



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**NECESIDAD DE CAPACITACION DEL PERSONAL CUIDADOR, SOBRE
LA ATENCION DEL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO EN EL HOGAR
“SAN JOSE DE LA MONTAÑA” MARACAIBO – EDO. ZULIA.**

**Tutora:
Lic. Lilia Betancourt**

**Autora:
T.S.U. Layra Arias
C.I. Nº 7.694.838**

Caracas, noviembre de 2006

DEDICATORIA

A mi Dios y a su madre santa por concederme constancia, salud, fuerza y brindarme a mí alrededor todo el apoyo necesario para alcanzar esta nueva meta en mi vida.

A mi madre Silfa que con su ejemplo me enseñó los sentimientos más nobles que existen, dándome el apoyo y ayuda que necesitaría, depositando en mí toda la confianza.

A mi familia, mi hermana Liliana, mi prima Irene, mis tías, Alicia y Ana, Irene, por brindarme el apoyo y comprensión en este sueño convertido en realidad.

A mi amiga Yanice que con su constancia, paciencia y preocupación y apoyo, fue su mano amiga incondicional que me llevó de la mano para realizar mi sueño realidad, gracias amiga.

A mi mamá Irene quien siempre estaba pendiente en mis viajes de ir y venir brindándome su amor, cariño y apoyo, en tu memoria mi veja.

Layra Irene Arias Romero

AGRADECIMIENTO

Deseo hacer extensivo mi agradecimiento a las siguientes personas:

A la Lic. Lilia Betancourt (tutora) quien me brindó la oportunidad de realizar la tesis de grado, dándome su confianza y apoyo para el desarrollo de este trabajo.

A la Lic. Carmen Cecilia Jiménez, por toda la orientación y colaboración prestada.

A la Sra. Magda Martínez (Biblioteca), por su colaboración y apoyo desinteresado.

LISTA DE TABLAS

	Pág.
1 Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña” Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Envejecimiento. Ítemes 1 y 2	45
2 Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña” Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Cambios biológicos. Ítemes 3 al 6	47
3 Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña” Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Cambios biológicos. Ítemes 7 al 10	49
4 Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña” Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Cambios Psicológicos. Ítemes 11 al 13	51
5 Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña” Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Cambios Sociales. Ítemes 14 al 17	53
6 Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña” Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Cuidados. Indicador: Higiene personal. Ítemes 18 al 21	55
7 Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña” Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Cuidados. Indicador: Alimentación. Ítemes 22 y 23	57
8 Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña” Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Cuidados. Indicador: Movilización Ítemes 24 y 25	59

- 9 Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña” Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Cuidados. Indicador: Seguridad física. Ítems 26 al 30. 61

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
1 Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña” Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Envejecimiento. Items 1 y 2	46
2 Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña” Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Cambios biológicos. Items 3 al 6	48
3 Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña” Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Cambios biológicos. Items 7 al 10	50
4 Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña” Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Cambios Psicológicos. Items 11 al 13	52
5 Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña” Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Cambios Sociales. Items 14 al 17	54
6 Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña” Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Cuidados. Indicador: Higiene personal. Items 18 al 21	56
7 Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña” Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Cuidados. Indicador: Alimentación. Items 22 y 23	58
8 Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña” Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Cuidados. Indicador: Movilización Items 24 y 25	60

- 9 Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal 63
cuidador que labora en el Hogar “san José de la Montaña”
Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Cuidados. Indicador: Seguridad
física. Ítems 26 al 30.



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**NECESIDAD DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL CUIDADOR SOBRE
LA ATENCIÓN DEL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO EN EL HOGAR
SAN JOSÉ DE LA MONTAÑA, MARACAIBO, EDO ZULIA**

**Autora:
Arias R, Layra I
Tutora:
Lic. Lilia Betancourt
Fecha: Marzo 2007**

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso vital, universal, acumulativo, irreversible e individual. Es un proceso que resulta de la interacción de factores genéticos, influencias del medio ambiente y estilo de vida personal. El presente estudio tiene como objetivo principal detectar las necesidades de capacitación que requiere el personal cuidador del anciano institucionalizado en el Hogar de San José de la Montaña de Maracaibo, Estado Zulia. Fue una investigación de tipo descriptiva con un diseño de campo. La población y muestra estuvo constituida por 14 cuidadores que laboran en diferentes tareas. Para la recolección de la información se empleó un cuestionario con preguntas cerradas y de modalidad dicotómica (SI-NO), mediante el cual se determinaron las necesidades de capacitación que requiere el cuidador sobre la atención del anciano. Los estadísticos descriptivos utilizados fueron los de carácter descriptivo como corresponde al tipo estudio. Los resultados obtenidos en la investigación indicaron un alto porcentaje de la

desinformación y la necesidad de capacitación que tiene el cuidador sobre cómo cuidar un anciano.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Aprobación del tutor	
Lista de Tablas	
Lista de Gráficos	
Resumen	
Introducción	1
Capítulo I: El Problema	
Planteamiento del Problema	2
Justificación del Problema	6
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	7
Capítulo II: Marco Teórico	
Antecedentes del problema	9
Bases Teóricas	11
Sistema de Variables	35
Operacionalización de Variables	36
Definición de Términos	38
Capítulo III: Diseño Metodológico	
Tipo de Estudio	39
Diseño de Investigación	39
Población y Muestra	40
Métodos e Instrumento de Recolección de datos	41
Procedimientos para la recolección de los datos	41
Validez y Confiabilidad	42
Tabulación y Análisis de los datos	43
Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Datos	44
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones	64
Referencias Bibliográficas	66
Anexos	

INTRODUCCION

Nunca como ahora la vejez ha estado tan devaluada y asociada al rechazo social, a la marginación y a la soledad, frecuentemente el ser humano se encuentra desprevenido ante el acontecimiento irreversibles de envejecer, provocando en éste el rechazo y el pesimismo, todo lo contrario sucedería si esta visión negativa se transformara en una concepción altruista y ambiciosa de sobrevivencia, de entendimiento y comprensión de los procesos de envejecimiento, esto sería un verdadero triunfo para la humanidad, la concepción de la vejez como un privilegio.

El verdadero triunfo dependerá de la capacidad para dar respuesta a los cambios sociales, económicos, organizaciones e institucionales, en materia de atención de esta nueva problemática como lo es la población envejeciente.

El presente estudio es una respuesta a esta necesidad de transformación y formación tan necesaria para todos aquellos que se dedican a la atención de este sector de la población, en él se evaluará las necesidades de capacitación que requiere el personal cuidador sobre la atención del anciano institucionalizado.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La comprensión del proceso de envejecimiento en el cuidado de los ancianos se ha dificultado por la escasez de investigaciones sobre el tema, la falta de intercambio de información y la escasez de contenido de capacitación y adiestramiento en Gerontología y Geriatria tanto para los profesionales del área de la salud en particular la enfermería y de las ciencias sociales. Se trata de un reto que exige poner en práctica planes que incluyan medidas específicas dirigidos a la prevención de las complicaciones en personas de edad avanzada, es decir mantener su calidad de vida.

Es así, como los países en desarrollo, requieren un esfuerzo, de las ciencias de la salud, para el fomento de las formas de vida más saludables del adulto mayor, a los fines que la población anciana lleve una vida más activa en un entorno saludable.

De acuerdo a lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) (2000) a nivel mundial, se registra 42.8 millones de personas mayores de 60 y más años, cifra que representa el 8.5% de la población del

planeta. Se prevé que estas cifras ascienden a 1.100 millones en el año 2.025, es decir 12.5% de la población mundial, es decir que el 72% de las personas de edad avanzada vivirán en zona en desarrollo.

En este orden, la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S) (op.cit), refiere que en el año 2.000 en América Latina ha experimentado un incremento de la población de 60 años y más. En el 2.000 dicha población era de 42.5 millones (7.9%) del total y se calcula que para el año 2.025 sea de 96.9 millones (12.8%). Sin embargo, a pesar de que estos aumentos están originando demandas nunca antes experimentadas de servicios integrales de salud y sociales para este segmento creciente de la población, sólo algunos países han puesto en práctica políticas claras y coherentes al respecto.

Según O.C.E.I. (2000)

Venezuela tiene una población de 24.896.379 habitantes, en esta población, el 50.3% son del sexo masculino y el 49.7% son mujeres. El 45.2% son menores de 19 años y el 50% restante, se encuentra entre 19 y 65 años, representando las personas mayores de 65 años el 4.3%, que en cifras absolutas constituye más de un millón de personas en esta etapa.

Según la O.C.E.I. (op.cit), el Estado Zulia para el año 2.000 registra una población de 3.209.629 habitantes, de los cuales 24.937 (2.5%) son

mayores de 65 años, lo que representa un porcentaje alto para un solo Estado, en relación con las cifras para Venezuela.

El cuidado de este estrato poblacional se distribuye de la siguiente manera; un pequeño grupo es atendido en el núcleo familiar, otros viven en situaciones de indigencia y una minoría reside en establecimientos e instituciones dedicadas al cuidado del anciano.

Una de las pocas instituciones existentes en el Estado Zulia, específicamente en la ciudad de Maracaibo, es el Hogar de Ancianos "San José de la Montaña". Este establecimiento sin fines de lucro se dedica al cuidado del adulto mayor, que carece de recursos económicos y algunos de estos ancianos no tienen familiares y se encuentran en estado de abandono.

Para el año 2.005 esta institución atiende un total de 74 ancianos (48 hombres y 26 mujeres), de los cuales en su mayoría no están en condiciones de realizar por sus propios medios las funciones básicas como son: alimentación, aseo personal, entre otras.

Este hogar cuenta con 21 empleados y 4 hermanas (religiosas), de esos empleados catorce (14) son los que colaboran en la atención del anciano, además de su trabajo asignado. Son personas con una formación educativa incompleta, no están capacitados para ofrecer un cuidado al

anciano, ya que éstos lo hacen por colaboración, debido a que la institución no posee el personal entrenado para esta actividad.

La atención a los ancianos en esta institución, se concreta a los cuidados básicos, es decir ayuda a dar los alimentos a los que tienen alguna incapacidad, para satisfacer sus necesidades de higiene, acompañarlos, ir al baño, movilizarlos de un lugar a otro. Pero, estos cuidados son proporcionados por personas que no sido preparadas para proporcionar un cuidado integral oportuno y libre de riesgo.

Ante la referida situación la autora considera necesario que en el Hogar de Ancianos “San José de la Montaña”, se determinen las necesidades de capacitación del personal sobre el cuidado integral al anciano. En tal sentido, se plantean las siguientes interrogantes:

¿Qué conocimientos posee el cuidador sobre el envejecimiento?

¿Qué práctica realiza el cuidador para el cuidado del anciano?

Para dar respuesta a las precitadas interrogantes se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál será la necesidad de capacitación que requiere el personal cuidador sobre la atención del anciano institucionalizado, en el Hogar de Ancianos “San José de la Montaña” de Maracaibo, para el año 2006?

Justificación

La población de ancianos tiende a incrementarse con el devenir de los años, estos por sus características propias de su edad y alteraciones físicas y mentales que presentan, requieren de cuidados para el mantenimiento de la salud, porque cuando tienden a ser dependientes en el cuidado diario.

Las personas que proporcionan cuidados a este grupo etario, deben poseer conocimientos, en cuanto al proceso de envejecimiento, comprensión del anciano, requerimientos y características de éstos. Dichos conocimientos le van a servir para poder diferenciar que los cambios que se producen en el cuerpo y la mente son normales del envejecimiento o son patológicos producto de una enfermedad. Por tal razón se hace urgente determinar las necesidades de formación teórico-práctica del personal cuidador.

