

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**Ciclo de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Sede CRUZ ROJA – SAN RAFAEL**

CARACTERÍSTICAS BIO-PSICO- SOCIALES AMBIENTALES DEL ENVEJECIMIENTO

(Estudio Descriptivo Transversal realizado en adultos mayores del
Instituto Gerontológico Valle del Sol, San Rafael 2009)

AUTORAS

María del Carmen ALBARO

Evangelina VICENCIO

Mendoza, Diciembre de 2009

El siguiente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado sin el consentimiento de la escuela o de sus autoras.

El presente estudio de investigación fue aprobado el día.....

Tribunal de evaluación:

Presidente:

Vocal:.....

Vocal:.....

Nota:.....

PROLOGO

La complejidad del proceso de envejecimiento exige que la atención y cuidados del adulto mayor, se realice utilizando criterios coherentes, continuos, unificados y con un intenso ejercicio de conocimiento, habilidad e intuición, desde sus vertientes asistencial, docente e investigadora.

Considerando que el organismo humano, es un sistema complejo que interactúa con el entorno, se hace necesario tener en cuenta aspectos: Biológicos, Psicológicos, Socio–Ambientales, que específicamente inciden en el proceso de envejecimiento de los distintos sistemas y sus consecuencias.

Esto hace que los problemas de salud de los ancianos y las diversas patologías que ellos presentan requieran de parte del personal profesional, técnico y auxiliar un conocimiento profundo del proceso de envejecimiento que le permita estar capacitado para abordarlo eficazmente.

Pretendemos que este trabajo de investigación sea una ayuda para los profesionales de la salud en cuanto al abordaje de este fenómeno que es el envejecimiento del ser humano, tratando de responder a cuestiones básicas referidas a calidad de cuidado, complementando los conocimientos técnicos con la intuición que permitirán enfrentarse al complejo, aunque siempre gratificante, mundo del cuidado del adulto mayor.

Las sociedades van creciendo, y por lo tanto, existe un número de adultos mayores cada vez mayor que son abandonados en hospitales geriátricos, alberges, viven con un hijo o solos en su propio hogar, o bien, su forma de vivir los lleva a elegir su propio destino alejándose de las redes sociales, incluida la familia.

Actualmente, gran cantidad de ancianos se ven desprotegidos, discriminados, no gozan de sus jubilaciones, no reciben atención adecuada, ni afecto. Otros por el contrario invierten el tiempo y la energía en estar con amigos y familiares y muchos encuentran nueva compañía en centros especiales y O.N.G.s para la 3º edad.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION.....	Pág.01
CAPITULO I.....	Pág.03
PLANTEO DEL PROBLEMA.....	Pág.04
OBJETIVOS.....	Pág.04
MARCO TEORICO.....	Pág.05
VARIABLES EN ESTUDIO.....	Pág.09
CAPITULO II:.....	Pág.24
DISEÑO METODOLÓGICO.....	Pág.25
UNIVERSO Y MUESTRA.....	Pág.25
PLAN DE RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS DATOS.....	Pág.26
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLES.....	Pág.28
CONCLUSION.....	Pág.44
BIBLIOGRAFIA.....	Pág.45
APENDICE.....	Pág.47
TABLA MATRIZ.....	Pág.53

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA Y GRAFICO N° 1:.....	Pág.29
TABLA Y GRAFICO N° 2:.....	Pág.30
TABLA Y GRAFICO N° 3:.....	Pág.31
TABLA Y GRAFICO N° 4:.....	Pág.32
TABLA Y GRAFICO N° 5:.....	Pág.33
TABLA Y GRAFICO N° 6:.....	Pág.34
TABLA Y GRAFICO N° 7:.....	Pág.35
TABLA Y GRAFICO N° 8:.....	Pág.36
TABLA Y GRAFICO N° 9:.....	Pág.37
TABLA Y GRAFICO N° 10:.....	Pág.38
TABLA Y GRAFICO N° 11:.....	Pág.39
TABLA Y GRAFICO N° 12:.....	Pág.40
TABLA Y GRAFICO N° 13:.....	Pág.41

AGRADECIMIENTOS

Las autoras de la presente investigación desean expresar un profundo agradecimiento a los Docentes del Curso de taller de tesina o trabajo final, Dr. Walter Zabala y Lic. Jorge Michel por su valiosa disposición en la revisión exhaustiva y detallada del presente trabajo de investigación.

Nuestro agradecimiento se extiende a la Coordinadora del Ciclo Lic. María Rosa Reyes, a la Rectora del Instituto de Cruz Roja Lic. Cristina Blasco por su colaboración desinteresada, y a la Cruz Roja Argentina Filial San Rafael por darnos la posibilidad de desarrollar este Ciclo de Licenciatura.

INTRODUCCION

El presente trabajo se desarrolló en base a la configuración que se elabora en torno a la vejez y su relación con el adulto mayor, donde el propósito de mismo es aproximarnos a una caracterización del adulto mayor en su tránsito hacia la ancianidad.

Denominamos como ancianas a todas aquellas personas que están en edad de jubilarse o desvincularse de actividades laborales o que sin estar sujetos a una actividad específica, o que por su edad pueden estar comprendidas en lo que se conoce como clase pasiva.

El envejecimiento normal o senescencia es la etapa del ciclo vital en la cual se aprecian los cambios biológicos y psicológicos que indican un deterioro progresivo de nuestras facultades.

El aspecto económico tiene una incidencia importante en la situación social de los gerontes. Aunque el riesgo de padecer enfermedades aumenta con la edad, la noción del envejecimiento patológico o senilidad, corresponde a la concepción biomédica tradicional del desarrollo humano, que enfatiza las disfunciones observadas en el ser que envejece, y plantea que con la edad aparecen en el individuo enfermedades crónicas que se definen en el desarrollo de este trabajo.

Por otro lado, el perfil del adulto mayor va cambiando paralelamente a la evolución de las enfermedades crónicas, comunes en los ancianos y los trastornos multifacéticos complican, a menudo, la respuesta, fisiológica de los mismos. (Tesis de Licenciatura en Enfermería Mónica Gil-Fernández de Padilla Universidad Nacional de Salta)

Consideramos la importancia de abordar la problemática de la salud en forma integral, sin dejar de lado valores, aspectos culturales y estilos de vida. Los objetivos van más allá de lo puramente informativo.

Pretendemos lograr la sensibilización de la sociedad en general, sobre la importancia de este tema, buscando lograr cambios en sus actitudes y prácticas para mejorar la calidad de atención del adulto mayor, en base a los problemas más frecuentes detectados.

CAPITULO I

PLANTEO DEL PROBLEMA

Una de las esferas que se ven más afectadas por el proceso del envejecimiento es la social, donde se conjugan el abandono familiar, la incomunicación, la falta de participación social, y la escasa y baja calidad de la asistencia médica y social que en general se ofrece a este grupo de población.

Si bien es cierto que el envejecimiento va acompañado de un indiscutible deterioro biológico, la exclusión social, la carencia de servicios de salud, la falta de redes de contención social, restan estímulos para que los ancianos se mantengan activos con la consiguiente repercusión negativa en el desempeño psicofísico del adulto mayor.

¿Cuáles son las características Bio-Psico socio ambientales que afectan el envejecimiento del adulto mayor en el Instituto Gerontológico del “Valle del Sol”, en San Rafael, durante el año 2009?

OBJETIVO GENERAL

- Conocer las características Bio-Psico–Socio-ambientales del Envejecimiento en Adultos Mayores del Instituto Gerontológico Valle del Sol.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar los aspectos socios Culturales que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores de instituto Gerontológico Valle del Sol.
- Determinar el desarrollo físico en los adultos mayores del instituto Gerontológico Valle de Sol.
- Conocer los aspectos Socio Ambiental de los adultos mayores del instituto Gerontológico Valle de Sol
- Determinar los aspectos Biológicos y Psicológicos de los adultos mayores del instituto Gerontológico Valle de Sol

MARCO TEÓRICO

“El envejecimiento es un fenómeno universal y un proceso secuencial acumulativo e irreversible, que deteriora al organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno del ser humano. Durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y socio ambientales”¹

La longevidad es un proceso individual manifestado de distinta manera y forma en cada persona, se inicia alrededor de los 20 y 30 años de edad cuando el organismo alcanza su grado de madurez y la acción del tiempo comienza a producir modificaciones caracterizadas de la siguiente manera:

- Universal: porque se produce en torno el organismo de igual especie.
- Progresivo: porque es un proceso acumulativo.
- Declinante: porque las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- Intrínseco: por que ocurre en el individuo a pesar de que están influidos por factores ambientales.
- Irreversible: porque son definitivos.

Dichas características pueden verse reflejadas en el deterioro de la visión, audición, cambios en la función cardiovascular, respiratoria, músculo esquelético, motriz; con lo cual la capacidad de esfuerzo y resistencia al stress físico. Como consecuencia de ello los longevos ven reducida su autonomía y su calidad de vida y habilidad.

¹ LOZANO CARDOZO, C.; “Introducción a la Geriatria” 2º edición. Pág. 62-103.

Todos estos aspectos del funcionamiento del adulto mayor son relativos, pues dependen de muchos factores y del espíritu de cada individuo. El envejecimiento humano, además de tener una base biológica puede verse influido favorablemente o no por el entorno social.

Es indudable que no puede evitarse que un anciano se vea sometido a la aparición de sucesos vitales negativos y estresantes, como la muerte de un cónyuge o la aparición de una enfermedad concreta, pero podemos hacer mucho para ayudar a afrontar esos hechos e intentar modificar la percepción exclusivamente negativa de ella.

Los sucesos que ocurren durante la vejez no se deben exclusivamente a los procesos biológicos normales sino que son también producto de cuatro factores interrelacionados:

- El envejecimiento biológico normal.
- Las enfermedades.
- La pérdida de las aptitudes; y
- Los cambios sociales que se suceden durante ese periodo de la vida.

Algunos de los cambios que se atribuyen a menudo al envejecimiento se deben más bien a la acumulación de años de desuso y la falta de actividad. La disminución de la capacidad es producto tanto del envejecimiento biológico como de la pérdida de la actividad, lo que presenta con frecuencia una “divergencia de actitudes”, entre la capacidad real y capacidad potencial del individuo.

“En este respecto, se recomienda promover la productividad de los adultos mayores y ayudarles a desarrollar su potencial para que continúen

contribuyendo de manera positiva con los sistemas de apoyo social y se conviertan en agentes de asistencia y en portavoces de la experiencia”²

² LOZANO CARDOZO, C.; “Introducción a la Geriátria” 2º edición. Pág. 62-103.

