



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TÍTULO DEL PROYECTO DE TESINA:

**LA ASISTENCIA INTEGRAL DE ENFERMERÍA Y SU
RELACIÓN CON LA CONDICIÓN DE SALUD DE LOS
ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN LAS
UNIDADES OPERATIVAS DE LA ZONA URBANA DE
RIOBAMBA, PERIODO ABRIL – AGOSTO 2011**

AUTORA: PAULINA CASTILLO

TUTORA: LIC. PAOLA MACHADO

Riobamba - 2012

ACEPTACIÓN

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por la Srta. Lilian Paulina Castillo Lloay para optar al título de licenciada en enfermería y que acepto asesorar a la estudiante en calidad de tutora, durante la etapa de desarrollo del trabajo de investigación hasta su presentación y evaluación.


Lic. Paola Machado

Tutora

CERTIFICADO

El tribunal formado por.

Lic. Jimena Morales MSc.




PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Lic. Paola Machado



TUTORA

Lic. Marcia Cadena



MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Hemos revisado las sugerencias emitidas en la defensa privada del tema de tesis: **LA ASISTENCIA INTEGRAL DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA CONDICIÓN DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DE LA ZONA URBANA DE RIOBAMBA, PERIODO ABRIL - AGOSTO 2011.** De la Srta. Paulina Castillo, por lo cual certificamos que se encuentra apto para su presentación y defensa pública respectiva.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**Tema: LA ASISTENCIA INTEGRAL DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN
CON LA CONDICIÓN DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES
ATENDIDOS EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DE LA ZONA URBANA
DE RIOBAMBA, PERIODO ABRIL – AGOSTO 2011**

**Tesina previa al grado de licenciatura en enfermería por el siguiente
tribunal.**

Lic. Jimena Morales MsC.

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Lic. Paola Machado

TUTORA

Lic. Marcia Cadena

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

AUTORÍA

Yo. Paulina Castillo, soy responsable de las ideas, doctrinas, resultados y propuesta realizada en la presente investigación y el patrimonio intelectual del trabajo investigativo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

.....

Firma

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Chimborazo, la Facultad de Ciencias de la salud y la Escuela de Enfermería, por la oportunidad que me brindaron en mi desarrollo profesional.

A la Lic. Paola Machado, su conocimiento y profesionalismo han sido un gran aporte en la estructura de este trabajo investigativo y a todas las personas que me brindaron su ayuda.

PAULINA

INDICE GENERAL

Declaración de autenticidad.....	I
Agradecimiento.....	II
Resumen.....	III
Summary.....	IV
Introducción.....	1

CAPITULO I

1	El problema.....	3
1.1	Planteamiento del problema.....	3
1.2	Formulación del problema.....	5
1.3	Objetivos.....	6
1.3.1	Objetivo general.....	6
1.3.2	Objetivos específicos.....	6
1.4	Justificación.....	7

CAPITULO II

2	Marco teórico.....	10
2.1	Posicionamiento personal.....	10
2.2	Fundamentación teórica.....	15
2.2.1	Breve descripción del area de estudio.....	15
2.2.2	Adulto mayor.....	16
2.2.3	Derechos del adulto mayor a nivel nacional.....	23
2.2.4	Valoración geriátrica integral del adulto mayor.....	25
2.2.5	Programa Nacional de atención integral de salud del adulto mayor.....	27
2.2.6	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.....	29
2.2.7	Funciones de la enfermería gerontológica en la promoción de la salud....	31
2.2.8	Etapa evolutiva de la tercera edad.....	32
2.2.9	Vejez, salud y enfermedad.....	35

2.2.10	Relaciones afectivas.....	36
2.2.11	Dimensiones del bienestar	37
2.2.12	Atención de enfermería al adulto mayor.....	41
2.2.13	Protocolos de atención de enfermería en el adulto/a mayor	42
2.2.14	Calidad de vida del adulto mayor	44
2.2.15	Síndromes geriátricos	45
2.3	Definición de términos básicos	53
2.4	Hipótesis y variables	55
2.4.1	Hipotesis	55
2.4.2	Variables	55
2.5	Operacionalización de variables	56

CAPITULO III

3	Marco metodológico.....	59
3.1	Método	59
3.2	Población y muestra	60
3.2.1	Población	60
3.2.2	Muestra	60
3.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	61
3.4	Técnica para el análisis e interpretación de resultados.....	61

CAPITULO IV

4	Análisis e interpretación de resultados.....	62
4.1	Comprobación de la hipótesis	79

CAPITULO V

5.	Conclusiones y recomendaciones.....	80
5.1	Conclusiones	80
5.2	Recomendaciones.....	82
BIBLIOGRAFIA.....		83
ANEXOS.....		87- 104

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1

Prevención de la enfermedad y promoción de la salud.....31

Cuadro 2

Patologías del adulto mayor.....52

Cuadro 3

Adultos mayores atendidos en los centros y subcentros de salud de la zona urbana de
Riobamba.....62



INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	
Implementos de ayuda	63
Gráfico 2.	
Actividades recreativas	64
Gráfico 3.	
Actividades de terapia ocupacional	65
Gráfico 4.	
Control de medidas antropométricas	66
Gráfico 5.	
Profesional que realiza la valoración nutricional.....	67
Gráfico 6.	
Profesional que realiza la valoración mental	68
Gráfico 7.	
Escucha las opiniones de los pacientes.....	69
Gráfico 8.	
Profesional que da seguimiento al maltrato.....	70
Gráfico 9.	
Prioridad en los trámites obligatorios.....	71
Gráfico 10.	
Trato amable.....	72
Gráfico 11.	
Realización de ceremonias religiosas.....	73
Gráfico 12.	
Disposición de actor religioso.....	74
Gráfico 13.	
Síndromes geriátricos.....	75
Gráfico 14.	
Enfermedades crónico degenerativas.....	76
Gráfico 15.	
Patologías independientes de la edad.....	78

RESUMEN

El objetivo de este trabajo investigativo fue determinar la asistencia integral de enfermería y su relación con la condición de salud de los adultos mayores atendidos en los centros y subcentros de salud de la zona urbana de Riobamba. La población considerada en esta investigación estuvo constituida por 13 Enfermeras, 1.527 pacientes en morbilidad y 123 pacientes en atención preventiva; la muestra calculada fue de 311 adultos mayores. La información se obtuvo por medio de encuestas e información contenida en los partes diarios de cada Unidad Operativa. Los resultados de la investigación indican que: la asistencia integral de enfermería, presenta varias limitaciones asociadas con la falta de implementos de ayuda, escasa actividad recreativa, terapia ocupacional, además, no se cuenta con personal adecuado para la atención nutricional, social y no disponen de un actor religioso, para la ayuda espiritual. Los problemas de salud que afrontan los adultos mayores en los centros y subcentros de salud en estudio, están relacionados a HTA, diabetes, artritis, osteoporosis, artrosis, amigdalitis, gastritis, hiperlipidemias, parasitosis, hipoacusia, faringoamigdalitis, caídas, mialgias, dermatitis, lumbalgia, rinitis, bronquitis, neumonía, incontinencia urinaria, etc. La condición de salud de los adultos mayores en relación a la atención integral muestra que la incidencia de morbilidad es alta y esto debido a las limitaciones que se presentan en la atención integral de enfermería y también porque se descuida el aspecto de la atención preventiva. La promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de un folleto con actividades de enfermería fue útil, con el fin de llegar al personal de enfermería e informar sobre la importancia de realizar actividades que involucren la participación y la satisfacción de contribuir para mantener o mejorar el estado físico, social, nutricional y psicológico de los adultos mayores, al igual que el tríptico que fue de beneficio directo para los que acuden a las unidades operativas de salud.



SUMMARY

This research aims to determinate the comprehensive help infirmary and its relation with elder's health conditions assisted at the health care units of Riobamba's urban zone. The population considered in this investigation work was of 13 Nurses, 1,527 patients in morbidity and 123 patients of preventive care; the calculated sample was 311 elders. The information was obtained from surveys and everyday information from the Operating Unit. Research findings suggest that: The comprehensive nursing help presents several limitations such as lack of implements, scarce recreational activity, occupational therapy, they do not have staff for nutritional support and they do not count on a religious actor for the spiritual help. The healthproblems elders face at health units under study are related to HTA, diabetes, arthritis, osteoporosis, arthrosis, tonsillitis, gastritis, hiperlipidaemias, parasitosis, hipoacusis, faringoamigdalitis, falls, myalgias, dermatitis, backalgia, rinitis, bronchitis, pneumonia, urinary incontinence, etc. Elders' health condition show the incidence of morbidity is high and this due to the limitations in the comprehensive nursing attention and lack of preventive care. The promotion of health and prevention of the disease through a guide of activities was useful, with the aim to inform the nursing staff on the importance of accomplishing activities that involve the participation and the satisfaction of contributing to maintain or improve the physical, social, nutritional and psychological status of elders assisted in these health units.



Isabel Escudero

Revisado por: Dra. Isabel Escudero
Julio 30, 2012

INTRODUCCIÓN

La problemática del envejecimiento sigue siendo uno de los desafíos que la humanidad debe enfrentar, es así que el número de adultos mayores sigue en aumento, sobre todo en los países en desarrollo, pero hoy en día este grupo de edad juega un papel en la sociedad muy importante, aunque no se los reconozca como se debe.

Considerando la estructura de la presente tesina es así como se desarrolló los siguientes capítulos:

Capítulo I: Denominado problema en el cual se habla sobre cifras estadísticas y la problemática del envejecimiento a nivel Mundial, del Ecuador, Provincial y de las unidades operativas de la zona urbana de Riobamba, al igual se encuentra la formulación del problema junto con el objetivo general y específicos con su respectiva justificación.

Capítulo II: Detalla la fundamentación teórica de la investigación se describe el posicionamiento personal, antecedentes de la investigación, descripción de las unidades operativas de la zona urbana de Riobamba, se habla del adulto mayor, cómo describe la Organización Mundial De La Salud al envejecimiento individual, los aspectos importantes que se debe considerar en la Gerontología, se encuentran las teorías que son de mayor importancia para realizar la investigación, se menciona los derechos de los adultos mayores según la nueva constitución del Ecuador aprobados en el 2008, se describe el enfoque de la Valoración Geriátrica Integral, al igual, se explica sobre el programa de atención integral del adulto mayor y en especial sobre el subprograma de atención comunitaria al adulto mayor, funciones de la enfermera gerontológica en promoción de salud, también se encontrara sobre la etapa evolutiva de la tercera edad, dimensiones del bienestar físico, psicosocial, espiritual. Al igual que la atención de enfermería al adulto mayor lo que ascendería en gran parte la condición de salud de los beneficiarios, se realiza un análisis de los síndromes geriátricos y de las enfermedades que sufre el adulto mayor con mayor y menor

frecuencia, al igual que se encuentra la definición de términos básicos y la operacionalización de variables.

Capítulo III: Se detalla el tipo de investigación el método que se utilizó, la población de estudio, las técnicas y los instrumentos que se utilizó para realizar la investigación.

Capítulo IV: Corresponde a los datos estadísticos que se pudieron sacar con la ayuda de la encuesta y la revisión de los partes diarios de las Unidades Operativas De La Zona Urbana de Riobamba junto con la comprobación de la hipótesis.

Capítulo V: Como último capítulo se detalla las Conclusiones a las que se ha llegado, con sus respectivas Recomendaciones que se consideran necesarias describir, para cerciorarse de la marcha eficiente de dar una Atención Integral de enfermería.

Capítulo VI: La propuesta fue una guía de actividades de enfermería que fue útil para llegar e integrar a los adultos mayores, la familia, el personal de enfermería y la comunidad, con esta propuesta se llegó de una manera más dinámica y organizada a conseguir en los adultos mayores un envejecimiento activo, productivo, que ayude a conservar más años su funcionalidad y autonomía, también, se puede ver diseñado un tríptico que fue de beneficio directo para los adultos mayores en el que se puede observar de una manera muy práctica las actividades, la alimentación y los cuidados que deben tener dentro y fuera de sus hogares.