La atención a los ancianos, ya sea por cuidados informales a nivel del hogar como los institucionalizados debe ser proporcionados por personas capacitadas mediante programas que le permitan alcanzar conocimientos básicos sobre el proceso de envejecimiento y los cambios morfofuncionales,

psicosociales y espiritual, para garantizar un cuidado integral, oportuno y humanizado. En tal sentido, es necesario detectar las necesidades de capacitación.

Se espera que los resultados de este estudio sustenten, una propuesta de capacitación al personal que actualmente se ocupa de los cuidados básicos de los ancianos. Asimismo, motivar a la institución para que propicie el proyecto de capacitación del personal cuidador, lo que a su vez redundará en la calidad de los cuidados a las personas ancianas institucionalizadas.

Objetivos

Objetivo General

Determinar las necesidades de capacitación del personal de la institución, sobre los cuidados básicos al anciano.

Objetivos Específicos

- Identificar las necesidades de capacitación del personal cuidador sobre el proceso de envejecimiento.

- Identificar las necesidades de capacitación relacionada con el cuidado básico al anciano.
- Describir la necesidad de capacitación referida a los aspectos psicosociales.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Son escasos los estudios que se han llevado a cabo en relación a la capacitación del cuidador, dentro de una institución geriátrica, por lo cual se le ha dificultado a la autora de la presente investigación ubicarlos para el sustento de la misma, por consiguiente en este estudio se describen algunos antecedentes vinculados con la temática objeto de estudio.

Sin embargo, Ruiz, G. M. D, Muñoz, T, Ma (1998), realizaron un estudio un con un grupo de estudiantes de ka Escuela de Enfermería de Burgos, España, para realizar una propuesta dirigidas a la formación de cuidadores informales domiciliarios con ancianos, encamados, semienkamados, o apenas autónomos, cuidados por los propios familiares, que en muchas ocasiones no tienen la habilidad no los conocimientos suficientes. La propuesta se fundamentó en el modelo precede, que capacita para identificar las necesidades de capacitación.

Así como también, Aray, A. Duque, L. y Pérez, S. (2003), realizaron un estudio relacionado con las intervenciones de Enfermería relativo a Actividades Recreativas de los Ancianos residentes en la Unidad Geriátrica

“Dr. Joaquín Quintero”, Parroquia Caricuao, Caracas. La población estuvo conformada por 36 profesionales de enfermería que laboran entre los tres turnos de trabajo.

Para la recolección de los datos se aplicó una guía de observación conformada por 47 ítems con 5 alternativas. El tipo de estudio es de carácter interactivo con diseño metodológico de campo. Las dimensiones fueron: bienestar psicosocial, conceptual y de seguridad.

Los resultados del estudio revelaron: en cuanto al bienestar físico que el 45,5% de las enfermeras casi nunca ofrecen a las personas ancianas actividades educativas, para el fortalecimiento del campo físico, conductual y de seguridad, y en cuanto a la dimensión bienestar psicosocial se determinó que el 5,5% de las enfermeras nunca ofrecen a las personas ancianas durante su guardia actividades educativas que incentiven la participación del anciano en áreas físicas, sociales y culturales facilitadoras de actividades recreativas.

Además, Barroso, J. López, I. (2000), realizaron un estudio dirigido a diseñar una propuesta educativa al personal auxiliar de enfermería sobre los cuidados de la Gingivitis en el gerente institucionalizado de la Unidad Geriátrica “Dr. Joaquín Quintero Quintero”, Caricuao - Caracas, durante el primer trimestre del año 2003. La población estuvo conformada por 24

auxiliares de enfermería que laboran en las diferentes áreas clínicas donde se realiza la higiene bucodental del anciano.

Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario conformado por 24 ítems, con preguntas de respuesta múltiple, mediante el cual se midió los conocimientos que maneja este personal sobre la Gingivitis.

Los resultados obtenidos indicaron un alto porcentaje de desinformación en el personal auxiliar de enfermería sobre los cuidados de la Gingivitis.

De acuerdo a lo expuesto en los antecedentes citados, deriva la necesidad que las instituciones geriátricas cuenten con programas de capacitación en el cuidado integral a los ancianos institucionalizados.

Bases Teóricas

Generalidades sobre el envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno universal, todos los seres vivos envejecen, en especial el ser humano, dicho proceso es constante y empieza en el momento mismo en que el ser humano nace. Se dice también que el mismo es irregular y asincrónico, hecho que despierta en cualquiera la incertidumbre y el constante cuestionamiento, pero sobre todo la imperiosa

necesidad de aceptar que cada individuo envejece a su propio ritmo, y que hacer generalizaciones al respecto es aventurado.

El proceso de envejecimiento humano, debe ser considerado también en el contexto de sociedades complejas sujetas a grandes variaciones. La forma en que la población envejece no está totalmente determinada por la biología, también está influida por las circunstancias sociales y el ambiente individual. En consecuencia, el envejecimiento se contempla cada vez más como un proceso que incluye aspectos culturales y psicosociales.

La vejez está considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 65 años y que finaliza con la muerte. El envejecimiento, según Babb, P. (1998)

Es aquel proceso acumulativo, irreversible, no patológico, de deterioro del organismo maduro, propio de todos los miembros de una especie, de manera que con el tiempo, se vuelve incapaz de hacer frente al estrés del entorno y por ende, aumenta su posibilidad de morir (p.3).

Con esto se quiere significar que la vejez es un proceso de continuos cambios que afectan a todas las personas, forma parte de la evolución biológica del hombre y el sobrellevarla dependerá de cómo se ha vivido anteriormente.

En tal sentido, el envejecimiento es la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte. Una definición alternativa podría ser un descenso en la capacidad para sobre vivir al estrés. El estrés se considera como cualquier factor que tiende a desviar el ambiente interno incompatible con la vida.

Asimismo, el envejecimiento comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independiente de cualquier influencia externa o patológica como por ejemplo, una enfermedad. La enfermedad es un estado patológico o anormal presente en cualquier célula, órgano o sistema orgánico en una unidad de tiempo. Existen mitos de algunas personas que consideran que el envejecimiento es un estado patológico o una enfermedad. El envejecimiento no es ni una enfermedad ni el resultado de una suma de múltiples estados patológicos. El envejecimiento y la muerte, al igual que el nacimiento y la maduración son parte del proceso vital del desarrollo humano.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por Villalobos, A. (2000), el envejecimiento es un proceso propio de los seres vivos humanos, que comienza con la concepción y provoca cambios fisiológicos durante todo el ciclo de vida. En los últimos años, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el

medio. El ritmo de esos cambios no es igual en los diferentes órganos de un individuo a otro.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). El envejecimiento es un fenómeno universal acumulativo, irreversible e individual resultante de la interacción de factores genéticos, influencias del medio ambiente y estilo de vida de una persona. Asimismo considera el envejecimiento como un proceso que se inicia en el mismo momento de la concepción y se hace más evidente después de la madurez.

De manera similar, Kane, R. (1997), refiere que el envejecimiento es un proceso resultante de la interacción de factores genéticos, el medio ambiente y el estilo de vida de las personas.

Según lo referido, el proceso del envejecimiento humano debe ser considerado también en el contexto de sociedades complejas sujetas a grandes variaciones. La forma en la que la población envejece no está totalmente determinada por la biología, también está influida por las circunstancias sociales y el ambiente donde interactúan las personas. En consecuencia, el envejecimiento se contempla cada vez más como un proceso que incluye no solo aspectos biológicos sino también culturales y psicosociales.

Teoría del Envejecimiento

Las teorías que explican el proceso de envejecimiento si bien son variadas, no lo explican de manera absoluta, en particular, los aspectos relativos a las causales del envejecimiento. Se han formado teorías que tratan de explicar la etiología de este proceso, algunas de baja complejidad como la del desgaste y otras de alta complejidad, según Langarica, L. (1985) “...la teoría nerviosa o la teoría mutacionista, también llamada clonal...” (p.8).

Según el referido autor, la teoría que parece satisfacer mejor el rigor científico actual, es la termodinámica, en la cual el organismo se considera como un sistema en constante actividad, la cual requiere consumo de energía, la misma es obtenida de una fuente cuyo contenido energético es mayor que su equivalente en trabajo producido. La teoría termodinámica, según Langarica, R. (op.cit), postula lo siguiente:

...el hombre como ser vivo que es y por estar ubicado en un ambiente, está sujeto a leyes de la termodinámica, merced a las cuales intercambia con el medio. De esta manera, sólo tiene una alternativa: sobrevivir o morir, previo paso por la enfermedad, que en este caso sería una incapacidad o una lucha por la adaptación (p.5).

Según el referido postulado, la persona se ubica en interacción con su entorno ambiental, en consecuencia, el envejecimiento viene a ser una forma

de adaptación para sobrevivir. Por consiguiente, el ser humano y el ambiente en que se encuentra, podrían ser un sistema en el cual cada uno, ser humano y ambiente conforman un subsistema.

De acuerdo a la citada teoría, es de esperar que el proceso de envejecimiento difiere de un país a otro, incluso de una región a otra, como podría ser el caso de los ancianos de la región andina y oriental en el país.

En esta línea de pensamiento, Staab, A.S. y Hodges, L.C. (1996), refieren que el envejecimiento también podría estudiarse a partir de teorías biológicas, psicológicas y sociales. En tal sentido, este proceso puede ser definido como edad biológica, psicológica y social, lo cual lleva a que se considere la persona que envejece como una totalidad en interacción con su ambiente. A partir de los referidos planteamientos tales dimensiones deben ser consideradas en el cuidado del anciano.

Teorías Biológicas del Envejecimiento

De acuerdo a Staab, A.S. y Hodges (op.cit), 1996), las teorías biológicas intentan explicar los procesos fisiológicos que se producen en la persona que envejece, independiente de las influencias externas o patológicas. En tal sentido, expresan: “que cada una de las teorías biológicas actuales del envejecimiento contienen un grupo de datos que proporcionan

algunas pruebas que las hacen aceptables... la mayor parte no son mutuamente excluyentes... todas o algunas pueden operar de forma simultánea" (p.8). A continuación las teorías referidas por los autores:

Teoría del envejecimiento programado (envejecimiento celular)... Teoría del enlace cruzado, una teoría genética... Teoría del deterioro aleatorio, también genética. Teoría de la auto inmunidad, con la edad disminuye de forma cuantitativa y cualitativa, la capacidad para producir anticuerpos...Teorías virales...y neuroendocrinas... (Págs. 8-9)

Teorías Psicológicas y Sociales del Envejecimiento

Los seguidores de estas teorías, como Havighurst, A. citado por Staab, A.S. y Hodges, L.C. (op.cit 1996), argumentan que el estilo de vida, personalidad y el ambiente son más importantes en el proceso de envejecimiento.

Entre las teorías psicológicas y sociales, destacan las que hacen referencia a las necesidades humanas, las cuales consideran el concepto de motivación y necesidades humanas, propuesta por Maslow, A. (1954) organizadas en una jerarquía de necesidades fisiológicas, de seguridad, protección, amor, pertenencia, autoestima y actualización del yo, según citado autor.

... las personas se mueven entre niveles, pero siempre abocadas a una necesidad mayor. Por tanto, el anciano debe ser una persona totalmente madura,

que tiene autonomía, independencia y una relación positiva con la familia y la sociedad (Págs. 10-11).