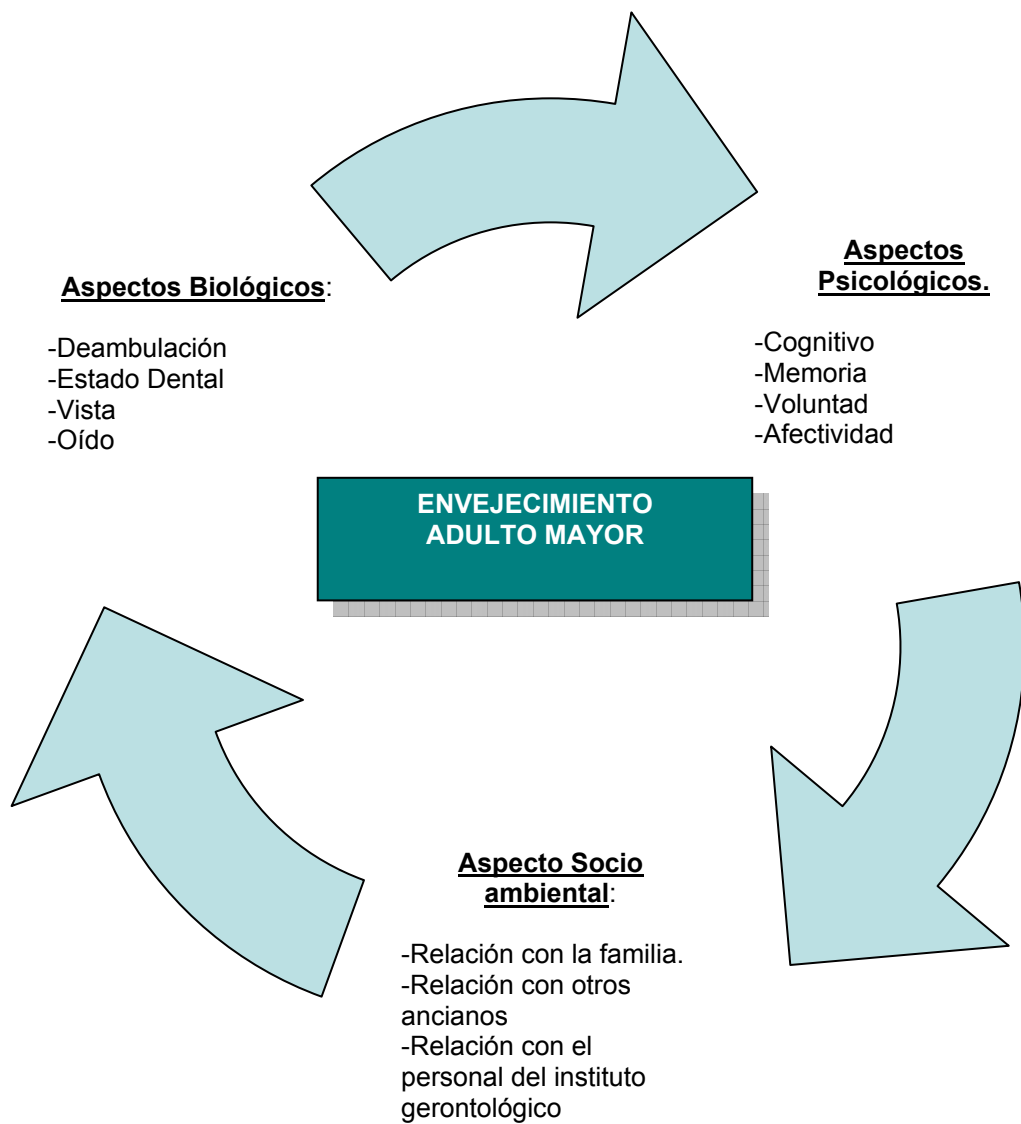


FIGURA 1. Aspectos a estudiar en el proceso de envejecimiento

Aspecto Biológico

Se está acumulando con rapidez información acerca de la influencia de los factores genéticos y ambientales sobre la duración de la vida, y se han propuesto muchas teorías para explicar la naturaleza del envejecimiento biológico.

¿De qué manera se puede conceptualizar el envejecimiento?

“Conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo, y que finalmente conducen a la muerte” (Introducción a la Geriatria, Lozano Cardozo)

Describiremos LAS CAUSAS de origen biológico a fin de ofrecer una idea global de los conocimientos actuales.

- **Teorías Del Envejecimiento**

Básicamente son teorías biológicas que pretenden explicar por qué envejecemos.

- Teoría Nerviosa Del Envejecimiento

Es de mitad de siglo, se origina en los estudios que realizó Ramón y Cajal sobre el sistema nervioso, a partir de ellos se empieza a trabajar esta teoría. Hay una causa que produce el envejecimiento (efecto)

Se basa en que cuando uno nace, automáticamente comienza el proceso de envejecimiento, es decir se van perdiendo neuronas y estas no se reproducen (aunque cabe destacar que las dendritas sí lo hacen).

- Teoría Hormonal o Endocrina

Esta teoría se basa en que uno envejece porque hay una disminución de hormonas con lo cual el equilibrio hemostático se rompe y por ello se envejece.

- Teoría Mutacional

Se basa en las mutaciones que sufre el ADN a lo largo de la vida, expresa que, según el ambiente donde se ha vivido, se producen mayor o menor cantidad de mutaciones.

Ejemplo: En las Centrales nucleares aumentan las radiaciones ionizantes a nivel del ADN. Si una persona está expuesta durante muchos años a su influencia, se produce un cambio en las estructuras celulares de los tejidos por las mutaciones de ADN que pueden acelerar el efecto del envejecimiento.

Al nacer somos portadores de un AND determinado, si este cambia por mutaciones se produce el envejecimiento, si vivimos más años, más mutaciones sufrimos en comparación que cuando nacemos.

- Teoría De Burguer

Es más compleja. Empieza a hablar de radicales libres, (oxidación a nivel molecular), y su efecto como acelerante del envejecimiento del organismo humano.

La panacea es la Vitamina E, que es antioxidante, evita la oxidación. Los radicales libres se producen por la oxidación, si tomamos antioxidantes no hay oxidación con lo cual no hay radicales libres y tampoco envejecimiento.

A nivel intra y extra celular se producen radicales libres porque el ADN sufre mutaciones, con lo cual se precipita el colágeno y este da cúmulos de Ca. y colessterina y ¿Qué pasa?, que se hacen unas redes y no hay permeabilidad de la membrana celular, con lo cual el paso de nutrientes y desechos es más difícil y la célula está desestructurada el intercambio de nutrientes y desechos por lo que se envejece.

- Teoría Autoinmune

Se da el envejecimiento porque el sistema inmune pierde su capacidad con lo que se acumulan desechos que no son retirados.

Las teorías que intentan dilucidar los mecanismos de envejecimiento y la consiguiente patología dependientemente de la edad son tan abundantes y fascinantes como evasivas debe reconocer que es improbable que cualquiera de estas teorías represente la única explicación. No obstante teniendo en cuenta los muchos avances recientes pronto debería obtenerse una comprensión más definitiva del envejecimiento biológico.

Nuevas y extensas investigaciones revelan que mecanismos- tanto conocidos como desconocidos en este momento- regulan este proceso universal e implacable.

El 31 de mayo de 1974 se puso en vigor la ley de investigación sobre el Envejecimiento. Esta nueva Ley estableció un Instituto Nacional del Envejecimiento, que representa ahora el punto focal para el estudio del envejecimiento en el marco de los Institutos Nacionales de la Salud. Lleva a cabo y apoya investigaciones médicas, biológicas y psicosociales y una preparación vinculada con el proceso del envejecimiento, las enfermedades asociadas y las necesidades especiales de los ancianos.³

Deterioro Biológico Propio Del Envejecimiento

A medida que el envejecimiento aumenta el riesgo de enfermarse, de tener dificultades funcionales, motoras y sensoriales, nos sentimos mas fatigados y nos enlentecemos.

En torno a los cambios biológicos mencionados se configuro el llamado “modelo medico tradicional”, que concibe la vejez en términos de déficit e involución, acentuando la percepción de que se trata de un proceso degenerativo.

³ **GOLDSTEIN S, y Cols.** Aspectos biológicos del envejecimiento. Capitulo N° 36

Los ancianos utilizan más hospitales y servicios de salud que cualquier otro grupo de edad. En 1987, 36% del total de gastos por servicios asistenciales correspondió a ancianos (12% de la población).

Las enfermedades crónicas, no las agudas, fueron la causa principal. Más de 80% de las personas de 65° más años padecen al menos un trastorno crónico y es común que sufran varios. Con la edad avanzada, las incapacidades que resultan de dichas enfermedades originan la necesidad de que se les ayude en las actividades cotidianas básicas. Hasta el 22% de los ancianos está limitado hasta el punto de que ya no pueden realizar tales actividades.

Es importante entonces, disponer de servicios sociales y de salud destinados a promover un envejecimiento sano, prevenir, retardar o atenuar los problemas que puedan afectar la capacidad de los individuos de actuar por sí mismos, y crear programas de apoyo.

Mientras falten programas para promover un envejecimiento sano y compensar eventuales daños son inevitables las posibilidades del deterioro funcional de los ancianos.⁴

Aspecto Psicológico

Desde el punto de vista psicológico, lo que mas llama la atención son los fallos en la memoria reciente, en los adultos mayores y que el social o familiar suele asociarlos a la enfermedad de Alzheimer.

Se da dicha preocupación porque se desconoce que en la vejez hay cambios que se consideran normales con respecto al funcionamiento cognitivo. Igualmente se producen cambios afectivos y en la personalidad que deben ser considerados como normales y esperables.

⁴ (Fuente: Informe Anual de ADINADIF sobre situación del adulto mayor en Mendoza)

La persona cuando envejece, sufre un aumento del sentimiento de pérdidas, entendiendo como pérdida a la vivencia por la cual sentimos que ya no tenemos algo, a nivel real y subjetivo que es el significado para nosotros.

Dichas pérdidas afectan a todos los ámbitos. Todas las pérdidas implican un proceso de duelo, es decir, un trabajo psíquico.

El superar la pérdida es vital para la persona que envejece, disminuyendo la probabilidad de que se produzcan repetidas crisis de identidad o que se atiendan las repercusiones de las mismas en la vida de las personas adultas mayores.

Desde otro punto de vista estos cambios psicológicos se presentan mas acentuados cuando la persona empieza a notar que los cambios físicos y biológicos generan una pérdida real o subjetiva, de la independencia que vive hasta entonces.

La tercera edad, o los primeros años después de la jubilación, es un tiempo esperado y ansiado, no suele esperarse que la persona sufra grandes pérdidas, y si ocurren, la tendencia general es que se resuelve adaptativamente porque, también la red social es amplia y numerosa todavía, o incluso se empieza a agrandar en la medida que ocupa su mayor tiempo libre en nuevas actividades que incluye en su proyecto de su vida.⁵

Aspecto Socio – Ambiental

Cuando envejecemos nos enfrentamos a una progresiva pérdida de nuestra red social, además de trastocarse el reparto del tiempo de nuestra vida diaria que teníamos en las etapas anteriores de nuestra vida. En muchos casos al jubilarse o al cesar en nuestra actividad, perdemos

⁵ *(Aspectos Biológicos del Envejecimiento. Samuel Goldstein, M.D.)*

contacto con el ámbito laboral lo que implica la pérdida de relaciones personales y roles.