CAPÍTULO I

1 EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La problemática del envejecimiento a nivel mundial es actualmente uno de los fenómenos de más difícil manejo y solución, sobre todo para los países en desarrollo, según el Informe de las Naciones Unidas, en 1950 había en el mundo 200 millones de personas de 60 años y más. En la Segunda Asamblea del Envejecimiento, celebrada en Madrid en abril del 2002, se estimó que las personas de 60 años y más llegaban a 600 millones en el año 2000, es decir el 10% de la población mundial. Para el año 2025, esta cifra se incrementará a 1200 millones de personas de 60 años en adelante, lo que equivale a un 20% de la población mundial. El 25% de los ancianos vivirán en los países en desarrollo, es decir 300 millones de personas. En América Latina, para el año 2025, se proyecta un incremento del 14% de personas de la tercera edad⁽¹⁾.- El problema de la asistencia para los adultos mayores a nivel mundial se caracteriza por la carencia de cuidados especializados que permita a los adultos mayores a minimizar y compensar las pérdidas de salud y las limitaciones relacionadas con la edad, aumentar las conductas saludables, proveer comodidad durante los eventos de angustia y debilidad en la vejez, incluyendo el proceso de la muerte y facilitar el diagnóstico, alivio y tratamiento de las enfermedades que ocurren en la vejez. (ANZOLA, Elías, 2003).

En el Ecuador, según datos y proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el año 2010, existe una población de 14.483.499 habitantes, de estos, el grupo de las personas de 65 años y más en el mismo año son 1.136.328, que representa el 7.84% del total de la población. (Estadísticas del INEN, 2010). Los cambios demográficos producidos en el Ecuador, en razón de la disminución de la tasa de mortalidad infantil, de natalidad, fecundidad y el aumento de la esperanza de

vida, obliga a reflexionar sobre el cambio de perfil epidemiológico en la población, la misma que va aumentando a partir de 65 y más años, por tanto el fenómeno del envejecimiento, tanto en el ámbito individual como poblacional, es un tema que ha sido tratado en foros mundiales en los cuales se ha dado directrices y políticas, que constituyeron valiosos insumos técnicos para nuestro país. En el Ecuador se evidencia un aumento de la longevidad; En 1950 existían alrededor de 13,4 adultos mayores por cada 100 personas menores de 15 años, relación que aumentó a 17,6 en 2005 y se irá incrementando notablemente en el futuro, pues se predice que en el año 2050 será de 88,1 personas mayores por cada 100 niños de 0 a 14 años. La esperanza de vida al nacer es de 71,3 para los hombres y 77,2 años para las mujeres. Con tal incremento de la longevidad, cada día es mayor el número de usuarios que requiere de una atención especializada. La población adulta mayor es mayoritariamente urbana, con un 58,6 % y 41,4 % en las zonas rurales. La población de la tercera edad que vive en las zonas rurales se ve afectada por la desventajosa situación económica y de acceso a los servicios de estas zonas del país, situación que puede ser especialmente severa para las personas de la tercera edad si no se adoptan medidas adecuadas o se implementan programas dirigidos a ellas.⁽²⁾

En la Provincia existe 458.581 habitantes que representa el 3.16%, del total de la población ecuatoriana, el número de adultos mayores hombres de 18.222 y mujeres de 22.521 teniendo un total de 40.743 adultos mayores en Chimborazo representando el 8.8% del total de la población del Ecuador. En Riobamba el número de adultos mayores hombres es de 7.706 y mujeres de 10.363 representando un total de 18.069 habitantes correspondiendo al 8% del total de habitantes de Riobamba. ^{(Estadísticas del INEN, 2010).} Generalmente se tiene la idea de que cuando el adulto mayor requiere de cuidados de salud, inicia un problema para la familia y muchas veces se desconoce la existencia de los programas Nacionales que se ocupan de la atención integral del adulto mayor.- En nuestra Ciudad es conocido por todos el estado de decadencia física en el que muchas de las personas de avanzada edad se hallan, en ciertos casos se puede advertir que muchos de ellos deambulan solos(as) por las calles, tornándose en ocasiones en mendigos y vagabundos, constituyéndose un panorama deprimente

para todas las personas que de una u otra forma los observan indiferentes, En las unidades operativas, centros de salud N°1-3, y subcentros de salud como: Bellavista, Panadería, Loma de Quito, Santa Rosa, Los Pinos, Norte, Tapi, Yaruquies, que corresponden a la zona urbana de Riobamba se pudo deducir que existió una deficiente aplicación de la atención integral de enfermería para el adulto mayor tal vez por preparación del personal con un alto enfoque biólogo, debido a la falta de capacitación para dar atención en geriatría, lo que va permitir la aparición de patologías y por consiguiente el aumento de las tasas de morbimortalidad, al igual que se pudo observar la falta de dotación de implementos de ayuda lo que causa un incremento de lesiones por caídas lo que permitiría que el adulto mayor tenga mayor dependencia y fragilidad, la ausencia de actividades de terapia ocupacional y recreativas ya sea por la elevada asistencia de usuarios para recibir atención en salud o porque no solo existe este grupo poblacional para dar atención, lo que contribuye para aumentar la aparición de síndromes geriátricos y enfermedades crónico degenerativas, causando en el adulto mayor dependencia física y social en mayor grado, al igual que la falta de personal capacitado para la atención psicológica, nutricional y espiritual lo que hizo que no exista un diagnóstico y tratamiento eficaz provocando insatisfacción en el usuario, se pudo ver que en las unidades operativas no existió una difusión sobre los servicios y programas de salud integral dirigidos a los adultos mayores lo que provocó que el adulto mayor no conozca sobre los derechos y obligaciones que él tiene por pertenecer a este grupo poblacional.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la asistencia integral de enfermería en la condición de salud del adulto mayor que es atendido en las unidades operativas de la zona urbana de Riobamba?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la asistencia integral de enfermería y su relación con la condición de salud de los adultos mayores atendidos en las unidades operativas de la zona urbana de Riobamba.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar las limitaciones que el personal de enfermería presenta en las unidades operativas de la zona urbana de Riobamba para aplicar de manera eficiente la asistencia integral de salud al adulto mayor.
- ✓ Conocer los problemas de salud de los adultos mayores que son atendidos en las unidades operativas de la zona urbana de Riobamba.
- ✓ Relacionar la asistencia integral de salud con la condición de salud del adulto mayor.
- ✓ Realizar un folleto con actividades, dirigido al personal de enfermería de las unidades operativas que servirá de guía para brindar atención integral, eficaz y de calidad al adulto mayor, así como un tríptico que será repartido a los adultos mayores.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La importancia de este trabajo investigativo radicó en la búsqueda del nivel de cumplimiento de la asistencia integral de salud al adulto mayor por parte del personal de enfermería de las unidades operativas de la zona urbana de Riobamba. La falta de conocimiento de las autoridades y de las personas adultas mayores de sus propios e irrenunciables derechos, el poco acceso a las leyes y demás instrumentos jurídicos, tanto de los beneficiarios, de los prestadores de servicios y la población en general hace necesario que se orienten esfuerzos para brindar el acceso a las personas Adultas Mayores, el conocimiento de las leyes y más instrumentos existentes entre los que constan las obligaciones de la familia y del Estado Ecuatoriano para consolidar mecanismos comunitarios de ayuda, participación y protección a la población de la Tercera Edad⁽³⁾.

Es reconocido el derecho de todas las personas a desarrollar el máximo potencial de sus capacidades; por ello es importante que los sectores encargados de atender las necesidades de este grupo poblacional unan esfuerzos para concertar, planificar y fortalecer las inversiones e intervenciones en promoción, prevención integral de la salud. Es política del Estado atender la demanda de servicios de salud de las personas adultas mayores y en especial de los más vulnerables. La inversión en el cuidado de la salud de esta población, reduce costos sanitarios e incidencia de la morbilidad y sus consecuencias como la discapacidad y la mortalidad.⁽⁴⁾

La atención en los servicios de salud para las personas adultas mayores debería contar con una canasta básica de recursos, prestaciones e intervenciones sociales vinculadas y coordinadas con los centros de salud y los EBAS (Equipo Básico de Salud). Las personas adultas mayores pueden presentar situaciones sociales y personales caracterizadas por una serie de carencias y dificultades, que las colocan en situación de riesgo o fragilidad. Los centros de salud de atención primaria deben estar preparados para brindar una asistencia integral, eficaz y de calidad, sin

embargo, esta atención es posible cuando dicho centro tiene el apoyo de los servicios sociales locales.

Parte de la evaluación de la historia social de la persona adulta mayor y la información de una valoración integral (médica, de enfermería, nutricional y psicosocial), de la situación y de los niveles de satisfacción de las necesidades del adulto mayor. También evalúa periódicamente la situación de la persona, que puede ser muy cambiante y adecúa las intervenciones de acuerdo a la situación ⁽⁵⁾.

El adulto mayor requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también y muy destacadamente, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto general donde la profesional de enfermería debe entregar su contribución específica. La enfermería profesional se inserta de esta manera con su propia perspectiva en el cuidado integral del adulto mayor por lo que es necesario fortalecer los fundamentos que sustentan el cuidado humanizado del adulto mayor y la formación técnico-profesional de sus cuidadores.

La investigación se realizó para contribuir a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para fomentar el autocuidado en los adultos mayores. Es importante abordar este tema porque la práctica de enfermería está dirigida a proporcionar cuidados a las personas que necesitan y bajo esa perspectiva el grupo de adultos mayores se constituye en el más necesitado.

Los beneficiarios directos fueron los adultos mayores y el personal de enfermería que labora en las unidades operativas de la zona urbana de Riobamba, en el folleto existen actividades que se podrán realizar para el beneficio de los adultos mayores, familiares y/o cuidadores que acuden a recibir atención a los centros y subcentros de salud, con lo que se lograra tener una participación activa, productiva, lograr alcanzar años de independencia, mejorar la calidad de vida, fortalecer los derechos, mejorar las necesidades básicas que ayuden a conservar la funcionalidad y autonomía de las personas mayores de 65 años.

El tríptico fue de beneficio directo para los adultos mayores, porque ayudo de una manera muy sencilla para que la persona conozca como conservar su estado físico, nutricional, psicológico, social y espiritual, mejorar su calidad de vida y estar en constante participación. Si no se afronta los imperativos cambios demográficos y los rápidos cambios en los enfoques de la promoción, prevención, tendremos consecuencias graves que afectaran al adulto mayor y a la sociedad.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 POSICIONAMIENTO PERSONAL

Este trabajo investigativo se fundamenta en el marco conceptual del modelo de Dorothea Orem. Para Orem, enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. La investigación considera a la realidad como escenarios que se construyen de manera dialéctica y participativa, en la que los involucrados alcanzan protagonismo desde las facetas que asumen en este caso como personal de enfermería para fomentar la salud en este importante sector poblacional.

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Luego de una revisión bibliográfica, existen trabajos de investigación en la biblioteca de la Universidad Nacional de Chimborazo los que se encuentran relacionados con la población adulta mayor por lo que se pueden citar algunas como ejemplo:

1. **Tema:** “Solidaridad humana: Alternativa para mejorar las condiciones de vida en el hogar de ancianos de la ciudad de Riobamba, en el periodo de enero a junio del 2001”
 - **Autoras:** Machado Guerrero Amada Ausilio
Soto Ayala Mónica Patricia
 - **Año:** 2001
 - **Conclusiones:**
 - ✓ Los ancianos que actualmente habitan en el asilo de la ciudad de Riobamba viven la mayor parte (57%), en un estado emocional de abandono, tristeza y

soledad, siendo olvidados por sus hijos y familiares, culminado esta etapa de la vida en una profunda depresión emocional.