A partir de los postulados teóricos citados, puede afirmarse que las teorías de orden biológico y psicosociales fundamentan el cuidado integral e individualizado que debe proporcionarse al anciano, bien sea a nivel del hogar como institucionalizado. En tal sentido, las personas cuidadoras deben estar capacitadas para su cuidado, no sólo a nivel del conocimiento general del proceso del envejecimiento como del acompañamiento para identificar y satisfacer sus necesidades bio-psicosociales y espirituales de las personas ancianas.

Características del Envejecimiento bases para el cuidado

Un aspecto fundamental relacionado con el envejecimiento es el de fragilidad. Es el estado asociado a una disminución de la reserva fisiológica con su aumento de la susceptibilidad a discapacidades físicas. La fragilidad no es privativa del adulto mayor, si bien aumenta en forma directa con la edad. De allí es importante destacar las características del envejecimiento que de acuerdo a Villalobos, A. (2001), son las siguientes:

Pérdida de masa ósea que predispone a la osteoporosis y a la fractura de cadera. Aparición de resistencia periférica a la insulina junto con otros factores (obesidad, sedentarismo, alimentación), facilitan el desarrollo de diabetes mellitas.

Alteraciones en el sistema inmune que predispone a padecer infecciones, enfermedades, autoinmunes y algunos tipos de tumores. Pérdidas psicológicas (memoria, inteligencia fluida) y cambios sociales (jubilación, fallecimiento de familiares y amigos, pérdidas de las redes de apoyo social) que modulan y condicionan las manifestaciones de la enfermedad y su pronóstico. Hay un amplio aspecto de cambios determinados progresivos, tales como la tasa de filtración glomerular, la frecuencia cardíaca máxima, la capacidad vital y otras medidas de capacidad funcional. La capacidad reducida para responder adoptivamente a cambios ambientales, así como los cambios de la edad no sólo de frecuencia del pulso en reposo o la glicemia en ayunas, sino la capacidad para regresar a los parámetros normales después de algún estrés (p.10).

Entre los cambios que caracterizan las personas en proceso de envejecimiento destacan los que a continuación se citan, siguiendo a Villalobos, (2001).

Cambios biológicos: Son cambios orgánicos que afectan a sus capacidades físicas, entre ellas tenemos: Envejecimiento de la piel, cabello, uñas. Envejecimiento óseo, muscular. Envejecimiento cardiovascular. Envejecimiento del sistema respiratorio. Envejecimiento del aparato digestivo. Envejecimiento del sistema endocrino. Envejecimiento del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.

Cambios Psicológicos: Son cambios en el comportamiento, autoconcepción, valores, creencias, entre ellos. Envejecimiento de las capacidades intelectuales, carácter y personalidad.

Cambios Sociales: Son cambios en el rol del anciano en la comunidad, entre ellos: referidos a lo individual y su interacción social en el contexto familiar e institucional con sus bases.

En sintonía con lo precitado, la persona en esta etapa de ciclo vital, presenta cambios morfofuncionales y alteraciones de orden bio-psicosocial.

Cuidado de los Ancianos Institucionalizados

Para el anciano vivir a nivel institucional significa un cambio en su estilo de vida, pues debe adaptarse a un contexto diferente al familiar, además debe interactuar con personas que le acompañan en su cuidado

Los ancianos como parte del proceso de envejecimiento se tornan más frágiles, lo que hace que ellos necesitan ser cuidados por otras personas.

Los cuidadores reproducen los conocimientos a partir de la práctica cotidiana con los otros cuidadores, la familia, las religiones y hasta el propio anciano con quien convive en el cotidiano del cuidado.

El déficit por la falta de conocimientos por parte de los cuidadores de los ancianos puede ser explicado por la ausencia de preparación del recurso humano en el área de geriatría.

Cuidar de los ancianos requiere vocación por parte de las personas que lo asuman, pues tratar con estas personas en los momentos de alegría, genera satisfacción, aún así en los momentos de dolor y sufrimiento.

Tratar con ancianos exige de los cuidadores no solamente vocación, ya que este debe ser complementado con el desarrollo de prácticas, de conocimientos del proceso del envejecimiento y de sus problemas, aceptar la vejez.

Instituciones de Protección al Anciano

En todo el mundo existen instituciones encargadas de atender a este tipo de población, estas instituciones pueden ser: hospitalarias o residencias de ancianos, y por supuesto Venezuela no escapa de esta situación.

El ente rector de la atención al anciano conocido en Venezuela como el Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología (I.N.A.G.E.R.). Es un instituto autónomo adscrito al M.S.D.S. creado bajo el nombre “Patronato Nacional de Ancianos e Inválidos” (P.A.N.A.I.), que comenzó a funcionar en 1.950. En 1.958 el Dr. Joaquín Quintero, creó las Casas Hogares. En 1.978 se decretó la Pensión de la Vejez y la promulgación de la Ley de Protección al Anciano, esta Ley permitió cambiar de P.A.N.A.I a I.N.A.G.ER. representando así una institución de carácter autónomo con personalidad jurídica, patrimonio propio e independiente del Fisco Nacional.

A partir del 12 de septiembre de 2005 fue aprobada la Ley de Servicio Social, por lo que permitió cambiar de I.N.A.G.E.R. a I.N.A.S.S. (Instituto Nacional de Servicios Sociales), dicha Ley contempla no sólo los deberes y derechos de los abuelos y abuelas sino también estipuló sanciones para aquellas personas o instituciones que atenten contra las disposiciones.

Residencias de Ancianos

La alternativa institucional será necesaria cuando se altere el a veces delicado equilibrio entre las necesidades físicas y psicológicas de una persona mayor y se quiebre la capacidad de su mundo para hacer frente a otras necesidades. Esto puede suceder bien sea porque: el estado de salud

de las personas ancianas se ha deteriorado, o los parientes que los cuidan experimentan una tensión tal por las continuas demandas que les han sido impuestas, que no pueden seguir haciendo frente a la situación.

El propósito de las residencias de ancianos y de convalecencia consiste en sustituir la situación hogareña, no sólo deberán proporcionar la atención necesaria, sino también crear una atmósfera similar a la del hogar, un entorno habitable, incluso cuando se requiera un cuidado más bien intensivo, los hogares de convalecencia o deberán convertirse en instituciones de atención médica.

Las residencias de ancianos son una realidad vigente en nuestro país, no se puede regresar en el tiempo, pero es posible construir y visionar para un mejor mañana sobre lo que existe, es decir no se puede cerrar las residencias de ancianos porque su demanda a todo nivel se hace cada vez mayor, o bien no reúnen las condiciones para la atención óptima al anciano.

Las residencias de ancianos constituyen la primera manifestación social de preocupación por la situación de los ancianos marginados. Tradicionalmente han constituido la opción de último recurso que se ofrece al anciano abandonado. En su mayoría, estas instituciones gozan de un alto grado de autonomía operacional y funcional bajo el control de organizaciones privadas, de caridad o beneficencia.

En la práctica, las residencias de ancianos se limitan a brindar techo y alimentación a los ancianos, excepcionalmente algunos brindan un número limitado de servicios médicos, de enfermería y social.

Dado el escaso apoyo financiero estatal, estas organizaciones dependen de acciones de voluntario individual o comunitario. La naturaleza voluntariado de estos servicios condiciona su carácter temporal e inestable. Las casas de ancianos hogares resguardan a los ancianos discapacitados o no, lo que es importante destacar es que todos los ancianos merecen una atención en salud oportuna, la cual debe ser dispensada por personas capacitadas y preparadas para tal fin, tales como médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadoras sociales y otros, en particular, las personas que permanecen en las instituciones.

Capacitación del Cuidador del Anciano

Se ha considerado que la Gerontología es un componente importante en la preparación de las personas que trabajan con ancianos. La importancia del personal que cuida a los adultos mayores entienda detalladamente el proceso del envejecimiento.

Los programas de capacitación deben diferir en cuanto a duración objetivos, contenido y métodos de instrucción, dependiendo del nivel académico, su propósito general, de la población a quien va dirigida y de los recursos disponibles.

Además deben estar dirigidos a sensibilizar al personal que ofrece servicios a los adultos mayores y a mejorar la calidad de dicho servicio y a fortalecer positivamente sus actitudes hacia la vejez. Este personal debe tomar en cuenta que la meta común es el reforzamiento de las actitudes y aptitudes del anciano, para promover su independencia funcional y ayudarlo a desarrollar su máximo potencial de salud.

El Cuidador

Lozano, A. 1999), documento en línea, define el cuidador de la manera siguiente “persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusválida o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales” p.5).

De esta definición general de cuidadores se impone la diferenciación de los cuidadores directos, en cuidadores informales y formales.

Los cuidadores informales no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos.

Anderson, F. 1987), citado por Lozano, A., señalan el carácter de cuidador principal, por lo general, esta actividad es desempeñada por cónyuge o familiar femenino más próximo. Los cuidadores principales o primarios son los que asumen su total responsabilidad en la tarea, pasando por diferenciaciones progresivas esta situación según la ayuda, formal o informal, que reciban. A diferencia de los cuidadores primarios, los secundarios no tienen la responsabilidad principal del cuidado de los ancianos.

Una diversidad de definiciones relacionadas con el cuidado informal contrasta con las correspondientes al cuidado o cuidadores formales. Valderrama, H. (2006), documento en línea, ha definido a los cuidadores de ancianos como “aquellas personas capacitadas a través de cursos teóricos – práctico de formación dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia para brindar atención preventiva asistencial y educativa al anciano y a su núcleo familiar” (p.3). Su campo de acción cubre el hogar, residencias

geriátricas y servicios hospitalarios. El cuidador apoya al personal de la institución y al equipo gerontológico de trabajo.

Cuidados del Anciano Institucionalizado

La atención prestada en una residencia debe ser integral, teniendo siempre en cuenta la totalidad de la persona. Debe superar la atención asistencial en el sentido clásico de considerar solo las necesidades básicas de la vida. Dicha atención es imprescindible que en todo tipo de asistencia geriátrica ha de ser continuada en el tiempo.

El cuidador es un personal clave en el equipo básico de trabajo en las residencias. Las actividades encargadas a este cuidador son múltiples y variadas, con gran cantidad de matices, dependiendo del tipo de residencia y del paciente a su cargo.

El cuidador debe tener conocimientos sobre como realizar una valoración funcional, mental y social a un anciano, esta valoración es una condición necesaria, aunque no suficiente, para atender correctamente a un anciano. Si no se hace, el error está asegurado.

La valoración funcional persigue clarificar el estado de capacidad / incapacidad física de la persona en su vida diaria, medir su situación física

relativa a las necesidades de ayuda para movilizarse, vestirse, higiene personal, alimentación, entre otras.

La valoración mental se ocupa del estado de las facultades mentales, especialmente la memoria y la orientación, pero también del estado de ánimo, etc. Tanto la valoración funcional como la mental, cuya alteración suele ir pareja, son fundamentales para conocer el grado de independencia de un individuo.

La valoración social detecta las condiciones sociales del paciente y como estas repercuten en su salud. Es fundamental identificar al llamado cuidador que es la clave para que el anciano tenga garantizado los cuidados básicos.

La independencia funcional puede verse desde muchas perspectivas, es indudable que ésta depende no sólo de factores físicos, sino también la conforman elementos psicológicos y sociales. Pero existen diferentes escalas para la valoración de la funcionalidad e independencia, pero el más utilizado es la escala de Katz citada por Ruiperez, C.I. y Llorente, D. (1997), que mide seis (6) diferentes funciones y da un porcentaje de acuerdo a la problemática, cuales necesita de apoyo: bañarse, vestirse, ir al baño. Levantarse de la cama, alimentarse y control de esfínteres y para utilizar el sanitario.