Las respuestas sociales al deterioro biológico y el retiro forzoso del trabajo productivo se combinan para constituir los fundamentos de las ideas sobre la vejez y los ancianos.

Muchas sociedades tienen una ideología que se la podría llamar “viejísima” que considera la vejez como una etapa de decadencia física y mental y proyecta sobre los viejos una imagen de discapacidad, inutilidad social, obsolescencia y rigidez.

Aunque estas ideas son falsas. Se las cree verdaderas por el solo hecho de que forma parte de nuestra cultura, llegándose al extremo de denigrar y descalificar la vejez y desvalorizar a los ancianos discriminándolos y marginándolos del quehacer colectivo.

Así las personas mayores toman estas ideas haciéndolas suyas, percibiéndose así mismos de esa forma y aceptan su deterioro como algo fatal y tienden a adoptar una actitud de resignación y apatía frente a lo que les acontece, perdiendo así cualquier iniciativa de superación.

En una sociedad en donde predomina la organización cuya meta fundamental es la producción de bienes y servicios, el trabajo aparece como el medio por excelencia para ganar el respeto de los demás y fomentar la autoestima.

Existe un modelo cultural que valoriza al hombre por su logros y efectividad en la esfera económica retirarse de la actividad laboral es culturalmente, sinónimo de no hacer nada, y que esto quiere decir no ser nadie socialmente. Así, jubilarse significa una pérdida de identidad social y se tiende a percibir a los ancianos como inútiles.

Además, hasta el momento la sociedad ha sido incapaz de definir un conjunto de actividades para quienes se retiran del trabajo. No ha creado un rol que sustituya al de trabajador, ni a definido una función social alternativa para los jubilados. De ahí el aburrimiento, la sensación de inutilidad y la necesidad de buscarse actividades con que llenar significativamente el tiempo que pesa sobre los ancianos.⁶

Envejecimiento Y Sociedad

A medida que las personas envejecen se retiran del mercado de trabajo, ello ocurre porque así lo establece la ley, por las fuertes presiones sociales para que los mayores dejen sus puestos a los más jóvenes, y por la discriminación en las contrataciones que incluso niegan oportunidades de trabajo a personas que todavía no han alcanzado la edad que actualmente se considera que marca el conocimiento de la vejez.

Esto suscita tres observaciones:

- “Jubilarse” es hacer uso de un beneficio ganado por los trabajadores luego de una larga vida de trabajo. Pero se considera a los jubilados como cargas de la sociedad, lo que va en desmedro a su identidad social y de las oportunidades que la sociedad le ofrece.
- El derecho al retiro del trabajo, en muchos casos se imponen a los individuos como una necesidad de la sociedad que reclama sus puestos. Muchos trabajadores decidirían seguir trabajando, pero se lo impide hacerlo, por lo que se ve forzado a jubilarse.
- También se producen un conjunto de consecuencias negativas, por que los ingresos provenientes de las jubilaciones son mucho menores que los provenientes de las remuneraciones de la vida activa, lo que provoca que el

⁶ (Aspecto Socio Ambiental del Envejecimiento. SAMUEL GOLDSTEIN, M.D. Y WILLIAN REICHEL, M. Capítulo N° 38)

proceso de envejecimiento este unido a una situación de estrechos económica.

Un mito generalizado en la sociedad es que los hijos adultos y sus padres envejecidos tienen diferencias sociales irreconciliables. Además, muchas personas creen que tales hijos abandonan a sus padres cuando surgen problemas de salud, y de dependencia. La familia es un recurso importante de apoyo para las personas ancianas.

Un porcentaje estimado, del 81% de los ancianos tiene hijos que viven. De aquellos que viven solos, tres cuartas partes tienen al menos un hijo que vive a minutos de su casa, y 64% ve al menos a uno de sus hijos adulto a la semana. (Fuente: Informe Anual de ADINADIF sobre situación del adulto mayor en Mendoza)

“Hay actitudes sociales y valores culturales que perciben una “etiqueta de conducta filial”. Estas normas y expectativas sociales dictan que los hijos adultos deben servir y apoyar económicamente a sus padres envejecidos, a demás de soportar la carga de su atención. Los hijos de personas ancianas están cocientes de tales expectativas e influidos por las consecuencias derivadas de ellas. En su mayoría, desean hacer lo correcto y se ajustan a las normas que la sociedad impone a su conducta”.⁷

Asistencia Social al Anciano

Los servicios de rehabilitación, de enfermería requeridos por este segmento de la población a través de la intervención de profesionales titulados u otros especialistas, se pagan por medio de programas de obras sociales como la de OSEP, PAMI u otras instituciones.

Estas instituciones de asistencias a los adultos, les brindan asistencia de enfermería y oportunidades de interrelaciones sociales.

⁷ (Fernández-Ballesteros, R. y Marcia, A. (1993): “Calidad de vida en la vejez”)

Otros servicios de apoyo de la comunidad están a disposición de los ancianos y les ayudan fuera de su hogar. Los centros para ancianos tienen actividades de fomento de la salud y sociales; en algunos se les proporciona una comida nutritiva al medio día. Los familiares pueden llevar a cabo sus actividades cotidianas mientras sus parientes ancianos están en dichos centros.

La experiencia de tales programas atenúa e incluso evita el riesgo de deterioro. Por ello, si bien es cierto que el envejecimiento va acompañado por un indiscutible deterioro biológico, las condiciones sociales de carencias de servicios de salud y la ideología del método médico tradicional son las que restan estímulos para que los ancianos se mantengan activos con la consiguiente repercusión negativa que resulta de abstenerse de tomar medidas para evitar o atenuar las fallas en la capacidad funcional.

Se genera de este modo una actitud fatalista frente a las circunstancias de las vidas de los ancianos.

La pérdida de la ocupación, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social. Es necesario que el adulto mayor este en un ambiente donde haya optimismo manifiesto, sentido del humor y refuerzos positivos que contribuyan a formar un ambiente alentador donde tenga oportunidades para integrarse al esfuerzo conjunto de optimizar su bienestar integral, iniciar nuevas tareas, explorar otros caminos y aceptar nuevos retos de la vida.⁸

Patologías Que Prevalecen En Los Adultos Mayores

- Demencia de la enfermedad de parkinson: suele establecerse una vez diagnosticadas las manifestaciones motoras de la enfermedad. El trastorno cognitivo es real, aunque finalmente las respuestas a las pruebas cognitivas sean correctas.

⁸ (Maldonado Islas, G. et al. Calidad en la atención del adulto mayor en medicina familiar).

- La demencia senil: síndrome mental orgánico que se caracteriza por un deterioro de la memoria a corto y largo plazo, asociado a trastornos del pensamiento abstracto, juicio, funciones corticales superiores y modificaciones de la personalidad.
- La esquizofrenia: es un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas. Poseen ideas delirantes que pueden ser extravagantes, con alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación y autismo entendido como aislamiento.
- La enfermedad de Alzheimer: es la más común de las demencias; científicamente, se define como tal. Esta enfermedad fue descrita por vez primera en 1907 por el médico alemán Alois Alzheimer, de quien tomó su nombre. La enfermedad es irreversible y hasta el momento no se conoce cura alguna. Se sabe que ésta va destruyendo poco a poco las neuronas del cerebro, el paso de información entre las células y por ende, el contacto con el mundo. Es la principal causa de demencia en la vejez
- La demencia: representa un deterioro de las capacidades intelectuales y cognoscitivas que interfiere con el desempeño social u ocupacional en un individuo Vigil y alerta. Es importante recalcar que no todo trastorno de memoria es una demencia y que no toda demencia es Enfermedad de Alzheimer
- La osteoporosis: Es una disminución de la masa ósea y de su resistencia mecánica que ocasiona susceptibilidad para las fracturas. Es la principal causa de fracturas óseas en mujeres después de la menopausia y ancianos en general. La osteoporosis no tiene un comienzo bien definido y, hasta hace poco, el primer signo visible de la enfermedad acostumbra a ser una fractura de la cadera, la muñeca o de los cuerpos vertebrales que originaban dolor o deformidad.

- Hipertensión: Es un aumento de la presión arterial. Se considera hipertensión cuando la máxima supera los 160 Mm. de Hg. y la mínima a 90mm de Hg. (depende del cuerpo de la persona y zona en que habita)
- La diabetes: es un desorden del metabolismo, el proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía. La insulina es el factor más importante en este proceso. Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. (La insulina es una hormona segregada por el páncreas, una glándula grande que se encuentra detrás del estómago).
- La artrosis: es un proceso **degenerativo** que sufren las articulaciones, de forma especial las que soportan peso (rodillas, caderas, columna, manos) y se inicia luego de 40 – 50 años. Cuando no existe una causa conocida la llamamos **artrosis primaria**, cuando tiene una causa (Traumatismo, congénita, sobrecarga articular) la llamamos **artrosis secundaria**. Con el paso del tiempo el cartílago puede ir perdiendo sus propiedades (**envejecimiento**), o puede enfermarse (**artrosis**).

Alcoholismo crónico: La **OMS** define el trastorno relacionado con el alcohol (TRA) como *"cualquier deterioro en el funcionamiento físico, mental o social de un individuo, cuya naturaleza permita inferir razonablemente que el alcohol es una parte del nexo causal que provoca dicho trastorno"*. Bebedor de riesgo es aquel cuyo consumo semanal es mayor de 280 g en el varón y 168 g en la mujer.

Trastorno Cognitivo De La Memoria

La memoria no es un fenómeno unitario, y depende de tres procesos relacionados: el registro, la retención y el recuerdo.

- Amnesia: en general se manifiesta como un deterioro de la memoria reciente y de la memoria remota con conciencia normal. Se considera **amnesia anterograda** a la incapacidad de fijar o aprender nueva información desde el comienzo de una enfermedad o traumatismo, y su duración es variable. La amnesia retrógrada se refiere a la imposibilidad de evocar recuerdos anteriores a esas mismas causas.
- Hipomnesia: Trastorno de la memoria que se caracteriza por una disminución de la capacidad de retener o evocar recuerdos. Se observa, principalmente, en las psicosis orgánicas y en los procesos degenerativos (demencia senil).
- Hipermnesia: Fenómeno de exaltación de la memoria, producido en estado de trance y por personas hipermnésicas con facultades de agudizar el psiquismo, hasta recordar con los más precisos detalles hechos y conocimientos perdidos en la memoria del tiempo.