- ✓ La frecuencia de visitas que el anciano recibe por parte de sus familiares es muy reducido, siendo olvidados y no visitados (77%).
- ✓ Se identificó que la atención del personal de enfermería no es suficiente para el cuidado diario corporal y psicológico del anciano, porque hay un número reducido de profesionales en esta área geriátrica, que impide la correcta atención a los ancianos que habitan en ella.

2. Tema: Cuidados de enfermería en el adulto mayor del asilo de ancianos de la ciudad de Riobamba en el año 2000- 2001

- **Autoras:** Shirley Janeth Sánchez Yépez

Mónica Gabriela Solís Mazón

- **Año:** 2001

- **Conclusiones:**

- ✓ En el estudio realizado se describen los cambios relacionados con la edad en el aspecto físico y fisiológico.
- ✓ Se han elaborado planes de cuidados de enfermería, para los adultos mayores considerando sus valores, grado de dependencia e independencia (valoración funcional), así como el deterioro intelectual. Los mismos que pretenden mantener y restablecer las capacidades globales, prevenir o retrasar las complicaciones y las incapacidades.
- ✓ Se ha podido identificar los problemas en los 30 adultos mayores en estudio, los mismos que se encuentran relacionados con cambios propios del envejecimiento normal, como incapacidad para caminar, atrofia de los órganos de los sentidos, pérdida de memoria y otras patologías como tuberculosis, Parkinson, incontinencia urinaria, hipertensión arterial, etc. Proponiendo modelos de cuidados de enfermería, para cada uno de ellos.

3. **Tema:** Rol de la enfermera en el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores en el hogar de ancianos de la ciudad de Riobamba durante el periodo marzo agosto 2006.

- **Autoras:** Verónica del Roció Centeno Barahona

Ana Cecilia Ruíz Miñaca

- **Año:** 2006

- **Conclusiones:**

- ✓ El personal profesional de enfermería cumple ocasionalmente con la función de docencia al resto del personal de enfermería y nunca realiza investigación esto coincide tanto en la encuesta dirigida a las enfermeras como en la guía de observación realizada.
- ✓ Los estándares de procesos: alimentación, atención de salud educación para a salud y apoyo espiritual, según el personal de enfermería se cumplen ocasionalmente pero de acuerdo la guía de observación establecemos que estas no se cumplen de manera eficaz porque no se proporciona una dieta equilibrada y acorde a las necesidades de cada adulto mayor. En cuanto a educación para la salud se observa que no se realiza debido a los factores ya mencionados.
- ✓ Las actividades recreativas se deben realizar permanentemente pero en el hogar de ancianos de Riobamba estas actividades se cumplen ocasionalmente luego de un lapso de tiempo prolongado según lo que manifiesta el personal y mediante la guía de observación se determina que un gran número de ancianos no salen con sus familiares por el abandono de los mismos.

4. **Tema:** Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay 2011.

- **Autora:** Catherine Alexandra Andrade Trujillo

- **Año:** 2011

- **Conclusiones:**

- ✓ El estado nutricional de los adultos mayores investigados mediante la Mini Nutricional Assessment (MNA), comprende las dos secciones: Cribaje y

Evaluación, en donde el 84,4% de ancianos presentan riesgo de malnutrición y malnutrición, los adultos mayores que se encuentran con un estado nutricional normal, apenas alcanzan el 15,6%.

- ✓ El 93,7% de los adultos mayores investigados, presentan depresión en sus diversas intensidades (moderada y grave) según las determinantes evaluadas en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.
- ✓ Los niveles de depresión tienen relación inversamente proporcional con el estado nutricional, a mayor estado nutricional el nivel de depresión es menor en la población de adultos mayores investigados. La depresión afecta en un 40% al estado nutricional.
- ✓ los niveles de depresión tienen relación inversamente proporcional con las reservas proteico-energéticas, a mayor reserva proteico-energética, menor es el nivel de depresión en la población investigada. La depresión afecta en un 25% a las reservas proteico-energéticas.

5. **Tema:** Fragilidad En El Adulto Mayor Al Nivel Comunitario

- **Autora:** Patricia Alonso Galván
- **Año:** 2005
- **Conclusiones:**
 - ✓ La fragilidad en el adulto mayor es una condición de alta prevalencia en la población del Consejo Popular “Palatino”, en cuya expresión incide de manera considerable la Polifarmacia.
 - ✓ Es insuficiente el conocimiento que tienen los profesionales de los Equipos Básicos de Salud del área estudiada sobre el diagnóstico de fragilidad en el adulto mayor.

6. **Tema:** Influencia De La Práctica De Tai Chi En El Equilibrio Del Adulto Mayor Del Centro De Jubilados De Las Naciones Unidas IESS. Propuesta Alternativa.

- **Autor:** Marcelo Alejandro Mancheno Unda
- **Año:** 2010

- **Conclusiones:**

- ✓ La práctica del Tai Chi es una de las actividades físicas más apropiadas para lograr el equilibrio en adultos mayores, debido a que se pudo comprobar que el practicante logro mejorar su equilibrio de una fase inicial de 9,67 a 14,13 lo que significa en promedio el 4,45 segundos.
- ✓ La práctica del Tai Chi es una de las actividades físicas más importantes o con mayor porcentaje de relación en la obtención o mejora del equilibrio en el adulto mayor, ya que mediante la aplicación de test se pudo concluir que el practicante mejoro su equilibrio en alrededor de 46,05%.

7. **Tema:** Estrategia I. E. C. Para disminuir el síndrome de Adaptación en el adulto mayor del centro Gerontológico “Julia Mantilla De Corral” Penipe-Chimborazo, Ecuador. Mayo – Octubre 2011

- **Autor:** Mario Patricio Cargua Pilco

- **Año:**2011

- **Conclusiones:**

- ✓ La falta de actividad física y el engaño en el adulto mayor son el factor de riesgo de adaptación, sobrellevando a la depresión más frecuente en la población de estudio.
- ✓ Con el levantamiento del diagnóstico en el centro gerontológico se estableció que el 44% de sus familiares no le visitan, desde el día que le ingresaron, esto datos coinciden con la frecuencia de visitas.
- ✓ La estrategia IEC (información, educación y comunicación), redujeron significativamente la adaptación del adulto mayor en el centro gerontológico “Julia Mantilla de Corral” del Cantón Penipe–Chimborazo durante el tiempo de ejecución, y se constituye por sí mismo, en un factor importante de prevención de las mismas; así como también deja abierta una línea de estrategia básicas que a través de la difusión y comunicación local en sus más variadas formas (radio, prensa y televisión) que garantiza la sostenibilidad del mismo.

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 BREVE DESCRIPCIÓN DEL AREA DE ESTUDIO

El Ministerio de Salud Pública de acuerdo a criterios técnicos, administrativos y políticos han estructurado áreas de salud, centros de salud y subcentros en todo el país, los centros de salud en estudio se encuentran ubicados en el cantón Riobamba brindan atención al adulto mayor y demás población, estas unidades operativas están formadas por 2 centros y 8 subcentros de salud:

CS N° 1.-Pertenece a la parroquia Veloz, cuenta con una población de 51.988 cuenta con 2 Enfermeras, 4 Auxiliares de Enfermería, 5 Médicos, 1 Odontólogo, 1 Nutricionista.

CS N° 3.-Corresponde a la parroquia Veloz, con una población de 21.008 habitantes, formada por 3 Enfermeras, 6 Auxiliares de Enfermería, 8 Médicos, 1 Odontólogo, 1 Nutricionista.

Bellavista.-Pertenece a la parroquia Maldonado constituida con una población de 2.083 habitantes cuenta con 1 Enfermera, 1 Auxiliar de Enfermería, 1 Médico rural, 1 Odontólogo.

Panadería.-Pertenece a la parroquia Velasco tiene una población de 17.602, cuenta con 1 Enfermera, 1 Médico, 1 Odontólogo, 1 Auxiliar de Enfermería.

Loma De Quito.-Pertenece a la parroquia Velasco con una población de 17.779 habitantes cuenta con 1 Enfermera, 1 Auxiliar de Enfermería, 1 Médico, 1 Odontólogo.

Santa Rosa.-Pertenece a la parroquia Lizarzaburu con una población de 17.966 habitantes cuenta con 1 Enfermera, 1 Auxiliar de Enfermería, 1 Médico, 1 Odontólogo, 1 Auxiliar de odontología.

Los Pinos.-Pertenece a la parroquia Velasco cuenta con 1 Enfermera, 1 Médico, 1 Auxiliar de Enfermería.

Norte.-Pertenece a la parroquia Velasco tiene una población de 1.802, cuenta con 1 Enfermera, 1 Auxiliar de Enfermería, 2 Médicos, 1 Odontólogo.

Tapi.-Pertenece a la parroquia Velasco tiene una población de 11.478, cuenta con 1 Enfermera, 1 Auxiliar de Enfermería, 1 Médico 1 Odontólogo.

Yaruquies.-Pertenece a la parroquia Yaruquies con una población de 12.741 cuenta con 1 Enfermera, 1 Auxiliar de Enfermería, 1 Médico, 1 Odontólogo.

2.2.2 ADULTO MAYOR.

Desde la concepción, el ser humano trae consigo una carga genética que propone programar el envejecimiento a través de un reloj biológico, por lo tanto, cada persona cuando llega a cierta edad avanzada, comienza a experimentar diversos cambios. Por lo general, estos cambios debido al contexto socio-cultural de nuestro país, no son considerados de manera positiva; por el contrario, se tiende a pensar y hacer sentir a las personas adultas mayores que ya no tienen nada que aportar, que ya cumplieron su rol en la sociedad, en su familia, en su comunidad, etc. Esta situación desencadena que las personas tiendan a tener un cierto rechazo y resignación cuando empiezan a envejecer y comienzan a sentir que ya no tienen la misma energía y capacidad para hacer cosas como en su etapa de juventud, empiezan además a tener dificultades en su salud, entre otros innumerables cambios importantes que por lo general suelen ser interpretados negativamente, principalmente porque desde niños hemos sentido que envejecer es malo, que es signo de inutilidad y estorbo que además se aproxima la muerte, por lo tanto, no hemos sido preparados para envejecer de manera positiva y saludable, perdiendo el miedo y disfrutando de esta nueva etapa; la cual puede tener logros, satisfacciones, alegrías, fracasos y tristezas, como cualquier otro momento de nuestra vida.

Según Laslett ⁽⁶⁾ “el establecimiento de una edad para la vejez es una construcción social, que sólo parcialmente está determinada por factores biológicos o psicológicos. La categoría viejo es, por consiguiente, un estado adscrito,

generalmente aceptado por las personas pertenecientes a él, pero no elegido”. Por lo tanto, para efectos de esta investigación, se considera como Adulto Mayor a las personas desde los 65 años de edad. Esto debido a que en la legislación de nuestro país, se han estipulado los 60 años como la edad de inicio del proceso de envejecimiento. Para José Buendía ⁽⁷⁾ si se intenta definir la vejez como un estado, ésta tiene distintos momentos posibles para su inicio de los cuales varios indican este comienzo, como los de carácter biológico, relacionado con la aparición de enfermedades físicas o dolencias, los de naturaleza social, este último, se refiere a como es considerado el Adulto Mayor en cada sociedad. Por otro lado, no es fácil acotar el inicio de esta etapa, no suele dar indicios tan claros del comienzo, como por ejemplo los que da la adolescencia, en el momento de la pubertad, el cambio de Adulto a Adulto Mayor es un proceso más imperceptible y dilatado.