Además se le pueden agregar otros aspectos según sea el caso, elementos menos críticos, pero no menos importantes, tales como: salir de la casa, uso de transporte, tareas domésticas, responsabilidad de su medicación.

Son diversos los cuidados, pero los que presentan más dificultad para los cuidadores, sobre todo si la persona a la que se cuida está en cama, son: higiene, movilización, alimentación, eliminación y relación interpersonal. Todas estas actividades se pueden realizar de forma sencilla si el cuidador conoce técnicas o tiene información suficiente sobre qué hacer y cómo hacerlo.

Higiene: El momento de la higiene es muy importante para establecer con ella una buena relación. El cuidador tiene que informar de lo que hará. Es importante estar alerta de los pequeños detalles resultado de una buena observación. Por ejemplo, la piel: aparición de enrojecimientos, pequeñas heridas, etc. Movilización: Comporta una serie de ventajas a organismo como son: una buena condición física, músculo y ósea, una mejor asimilación de la dieta ingerida, etc. Cuando esta movilidad está disminuida o inexistente pueden aparecer úlceras, edemas, estreñimiento. Alimentación: El organismo realiza funciones de construcción y reconstrucción de tejidos, actividad que genera un gasto de energía. Para que se puedan hacer correctamente, la alimentación tiene que estar compuesta de los nutrientes

necesarios, sin que haya ni carencia ni excesos. Relación: Una característica relevante de la persona es la capacidad de comunicarse con los demás para expresar los sentimientos, sus experiencias íntimas..., de manera que los demás puedan participar en ellas y ayudarlo a satisfacerlas. Asimismo la eliminación para que el organismo funcione bien, los residuos de los alimentos que tomamos tienen que ser eliminados de manera correcta. En las personas mayores y en las que tienen la movilidad reducida esta función se encuentra afectada, ya que hay una disminución por un lado, del movimiento intestinal, y por otro, del tono muscular del abdomen. Por eso esas personas son más propensas a presentar estreñimiento o incontinencia urinaria.

Para poder realizar dicha valoración existen escalas validadas para ello. Las escalas de valoración en ancianos, además de estas validadas y tener fiabilidad, deben ser breves y sencillas. Para este trabajo se hace referencia a la Escala de Katz (anexo N° 1) la cual consta de seis (6) grupos, de máxima independencia a máxima dependencia.

También es útil el cuidador al proporcionar un cuidado integral, proporcionar un estilo de vida saludable referido a la satisfacción de las necesidades alimentarias, ejercicio, autocuidado, sueño, cumplimiento de medicaciones. Asimismo, a mantener su capacidad funcional y ofrece acompañamiento en caso de duelo y ante el deterioro progresivo del organismo biofísico y psicosocial.

Entre los cuidados que deben proporcionarse, caben destacarse, los referidos por López, P. y Julián, M.T. (1999), quienes parten de una valoración previa, apoyada en las necesidades básicas postulada por Anderson, V.

Consejo dietético y vigilancia del estado nutricional. Cuidados e higiene de la boca. Higiene y reeducación en la incontinencia. Indicaciones sobre ejercicio físico y la movilidad. Cuidados de los pies y reeducación de la marcha. Recomendaciones sobre prevención de caídas y accidentes. Higiene del sueño. Derivación de problemas sensoriales. Estimulación intelectual mediante ejercicios mentales y de praxia, basados en las propias aficiones (ganchillo, dominó, juegos de mesa, música, baile, etc.). Prevención y soporte en duelos, soledad y pérdidas. Fomento de las relaciones sociales. Educación sobre el tratamiento farmacológico. Vacunación antigripal, antitetánica y antineumocócica. (Según indicación médica) (p.225)

A manera de ejemplo, una muestra de un plan de cuidados a partir de lo precitado.

Alteración nutrición	Dieta equilibrada. Ingesta hídrica. Vigilancia del peso.
Problemas odontológicos	Cuidados de la boca
Incontinencia	Urinaria. Higiene y reentrenamiento Fecha: higiene
Estreñimiento	Dieta rica en fibra, hidratación, ejercicio.
Inestabilidad	Ejercicio activo / pasivo
Inmovilidad	Reeducación de la marcha Prevención de caídas Cuidado de los pies
Insomnio	Higiene del sueño
Alteraciones intelectuales	Estimulación intelectual mediante ejercicios

y sensoriales	mentales y de praxia. Corrección de problemas sensoriales.
Alteraciones emocionales	Prevención y soporte en situaciones de duelo, soledad y pérdidas.
Uso inadecuado de fármacos	Educación sobre tratamiento farmacológico.

Lo precitado, en cuanto al cuidado integral al anciano que debe proporcionar el personal cuidado a partir de una valoración, podría constituir contenidos para un programa de capacitación al personal cuidador.

Finalmente, las necesidades de capacitación del personal cuidador de los ancianos institucionalizados, se conciben como las diferencias evidenciadas en la atención integral al anciano referidas a los conocimiento generales sobre el proceso de envejecimiento, en cuanto a cambios físicos, biológicos y psicosociales, como los cuidados generales que debe proporcionar el personal contratado para la atención integral del anciano institucionalizado.

A continuación el perfil que debe poseer o alcanzar el personal cuidador, ya sea mediante la capacitación formal e informal:

Perfil del cuidado

El personal cuidador del anciano debe poseer ciertas características que le permitan proporcionar cuidados básicos al anciano, bajo la supervisión de un profesional de la salud. Las características que definen dicho perfil son:

- Conocimientos básicos sobre el envejecimiento
- Buen estado físico
- Respeto a la vejez
- Sensible al dolor ajeno
- Paciencia y tolerancia
- Respeto y responsabilidad
- Disposición para aprender
- Actitud positiva hacia la vejez

Esta información se obtuvo en entrevista con la Mgs. Quintero, María A. (2006).

Sistema de Variables

Variable única

Necesidad de capacitación sobre la atención del anciano.

Definición conceptual

Según Ruiz, M. (1997), las necesidades de capacitación se definen como las carencias o deficiencias que posee un trabajador o grupo de ellos, para efectuar en forma satisfactoria las tareas que le corresponden (p.10).

Definición Operacional

Se refiere a la formación que manifiesta poseer el personal cuidador del anciano institucionalizado en cuanto a: generalidades del envejecimiento y cuidados integrales del anciano.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

Variable: Necesidad de capacitación sobre el cuidado del anciano.

Definición Operacional: se refiere a la formación que manifiesta poseer el personal cuidador del anciano en cuanto a: generalidades del envejecimiento y cuidados del anciano.

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Ítems
<p>Generalidades del envejecimiento: Se refiere a todos los cambios o modificaciones que ocurren en el ser humano</p>	<p>Envejecimiento: Es la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo.</p> <p>Cambios biológicos: Son cambios orgánicos que afectan a sus capacidades físicas.</p> <p>Cambios psicológicos: Son cambios en el comportamiento autoconcepción, valores, creencias.</p>	<p>Tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal • Patológico <p>Capacidades físicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para movilizarse • Dificultad para ir al baño • Dificultad para vestirse • Dificultad para alimentarse <p>Capacidades funcionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la piel • Pérdida de la fuerza muscular • Dificultad para respirar • Alteración de los nervios <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para recordar • Dificultad para recordar nombres • Dificultad para encontrar palabras para expresarse. 	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p>

<p>Cuidados: Son aquellas acciones relacionadas con las actividades de la vida diaria (higiene, alimentación, movilización y relación).</p>	<p>Cambios sociales: Son cambios en el rol personal y en la comunidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones interpersonales 14 • Familiares 15 • Aislamiento 16 • Personal de la institución 17
	<p>Higiene personal: Se refiere a las actividades de aseo personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Baño 18 • Vestido 19 • Calzado 20 • Cepillado dental 21
	<p>Alimentación: Se refiere a la acción de alimentarse (ingestión de alimentos).</p>	<p>Apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda 22 • Preparación 23
	<p>Movilización: Se refiere a la acción de trasladarse de un lugar a otro o dentro de su cama.</p>	<p>Cambios de postura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De lugar 24 • En cama 25
	<p>Seguridad física: Se refiere a las medidas que previenen algún accidente físico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pisos antiresbalantes 26 • Irregularidades 27 • Existencia de escaleras 28 • Existencia de pasamanos 29 • Uso de apoyo para moverse 30

Definición de Términos Básicos

Anciano institucionalizado: Persona o adulto mayor que está internado dentro de un ancianato.

Capacitación: Proceso de enseñanza-aprendizaje diseñada y practicada de manera que garantice a los participante el logro de los objetivos de desempeño preestablecidos (O.P.S.).

Cuidador: Describe a alguien que cuide o presta ayuda a alguien que está enfermo, es mayor de edad o está incapacitado.

Cuidados: Solicitud o especial atención.

Hogar San José de la Montaña: Ancianato de beneficencia pública que alberga ancianos sin protección familiar.

Necesidad: Es aquello que una persona precisa para cumplir o alcanzar un objetivo determinado.

Necesidades de capacitación: Se entienden las carencias o deficiencias que posee un trabajador o grupo de ellos, para efectuar en forma satisfactoria las tareas que le corresponden (Ramírez, F).

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

En este capítulo se desarrollan los componentes metodológicos, tipo y diseño del estudio, población y muestra. Asimismo, se hace referencia al método, instrumento y procedimientos utilizados en la recolección de la información. De igual manera se considera, la validación y confiabilidad del instrumento y las técnicas de tabulación y análisis de datos.

Tipo de Estudio

Según el problema y los objetivos del estudio, el trabajo se inscribe en los estudios de carácter descriptivo, tal como lo plantea Canales, Alvarado y Pineda (1998) “son la base y punto inicial de los otros tipos, y son aquellas que están dirigidas a determinar, cómo es, cómo está, la situación de las variables que se estudian en una población” (p.82).

Diseño de la Investigación

El estudio se ubica en el marco de los diseños de campo, por cuanto la recolección de los datos se realizó en el contexto real, es decir, en el Hogar San José de la Montaña. De acuerdo al foco de la atención, dicho

estudio se ubica como univariable, referido por Hurtado, J. (2000), como “aquella donde el investigador describe un único evento en su contexto” (p.232).

Población y Muestra

Para Hernández, Fernández, Baptista (1999), la población se define como “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p.204). En concordancia con la autora, la población objeto de este estudio estuvo conformada por catorce (14) personas, cuidadoras de ancianos, lo que constituye el total del personal cuidador. Por cuanto la población es pequeña y cautiva, la misma se consideró en su totalidad para el estudio.

Las unidades de estudio la integran las catorce (14) personas que atienden los ancianos tanto del sexo femenino como masculino. Las de sexo femenino la integran seglares y religiosas.

Métodos e Instrumentos de Recolección de datos

El método seleccionado para la recolección de datos fue la encuesta, sobre este tema, hurtado, J. (2000) menciona que, es cuando la información

debe ser obtenida a través de preguntas a otras personas. El instrumento propio de esta técnica es el cuestionario” (p.469).

El instrumento de recolección de datos fue cuestionario, el cual es definido por Hurtado, J. (2000) como “un instrumento que agrupa una serie de preguntas relativas a un evento, situación o temática particular sobre el cual el investigador desea obtener información” (p.469).

El cuestionario consta de tres partes en función de la operacionalización de la variable. El mismo se diseñó con treinta (30) preguntas de carácter dicotómico (Si/No).

Procedimiento para la recolección de los datos

Se solicitó autorización a la gerencia de la institución para la aplicación del instrumento en turnos matutinos y vespertinos.