Trastorno de la voluntad

Elaboración del acto; desde que se inicia la intención de llevar a cabo un acto, es decir desde que se pone en juego la voluntad hasta la decisión de llevar a cabo la ejecución, estos trastornos son:

- Normobulia: es el estado de actividad normal, e implica la voluntad de llevar a cabo una acción con conclusión eficaz de la misma.

- Abulia: falta absoluta de voluntad, carencia de deseo o ineficacia en la puesta en marcha de la misma la cual no concluye en un acto.
- Hipobulia: es una disminución de la actividad, un estadio de inactividad menor que la abulia.
- Hiperbulia: es un aumento en la actividad; esto puede traducirse en conductas aumentadas.
- Apraxia: incapacidad de llevar a cabo un movimiento en una secuencia ordenada, por lo que los movimientos no concluyen en un acto eficaz.
- Hipotimia: es una disminución en la expresión de la afectividad, manifestando el paciente una escasa respuesta a los estímulos. Indiferencia afectiva: cuando la afectividad se encuentra anulada con relación al discurso. El paciente puede estar relatando lo más terrible sin manifestación afectiva alguna.

TRANSTORNO DE LA AFECTIVIDAD

- Afecto: es la manifestación visible y audible de las respuestas emocionales del paciente a los acontecimientos externos e internos (pensamientos, ideas, recuerdos y reflexiones) al momento de la valoración. Se expresa a través de respuestas autonómicas, la postura, los movimientos faciales, el cuidado y tono de voz, la vocalización y selección de palabras.
- Humor: Puede entenderse al estado anímico bajo un aspecto relativamente más cualitativo. Implica la noción de ánimo prevalente en un sujeto.
- Catatinia: Situación en la cual elementos del inconsciente están suficientemente cargados de afecto para producir cambios en el funcionamiento consciente.
- Ambivalencia afectiva: cuando coexisten dos impulsos opuestos hacia el mismo objeto y al mismo tiempo (odio/amor).

- La ansiedad: esta asociada muy frecuentemente a preocupaciones excesivas (llamada expectación aprensiva). Por ejemplo: miedo a que algún familiar cercano o la misma persona que sufre este trastorno puedan tener un accidente, enfermarse o morir. A la persona le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

La ansiedad y preocupación se asocian a 3 o más de los siguientes síntomas:

- Nerviosismo, inquietud o impaciencia
- Fatigabilidad (cansancio) fácil
- Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular, temblor, cefalea (dolor de cabeza), movimiento de las piernas e incapacidad para relajarse
- Alteraciones del sueño: dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador
- Sudoración, palpitaciones o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de boca, mareos, hiperventilación (aumento del número de respiraciones por minuto)

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es cuantitativa, descriptiva, de corte transversal, se asistió en los meses de Enero y Febrero del 2009.

Descripción de la Institución

Decidimos realizar nuestro trabajo en el “Instituto Gerontológico Valle del Sol” ubicado en la calle los Alerce nº 126 Barrio Smata I, San Rafael Mendoza.

Este instituto cuenta con 7 habitaciones, 3 baños, comedor amplio, 1 cocina bien equipada, lavandería, enfermería, patio amplio, patio de luz y sistema de seguridad reglamentarios, tales como; luces de emergencia, extintores, pasamanos, baños adaptados y adecuados al tipo de pacientes internados.

El equipo de salud está compuesto por: 4 enfermeros profesionales, 4 auxiliares, 1 medico Clínico, 1 kinesiólogo, 1 nutricionista, y el servicio de emergencias (ambulancias ECI). Cuenta además con voluntarios que realizan actividades.

En este momento hay 20 ancianos internados, con edades que van desde los 55 años a 94 años, quienes se encuentran asistidos y contenidos por su familia algunos han sido abandonados y otros permanecen allí por orden judicial, donde el estado se hace cargo de los gastos que demanda la atención de dichos pacientes.

Para recabar más información se decide a asistir dos veces por semana durante cuatro horas en la mañana y por tarde donde se observara el comportamiento de los abuelos y además se elabora un cuestionario dirigido al personal y a los internos de donde se sacaran datos tendientes a determinar preveía de patologías el estado biológico, psicológico y social de los pacientes como incide la situación social en el deterioro de los gerontes.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de este estudio está compuesto por la totalidad de ancianos internados en el Geriátrico Valle del Sol, que asciende a un total de 20 personas. Dado este número, no se aplicó muestreo.

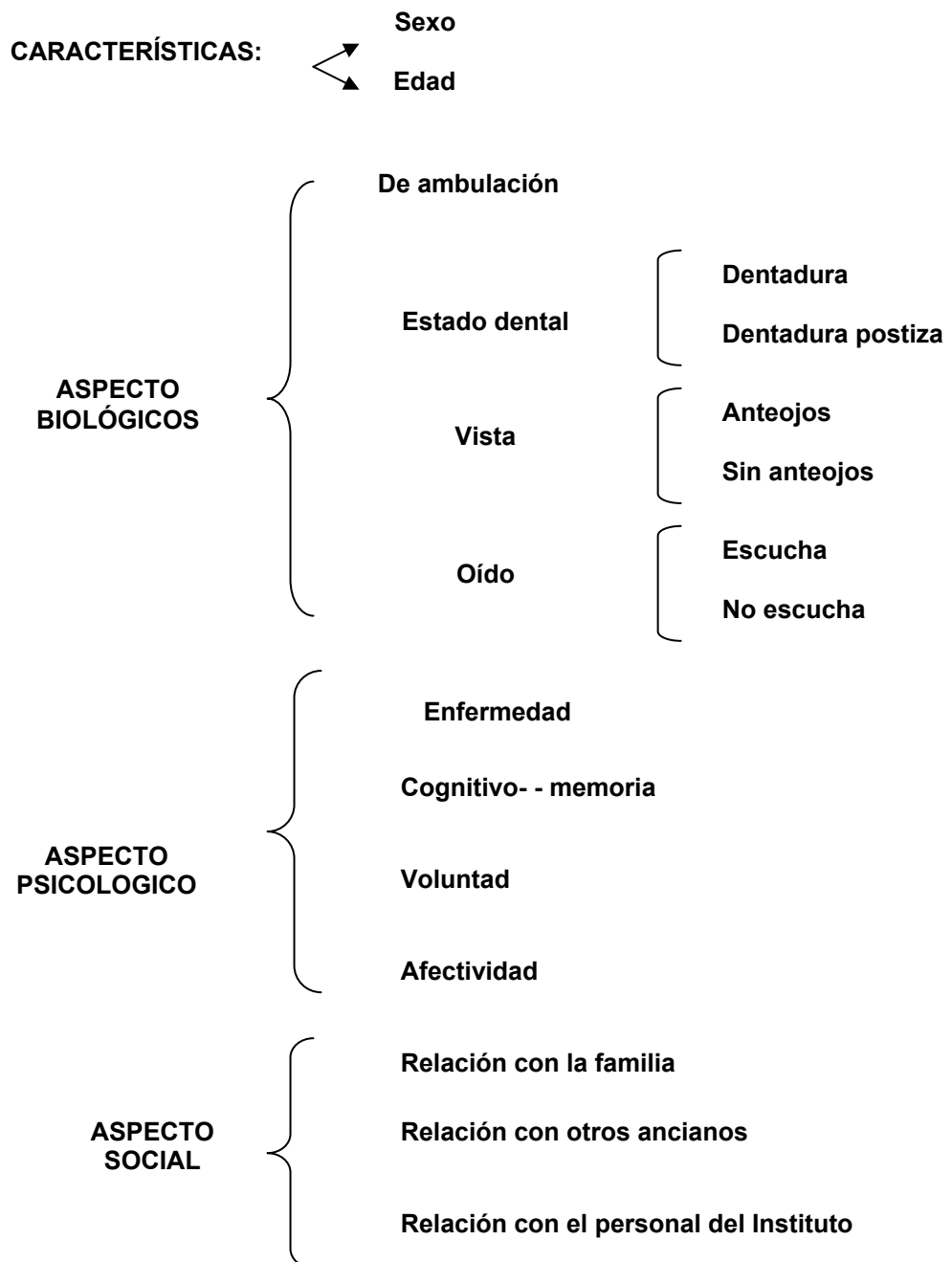
Unidad De Análisis: Cada Adulto Mayor que permanece internado en la institución.

PLAN DE RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

Para obtener datos precisos de los aspectos biológicos, psicológico y social se entrevistaron a los 20 abuelos, y a los 14 profesionales con veinte preguntas sobre vida laboral, nivel educativo, familia, etc.; se identifico la edad y el sexo.

Mediante consulta a los profesionales se conoció información de su actividad física, de su dieta alimentaria y sus patologías.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLES



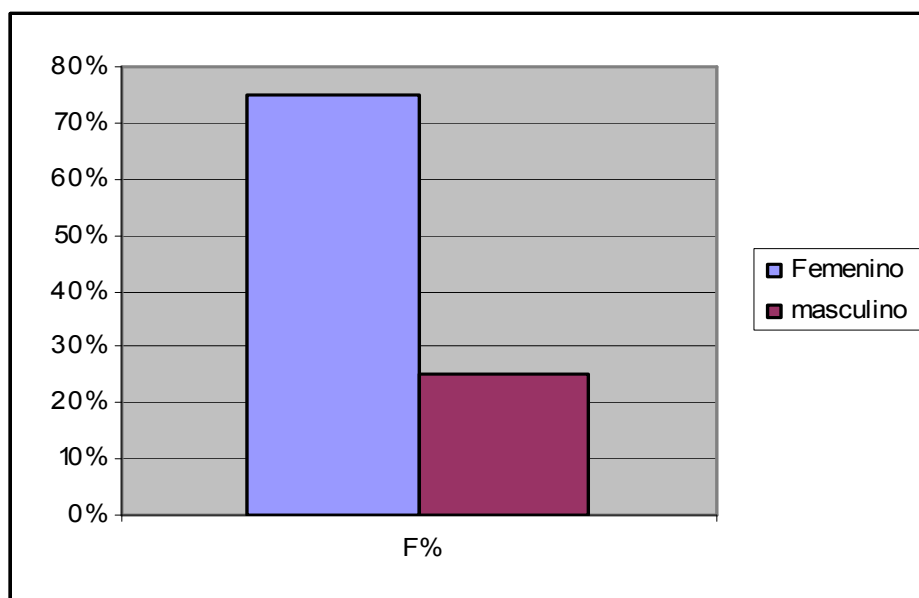
GRAFICOS Y TABLAS

TABLA N° 1. Distribución de la muestra según SEXO.

SEXO	FI	FA	Fr.	F%
FEMENINO	15	15	$15/20=0.75$	75%
MASCULINO	5	20	$5/20=0.25$	25%
TOTALES	20	20	1	100%

FUENTE: encuestas realizadas por las autoras en pacientes del INSTITUTO GERONTOLOGICO VALLE DE SOL durante el mes de enero_ febrero de 2009

GRAFICO N° 1



ANÁLISIS: El grafico muestra el número total de Adultos Mayores por sexo, en el que predominan las mujeres.