Para la Organización Mundial de la Salud el envejecimiento individual es “Un proceso normal que ocurre a todos los seres vivos, comienza en el momento en que se nace, se acentúa en los últimos años. Se produce una limitación de la adaptabilidad. Es un proceso no uniforme, es diferente de una especie a otra, de un hombre a otro, en un mismo ser humano no todos sus órganos envejecen al mismo tiempo” ⁽⁸⁾. Este proceso es normal para todos los seres vivos tiene como principal característica que efectivamente existe una limitación para adaptarse a los nuevos cambios biológicos, psicológicos y sociales, debido a que ante determinados cambios se necesita de un determinado tiempo para responder y adaptarse y por ende es también, en donde se acentúan los riesgos de presentar descompensaciones o enfermedades, además las personas envejecen de distinta manera de acuerdo al género, edad, etnia, si viven en la zona urbana o rural, si viven en países industrializados o en vías de desarrollo, su condición social, económica, nivel educativo, si viven solos o en familia.

Para la Gerontología ⁽⁹⁾ La vejez implica tres aspectos importantes a considerar: Cambios Biológicos, Sociales y Psicológicos.

Cambios Biológicos:

- ✓ Deterioro del aspecto físico.
- ✓ Disminución de las funciones sensoriales.
- ✓ Cambios estructurales, bioquímicos en el sistema nervioso central.
- ✓ Disminución de la actividad metabólica basal.
- ✓ Cambios en las funciones respiratoria, cardiovascular, digestiva, endocrina.
- ✓ Cambios en el aparato osteoarticular.
- ✓ Disminución de la respuesta del sistema inmunológico.

Cambios Sociales:

- ✓ Cambios en la estructura familiar, se produce el nido vacío: Se refiere a cuando los hijos ya se han marchado del hogar, quedando la pareja, la madre o el padre, según sea el caso viviendo solos.
- ✓ Jubilación: El trabajo en la vida del hombre cumple importantes funciones como: ingresos, status, fuente de relaciones interpersonales, además de ser la actividad en la cual se ocupa la mayor parte del tiempo, es claro que este gran cambio involucra pérdidas para la vida de una persona, pese a que la jubilación es un derecho de todos, donde la oportunidad de descansar y ocupar el tiempo de manera libre, puede que no sea deseado y se transforme en una amenaza, por la falta de un objetivo social y de la inactividad social; en cambio para otras puede significar mayor tiempo para nuevas actividades y un merecido descanso.
- ✓ Disminución del ingreso económico: En la mayoría de los casos la jubilación trae consigo una disminución del ingreso económico, sobre todo porque puede significar un cambio en el nivel de vida que llevaba anteriormente, transformándose en un problema, en donde, la mayoría de los casos el dinero recibido a través de la jubilación les alcanza sólo para subsistir.
- ✓ Pérdida de la identidad social y ausencia de un rol social: La jubilación coincide con el comienzo de la Adulthood Mayor, por lo tanto, la persona se ve obligada a enfrentar las consecuencias de éste como un proceso social. Al dejar de trabajar,

la persona siente la evidente ausencia de un rol como también si las personas perciben su actividad laboral como una función social que le produce agrado, sentirán que pierden su identidad en la sociedad.

- ✓ Deterioro de la salud y pérdida de autonomía: Con el paso de los años el riesgo de enfermarse y tener dificultades funcionales de tipo motor y sensorial aumentan gradualmente; las personas pierden la agilidad y aumenta la fatiga y éstas pueden ser de mayor o menor gravedad según la calidad de vida que una persona haya mantenido durante las etapas anteriores, por lo tanto, cuando un Adulto Mayor tiene complicaciones de salud o cuando ya es de una edad avanzada, tiene que recurrir a la ayuda de otros, lo que se traduce en un problema para la persona por que no puede cuidarse sólo y además se siente una carga para los demás.
- ✓ Pérdida de seres queridos y red de apoyo social: En esta etapa de la vida aumenta considerablemente la posibilidad de pérdidas vitales significativas y de quedar viudo(a), que trae consigo una de las penas más grandes de una persona y de difícil superación, pese al mecanismo adaptativo de todos los seres humanos mediante el cual una persona debiera superar el dolor e impacto psicológico; por otro lado, se van perdiendo amigos ya sean del trabajo, del barrio u otros. Como la persona va perdiendo seres queridos y además se encuentra en su hogar luego del retiro laboral, va perdiendo sus redes sociales, quedando cada vez más aislado y en soledad.
- ✓ Aislamiento y soledad: se producen sentimientos de soledad en un Adulto Mayor, por el distanciamiento de la familia y la pérdida de seres queridos, esto no sólo en el ámbito físico, es decir, por la falta de compañía de otros, sino que también, se vivencia una soledad existencial que ocurre cuando el Adulto Mayor no se siente tomado en cuenta y por lo tanto, tiende a aislarse.

Cambios Psicológicos:

Es la acción y efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas, entendiendo a éstas como la forma en que percibimos la realidad y la entendemos, a la forma en que sentimos y valoramos la relación con los demás y con el entorno y en

definitiva a la manera en que nos comportamos. Dichos cambios tienen que ver con el funcionamiento de la personalidad, que se transforma según lo que se espera de los roles marcados por la edad.

La vejez, por tanto, desde una perspectiva psicológica debe “entenderse como una etapa más del desarrollo humano, que implica cambios a los cuales las personas deben adaptarse, como cualquier etapa de la vida, la vejez debe ser aceptada y asumida con sus aspectos positivos y negativos, lograr un buen envejecimiento, por lo tanto implica: aceptar la edad, con sus cambios y limitaciones, asumir pérdidas y aceptar el dolor, redefinir su rol social, enfrentar y generar alternativas ante el cese laboral, revisión de la vida para establecer nuevas metas y dar nuevo sentido a la existencia.”⁽¹⁰⁾

En el campo de la investigación sobre “el envejecimiento del ser humano”⁽¹¹⁾, se han creado distintas teorías sobre este proceso, de carácter psicológico, sociológico o psicosocial, las cuales manifiestan la representación que las ciencias ofrecen de la vejez y del proceso de envejecer, fundamentalmente para orientar en la intervención, en relación a como envejecer con éxito, que deben hacer las personas de edad, y que debería hacer la sociedad por ellos. A continuación se describen, las de mayor importancia para esta investigación:

Teoría de la Desvinculación

Esta teoría fue propuesta a principios de los años sesenta por Cumming y Henry, la cual señala que: “...una vez traspuesta una determinada edad, es normal que las personas vayan reduciendo los roles más activos, busquen otros de menor actividad, reduzcan la intensidad y frecuencia de las interacciones sociales, y se vayan centrando cada vez más en su propia vida interior... las personas van haciéndose cargo del declive de sus actividades a medida que envejecen, y en ese mismo grado

se van desvinculando, distanciándose del mundo ruido. La desvinculación empieza con una demanda de reducción de actividades que tengan que ver con la competitividad y con la productividad y tiene un claro sentido adaptativo realista que por lo demás, es aceptado y practicado a su vez por la sociedad...de este modo, de acuerdo con la teoría, conservarán su autodefinición positiva las personas que vayan sustituyendo progresivamente los roles de más actividad por otros más tranquilos, alejándose de los de más responsabilidad en el sistema productivo y centrándose en el ejercicio de roles periféricos, familiares y de amistad: para que puedan tener y mantener una imagen positiva de sí mismos...»⁽¹²⁾

Teoría de los Roles

Esta teoría tiene que ver con los cambios en relación a los roles de una persona cuando comienza a envejecer, en cuanto a esto la teoría dice: “...El grado de adaptación de un individuo al proceso de envejecer depende de cómo vaya haciéndose cargo de los cambios correspondientes en los roles que las creencias sociales le van asignando según su edad y de la forma y grado en que se cumplen las expectativas de su rol. En la base de todo ello se haya, obviamente, el proceso de socialización por el que el individuo, desde que nace hasta que muere va adaptándose interactivamente a los requerimientos del entorno, se van adaptando a los nuevos roles que la edad trae consigo; envejecer es ir asumiendo los roles correspondientes a la respectiva edad...El viejo, a veces adquiere roles nuevos, pero el envejecimiento es entre otras cosas, una carrera de pérdida de roles, hasta que con la edad del retiro, la persona adquiere un último y definitivo rol, el de la persona que no tiene roles... Ello vendría a significar que el individuo carece de normas al quedar vacío de expectativas (activas y pasivas) de rol, con las consecuencias de desorientación que de ello se derivan, al tiempo que el autoconcepto queda oscurecido...”⁽¹³⁾

Teoría de la Continuidad

La presente teoría propone lo siguiente: “... a medida que vamos envejeciendo, nos vamos haciendo cada vez más aquello que ya éramos, es decir, la persona de edad es, en definitiva, lo que fue haciéndose desde que nació. La persona que durante su vida haya sido activa, seguirá siendo en la vejez, con la diferencia de que irá sustituyendo los roles perdidos por otros nuevos, manteniendo así su continuidad psicológica y la de su conducta externa. Otro tanto, cabe decir de las personas menos activas, su envejecimiento será una continuación en esa misma línea de escasa actividad...por lo tanto a modo de conclusión de esta teoría... A medida que envejecemos los rasgos y características centrales de la personalidad se van acentuando más y más además van ganando peso los valores previamente mantenidos.”⁽¹⁴⁾

Teoría de la Subcultura

Esta última teoría a mencionar en la presente investigación, respecto del envejecimiento señala que: “... las personas de edad avanzada tienen tendencia a interactuar más entre sí que con otros grupos de edad... debido a que... los ancianos habiendo compartido formas de vida, una experiencia histórica y social comunes y teniendo unos problemas similares, se entienden mejor entre ellos. Se sirven unos a otros como punto de referencia y comparación para validar los propios valores, opiniones y hasta para evaluar la propia situación y la propia valía.”⁽¹⁵⁾

Como conclusión, esta teoría afirma que los ancianos vendrían a formar una subcultura aparte o una minoría social, por el hecho de reunirse como se señalaba en el párrafo anterior, lo cual les ayudará a mantener su identidad y una autoestima positiva pues ello, les permite establecer comparaciones de sí mismos con otras personas que estén en situación similar a la suya, por lo tanto, no necesita compararse con otro tipo de personas de diferente edad, al contrario podría resultar negativo para ellos.

2.2.3 DERECHOS DEL ADULTO MAYOR A NIVEL NACIONAL

Según la nueva Constitución del Ecuador aprobada en Referéndum el 28 de septiembre del 2008⁽¹⁶⁾

Capítulo tercero

Sección primera

Adultas y Adultos Mayores

Art.36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art.37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

Art.38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole o negligencia que provoque tales situaciones.
5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena o pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen

otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.

8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

2.2.4 VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

La valoración geriátrica integral (VGI), es un proceso diagnóstico multidisciplinario e idealmente transdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, sociales y psíquicos que presenta el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de los recursos necesarios para afrontarlos.⁽¹⁷⁾

La VGI es el mejor instrumento que disponemos para la correcta atención geriátrica en atención primaria de salud. La VGI no es un fin en sí mismo, sino un método validado en diferentes poblaciones de adultos mayores y en distintos países, que posibilita el diseño de un plan de cuidados integrales e individualizados, especialmente en los adultos mayores más frágiles. Se ha demostrado que este grupo concentra a la población adulta mayor más vulnerable y susceptible para ser beneficiarios de los programas de intervención socio-sanitaria. Está demostrado que muchas veces es posible revertir los problemas que están afectando al adulto mayor o desarrollando la fragilidad.