Al personal cuidador se solicitó su consentimiento para la aplicación de la encuesta, siendo receptivos a la solicitud.

Validez y Confiabilidad

Para que un instrumento sea válido, debe cumplir con los requisitos de validez y confiabilidad.

Validez

Según Hernández, Fernández, Baptista (1999) “se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir” (p.236).

La validez del instrumento se realizó mediante juicios de jueces o expertos quienes hicieron sus observaciones, las cuales fueron tomadas en cuenta para su formulación definitiva.

Confiabilidad

Para Hurtado, J. (2000) “se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento a las mismas unidades de estudio, en idénticas condiciones, produce iguales resultados, dando por hecho que el evento medido no ha cambiado” (p.439).

Para la confiabilidad se realizó una prueba piloto en la Casa Hogar María de San José, ubicada en Cabimas – Edo. Zulia, se aplicó el

cuestionario a un grupo de catorce (14) cuidadores con las mismas características de la población en estudio.

A los resultados de la prueba piloto, se aplicó la prueba de las dos mitades o de Spearman, cuyo resultado de 0.78 ubicándose este resultado entre el rango de $0.80 \leq 1$. En tal sentido, se puede considerar el instrumento confiable para la aplicación.

Tabulación y Análisis de los Datos

El procesamiento de los datos se realizó en forma mecánica (manual) y los resultados se volcaron en tablas de doble entrada utilizando cifras absolutas y relativa, seguida de una representación gráfica con diagramas de barras.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS DATOS

En este capítulo se presentan los resultados en cifras absolutas y relativas de las variables, así como gráficos de barras, correspondientes a las dimensiones, indicadores, subindicadores e ítemes.

Los resultados asentados en las tablas se refieren a las respuestas de los cuidadores al aplicar el instrumento.

Tabla N° 1

Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Envejecimiento. Ítemes: 1 y 2.

Ítemes	SI		NO	
	Fr.	%	Fr.	%
1. Normal	14	100%	0	0%
2. Patológico	0	0%	14	100%
Total	14	100%	0	0%

Fuente; cuestionario aplicado por la autora

Análisis: Como se puede apreciar en la tabla N° 1, el total del personal cuidador, es decir el 100% de la muestra encuestada dice que SI identifica el envejecimiento normal, pero no saben lo que es el envejecimiento patológico, se evidencia la desinformación que tienen para diferenciar un anciano sano a un anciano enfermo.

Gráfico N° 1

Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Envejecimiento. Ítems: 1 y 2.

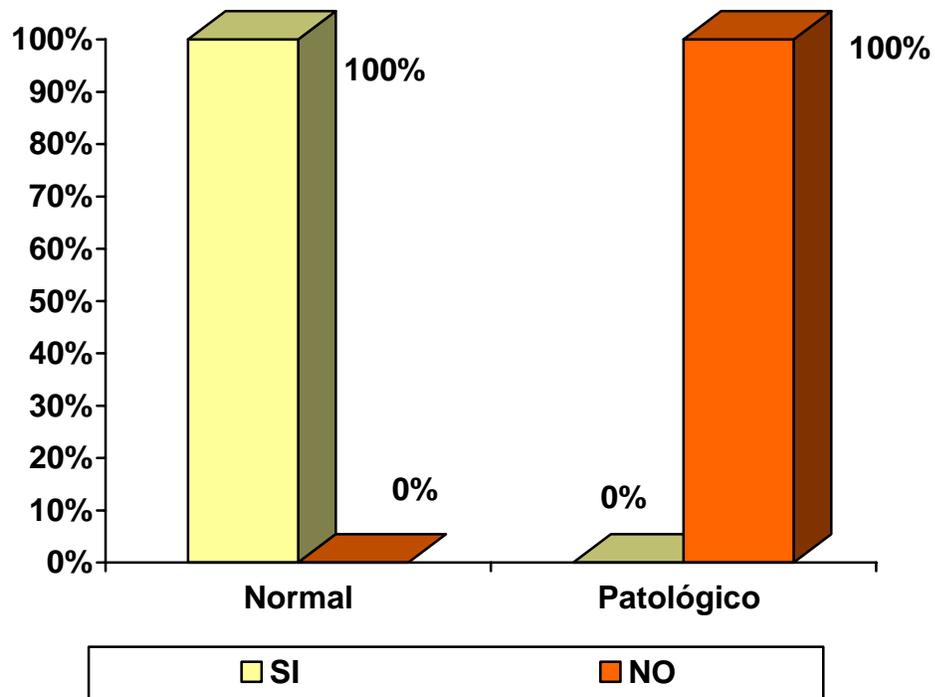


Tabla N° 2

Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Cambios Biológicos. Ítemes: 3 al 6.

Ítemes	SI		NO	
	Fr.	%	Fr.	%
3. Dificultad para movilizarse	14	33.3%	0	0%
4. Dificultad para ir al baño	0	14.3%	0	57.1%
5. Dificultad para vestirse	12	28.6%	2	14.3%
6. Dificultad para alimentarse	10	23.8%	4	28.6%
Total	42	100	14	100%

Fuente: Cuestionario aplicado por la autora

Análisis: En la identificación de los cambios biológicos, físicos en relación a dificultad para movilizarse, 14 de los cuidadores encuestados respondieron que SI lo identifican, en cuanto a: dificultad para ir al baño, 6 respondieron que SI y 8 que NO, en relación a: dificultad para vestirse 12 que SI y 2 que NO, y en dificultad para alimentarse 10 que SI y 4 NO. El cuidador identifica estos cambios, ya que adiestramiento no tienen.

Gráfico N° 2

Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Cambios biológicos. Ítems: 3 al 6.

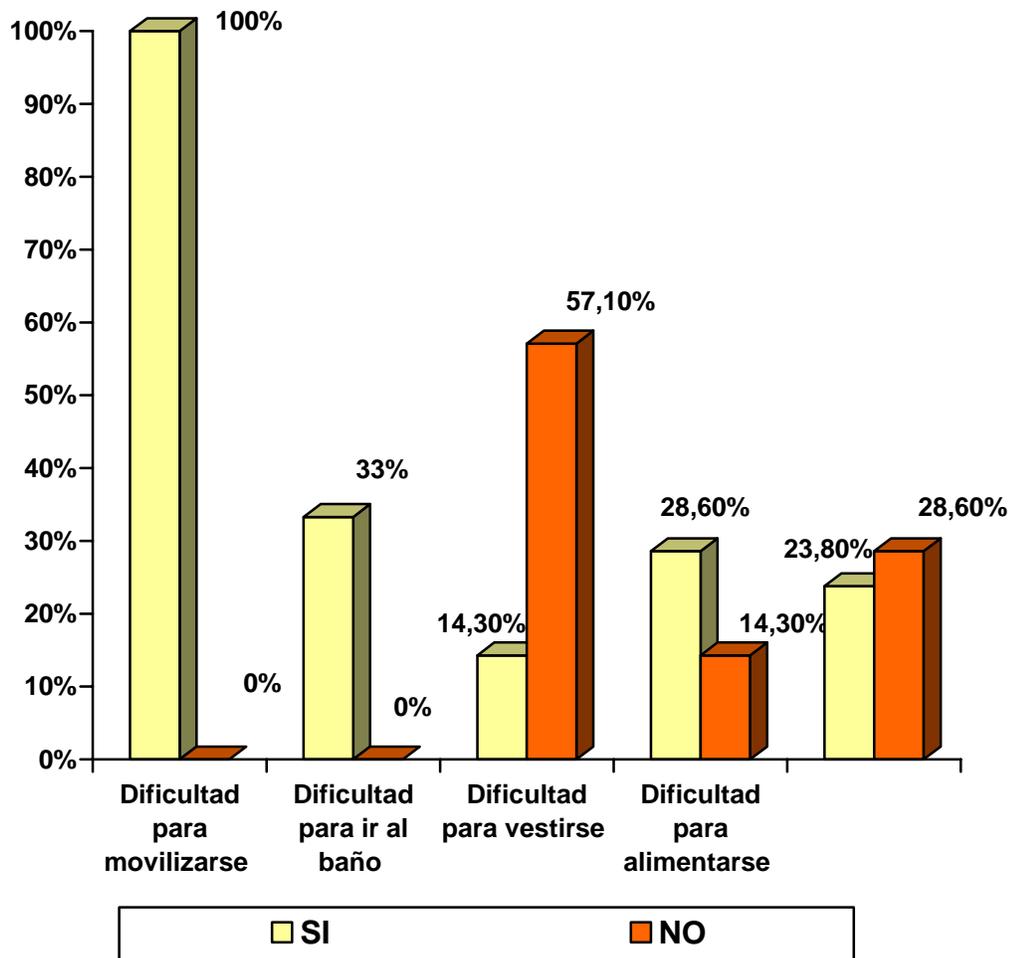


Tabla N° 3

Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Cambios Biológicos. Ítemes: 7 al 10.

Ítemes	SI		NO	
	Fr.	%	Fr.	%
7. Deterioro de la piel	8	29.6%	6	20.7%
8. Pérdida de la fuerza muscular	9	33.3%	5	17.2%
9. Dificultad para respirar	7	25.9%	7	24.1%
10. Alteración de los nervios	3	11.1%	11	37.9%
Total	27	100	29	100%

Fuente: Cuestionario aplicado por la autora

Análisis: En cuanto a la identificación de los Cambios biológicos relacionados con los aspectos funcionales tales como se aprecia: deterioro de la piel 29.6% respondió SI, pérdida de la fuerza muscular el 33.3% respondió SI, dificultad para respirar 25.9% SI, alteración de los nervios 37.9% respondió NO. Se evidenció déficit de información que tiene el personal cuidador sobre los cambios biológicos referidos a los aspectos funcionales.

Gráfico N° 3

Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Cambios biológicos. Ítems: 7 al 10.

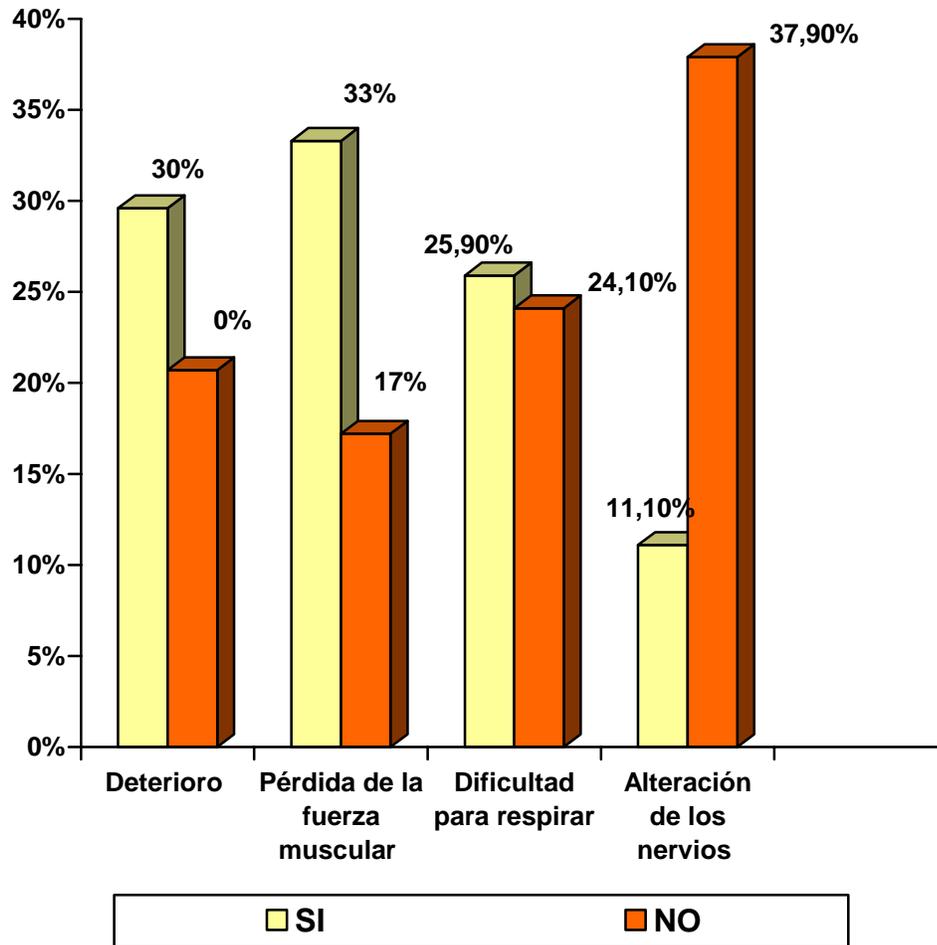


Tabla N° 4

Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Cambios Psicológicos. Ítemes: 11 al 13.

