ya que las demás opciones expresan realidades muy diferentes como lo descuida, hay que preparársela previamente, suele olvidarse, o camufla la medicación. Situaciones que no son las correctas. Primeramente se le repreguntaba si saben los horarios que toman la medicación y que pastilla toman o de que color, para considerar de esta manera su independencia en dicha actividad.

-Dimensión social:

- **Actividad:** No participar en actividades, de acuerdo a la escala expresa menor autonomía en dicho ítems, pero puede dar cuenta, de una expresión de autonomía, ya que elige no hacerlo, porque su personalidad siempre ha sido así, o porque dichas actividades no corresponden con sus intereses. Debería existir la opción: *“Solo participo cuando me interesa y tengo ganas”*. Dicha situación se marco con la opción se considero con la *“se interesa y participa de diferentes actividades”*.

A pesar de dichas limitaciones, los resultados de la escala continúan siendo fiables, e importantes. Se considera una valiosa técnica para evaluación y/o tratamiento ya que permite obtener el estado funcional de los adultos mayores en cada dimensión, y así agrupar a los mismos para orientar los planes de tratamiento según la necesidad.

► *En la pagina 106:* en el párrafo donde se explica el perfil del residente de Casa Grande se debió escribir: “...y en el área que **mayor** autonomía conserva es la dimensión psíquica.”



DE VIAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurado:

✓ Lic Foxie Ceia Emma

✓ Mg. La Rocce Susana

✓ To Sacerdote Audie

Fecha de Defensa: 7-12-09

Nota: 10 (diez)