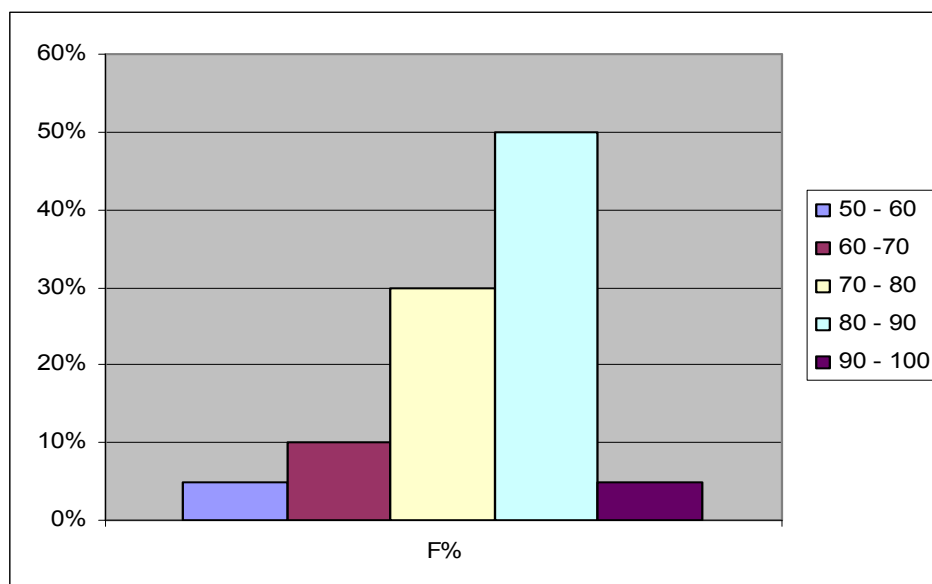
TABLA N° 2.

EDADES

INTERVALOS DE FRECUENCIA	FI	FA	Fr	F%
50 – 60	1	1	1/20=0,05	5%
60 -70	2	3	2/20=0,1	10%
70 – 80	6	9	6/20=0,3	30%
80 – 90	10	19	10/20=0,5	50%
90 – 100	1	20	1/20=0,05	5%
TOTALES	20	20	1	100%

FUENTES: Datos obtenidos en encuestas realizadas en el Instituto Gerontológico Valle del Sol

GRAFICO N° 2



ANÁLISIS: Ilustración 1 El grafico muestra el total de adultos mayores correspondientes a cada edad hospedados durante el mes de enero- febrero 2009 en el geriátrico Valle del Sol

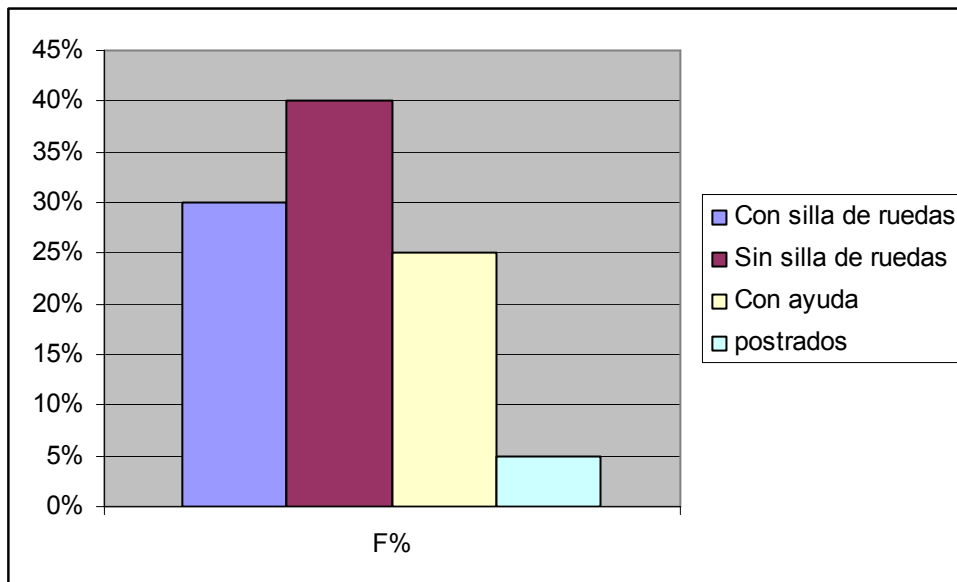
TABLA N° 3.

DEAMBULACIÓN

DEAMBULACIÓN	FI	FA	FR	F%
CON SILLA DE RUEDAS	6	6	$6/20=0,3$	30%
SIN SILLA DE RUEDAS	8	14	$8/20=0,4$	40%
CON AYUDA	5	19	$5/20=0,25$	25%
POSTRADOS	1	20	$1/20=0,05$	5%
TOTALES	20	20	1	100%

FUENTE: Datos obtenidos en encuestas realizadas en EL INSTITUTO GERONTOLÓGICO VALLE DEL SOL

GRAFICO N° 3



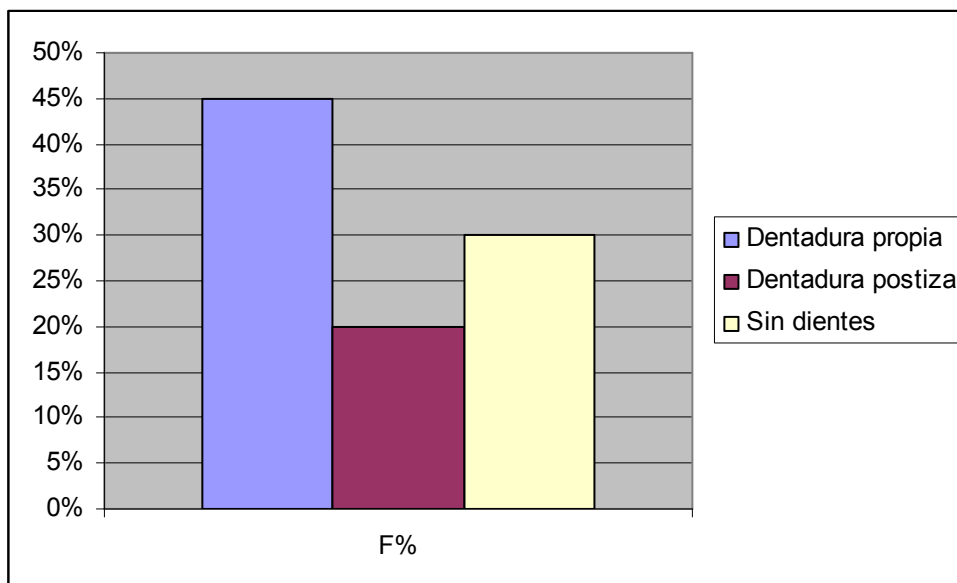
ANALISIS: El grafico muestra que el porcentaje mayor de deambulación es sin silla de rueda.

TABLA N° 4:
ESTADO DENTAL

ESTADO DENTAL	FI	FA	fr.	F%
DENTADURA PROPIA	9	9	$9/20=0,45$	45%
DENTADURA POSTIZA	5	14	$5/20=0,25$	20%
SIN DIENTES	6	20	$6/20=0,3$	30%
TOTALES	20	20	1	95%

FUENTES: Datos obtenidos en encuestas realizadas en el INSTITUTO GERONTOLÓGICO VALLE DEL SOL durante el mes de enero- febrero 2009

GRAFICO N° 4



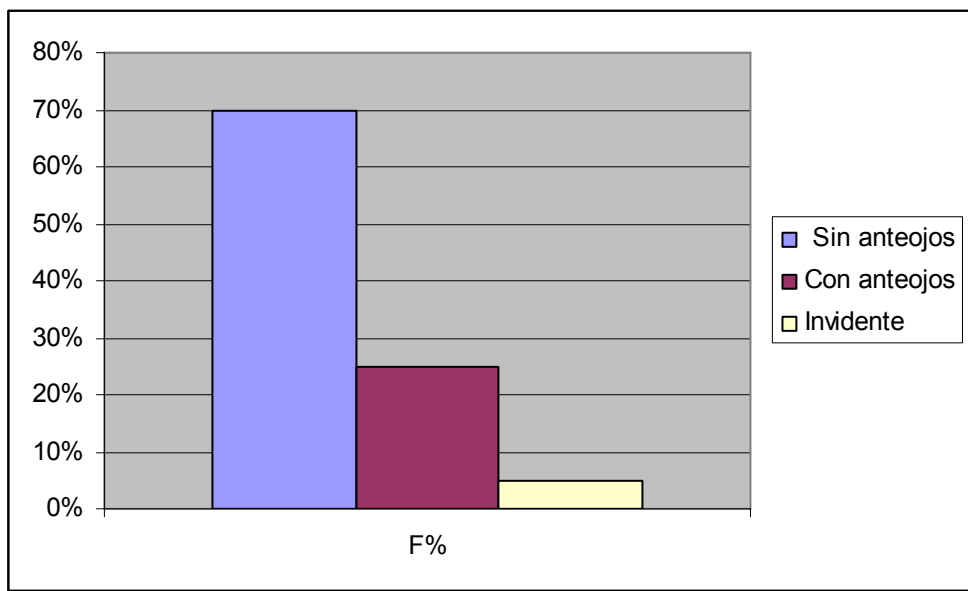
ANÁLISIS: El grafico muestra el estado dental del total de adultos mayores poseen dentadura propia.