Ítemes	SI		NO	
	Fr.	%	Fr.	%
11. Dificultad para recordar	6	26.1%	8	42.1%
12. Dificultad para recordar nombres	5	21.7%	9	47.4%
13. Dificultad para encontrar palabras	2	52.2%	2	10.5%
Total	23	100	19	100%

Fuente: Cuestionario aplicado por la autora

Análisis: En relación a la identificación de los cambios psicológicos (dificultad para recordar SI (26,1%), NO (42%), dificultad para recordar nombres SI (21,7%), NO (47,4%) y dificultad para encontrar palabras SI (52,2%), NO (10,5%). Esto quiere decir que el cuidador identifica los cambios psicológicos empíricamente, no saben si estos cambios son normales o patológicos.

Gráfico N° 4

Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Cambios psicológicos. Ítems: 11 al 13.

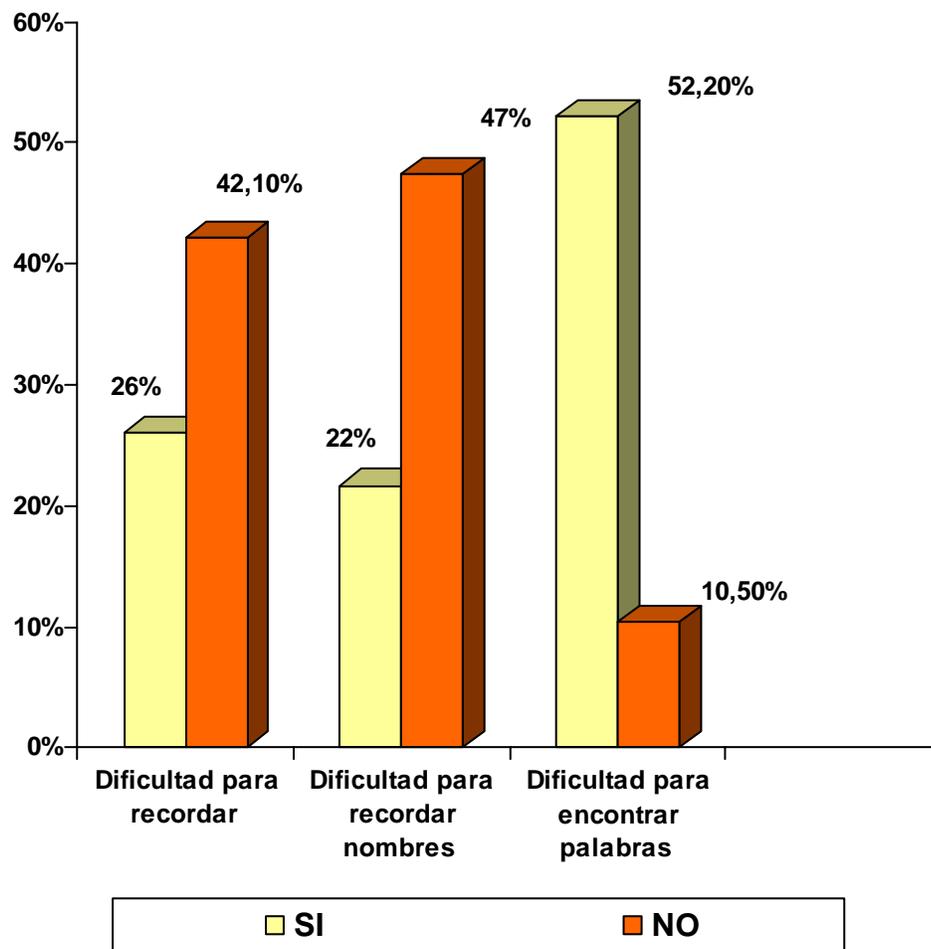


Tabla N° 5

Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Cambios Sociales. Ítemes: 14 al 17.

Ítemes	SI		NO	
	Fr.	%	Fr.	%
14. Relaciones interpersonales	3	21.4%	11	26.2%
15. Familiares	2	14.3%	12	28.6%
16. Aislamiento	6	42.9%	8	19.0%
17. Personal de la institución	3	21.4%	11	26.2%
Total	14	100%	32	100%

Fuente: Cuestionario aplicado por la autora

Análisis: Como se puede apreciar en la tabla N° 5 en cuanto a los cambios sociales referidos, resulta significativo que el 28.6%, seguido del 26.2% de los informantes no consideran los cambios sociales del anciano, como características de esta etapa, razón por la cual este aspecto debe ser considerado en el acompañamiento del anciano institucionalizado.

Gráfico N° 5

Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Generalidades del Envejecimiento. Indicador: Cambios Sociales. Ítems: 14 al 17.

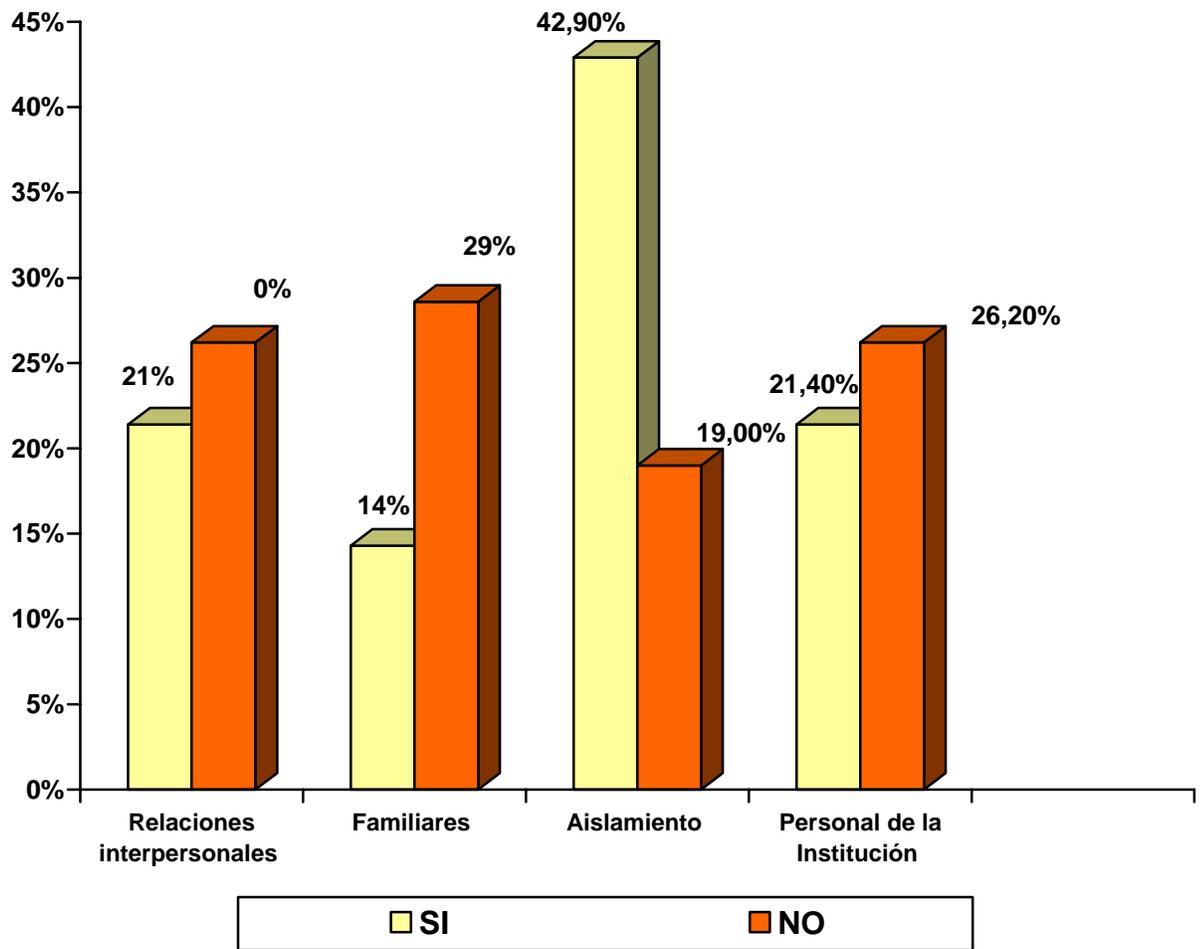


Tabla N° 6

Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Cuidados. Indicador: Higiene Personal. Ítemes: 18 al 21.

Ítemes	SI		NO	
	Fr.	%	Fr.	%
18. Baño	9	22.5%	5	31.3%
19. Vestido	12	30.0%	2	12.5
20. Calzado	10	25.0%	4	25.0%
21. Cepillado dental	9	22.5%	5	31.3%
Total	45	100%	11	100%

Fuente: Cuestionario aplicado por la autora

Análisis: Se destacó que el 31.3% del personal cuidador no participa en la higiene del anciano y un 31.3% en el cepillado dental, seguido de un 25% del personal cuidador considera la necesidad del calzado adecuado a los cambios morfofuncionales e higiene. Llama la atención que la higiene personal del anciano no es considerada por las personas cuidadoras.

Gráfico N° 6

Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Cuidados. Indicador: Higiene Personal. Ítemes: 18 al 21.