Es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar basada en ellos una estrategia interdisciplinaria de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y en definitiva, calidad de vida.⁽¹⁸⁾ Además, al practicar la VGI se alivia y se capacita a los familiares y/o al cuidador responsable. Hay numerosas experiencias publicadas que demuestran que la VGI es costo efectiva y que mejora la calidad de vida de los adultos mayores. La valoración geriátrica integral facilita además la adecuada utilización de los diferentes niveles asistenciales, brinda una mayor eficiencia en la administración de los recursos que demanda una población cada vez más envejecida.⁽¹⁹⁾

Por primera vez en la historia este Ministerio de Salud ha incluido en su orgánico estructural por procesos, la micro área de adultos mayores, dentro de la Dirección de Normatización técnica del Sistema Nacional de Salud (SNS) según el Marco Teórico para el Nuevo Enfoque de la Gestión Pública, Publicada en Marzo del 2004 por SENRES, en la que desarrollará actividades para dar cumplimiento a la obligación del Estado, para este grupo etáreo de especial atención, para permitir y viabilizar las medidas pertinentes para que las personas adultas mayores se mantengan sanas y económicamente activas hacia un envejecimiento saludable.⁽²⁰⁾

El principal objetivo de la asistencia sanitaria social e integral, hoy en día, no es solo aumentar la expectativa de vida, sino el cómo se vive una vida más larga. Esto implica prolongar la vida libre de discapacidad o de una vida funcionalmente sana. Las acciones de salud orientadas a la población adulta mayor deben dirigirse a mantener la independencia, a prevenir la pérdida de la misma y su autonomía, sin descuidar la atención en eventos agudos y cuidados continuos en la recuperación y rehabilitación.

Con este análisis del sector es necesario que se dictaminen POLÍTICAS PUBLICAS en salud para los adultos mayores, que permita concienciar al Estado, a la familia y a la sociedad, sobre la necesidad de apoyar a este sector de la población ecuatoriana en su proceso de integración, reconocimiento y respeto de sus derechos, sobre la base de los principios de solidaridad y equidad ^(OPS 2004).

2.2.5 PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

La atención integral y tratamiento a una población que envejece, a través del fomento de la salud y el bienestar durante toda la vida, acceso universal y equitativo a los servicios de atención de salud y sociales, que garanticen una mejor calidad de vida, observancia de sus derechos en la vejez y la preservación de su funcionalidad y autonomía, para lo cual el MSP ha contribuido para mejorar la atención al adulto mayor, formando el programa de atención integral de salud que va a beneficiar a este grupo de personas.

Objetivo general del programa.- reorientar y reafirmar los conocimientos de un envejecimiento activo en el personal de salud y en los adultos mayores, a través de la atención primaria, para que lo aplique en las medidas de lo posibles, tanto en la vida particular y comunitaria para alargar el periodo de independencia y funcionalidad que tenga la posibilidad del gozo de sus derechos de salud, es uno de los principales indicadores de bienestar. ⁽²¹⁾

El programa de atención integral de salud al adulto mayor está estructurado en tres subprogramas:

1. subprograma de atención comunitaria al adulto mayor.
2. subprograma de atención al adulto mayor en hospitales.
3. subprograma de atención al adulto mayor en instituciones sociales.

Para la presente investigación hablare del subprograma de atención comunitaria al adulto mayor, el cual fortalece la capacidad de la atención primaria de salud, para responder a las necesidades de las personas adultas vistas no como carencias, sino como derechos dentro del marco del Modelo Integral Familiar, Comunitario e Intercultural, desarrollando un componente de servicios comunitarios que vincule al adulto mayor con la familia en las intervenciones sociales y las de salud, en las cuales se define prestaciones muy prácticas y concretas para promocionar la salud, mejorar la calidad de vida y reducir la carga de la enfermedad crónica y la discapacidad.

La meta, que las personas adultas mayores recibirán atención integral, de calidad, con calidez, preferentemente en sus hogares sobre promoción de la salud, estilos de vida saludable, nutrición, salud mental – emocional y social, prevención, inmunización, incluyendo a la familia en todos los procesos de atención, que potencien su desarrollo, prolongue la independencia y funcionalidad. Dentro del subprograma de atención integral, está constituido por objetivos específicos que se deben cumplir para dar una atención con calidez y calidad al adulto mayor para mejorar su condición de salud.

1. Promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud, construyendo el conocimiento desde su cosmovisión.
2. Prevenir, retardar la aparición de enfermedades y discapacidades.
3. Garantizar la atención integral de salud, escalonada, oportuna con calidez y calidad a este grupo de personas.

4. Garantizar la rehabilitación de las personas adultas mayores a través de la rehabilitación comunitaria e institucional.
5. Estimular la participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a las necesidades de las personas adultas mayores, construyendo modelos de atención locales, a través de la coordinación intersectorial y multidisciplinaria con los diferentes actores nacionales y locales.
6. Desarrollar y contribuir en la formación de los recursos humanos en gerontología y geriatría, en la capacitación a los EBAS a través de la coordinación intersectorial y multidisciplinaria con los diferentes actores nacionales y locales, las redes sociales y comunitarias.
7. Desarrollar procesos de investigación relacionados con la geriatría y gerontología en coordinación interinstitucional e intersectorial.

2.2.6 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Por lo general, nadie cuestiona los méritos que tiene en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Pero la controversia se suscita cuando se considera la eficacia de estas medidas en relación a la población adulta mayor. Según evidencias cada vez más significativas, el hecho de que las personas mejoren su estilo de vida influye tanto en la salud como en la longevidad, incluso cuando los cambios se hacen tarde en la vida. Además, la promoción de la salud implica el desarrollo de conductas que mejoren la capacidad de funcionamiento del cuerpo y permitan al individuo adaptarse a un entorno en constante evolución. La prevención de las enfermedades entraña actuaciones encamadas a reducir o eliminar la exposición a riesgos que pudieran aumentar las posibilidades de que un grupo contraiga enfermedades o sufra incapacidad o muerte prematura (Gilford, 1988). El avance que se ha dado en los últimos años en la implementación de actividades preventivas y de promoción de la salud desde las diferentes instancias de salud, hace que éstas vayan alcanzando un nivel de prioridad cada vez mayor, hasta convertirse

en el elemento nuclear del cambio cualitativo de la transformación producida; por lo tanto se trata de promover opciones de vida sana entre las personas y no solamente de prevenir daños a la salud de las personas con riesgo de padecerlos.

La promoción no es únicamente prevenir la enfermedad. La promoción y la prevención son dos conceptos que tienden a confundirse.

a. Promoción

Por el contrario, comienza con gente básicamente sana y busca promover medidas individuales o comunitarias que ayuden a desarrollar estilos de vida más saludables, dentro de lo que sus condiciones de subsistencia se lo permitan.

b. Prevención

Permite la neutralización de los factores de riesgo de contraer una enfermedad utilizando estrategias de controles viables y eficaces. De esta forma se anticipa a la aparición del efecto que puede perjudicar la salud de la población. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, “la prevención se define como una actividad distinta a la promoción de la salud” (OMS, 1998), y su principal diferencia radica en su enfoque: la promoción trabaja con población sana, la prevención con población enferma o en riesgo de enfermar.

2.2.5.1 DIFERENCIAS ENTRE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

A continuación se presentan los aspectos relevantes de la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud:

Cuadro 1.- prevención de la enfermedad y promoción de la salud

PREVENCIÓN	PROMOCIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Acción que emana del sector sanitario, considera a los individuos y poblaciones como expuesto a factores de riesgo.• Enfoque de riesgo.• Medidas directas dirigidas al bloqueo de la enfermedad. • Identificación de causas modificables de la enfermedad.• Más efectivo cuanto más temprano se frene el curso.• Medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad (reducción de factores de riesgo) y también a detener su avance y atenuar sus consecuencias.• Alta motivación del tratante y el tratado.	<ul style="list-style-type: none">• Proceso que da a la población los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud.• Enfoque poblacional.• Esfuerzos realizados para mantener y mejorar la salud de individuos, familias y comunidades.• Gran potencial de mejorar indicadores de salud.• Más efectivo entre más temprano se inicie.• Medidas destinadas modificar actitudes, conductas y comportamientos. • Percepción individual del beneficio es poca.⁽²²⁾

2.2.7 FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

El objetivo de la asistencia que cubre la enfermería gerontológica es que los pacientes tengan el mayor grado de funcionalidad posible alcanzando el máximo de

su capacidad (Bahr, 1987). La última actualización de los estándares y del objetivo de la asociación norteamericana de enfermería en materia de práctica de la enfermería gerontológica incorporaba ya los conceptos de promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad y cuidado de uno mismo para reflejar así la actual orientación de la enfermería gerontológica. Sin embargo, estos conceptos no son nuevos, porque ya Florence Nightingale dio vida en su época a esos ideales. El modelo de una sanidad orientada hacia el bienestar se difuminó a medida que el personal de enfermería respondía a los avances tecnológicos y se integraba en un modelo de sanidad basado en la enfermedad.

En la actualidad, estos profesionales se concentran cada vez más en el bienestar y se estudia sus problemas en el área de la práctica, educación e investigación. Además, reconocen la capacidad que tiene para contribuir positivamente a la resolución de cuestiones relacionadas con la asistencia sanitaria. También se halla ligada al personal de enfermería la idea de promover la salud de todos los individuos⁽²³⁾

2.2.8 ETAPA EVOLUTIVA DE LA TERCERA EDAD

El estudio científico de la vejez desde la psicología hace su aparición en el siglo XIX asociado al interés surgido en torno al envejecimiento como parte de la psicología del desarrollo (Riegel, 1977). Con el fin de concretar el desarrollo histórico del estudio de la psicología de la vejez y el envejecimiento, se van a establecer para su descripción una serie de etapas, siguiendo el clásico trabajo de Birren (1961) sobre la historia de la psicología del envejecimiento. Así, se pueden distinguir las siguientes fases: un período inicial, desde 1835 hasta el final de la segunda década del siglo XX, una etapa referida al comienzo de la investigación sistemática, entre 1918 y 1945 y un período de constitución a partir del fin de la segunda guerra mundial (1945-1960). A las etapas anteriores se suma una última fase de consolidación y desarrollo que de acuerdo a la aproximación histórica sobre el estudio de la vejez

realizada por Fortaleza (1993), comenzaría con la década de los 60 y se extendería hasta la actualidad.

El desarrollo de la Psicología de la vejez comienza a adquirir una mayor solidez a partir de la finalización de la II Guerra Mundial. Desde 1945 hasta finalizada la década de los años 50 se puede considerar un período de crecimiento y difusión del estudio de la Psicología de la vejez, así como de aplicación de los conocimientos para solventar los problemas de las personas mayores. Este crecimiento se ve apoyado además, por el nacimiento de una serie de instituciones desde las que se potencian tal estudio, se difunde el interés por el mismo y se sustenta su continuidad.⁽²⁴⁾

En cuanto a los aspectos psicológicos más investigados en esta época, se mantiene el interés principal por las habilidades intelectuales durante la vejez y se amplía a otros aspectos, como la memoria y el aprendizaje, la adaptación en la vejez y su relación con el nivel de actividad y satisfacción con la vida. Para poder lograr un concepto adecuado de lo que es el envejecimiento, hay que cumplir todo el desarrollo entre la temprana adultez y la vejez propiamente dicha. A menudo los problemas de ajuste de la persona mayor son simples variaciones de sus dificultades durante la edad media. La forma en que una persona resuelva sus problemas en la edad adulta será un buen índice de cómo bregará con ellos en los años de la vejez. Lo que haya ocurrido en la biografía de la persona indudablemente influye en su concepto de la vejez.⁽²⁵⁾

Acciones favorable para un buen envejecimiento

Cuando se comienza a envejecer, se producen cambios como ya se señalaba anteriormente, se debe aprender a vivir con estos cambios aceptándolos y disfrutando de esta etapa de la vida para un envejecimiento positivo, si bien es cierto, no existe una receta mágica para lograr una buena vejez, si existen acciones que pueden

favorecer un buen envejecimiento, como lo señala el Servicio Nacional del Adulto Mayor, entre los cuales tenemos:

- Valorarse como personas, valorando sus experiencias e historia personal, con conciencia de habilidades y potencialidades y permitirse ponerlas en práctica.
- Conocer sobre la etapa de la vida llamada vejez, sabiendo los cambios físicos, psicológicos y sociales que tendrá que enfrentar, para así prepararse y minimizar los efectos negativos, es necesario hacer del autocuidado una práctica de vida.
- Realizar un proyecto de vida, de acuerdo a su propia realidad, que responda a motivaciones personales, a los que se desea, lo que da placer, etc. llevar a cabo actividades pendientes por falta de tiempo, hijos, trabajo o cualquier otra razón.
- Aceptar la muerte como algo natural, no como tragedia, sino como parte de nuestra vida y así facilita el entendimiento de pérdidas de personas queridas y cercanas.
- Establecer una red social, para así mantener contacto con otras personas, lo cual está demostrado que ayuda positivamente a los Adultos Mayores. En esta red social deberían estar estos tres niveles: el familiar, manteniendo una buena comunicación con los hijos, nietos, intercambiando historias de vida, y compartiendo éstas como una fuente de sabiduría para ésta. Los amigos, con los que se comparta recuerdos, paseos e intereses y por último participar en organizaciones, las cuales pueden ser de Adultos Mayores, Filosóficas, Religiosas, Defensa del Medio Ambiente, Derechos Humanos, entre otras; lo que conlleva a ser miembro activo de una organización cualquiera que sea su fin, lo que permite asumir nuevos roles, experimentar juntos nuevas experiencias. El contar con una red social, evita aislarse y estar centrados en nosotros mismos, en los problemas que nos aquejan, la soledad y permite estar integrado a la sociedad.
- Integrarse no adaptarse: es importante hacer esta distinción, el adaptarse significa acomodarse a una situación o grupo, siendo en muchos casos sujetos de asistencialismo, en cambio integrarse es formar parte de ese grupo asumiendo como propios los intereses, objetivos, es decir, se es protagonista.