TABLA N° 5:
DETERIORO DE LA VISION

Distribución de la visión	FI	FA	fr.	F%
Sin anteojos	14	14	$14/20=0,7$	70%
Con anteojos	5	19	$5/20=0,25$	25%
Invidente	1	20	$1/20=0,05$	5%
TOTALES	20	20	1	100%

FUENTES: Datos obtenidos en encuestas realizadas en el INSTITUTO GERONTOLÓGICO VALLE DEL SOL con adultos mayores durante el mes de enero- febrero 2009

GRAFICO N° 5



ANÁLISIS: El grafico muestra el estado visual de los adultos mayores lo que en su mayoría no usan anteojos

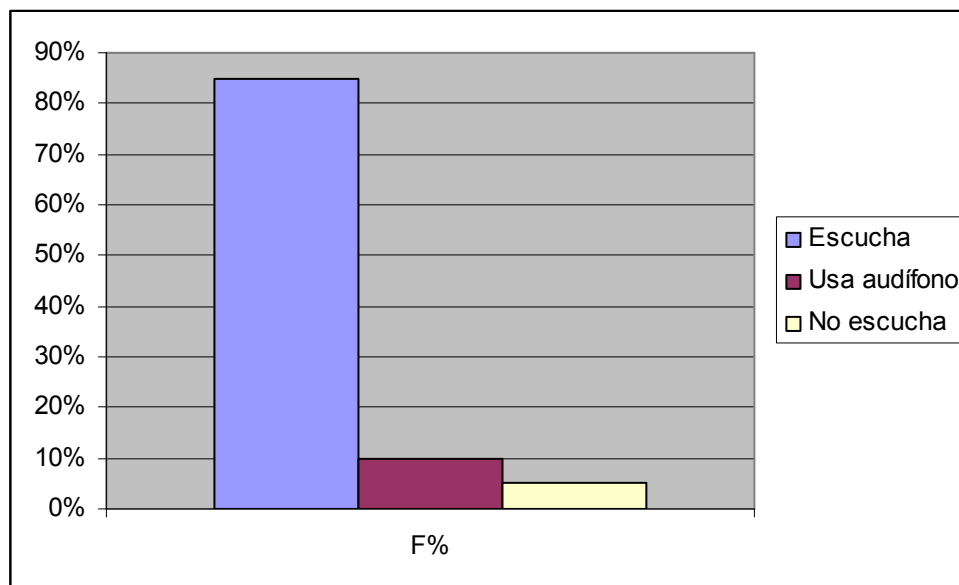
TABLA N° 6:

DEFICIT AUDITIVO

Estado auditivo	FI	FA	Fr.	F%
Escucha	17	17	$17/20=0,85$	85%
Usa audífono	2	19	$2/20=0,1$	10%
No escucha	1	20	$1/20=0,05$	5%
TOTALES	20	20	1	100%

FUENTES: Datos obtenidos en encuestas realizadas en EL INSTITUTO GERONTOLÓGICO VALLE DEL SOL durante el mes de enero- febrero 2009

GRAFICO N°6



ANÁLISIS: El grafico muestra que los adultos mayores poseen buen estado auditivo.

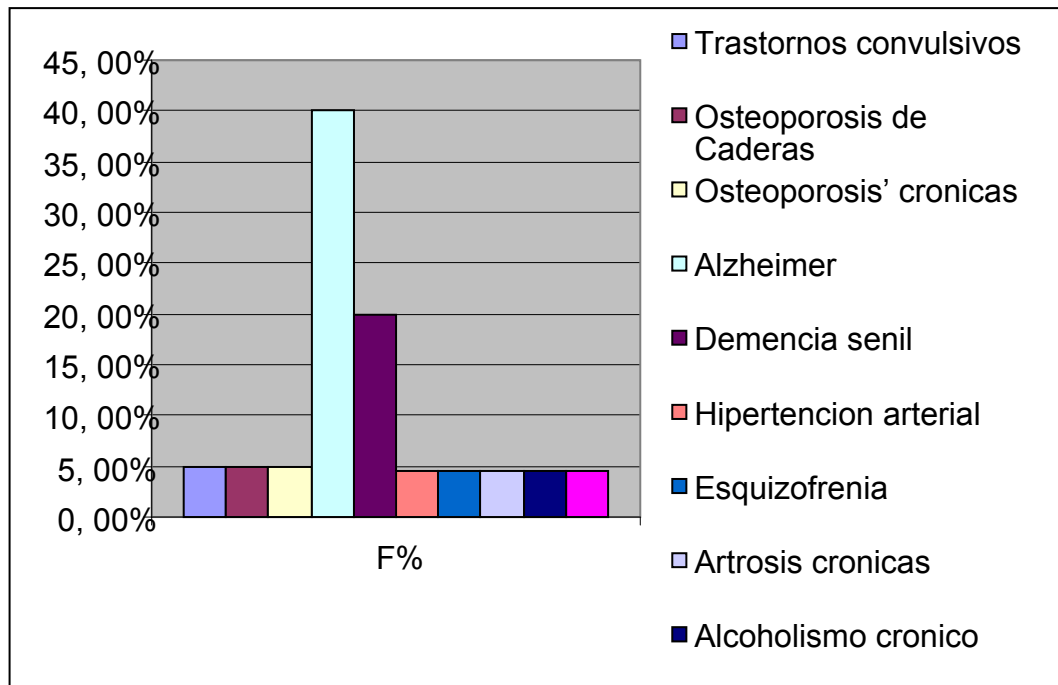
PATOLOGÍAS PROPIAS DE LA EDAD

TABLA N° 7

Deterioros progresivos propios de la edad	FI	FA	Fr.	F%
Trastornos convulsivos	1	1	1/20=0,05	5,00%
Osteoporosis de caderas	1	2	1/20=0,05	5,00%
Osteoporosis crónicas	1	3	1/20=0,05	5,00%
Alzheimer	8	11	8/20=0,4	40%
Demencia senil	4	15	4/20=0,2	20%
Hipertensión arterial	1	16	1/20=0,05	4,50%
Esquizofrenia	1	17	1/20=0,05	4,50%
Artrosis crónicas	1	18	1/20=0,05	4,50%
Alcoholismos crónico	1	19	1/20=0,05	4,50%
Diabetes	1	20	1/20=0,05	4,50%
Totales	20	20	1	100%

FUENTES: Datos obtenidos en encuestas realizadas en el INSTITUTO GERONTOLÓGICO VALLE DEL SOL durante el mes de enero- febrero 2009

GRAFICO N° 7



ANÁLISIS: El grafico muestra el deterioro progresivo de ciertas patologías el porcentajes mayor es ALZEHIMER

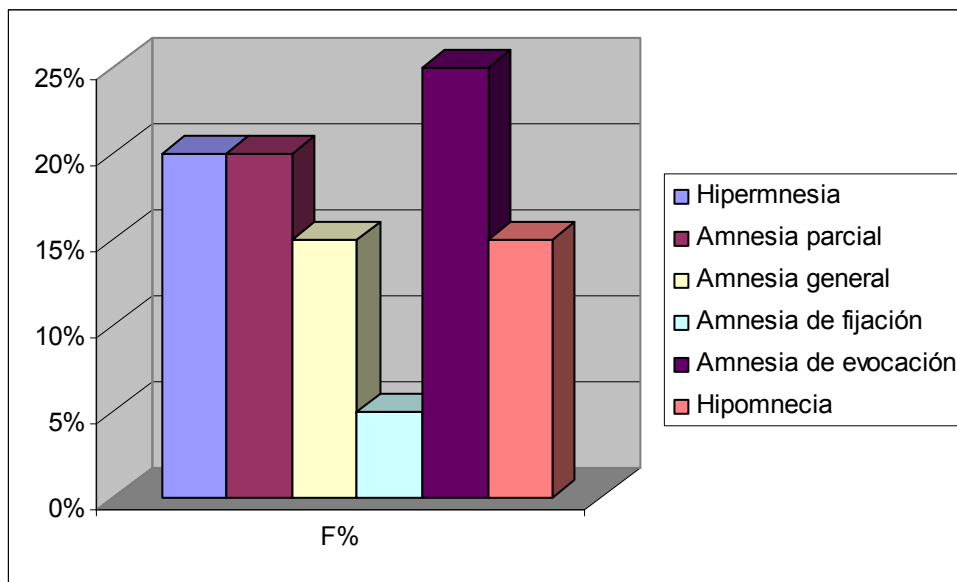
DISTRIBUCIÓN DE LOS DISTINTOS TRASTORNOS DE LA MEMORIA

TABLA N° 8

TRASTORNOS DE LA MEMORIAS	FI	FA	Fr.	F%
HIPERMNESIA	4	4	$4/20=0.2$	20%
AMNESIA PARCIAL	4	8	$4/20=0.2$	20%
AMNESIA GENERAL	3	11	$3/20=0.15$	15%
AMNESIA DE FIJACIÓN	1	12	$1/20=0.05$	5%
AMNESIA DE EVOCACIÓN	5	17	$5/20=0.25$	25%
HIPOMNECIA	3	20	$3/2=0.15$	15%
TOTALES	20	20	1	100%

FUENTES: Datos obtenidos en encuestas realizadas en el INSTITUTO GERONTOLÓGICO VALLE DEL SOL durante el mes de enero- febrero 2009

GRAFICO N° 8



ANÁLISIS: El gráfico muestra los distintos trastornos psicológicos en los adultos mayores el que mas predomina es AMNESIA DE EVOCACIÓN

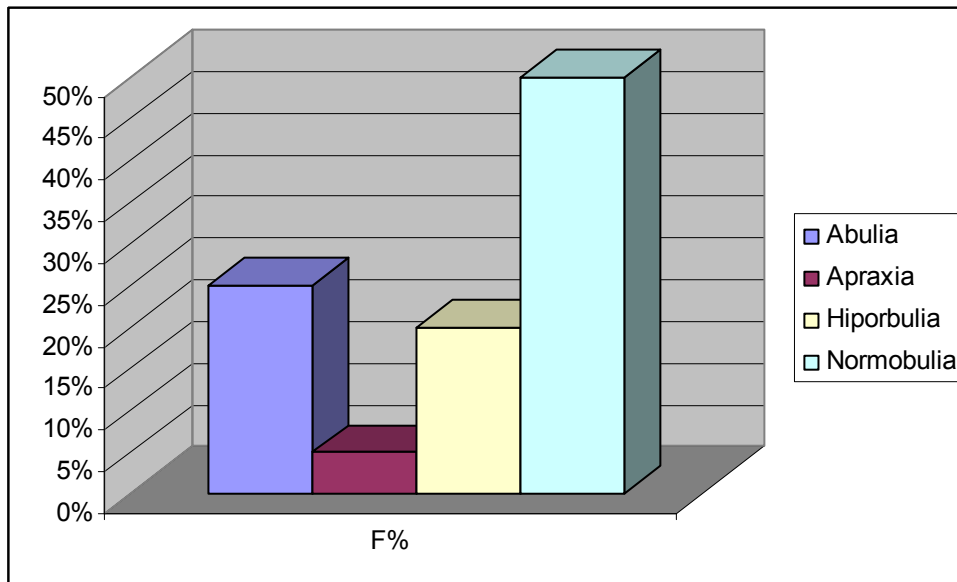
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN TRASTORNOS DE VOLUNTAD

TABLA N° 9

Trastornos de la voluntad	FI	FA	Fr.	F%
Abulia	5	5	$5/20=0,25$	25%
Apraxia	1	6	$1/20=0,05$	5%
Hiporbulia	4	10	$4/20=0,2$	20%
Normobulia	10	20	$10/20=0,5$	50%
TOTALES	20	20	1	100%

FUENTES: Datos obtenidos en encuestas realizadas en el INSTITUTO GERONTOLÓGICO VALLE DEL SOL durante el mes de enero- febrero 2009

GRAFICO N° 9



ANÁLISIS: El gráfico muestra los diferentes trastornos de la voluntad, en los adultos mayores el que más predomina, es NORMOBULIA eso se significa que no hay trastornos crónicos.