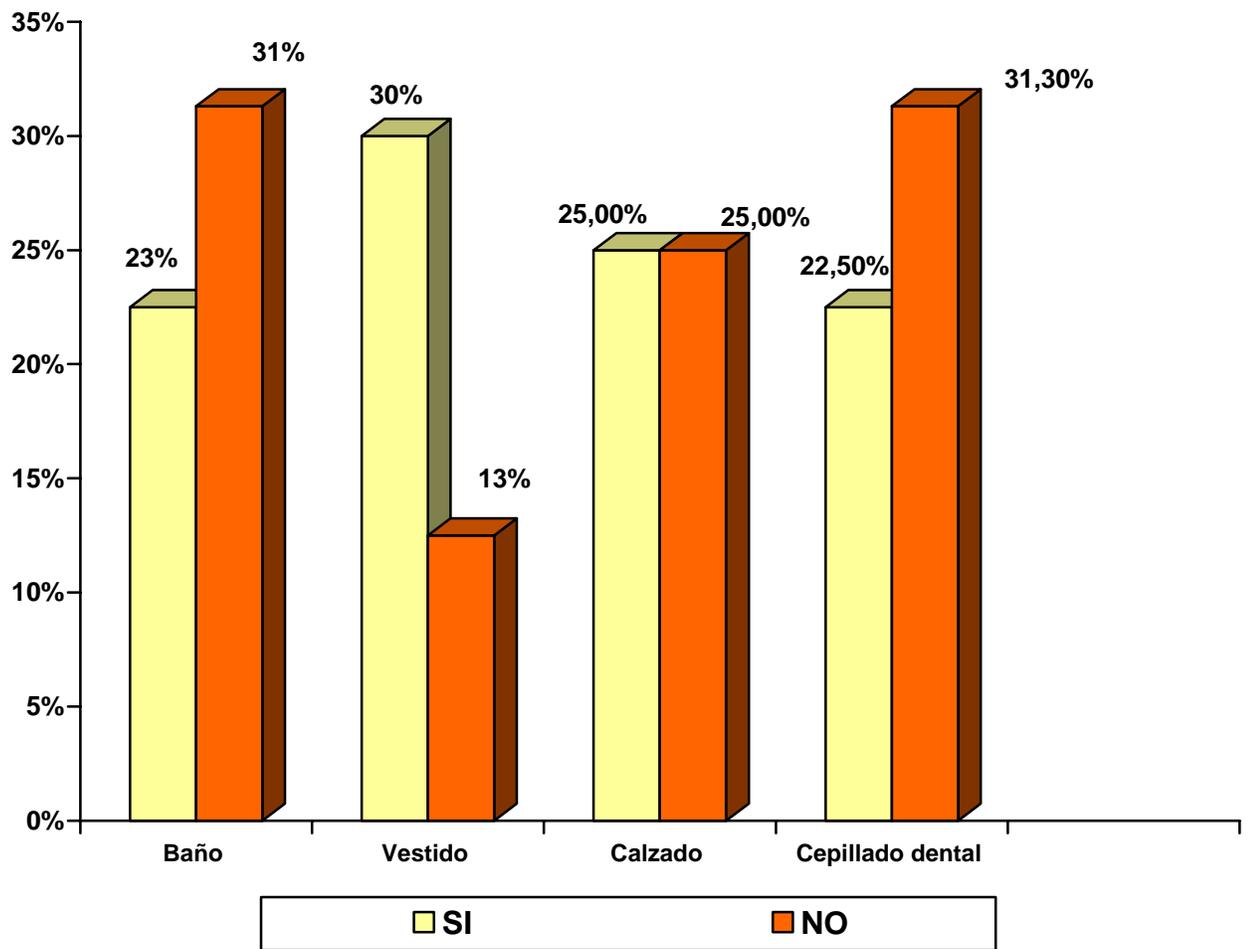


Tabla N° 7

Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Cuidados. Indicador: Alimentación. Ítemes: 22.y 23.

Ítemes	SI		NO	
	Fr.	%	Fr.	%
22. Ayuda	5	62.5%	3	45.0%
23. Preparación de los alimentos	3	37.5%	11	55.0%
Total	45	100%	20	100%

Fuente: Cuestionario aplicado por la autora

Análisis: En cuanto a la alimentación del anciano, el cuidador Ayuda (62,5%) y en la preparación de alimentos (37,5%), e decir que la mayoría de los cuidadores ayudan a dar alimento al anciano y en cuanto a la preparación de lo alimentos 3 de los 14 cuidadores encuestados colaboran en la preparación.

Gráfico N° 7

Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Cuidados. Indicador: Alimentación I. Ítemes: 22 y 23

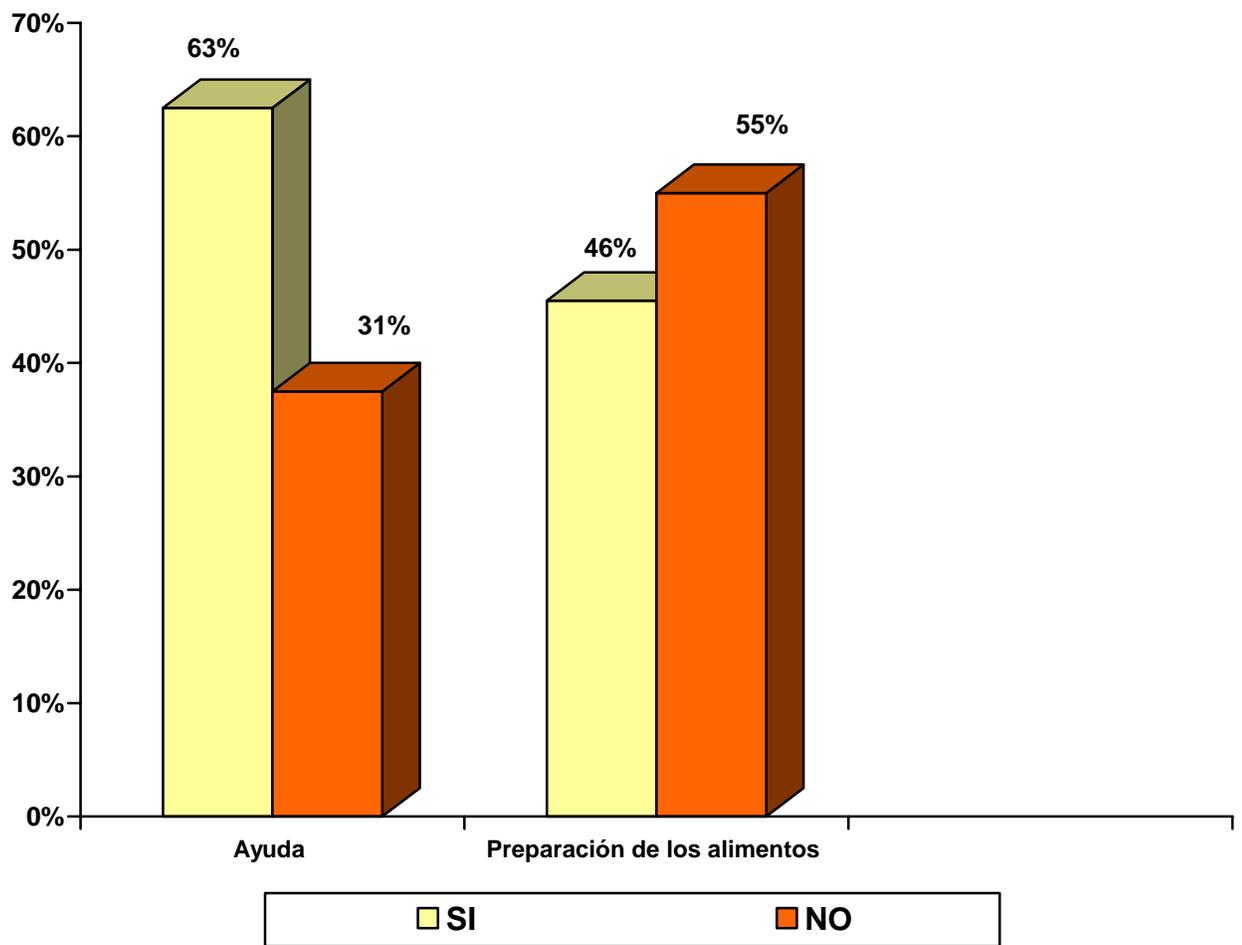


Tabla N° 8

Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Cuidados. Indicador: movilización. Ítemes: 24.y 25.

Ítemes	SI		NO	
	Fr.	%	Fr.	%
24. De un lugar a otro	8	66.7%	6	37.5%
24. En la cama	4	33.3%	10	62.5%
Total	12	100%	16	100%

Fuente: Cuestionario aplicado por la autora

Análisis: Como se evidencia en la tabla N° 8 en relación a la movilización del anciano, de los 14 cuidadores, 8 SI movilizan al anciano en su cama y 10 No lo hacen, es decir, que la mayoría de los cuidadores sólo movilizan al anciano cuando el mismo requiere ir de un lugar a otro.

Gráfico N° 8

Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo Edo. Zulia. Dimensión: Cuidados. Indicador: Movilización. Ítemes: 24 y 25

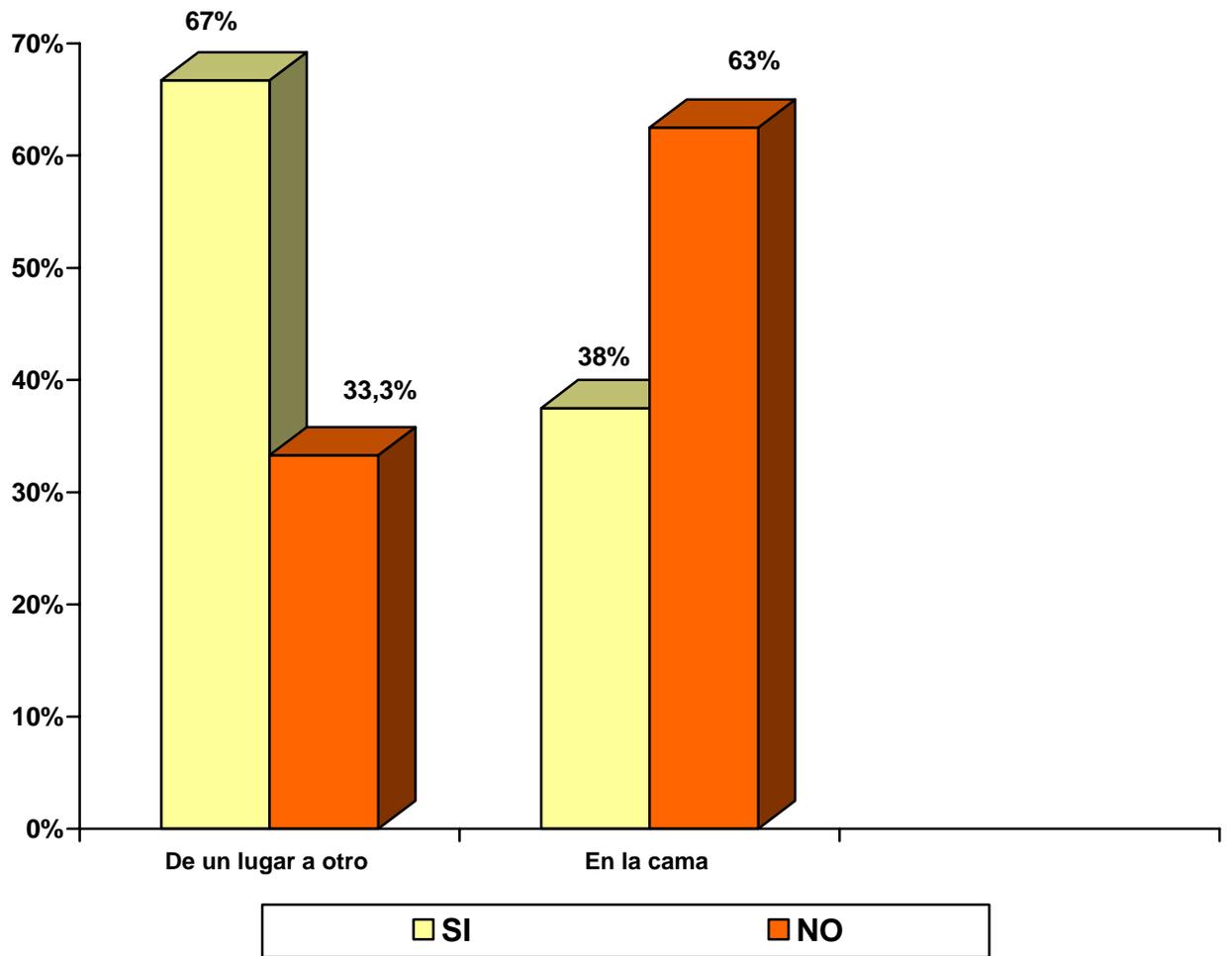


Tabla N° 9

Distribución de frecuencia absoluta y relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo – Edo. Zulia. Dimensión: Cuidados. Indicador: Seguridad física. Ítemes: 26.al 30.