- Mantener interés por lo que ocurre en el entorno: esto implica estar al día con las noticias nacionales e internacionales, trata de acercarse a las nuevas tecnologías, utilizarlas y no temerles.
- Trasmitir experiencias: las personas mayores no por estar encasilladas, en el mal denominado “sector pasivo” dejan de aportar a la sociedad, ahora es tiempo de asumir nuevos roles, compartir experiencias y conocimientos que sirven para fomentar la identidad, los Adultos Mayores son referentes de opinión y deben difundir y resguardar los valores cívicos de nuestro país.

2.2.9 VEJEZ, SALUD Y ENFERMEDAD

La actual cultura occidental, consumista y exitista, ha colocado a la juventud en un lugar privilegiado frente a las demás etapas de la vida. Sin embargo, la felicidad, el bienestar, la productividad, etc., se puede desarrollar a lo largo de toda la existencia. El mito de que la vejez es una etapa de restricciones, privaciones y sufrimiento debe ser desterrado y así permitir que nuestros viejos (y en el futuro nosotros mismos) podamos gozar de bienestar y salud hasta el fin de la vida.⁽²⁶⁾

Se puede llegar a viejo sin problemas de salud físicos ni mentales: todo depende del estado que mantenga previamente una persona. Si bien es cierto que el proceso de envejecimiento no está exento de problemas, la enfermedad no es exclusiva de la vejez, como no lo es la salud de la juventud. En efecto, la enfermedad puede aparecer en cualquier etapa de la vida, no hay una edad fija. Mientras personas jóvenes y aún niños padecen variadas enfermedades, muchos viejos son saludables. El hecho de que aparezcan ciertas limitaciones no quiere decir que no se goce de buena salud. Existe un estado ideal, un bienestar propio de cada etapa de la vida. Y si esas etapas se viven al máximo del cuidado y prevención, se puede conservar una gran proporción del organismo en forma saludable en la última etapa de la vida.

La enfermedad es una de las notas características del envejecer y viene condicionada por la vulnerabilidad de la edad avanzada. Antes de exponer el hecho básico en patología geriátrica, que es el diferente modo de enfermar con respecto a otras edades, conviene conocer cuál es la definición de enfermedad. Una de las más valiosas y de plena aplicación al envejecer, es la de Lain Entralgo: *"Es un modo de vivir personal aflictivo y anómalo, reactivo a una alteración corporal, en la que padecen las acciones y funciones vitales, por el cual el individuo vuelve al estado de salud, muere o queda en deficiencia vital permanente"* Para este autor las vivencias de la enfermedad están constituidas por:

- Invalidez, al no poder realizar lo que quiere o lo que necesita.
- Molestia, en cualquier grado de afectividad.
- Amenaza, al sufrir la pérdida de la integridad de las funciones y hacerse próxima la sensación de la disolución vital.
- Soledad, determinada por la imposibilidad de transmitir las vivencias que la enfermedad acarrea.
- Anomalía, nacida de la clara percepción de que los sanos se hallan en el ámbito de la normalidad.

De estas vivencias en la enfermedad de los adultos mayores, hay que subrayar la invalidez, la amenaza, la molestia y la soledad, porque al estar impresas en el propio envejecimiento, se harán más densas y significativas.⁽²⁷⁾

2.2.10 RELACIONES AFECTIVAS

La vida de la mayoría de los individuos de edad avanzada se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellos y a quienes éstos sienten cercanos.⁽²⁸⁾ La familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional, y en la edad avanzada tiene sus propias características especiales. Ante todo es probable que sea

multigeneracional. La mayoría de las familias de las personas de edad avanzada incluyen por lo menos tres generaciones; muchas alcanzan cuatro o cinco. La presencia de tantas personas es enriquecedora pero también crea presiones especiales. Además, la familia en la edad avanzada tiene una historia larga, que también presentan sus más y sus menos. La larga experiencia de afrontar tensiones puede dar confianza a estas personas en el manejo de cualquier situación que la vida ponga en su camino.

Por otra parte, muchos ancianos aún están resolviendo asuntos inconclusos de la niñez o de la edad adulta temprana. Muchos eventos de la vida son especialmente típicos de la familia de edad avanzada (aunque no se limitan a ellas): volverse abuelo o bisabuelo, retirarse del trabajo y perder al cónyuge. Las relaciones personales, especialmente con los miembros de la familia, continúan siendo importantes bien entrada la vejez.

2.2.11 DIMENSIONES DEL BIENESTAR

En las personas mayores las preocupaciones por la salud son de naturaleza multidimensional y afloran en la dimensión física, psicosocial o espiritual. Las diferencias que plantea (Pender) entre la protección y la promoción de la salud servirán de marco para presentar las conductas del paciente (Pender, 1987). Erickson el bienestar del adulto mayor constituye el proceso de aceptación de los cambios a los que la vejez enfrenta a los adultos mayores *“hay que sumarse al proceso de adaptación. Con todo el tacto y la sabiduría que podamos reunir, las incapacidades se deben aceptar con alegría y buen humor”*⁽²⁹⁾

BIENESTAR FISICO

La salud presenta múltiples facetas y aunque, se ha prestado mucha atención a las enfermedades físicas, la promoción del bienestar es relativamente reciente. Al envejecer caen todos los sistemas físicos aunque, cada uno de ellos lo haga en ritmo diferente y varíen considerablemente los procesos según los individuos. Cabe preguntarse si se puede hacer algo para modificar o retrasar el deterioro y prolongar así el bienestar físico y si afecta la salud física que se siga una dieta equilibrada, se practique un programa regular de ejercicios y exista un descanso adecuado. Puede distinguirse dos estilos de conducta sanas (Pender, 1987). Las conductas dirigidas a la promoción de la salud son proactivas e intentan realzar un estado de salud sano de partida y expandir el potencial de la salud. Las conductas preventivas o protectoras de la salud se dirigen hacia una enfermedad específica y con frecuencia constituye una respuesta a una amenaza percibida para la salud. Se ha demostrado que ciertas conductas, como el tabaquismo o el uso de múltiples drogas, dañan especialmente al bienestar físico.

BIENESTAR PSICOSOCIAL

El bienestar físico depende del bienestar psicosocial y en este bienestar psicosocial desempeña un papel fundamental el entorno, la estructura social y las relaciones personales. En los últimos años de la vida es necesario que el individuo realice muchas adaptaciones para garantizar la salud de la psique. Por lo tanto, en un tiempo de cambio continuo las personas experimentan varios cambios de función y sobreviven a acontecimientos estresantes, en un esfuerzo por seguir socialmente integrados.

Cambios de función.- la función define nuestra relación con el entorno y nos ayuda a definirnos. La función social es el puesto que asumimos en la sociedad, en el cual se espera de nosotros ciertas cosas. Sin embargo, será necesario realizar cambios rápidos como ejemplo: cuando de la función del trabajo se pase a la jubilación, etc. Pero entonces, afortunadamente, se sume otras funciones nuevas o bien adquieran

más importancia las ya existentes. Estas funciones tienen por lo general menos valoración y por tanto, este cambio puede producir en efecto negativo en la autoestima de la persona mayor.

Cambios vitales.- a medida que envejecemos experimentamos múltiples cambios que requieren una respuesta y una adaptación de nuestra parte. Por lo general, se considera que la pérdida del conyugue es el acontecimiento de la vida que conlleva una mayor dosis de stress. Se ha demostrado que la viudez tiene un fuerte impacto en la salud y que acelera la muerte (Ferraro, 1989). Entre las conductas que se desarrollan para proteger la salud del individuo se incluirá el apoyo del sistema social, la familia y los amigos, que tiene un efecto amortiguador.

Integración social.- es menos probable que padezca depresión derivada del estrés aquellos ancianos que son conscientes de dominar la situación (George, 1990). Su yo protagonista no solo reacciona ante la estructura social sino que contribuye a crearla. Sin embargo, aunque la persona no trabaje, la vida cotidiana le exigirá una considerable cantidad de tiempo y energía. A medida que envejezca la persona necesitará más tiempo para atender las demandas físicas cotidianas como cocinar, limpiar, o viajar y aumentará también el tiempo libre. Algunas de estas actividades requieren que la persona se haga socia de instituciones, pero otras las puede desarrollar en solitario. La mayoría de los ancianos prefiere este último tipo de actividades como ver televisión, leer o visitas a la familia y a los amigos. Muchas personas piensan que la integración social es una actividad que promueve y protege la salud. Para otros, lo más apropiado es el aislamiento. Sin embargo, los estudios revelan que el individuo que es más activo muestra mayor satisfacción por la vida que la persona retraída.

Por lo tanto en la valoración de la enfermería se incluirá el hecho de determinar las actividades que interesen al paciente, así como el grado de satisfacción que le proporcionan. Así mismo, tendrá que identificarse las razones por las cuales el paciente no participe. La causa de que algunos ancianos no lleguen a implicarse en este tipo de actividades puede ser los problemas de transporte. Por consiguiente, el

personal de enfermería debe investigar las opciones del transporte y las formas que tenga el paciente en implicarse en la comunidad. No se puede infravalorar la evaluación del bienestar psicosocial del paciente ya que los ancianos no son ajenos a las enfermedades mentales, hay que tener en cuenta que el personal de enfermería se encuentran en una posición idónea para detectar, evaluar, asesorar y recomendar médico a las personas que sufran de este tipo de problemas.

Conductas que entrañan alto riesgo.- es frecuente que tanto los ancianos como las personas jóvenes abusen de sustancias nocivas para la salud y que en muchos casos se trate de medicamentos prescritos más que de drogas ilegales la sustancia de la que se abusa con más frecuencia es el alcohol. La valoración del personal de enfermería deberá tener en cuenta la posibilidad de abuso de alcohol y luego facilitar los oportunos servicios de apoyo.

BIENESTAR ESPIRITUAL

El bienestar físico se refiere a la salud de los sistemas, el psicosocial identifica la relación que tiene la persona consigo misma y con los demás y por último, el bienestar espiritual se refiere a la relación con un ser superior. Y lo incluimos en una esfera distinta porque, como advierte Hammer (1990), el dar apoyo emocional dentro de un contexto psicosocial no es necesariamente una forma eficaz de responder a las necesidades espirituales.⁽³⁰⁾

Se suele llamar espiritualidad o vida espiritual a una serie de prácticas que le permiten al ser humano entrar en contacto con lo más profundo de sí mismo. Las principales tradiciones religiosas hablan del proceso de llegar a nuestro corazón que no hace referencia al órgano corporal sino a un “órgano espiritual” donde reside nuestra capacidad de amar, de gozar la vida en plenitud, de construir con otros una realidad mejor, más humana. Es donde reside nuestra identidad más profunda y auténtica. En ocasiones las preocupaciones, las dificultades y heridas que la vida nos va dejando, nos impiden encontrar el camino de regreso al corazón y para sanarnos de esa “enfermedad” debemos buscar un camino espiritual.