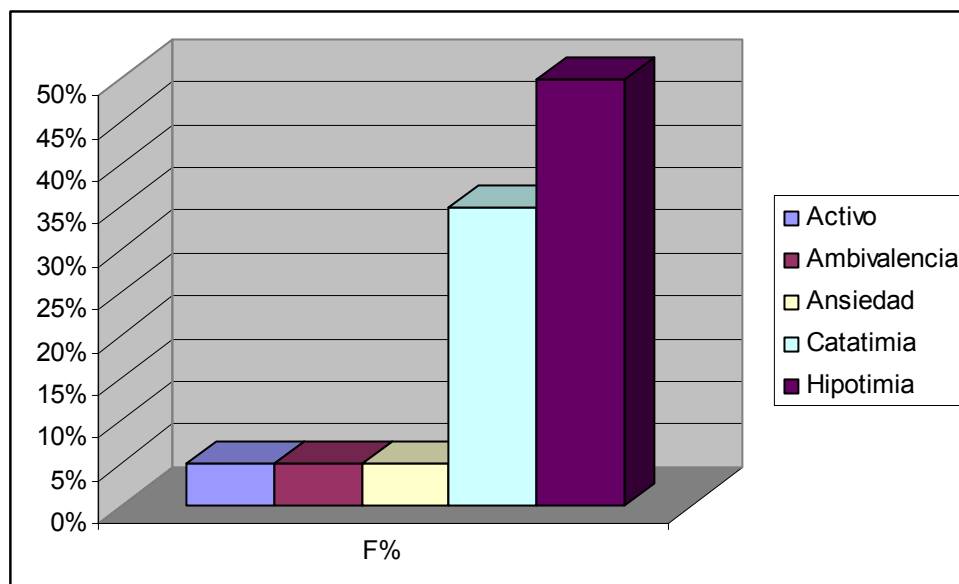
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN TRASTORNOS DE AFECTIVIDAD

TABLA 10:

Trastornos de la afectividad	FI	FA	Fr.	F%
Activo	1	1	$1/20=0,05$	5%
Ambivalencia	1	2	$1/20=0,05$	5%
Ansiedad	1	3	$1/20=0,05$	5%
Catatimia	7	10	$7/20=0,35$	35%
Lipotimia	10	20	$10/20=0,5$	50%
Totales	20	20	1	100%

FUENTES: Datos obtenidos en encuestas realizadas en el INSTITUTO GERONTOLÓGICO VALLE DEL SOL durante el mes de enero- febrero 2009

GRAFICO N° 10



ANÁLISIS: El gráfico muestra como trastornos de la afectividad a este término: HIPOTIMIA

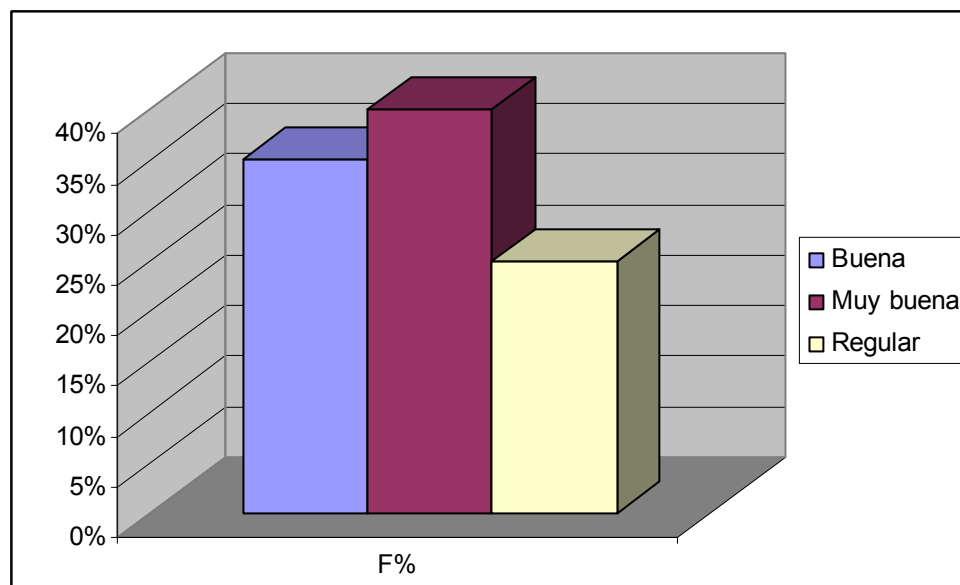
RELACIÓN FAMILIAR

TABLA N° 11:

Relación con la familia.	FI	FA	Fr.	F%
Buena	7	7	$7/20=0,35$	35%
Muy buena	8	15	$8/20=0,4$	40%
Regular	5	20	$5/20=0,25$	25%
Totales	20	20	1	100%

FUENTES: Datos obtenidos en encuestas realizadas en el INSTITUTO GERONTOLÓGICO VALLE DEL SOL. Durante el mes de enero- febrero 2009

GRAFICO N° 11



ANÁLISIS: El gráfico muestra que es MUY BUENA la relación familiar de los adultos mayores.

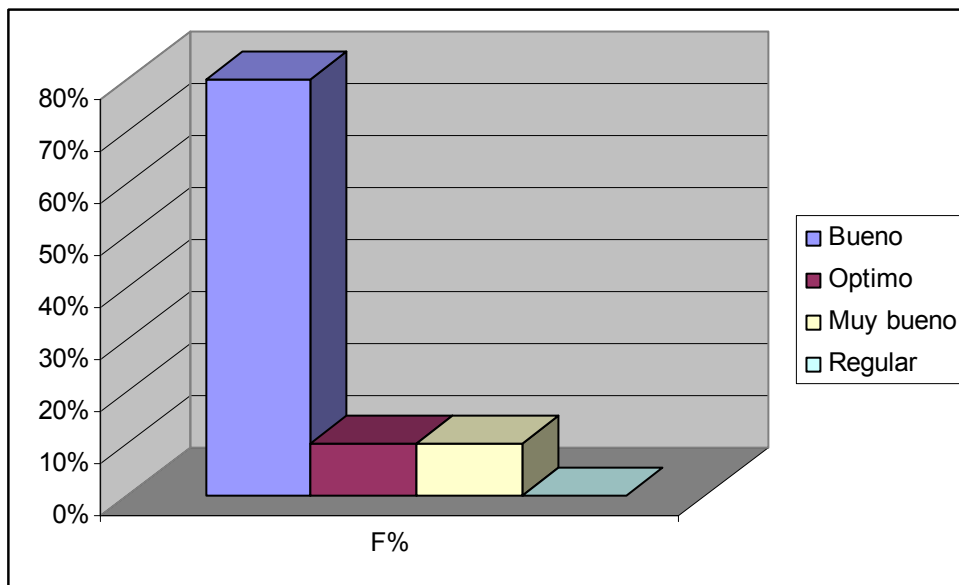
INTERRELACIÓN CON OTROS ANCIANOS DE AMBOS SEXOS

TABLA N° 12:

Relación con otros AM	FI	FA	Fr.	F%
Bueno	16	16	$16/20=0,8$	80%
Optimo	2	18	$2/20=0,1$	10%
Muy bueno	2	20	$2/20=0,1$	10%
Regular	0	20	$0/20=0$	0%
Totales	20	20	1	100%

FUENTES: Datos obtenidos en encuestas realizadas en el INSTITUTO GERONTOLÓGICO VALLE DEL SOL durante el mes de enero- febrero 2009

GRAFICO N° 12



ANÁLISIS: El gráfico muestra que la interrelación con otros adultos mayores, es BUENA, entre si.

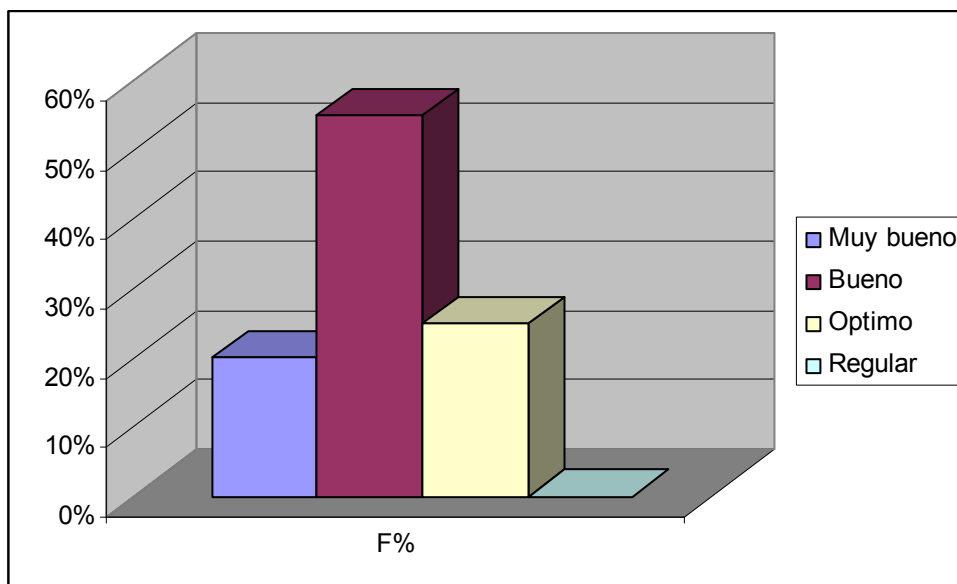
RELACION CON EL PERSONAL DE LA INSTITUCION

TABLA N° 13

Relación Institucional	FI	FA	Fr.	F%
Muy bueno	4	4	$4/20=0,2$	20%
Bueno	11	15	$11/20=0,55$	55%
Optimo	5	20	$5/20=0,25$	25%
Regular	0	20	$0/20=0$	0%
Totales	20	20	1	100%

FUENTES: Datos obtenidos en encuestas realizadas en el INSTITUTO GERONTOLÓGICO VALLE DEL SOL durante el mes de enero- febrero 2009

GRAFICO N° 13



ANÁLISIS: El grafico muestra la relación de los adultos mayores con el personal de dicha institución es BUENA

RESULTADOS

De la muestra realizada se encontró un 75% del porcentaje de mujeres y un 25% de varones de 20 personas encuestada (Tabla N° 1). Sus edades oscilan entre 50 y 100 años – (ver tabla N° 2)

El análisis de la (tabla N° 3) comprende la Deambulaci3n de los pacientes que comprende 5% postrado, 30% con sillas de ruedas, 25% con ayuda y un 40% deambula solo y sin ayuda.

Su Estado Dental tiene tres caracteristicas, dentadura propia 45%, dentadura postiza 20%, y sin dentadura 35% (Ver tabla N° 4).

En la tabla N° 5) comprende su Deterioro de la Visi3n, invidente 5%, con anteojos 25%, y 70% restante sin antejo su Estado Auditivo es muy singular a la tabla anterior 5% no escucha, 10% usa audifono y el 85% escucha normal (tabla N° 6).