Ítemes	SI		NO	
	Fr.	%	Fr.	%
26. Identifica el tipo de piso	9	20.0%	5	20.0%
27. Identifica irregularidades del piso	8	17.8%	6	24%
28. Verifica existencia de escaleras	14	31.1%	0	0%
29. Verifica existencia de pasamanos	8	17.8%	6	24%
30. Facilita la utilización de soportes para moverse	6	13.3%	8	32%
Total	45	100%	25	100%

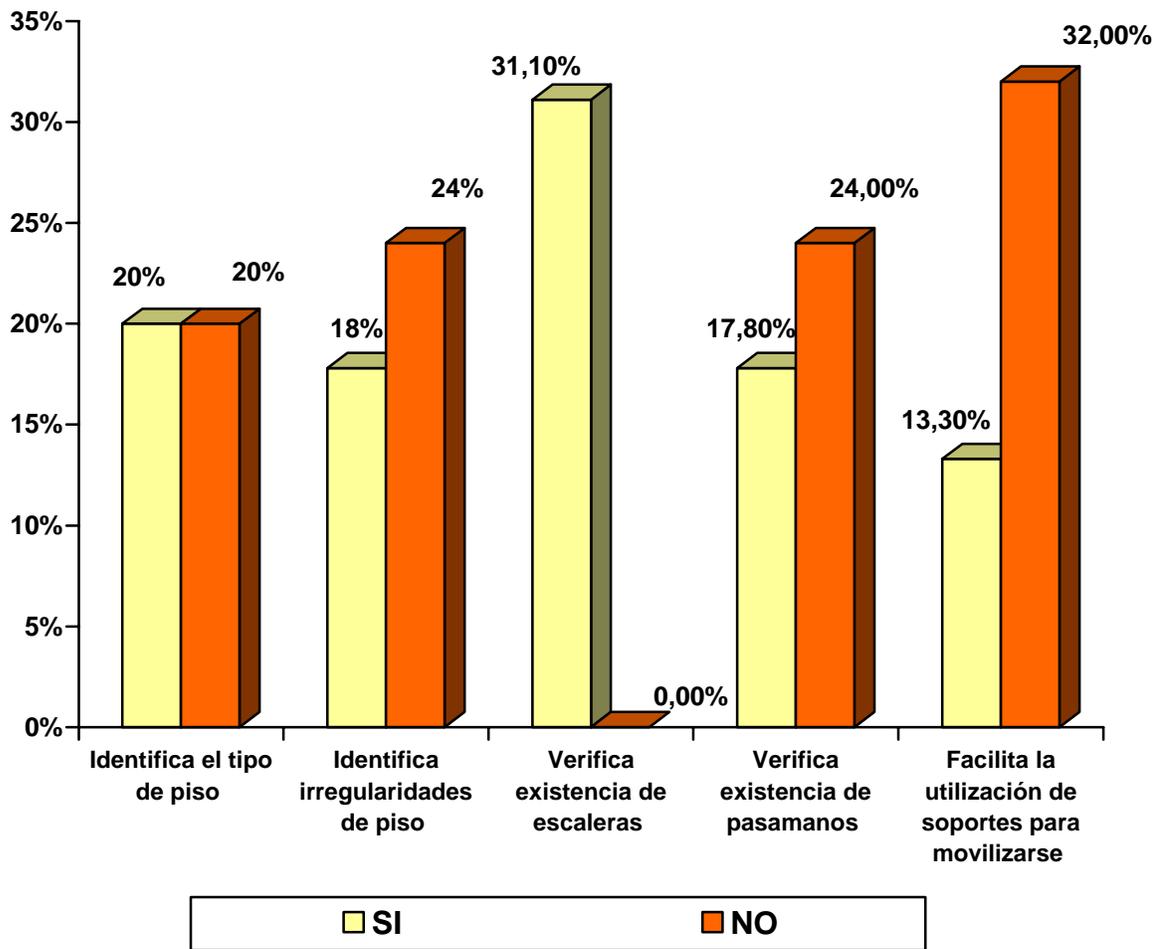
Fuente: Cuestionario aplicado por la autora

Análisis: Como se aprecia en la tabla N° 9 en relación a la seguridad del anciano: identifica el tipo de piso, 9 cuidadores dicen SI y 5 que NO. Identifica irregularidades del piso, 8 cuidadores dicen SI y 8 NO. Verifica existencia de escaleras el total de los cuidadores, es decir 14, dicen SI.

Verifica existencia de pasamanos, 8 cuidadores dicen que SI y 6 que NO,
facilita la utilización de soportes para moverse 6 cuidadores dicen que SI y
8 que NO.

Gráfico N° 9

Distribución relativa de las respuestas emitidas por el personal cuidador que labora en el Hogar “San José de la Montaña”, Maracaibo Edo. Zulia. Dimensión: Cuidados. Indicador: Seguridad física . Ítemes: 26 al 30



CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Este estudio confirma que el personal cuidador del Hogar San José de la Montaña, no está capacitado para ayudar a satisfacer las necesidades de cuidado de los ancianos.

Mediante esta investigación se evidenció las necesidades de capacitación que este personal requiere sobre la atención del anciano.

De allí radica la importancia de diseñar un programa educativo dirigido al personal cuidador con el fin de lograr satisfacer las necesidades de información y formación que este personal requiere.

Recomendaciones

- Contratar dentro de la Institución personal profesional de enfermería
- Entrenamiento continuo al personal cuidador

- Designar al personal cuidador actividades y tareas propias de un cuidador
- Proponer a las autoridades de la Institución la aplicación urgente del Programa Educativo en pro de satisfacer las necesidades de capacitación que tiene el personal cuidador sobre los cuidados del anciano.
- Motivar de forma continua al personal cuidador, mediante la realización de talleres, dictados por un equipo multidisciplinario conformado por enfermeras, médicos, trabajadores sociales, entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

- Aray, A. Duque, L. Pérez, S. (2003) ***Intervenciones de Enfermería para el Desarrollo de Actividades Recreativas dirigidas a Personas Ancianas Residentes en la Unidad Geriátrica “Dr. Joaquín Quintero Quintero”, Parroquia Caricuao, año 2003.*** Trabajo de Grado para optar al título de Licenciada en Enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, UCV, Caracas.
- Babb, P. (1998) ***Manual de Enfermería Gerontológico.*** Mc Graw hill. Interamericana, México D.F.
- Barroso, J. López, I. (2003). ***Propuesta de un Programa Educativo dirigido en el Gerente Institucionalizado.*** Trabajo de Grado para optar al título de Licenciada en Enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, UCV. Caracas.
- Entrevista con Mgs. Quinero, María A. realizada en noviembre 23-2006.
- Hernández, A. (2000) www.redaultosmayores.com.ar Documento en línea consultado 2006.
- Ibarra, L. Liendo, B. Moreno, M. (2003). ***Participación de Enfermería en los cuidados proporcionados a gerentes con Demencia Senil en la Unidad Geriátrica “Antonio Ramia”, Turmero – Edo. Aragua año 2003.*** Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Enfermería, Escuela de Enfermería UCV: Caracas.
- Instituto Nacional de Geriátrica y Gerontología (I.N.A.G.ER.), Zulia. Informe Especial de I.N.A.G.ER. Caracas, Venezuela, octubre 1991.
- Kane, R. (1997) ***Geriatría Clínica.*** 3ª. Edición Mc Graw Hill
- Langarica, R. (1985) ***Gerontología y Geriatría.*** Mc Graw Hill
- López, P. Rosa y Julia Nicolás, M. (1999) ***Cuidados de Enfermería en la Vejez. Diseño de un Programa de Atención primaria de Salud dirigidos a Ancianos mayores de 70 años.*** Enfermería Clínica. Septiembre, octubre, Vol. 9, Número 5. Barcelona, España.
- Lozano, A. (1999) www.cuidadores.htm. Documento en línea consultado 2006.

Oficina Central de estadística e Información (O.C.E..) (2000) del Estado Zulia.

Organización Panamericana de la Salud (O.P.S) (2000) **Enfermería Gerontológico. Conceptos par ala práctica. El Envejecimiento** Washington.

Organización Panamericana de la Salud (O.P.S) (2000) Publicación científica N° 546, **La atención de los Ancianos. Un desafío para los años 2000.** Washington.

Ruiperez, C.I. Llorante, D. P. (1995) **Manuales Prácticos Enfermería, Auxiliares y Cuidadores del Anciano.** Mc Graw Hill Interamericana. Colombia, D.C.

Ruiz, G.M.A., Muñoz, T., M.A. (1998) **Educación para la Salud a Cuidadores Informales.** Enfermería Clínica, julio – agosto, N° 4, Barcelona – España.

Ruiz, M. (1997) **Educación para la Salud a Cuidadores Informales.** Enfermería Clínica, 8 (4). Pp171-176.

Salas, A. (2000) **La Salud y el bienestar de los Adultos Mayores.** Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología (I.N.A.G.E.R.), Caracas – Venezuela

Staab, A.S. y Hogdes (1996) **Enfermería Gerontológico** Mc Graw Hill Interamericana, México, D.F.

Suárez, L. (2000). **Aspectos Gerontológico, Demográficos de Venezuela.** Congreso Venezoelano de Urología, Caracas – Venezuela.

Villalobos, A. (2001) **Aspectos preventivos basados en el evidencia científica a nivel de Atención Primaria y Hospitalaria.** Ministerio de Salud, Chile.

[\(2005\)](http://www.cuidadores.htm)

ANEXO

Presentación

El presente instrumento de recolección de datos es un cuestionario, diseñado con el propósito de recabar información en cuanto a las actividades del personal cuidador de los ancianos de la casa.

Él se aplico a las personas que laboran en el Ancianato San José del Estado Zulia.

Dicho instrumento mantiene la confidencialidad de los informantes y la impresión será utilizada por la autora para determinar la necesidad de capacitación del personal de la institución.

Cuestionario para identificar la Capacitación del personal cuidador

Nº		SI	NO
El cuidador identifica el envejecimiento			
1	Normal		
2	Patológico		
Identifica cambios biológicos físicos en el anciano			
3	Dificultad para movilizarse		
4	Dificultad para ir al baño		
5	Dificultad para vestirse		
6	Dificultad para alimentarse		
Identifica cambios biológicos funcionales en el anciano			
7	Deterioro de la piel		
8	Pérdida de la fuerza muscular		
9	Dificultad para respirar		
10	Alteración de los nervios		
Identifica cambios biológicos funcionales en el anciano			
11	Dificultad para recordar		
12	Dificultad para recordar nombres		
13	Dificultad para encontrar palabras		
Identifica cambios psicológicos en el anciano			
14	Relaciones interpersonales		
15	Familiares		
16	Aislamiento		
17	Personal de la institución		
Participa en la higiene personal del anciano			
18	Baño		
19	Vestido		
20	Calzado		
21	Cepillo dental		

Participa en la alimentación del anciano que necesita			
22	Ayuda		
23	Preparación de los alimentos		
Participa en la movilización del anciano cuando lo requiere			
24	De un lugar a otro		
25	En la cama		
Participa en la seguridad física del anciano			
26	Identifica el tipo de piso para la seguridad del anciano		
27	Identifica irregularidades del piso		
28	Verifica existencia de escaleras		
29	Verifica existencia de pasamanos		
30	Facilita la utilización de soportes para moverse		