El primer paso de la espiritualidad es aprender a ver la realidad tal cual es, dejar que nos hable y contemplarla, otra característica de la vida espiritual es aprender a dejar, aunque sea por unos minutos, nuestra carga de expectativas y ambiciones, ya que, muchas veces, nos empeñamos en obligar al mundo a ser como nosotros quisiéramos que fuera, lo cual es imposible y puede convertirse en fuente de frustración, otro elemento importante de toda espiritualidad sana es que nos ayuda a darnos cuenta de que somos identidades relacionales, es decir que si quiero saber quién soy yo, cuáles son mis potenciales y lo que me hace verdaderamente feliz, debe descubrirlo en mis relaciones interpersonales, para lo cual necesito entrar en relaciones sanas de reciprocidad con las personas que me rodean; eso es lo que llamamos amor. Amar es compartir bienes, dar y recibir lo mejor de cada uno. El personal de enfermería que trabaje con adultos mayores tiene que comprender el significado de la dimensión espiritual. Tiene que ayudar al paciente en su crecimiento espiritual y el mejor método de seguir es ser un oyente activo ⁽³¹⁾

2.2.12 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL ADULTO MAYOR

Los adultos mayores tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, reumatismo, entre otras), tienen más episodios de enfermedades agudas y enfrentan un riesgo más elevado de accidentes que el resto de la población, por lo tanto, ostentan tasas más altas de hospitalización, con una proporción 2.4 veces mayor que la población general y un promedio de 12 días de estadía en comparación con los 8 días de la población general excluyendo a los menores de 1 año ^(MINSAL, 1998).

En cuanto a las principales causas de muerte en el país corresponden a patologías asociadas directamente al envejecimiento de la población, tales como las enfermedades del aparato respiratorio que representan, en conjunto, más del 60% del total de las muertes. El gran desafío en la atención de salud a la población consiste,

sin lugar a dudas, en lograr equilibrar tres principios fundamentales: accesibilidad, oportunidad y equidad. La situación de salud aún presenta problemas por resolver por lo que el Ministerio ha orientado su actual función en otros tres principios: descentralización, satisfacción del usuario y participación.

Todos estos principios son los que sustentan el modelo de atención de salud actual focalizado en las personas y sus necesidades reales. Existe consenso en nuestra sociedad, que el adulto mayor es uno de los grupos más vulnerables y complejos en sus demandas de salud y que los servicios de salud y las entidades formadoras no se encuentran totalmente preparados para dar respuesta satisfactoria a esas demandas.⁽³²⁾

El adulto mayor requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también y muy destacadamente, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto general donde la profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del curar. La enfermera profesional se inserta de esta manera con su propia perspectiva en el cuidado integral del adulto mayor por lo que es necesario fortalecer desde el pregrado los fundamentos que sustentan el cuidado humanizado del adulto mayor y la formación técnico-profesional de sus cuidadores formales e informales.

2.2.13 PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO/A MAYOR

Al aumentar la esperanza de vida crece el número de personas mayores que necesitan una gama más amplia de servicios de salud, que incluye los de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación, cuidados de enfermedades agudas o crónicas y cuidados paliativos. Los servicios profesionales de enfermería

comprenden la gestión del cuidado, en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente, se reconoce que la gestión de enfermería es un poderoso componente que contribuye cada vez más en el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedad.

La investigación en enfermería ha constatado que dentro de los problemas más importantes que afectan los cuidados del adulto mayor se encuentran las pérdidas sensoriales, situación que motiva a asumir una actitud de alerta a los profesionales de enfermería como directos responsables en contribuir a elevar el nivel de calidad de vida de nuestra población.

La condición requirente de cuidados de enfermería es la incapacidad de las personas para proporcionarse a sí mismas de forma continuada la cantidad y calidad de autocuidado acorde con la situación de salud personal. La OMS definió la práctica de autocuidado como "la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad", lo cual le permitiría, de una forma dinámica, desarrollar de manera independiente sus actividades de la vida diaria. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

2.2.14 CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez dependiente es el reto más inmediato de las políticas sociales. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el status de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el *envejecimiento de la sociedad* en una cuestión de máximo interés.

La calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer.

La calidad de vida en la vejez dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, siendo cuidadas en familia, para que puedan seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar. Políticas que tengan presente la dimensión femenina de los cuidados de salud, para que no contribuyan a seguir reforzando el rol dependiente de las mujeres cuidadoras. En la mayoría de las personas, los problemas graves de salud no surgen hasta al menos los 75 años. Los que se encuentran entre los 65 y 74 años, por ejemplo: el 80% no tiene ninguna dificultad con las actividades del cuidado de la casa incluyendo las tareas pesadas.

2.2.15 SÍNDROMES GERIÁTRICOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como «un estado en el que existe una situación óptima de bienestar físico, mental y social y no meramente como una ausencia de enfermedad»; esta definición adquiere en geriatría un relieve especial al incluir tanto las alteraciones físicas y mentales como las circunstancias socioeconómicas y personales. El concepto de anciano sano no está ligado siempre al de ausencia de enfermedad y quizás, como bien recuerda también la OMS, «la salud del anciano se mide en términos de función». Con el envejecimiento se producen cambios fisiológicos en todos los sistemas del organismo que determinan disminución de la reserva funcional limitando la capacidad de respuesta ante un aumento de la demanda o estrés. También se produce un deterioro de los procesos reguladores que mantienen la integración funcional entre los diferentes órganos y sistemas del individuo. Así, el envejecimiento no es sólo la suma de la reducción individual de la reserva funcional de cada órgano sino también, de los mecanismos de función que integran sus funciones. Una consecuencia directa de todo lo anterior sería el concepto de *presentación atípica de las enfermedades*, (por ejemplo: una neumonía manifestándose con un delirium, sin fiebre o tos o dolor torácico). Con relativa frecuencia los adultos mayores tienden a manifestar síntomas inespecíficos y no necesariamente el cuadro típico de la enfermedad concreta.

En geriatría es habitual la presencia de «alteraciones»; es decir, de enfermedades no conocidas ni por el paciente ni por su médico que además, con frecuencia son el origen de incapacidades no explicadas por los trastornos previamente documentados, en un marco funcional que obliga a medir la enfermedad a través de sus consecuencias y no sólo a partir de las causas que la generan. Esta forma de «presentación atípica» de las enfermedades en las personas adultas mayores son las responsables de los denominados síndromes geriátricos, sin caer en el error de considerar a éstos única y exclusivamente como una manifestación atípica de una enfermedad. Estos síndromes pueden generar mayor morbilidad y consecuencias en ocasiones más graves que la propia enfermedad que los produce (por ejemplo:

síndrome de inmovilidad generado por un ACV [accidente cerebrovascular], sin una buena prevención de las úlceras de decúbito éstas pueden aparecer y generar más problemas).

Los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en los ancianos y que son el frecuente origen de incapacidad funcional o social en la población. Son la manifestación (síntomas) de muchas enfermedades, pero también son el principio de muchos otros problemas que debemos tener en cuenta desde su detección para establecer una buena prevención de los mismos. ⁽³³⁾ Dentro de los síndromes geriátricos tenemos:

- Caídas
- Delirio o síndrome confusional
- Demencias – enfermedad de Alzheimer
- Depresión
- Dismovilidad
- Fragilidad
- Yatrogenia
- Incontinencia urinaria
- Problema de los pies
- Úlceras por presión

Caídas

Una caída se define como la falla para mantener una adecuada posición sentado, acostado o de pie, con la recolocación abrupta e indeseada en el piso. Habitualmente, el cambio de nivel experimentado es de un metro o mayor. El síndrome geriátrico de caídas se define, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, como la presencia de dos o más caídas durante un año. Se considera que un paciente tiene caídas recurrentes cuando presenta más de tres episodios por mes. Se estima que el 30% de las personas de 65 años o más, sufren una caída al año. Esta representa la

primera causa de lesiones no fatales y la quinta causa de lesiones fatales en los adultos mayores.

Los principales factores de riesgo para presentar una caída son la debilidad muscular, las alteraciones en la marcha y el equilibrio, el uso de auxiliares de la marcha de forma inadecuada como bastones y andaderas, las alteraciones visuales, la depresión, el deterioro cognitivo y la dependencia funcional. Algunos medicamentos como los antidepresivos, antiarrítmicos, diuréticos y la insulina particularmente las de acción rápida también se han encontrado asociadas con estos eventos.

Delirio o síndrome confusional

El Delirium un síndrome caracterizado por alteraciones en la conciencia, atención y percepción, acompañados de un cambio en las funciones cognitivas y que se desarrolla de forma aguda, fluctúa a lo largo del día y no es atribuible a un estado demencial, aunque puede presentarse en pacientes con deterioro cognitivo. Es una patología frecuente en adultos mayores considerada como urgente en Geriatría.

Existen diversos factores que predisponen a que un adulto mayor desarrolle delirium: edad mayor de 65 años, género masculino, alteraciones visuales y auditivas, demencia, deterioro cognitivo, antecedente de delirium, depresión, dependencia funcional, inmovilidad, baja actividad física, historia de caídas, deshidratación, desnutrición, polifarmacia, abuso de alcohol, enfermedad aguda severa, enfermedad renal o hepática crónica, antecedente de enfermedad vascular cerebral, alteraciones metabólicas, fracturas, trauma y enfermedad terminal. Estos factores predisponentes habitualmente son encontrados en adultos mayores vulnerables o frágiles.⁽³⁴⁾

Demencias – enfermedad de Alzheimer

Este síndrome es uno de los más frecuentes en geriatría y a menudo se le confunde con el proceso normal del envejecimiento. La demencia se caracteriza por un

profundo y gradual deterioro de las funciones cognitivas del anciano, con compromiso de su capacidad para efectuar las actividades de la vida diaria y aparición de dependencia funcional. La causa más frecuente de demencia en el adulto mayor es la enfermedad de Alzheimer ⁽³⁵⁾ “El deterioro cognitivo se presenta en personas de 60 años y más en dos de cada diez casos y se incrementa conforme avanza la edad; así en el grupo de 65 a 74 años es del 17% y en el grupo de 75 años y más es del 36%.”^{(SABE-I-EC-2010).}

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central que constituye la principal causa de demencia en personas mayores de 60 años. Se caracteriza por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian. Se desconocen las causas, si bien se sabe que intervienen factores genéticos. ⁽³⁶⁾

Dismovilidad

Definido como la pérdida de la independencia en las actividades de autocuidado o deterioro de las habilidades para el autocuidado, el deterioro funcional se caracteriza por la pérdida de una o más de las actividades básicas (baño, vestido, aseo personal, continencia y alimentación) o instrumentadas (uso de teléfono, transporte, control de medicamentos, compras, actividades domésticas y preparación de alimentos) de la vida diaria en un periodo de tiempo específico. También suelen encontrarse afectadas de forma conjunta las funciones mentales, la capacidad de comunicación y de movilidad en el medio ambiente. Suele observarse hasta en 12% de las personas de 75 años de edad y es un marcador de mal pronóstico para la vida y función a corto plazo.

Son múltiples las causas asociadas al desarrollo de deterioro funcional, En el caso de las enfermedades crónicas, el deterioro asociado suele presentarse de forma escalonada con episodios de mayor afección representados por los eventos de

exacerbación. Las enfermedades terminales como la de Parkinson y las neoplasias mantienen un nivel adecuado de funcionamiento en las etapas iniciales y posteriormente sufren un declive abrupto conforme progresa la enfermedad. Por otra parte, los adultos mayores con fragilidad presentan desde etapas tempranas niveles más bajos de funcionalidad, los cuales se van perdiendo progresivamente de forma insidiosa hasta que se presenta la muerte.