En el análisis realizado en la (tabla N° 7) se muestra el Deterioro Progresivo de la edad lo cual el porcentaje mayor es Mal de Alzheimer con un 40%, los de demás deterioros son de un 4,5% aun 5% (grafico N° 7).

Con respecto con el grafico N° 8 son el Trastorno de la Memoria el que mas predomina en los adultos mayores es la Amnesia de evocaci3n con un 25%.

En los trastorno de voluntad no hay trastornos cr3nicos, el porcentaje 50% la Normobulia esto se de muestra en la (tabla N° 9).

Del cuadro N° 10 se desprende la Lipotimia con un 50% y la Catatimia con un 35% que son el Trastorno de la Afectividad; acerca de la Relación Familiar es muy buena con un 40% demostrado en el (grafico N° 11).

Con respecto a las Inter Relaciones con otros Ancianos de ambos sexos el porcentaje es bueno con un 80% (tabla N° 12) y la Relación con el Personal de la institución es buena 55%, optima 25%, y muy buena 20%, ver cuadro N° 13.

CONCLUSIÓN

Este trabajo de investigación resalta los aspectos particulares del envejecimiento, del Adulto Mayor, la atención y el cuidado que exigen cada uno de ellos.

Es importante considerar que una problemática como la planteada, necesita de la concientización de todos los actores involucrados en el tema, decimos la familia, los médicos, el personal de los geriátricos, en sí la sociedad.

Si bien nuestro trabajo arrojó resultados desde el punto de vista cuantitativo que pueden ser considerados como orientadores para futuras acciones destinadas a lograr una mejora sustancial de la atención a los ancianos, existen ciertos aspectos a destacar:

a.- En cuanto a la relación existente entre el paciente y la institución, no siempre lo manifestado coincide con la realidad, pues existe el temor a la represalia por parte del personal, dado un estado de indefensión latente del paciente consultado.

b.- En cuanto a la deambulaci3n podemos inferir que el hecho de que solo un 40% de los encuestados pueda hacerlo por sus propios medios esta encubriendo la necesidad de rehabilitaci3n f3sica a trav3s de un especialista.

c.- En el caso del estado dental del paciente debemos considerar la necesidad de contar con una pol3tica de asistencia en este aspecto, ya sea a trav3s de acciones educativas y/o asistenciales, proveyendo no solo de pr3tesis dentales sino del tratamiento adecuado.

d.- De los datos referidos al estado de la visión se nos formulamos la siguiente pregunta ¿si a partir de los treinta años aproximadamente el ser humano comienza a experimentar una perdida gradual de la visión, como puede ser que el 75% de los encuestados no utilice lentes? Lo mismo sucede en losa porcentajes referidos a la audición.

Esta situación nos estaría indicando dos posibilidades; la primera es que estamos ante una situación de vejez que escapa a los parámetros normales, y la segunda es que se carece de una adecuada atención que permita diagnosticar el estado real de salud de los pacientes consultados.

Si bien esta observación no es la única que puede hacerse, es quizás la que actúa como principal generadora de nuestra propuesta.

La enfermera forma parte de un sistema de un sistema de salud uno de cuyos objetivos es la atención de los ancianos, por si sola no solo no puede actuar eficazmente, sino que puede establecer estrategias adecuadas a este fin.

Por esta razón creemos que se deben encarar acciones coordinadas y que perduren en el tiempo, ello solo será posible si estas acciones se dan en forma consensuada y avaladas desde los máximos niveles de decisión del sistema de salud.

En nuestra institución se deben llevar a cabo las siguientes acciones:

- Enseñanza y capacitación del personal profesional y técnico para la asistencia a los ancianos.
- Establecer un examen del lugar y la situación que ocupan los ancianos en relación con su medio.

- Establecer un diagnóstico y una evaluación psicológica certera.
- El personal de enfermería debe recibir una formación adecuada sobre trastornos mentales en los ancianos, esto generara no solo una mejor capacitación, sino una mayor aceptación del anciano con problemas mentales por parte del personal de enfermería.
- Establecer un sistema de detección temprana de problemas de salud en los ancianos, dado que esta es una de las técnicas preventivas principales del deterioro físico y mental.
- En el tema de la alimentación se deben arbitrar medidas que permitan que la hora del almuerzo o la cena del paciente anciano pueda ser compartida con otros pacientes ya que se comprobó que las personas comen mejor si están. en compañía de personas de su agrado.
- Se deben establecer actividades que hagan al cuidado de la salud dental del anciano pues esta influye directamente en una mejor nutrición, sino que tiene efectos psicológicos y sociales positivos.
- Instrumentar un plan de rehabilitación física.
- Establecer un programa de educación al público en general y dirigido a los parientes en especial destinado a concientizar sobre que el envejecimiento es un proceso natural de la vida y que los ancianos tienen derecho a ser respetados y a ocupar un lugar en la sociedad.
- Formar un equipo interdisciplinario que estudie y pueda llevar a la práctica y monitorear los resultados de acciones integrales en la atención de los ancianos. Estos equipos deben estar integrados por médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, personal

administrativo y aquellas instituciones que puedan colaborar en este tema.

BIBLIOGRAFÍA

BARLOW DURAND, D.; “Sicopatología”. Ed. Martínez- Roca. Barcelona. 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. “Enfermería Gerontológica, Conceptos para la Practica”. Serie Pag tex N° 31.

FERNANDEZ, R.; BALLESTEROS, M.; ”Calidad de vida en la vejez”. 1993. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España.

LOZANO CARDOZO, C.; “Introducción a la Geriatria”, 2º ed. Pag.62-103. Méndez Editores 2000. España.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD “La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa”. Publicación Científica N° 546. OMS.1994.

REICHEL, W.; “Aspectos Clínicos del Envejecimientos”. El Ateneo. Buenos Aires. 2003.

MALDONADO ISLAS, G. y cols.; “Calidad en la atención del adulto mayor en Medicina Familiar”._El Ateneo. Buenos Aires. 1981.

POROT, A.; “Diccionario de Psiquiatría”. Editorial Lador Barcelona, 1977. Texto Compresivo Preparado bajo la Dirección de la Sociedad Americana de Geriatria El Ateneo, 1981 Argentina.

VIDAL, G.; “Psiquiatría”. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1986.

APENDICE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA
“CICLO LICENCIATURA EN ENFERMERIA”

ENCUESTAS: Anónimas y Confidencial

OBJETIVOS: Determinar las características bio-psico- socio ambientales del envejecimiento.

Conocer los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en adultos mayores del “Instituto Gerontológico Valle de Sol”

<u>SEXO</u>	MASCULINO	<input type="checkbox"/>	FEMENINO	<input type="checkbox"/>
<u>EDAD</u>	50/59	<input type="checkbox"/>	60/69	<input type="checkbox"/>
	70/79	<input type="checkbox"/>	80/89	<input type="checkbox"/>
	90/100	<input type="checkbox"/>		

DEAMBULACION

CON SILLA DE RUEDAS	<input type="checkbox"/>	CON SILLA DE RUEDAS	<input type="checkbox"/>
CON AYUDA	<input type="checkbox"/>	POSTRADOS	<input type="checkbox"/>

ESTADO DENTAL

DENTADURA PROPIA	<input type="checkbox"/>	POSTIZA	<input type="checkbox"/>	SIN DIENTES	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	--------------------	--------------------------

DISTRIBUCION DE LA VISION

SIN ANTEOJOS CON ANTEOJOS INVIDENTE

ESTADO AUDITIVO

ESCUCHA USA AUDIFONO NO ESCUCHA

DETERIOROS PROGRESIVOS PROPIOS DE LA EDAD

TRASTORNOS CONVULSIVOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
OSTEOPOROSIS DE CADERAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
OSTEOPOROSIS CRÓNICAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ALZHEIMER	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DEMENCIA SENIL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HIPERTENSIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ESQUIZOFRENIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ARTROSIS CRÓNICAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ALCOHOLISMOS CRÓNICO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DIABETES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

TRASTORNOS DE LA MEMORIAS

HIPERMNESIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
AMNESIA PARCIAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
AMNESIA GENERAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
AMNESIA DE FIJACIÓN	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
AMNESIA DE EVOCACIÓN	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
HIPOMNECIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

TRASTORNOS DE LA VOLUNTAD

ABULIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
APRAXIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
HIPORBULIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
NORMOBULIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

ACTIVO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
AMBIVALENCIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ANSIEDAD	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
CATATIMIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
LIPOTIMIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

RELACIÓN CON LA FAMILIA

BUENA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
MUY BUENA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
REGULAR	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

RELACIÓN CON OTROS ADULTOS MAYORES

BUENO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
OPTIMO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
MUY BUENO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
REGULAR	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

RELACIÓN INSTITUCIONAL

MUY BUENO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
BUENO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
OPTIMO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
REGULAR	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

TABLA MATRIZ

ASPECTOS BIOLÓGICOS

UNIDAD DE ANÁLISIS	DEAMBULA		ESTADO DENTAL		VISTA		OÍDO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1		X		X		X		X
2		X		X	X			X
3	X			X		X		X
4		X	X		X		X	
5		X		X	X			X
6		X	X		X		X	
7	X		X		X		X	
8	X		X		X		X	
9		X	X		X		X	
10		X		X		X	X	
11	X		X		X		X	
12		X		X		X		X
13		X		X	X		X	
14	X		X		X		X	
15	X		X			X	X	
16		X		X	X		X	
17		X		X		X	X	
18	X		X		X		X	
19	X			X		X	X	
20		X		X	X		X	

ASPECTO PSICOLÓGICO

UNIDAD DE ANÁLISIS	MEMORIA COGNITIVA		VOLUNTAD		AFECTIVIDAD	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1		X		X		X
2		X		X		X
3		X		X		X
4		X		X		X
5		X		X		X
6		X	X		X	
7		X	X		X	
8		X	X			X
9		X	X		X	
10		X	X		X	
11		X	X		X	
12		X	X			X
13		X		X		X
14		X		X		X
15		X		X	X	
16	X		X		X	
17	X			X	X	
18	X			X	X	
19	X		X		X	
20		X		X		X

ASPECTO SOCIAL

UNIDAD DE ANÁLISIS	RELACIÓN FAMILIAR		RELACIÓN CON OTROS		RELACIÓN INSTITUCIONAL	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1		X		X		X
2	X		X		X	
3	X		X		X	
4		X		X		X
5	X		X		X	
6	X		X		X	
7	X			X		X
8		X		X	X	
9		X		X		X
10	X			X	X	
11	X			X		X
12	X			X		X
13	X		X		X	
14		X	X		X	
15		X		X		X
16	X			X	X	
17	X		X		X	
18	X			X	X	
19	X			X	X	
20		X		X		X