Fragilidad

La fragilidad es referida como un umbral a partir del cual la pérdida de la reserva fisiológica y de la capacidad de adaptación del organismo empieza a ser insuficiente para mantener la independencia y se sitúa en el riesgo de perderla. Es decir, es la disminución de la homeostasis y estaría relacionada con múltiples factores (biológicos, genéticos, estilos de vida, enfermedades crónicas y condiciones sicosociales). La manifestación clínica de todo este proceso sería el inicio de la discapacidad.⁽³⁷⁾

Yatrogenia

Las yatrogenias son más frecuentes en el anciano por falta de información del personal de salud, por automedicación y por incumplimiento de la prescripción. La polipatología, las alteraciones cognitivas y de los órganos de los sentidos y cambios relacionados con la edad que afectan el metabolismo de los medicamentos.⁽³⁸⁾

Incontinencia urinaria

Definida como la pérdida involuntaria de orina en suficiente cantidad o frecuencia que se convierte en un problema de salud y social, la incontinencia urinaria es uno de los síndromes geriátricos más frecuentes. Se presenta entre 14 a 25% de los adultos mayores en comunidad y es más frecuente en las mujeres. Es la segunda causa de

ingreso a instituciones de cuidados crónicos, encontrándose hasta en 60% de los adultos mayores institucionalizados y su prevalencia se incrementa conforme aumenta la edad. Para ser catalogada como un síndrome geriátrico, es indispensable que se encuentre afectado el desempeño personal y social del adulto mayor que la presenta.

La incontinencia urinaria puede ser clasificada de múltiples formas. Una de ellas es en relación al tiempo de evolución, siendo aguda o transitoria cuando se presenta de forma súbita y es causada por enfermedades potencialmente reversibles y/o tratables. Se considera la incontinencia urinaria como crónica o persistente en aquellos casos con más de 6 semanas de evolución, cuando las causas asociadas a su desarrollo no pueden ser resueltas de forma definitiva. Otra forma de clasificar a la incontinencia urinaria es con base en el mecanismo por el cual se perdió el control sobre la emisión de orina. La incontinencia de esfuerzo se caracteriza por una fuga urinaria de leve a moderada, secundaria al aumento de la presión intraabdominal por toser, reír o hacer ejercicio. Es causada por la falla en el esfínter uretral por debilidad intrínseca o por falla en la contracción, habitualmente asociado a alteraciones estructurales en el piso pélvico, particularmente en las mujeres.

La incontinencia de urgencia se caracteriza por pérdidas involuntarias de orina, habitualmente de gran volumen, por disfunción en el vaciamiento de la vejiga asociado a contracciones vesicales espontáneas o provocadas durante la fase del llenado de la vejiga que es imposible de contener o evitar por parte del paciente. Por último, la incontinencia urinaria por rebosamiento es la desarrollada cuando la vejiga es incapaz de vaciarse a consecuencia de un proceso obstructivo (habitualmente por crecimiento prostático), generándose un llenado y estiramiento hasta la máxima capacidad que produce un incremento de la fuerza que vence la resistencia del punto de obstrucción, produciéndose fuga intermitente de orina.

Problema de los pies

Las afecciones de los pies son importantes dada la relevancia que estos tienen para la

vida y el mantenimiento de la independencia. Su alteración es fuente de sufrimiento y pone en peligro la independencia funcional y autonomía de la persona adulta mayor. ⁽³⁹⁾

Úlceras por presión

Es la lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, producida cuando se ejerce una presión prolongada o fricción entre dos planos duros y tiene como consecuencia, una degeneración rápida de los tejidos. La mayoría de las lesiones se producen por la acción combinada de factores extrínsecos entre los que destacan: las fuerzas de presión, tracción y fricción. ⁽⁴⁰⁾

2.2.14.1 PATOLOGÍAS PREVALENTES Y MENOS FRECUENTES DEL ADULTO MAYOR

Cuadro 2.- Patologías Del Adulto Mayor

PATOLOGÍAS PREVALENTES EN EL ADULTO MAYOR	PATOLOGÍAS NO RELACIONADAS CON LA EDAD
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hipertensión arterial ➤ Diabetes mellitus tipo 2 ➤ Neumonía ➤ Osteoporosis ➤ Hipertrofia prostática benigna ➤ Arterioesclerosis ➤ Artrosis – artritis ➤ Párkinson 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Malnutrición ➤ Resfriado común ➤ Cardiopatías ➤ Dolor abdominal ➤ Estreñimiento ➤ Insomnio ➤ Pérdida de peso ➤ Astenia ➤ Disminución de la agudeza auditiva y visual. ➤ Faringoamigdalitis ➤ Gastritis ➤ Mialgias ➤ Anemia ⁽⁴¹⁾

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

AUTOCUIDADO: Actividades relacionadas al cuidado propio de la persona, las realiza él y para él.

BIOGERONTOLOGIA: Ciencia que estudia el ¿cómo? y el ¿por qué? del envejecimiento de los seres vivos.

CALIDAD DE VIDA: Se refiere a bienestar integral, teniendo en cuenta, condiciones y estilos de vida, así como indicadores, tanto objetivos, como subjetivos.

CICLO VITAL: Marco conceptual de la psicología del desarrollo, el cual relativiza la edad cronológica, destaca la importancia de influencias históricas, expectativas sociales y experiencias individuales únicas, como aspectos que conforman la vida de cada persona.

DEPENDENCIA: Estado en que las personas, debido a la falta o pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias.

ENVEJECIMIENTO: Proceso constitutivo de la vida de todo organismo multicelular, desde su comienzo, hasta su final. Implica cambios reconocibles, particularmente desde el punto de vista orgánico a medida que se incrementa la edad.

ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO Y PATOLÓGICO: El envejecimiento fisiológico se considera un hecho normal, siempre que posibilite el disfrute de una buena calidad de vida, adaptada a las diferentes situaciones funcionales y orgánicas que acontecen a lo largo de la existencia.

Cuando se instauran una o varias enfermedades en el proceso fisiológico del envejecimiento y modifica el curso del mismo, se habla de envejecimiento patológico.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: Conforme a la definición de la OMS el envejecimiento activo es “el proceso de optimizar las oportunidades para la salud, la

participación y la seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. El envejecimiento activo aplica tanto a los individuos como a los grupos de población, permite a las personas desarrollar su potencial de bienestar físico, social, mental y espiritual a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades mientras les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

ENVEJECER: Está constituido por el conjunto de modificaciones morfofisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. La vejez es una etapa normal del desarrollo del ser humano y la última fase del ciclo vital, es una experiencia altamente personal que afecta a todo el que vive tiempo suficiente.

EXPECTATIVA PROMEDIO DE VIDA: El número promedio de años de vida que le quedarían a las personas de una edad determinada, tomando como base una edad común específica de acuerdo con las tasas de mortalidad.

GERIATRÍA: Ciencia que estudia las enfermedades agudas y crónicas de los pacientes mayores y se interesa por el conocimiento de la patología del anciano, las variaciones que presenta el organismo de las personas mayores ante los procesos comunes, así como la terapéutica que precisan, ocupándose, en última instancia, de la recuperación funcional y la reinserción social de estas personas.

GERONTOLOGÍA: Ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en general, así como las modificaciones fisiológicas, psicológicas y sociales que se producen en la senectud.

LONGEVIDAD: El término "longevidad" debemos reservarlo tan sólo para referirnos a cualidades de la persona (ej. persona muy o poco longeva)

VEJEZ: Condición de ‘ser persona vieja’, en el sentido de haber vivido mucho más que otros. Equivale a *ancianidad*, cuando se alude específicamente a los seres humanos.

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1 HIPOTESIS

La asistencia integral de enfermería influye en la condición de salud del adulto mayor.

2.4.2 VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Condición de salud del adulto mayor

VARIABLE INDEPENDIENTE

Asistencia integral de enfermería

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	CONCEPTO	CATEGORIA	INDICADORES	ESCALA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Asistencia integral de enfermería	Cuidados que permiten el desarrollo biopsicosocial del adulto mayor	Estado Funcional	-Implementos de ayuda -Actividades recreativas -Terapia ocupacional	-Andadores -Bastones -Barandas de apoyo -Ninguno -Bailoterapia -Caminatas -Gimnasia -Ninguno -Bordado -Tejido -Costura -Ninguno	Encuesta al personal de enfermería de las UO de la zona urbana de Riobamba
		Estado Nutricional	-Control de medidas antropométricas -Valoración del estado nutricional	-Si -No -Nutricionista -Médico General -Enfermera	
		Estado Mental	-Memoria y Emociones -Escucha las opiniones del paciente.	-Profesional Psicólogo -Médico General -Enfermera -Si -No	
		Estado Social	-Seguimiento al maltrato del adulto mayor	-Trabajadora social -Médico general -Enfermera	

			-Prioridad en trámites -Trato amable	-Si -No -Siempre Ocasionalmente -Nunca	
		Estado Espiritual	-Realización de ceremonias religiosas -Disponibilidad de actor religioso	-Siempre Ocasionalmente -Nunca -Siempre Ocasionalmente -Nunca	

VARIABLE DEPENDIENTE	CONCEPTO	CATEGORIA	INDICADORES	ESCALA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Condición de salud del Adulto mayor	Estado físico y emocional del adulto mayor que se manifiesta en alteraciones físicas y condiciones afectivas determinados por controles farmacológicos y ayuda emocional.	Patologías frecuentes	Síndromes Geriátricos:	-Caídas -Delirio o síndrome confusional -Demencias- Alzheimer -Depresión -Dismovilidad -Fragilidad -Yatrogenia -Incontinencia urinaria -Problema de los pies -Úlceras por presión.	Fichaje de partes diarios y consolidados mensuales de los adultos mayores
		Patologías propias de la edad	Enfermedades crónicas - degenerativas	-Osteoporosis -Hipertensión arterial -Diabetes mellitus -Neumonías -Hipertrofia prostática benigna -Artrosis -Artritis.	
		Patologías menos frecuentes	Independientes de la edad	-Cardiopatías -resfriado común -Estreñimiento -Insomnio -Pérdida de peso -Astenia -Disminución de la agudeza auditiva -Disminución de la agudeza visual. -Dermatitis Faringoamigdalitis -Gastritis -Mialgias -Anemia -Parasitosis -Bronquitis -Cefalea -Hiperlipidemias -Neuritis -Colitis	

CAPÍTULO III

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 MÉTODO

Se utilizó el método Inductivo y Deductivo con un procedimiento de Análisis y Síntesis de la información.

- TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo Descriptiva y Explicativa.

Descriptiva porque analizó el comportamiento de cada una de las variables consideradas para conocer cómo se presentó en la realidad.

Explicativa porque no se quedó en la descripción solamente, sino que dio una explicación de las relaciones de causa y efecto entre las variables, es decir se determinó la existencia o no de dependencia entre las mismas.

- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

De campo no experimental.

De campo por que la información se obtuvo de manera directa en la unidad en estudio, esto es en las unidades operativas de la zona urbana de la ciudad de Riobamba

No experimental porque no se interviene sobre las variables.

- TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue transversal porque los datos fueron recogidos en un periodo de tiempo.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN

La población considerada en esta investigación estuvo constituida por:

13 Enfermeras de la Unidades Operativas de la zona urbana de la ciudad de Riobamba

1527 pacientes adultos mayores en morbilidad y 123 pacientes adultos mayores en atención preventiva: TOTAL 1650

3.2.2 MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra para el caso de los pacientes adultos mayores, se aplicó la siguiente ecuación.

$$n = \frac{Npq}{(N - 1)\left(\frac{ME^2}{NC^2}\right) + pq}$$

Donde:

n=tamaño de la muestra

N=tamaño de la población: 1650

pq =varianza media de la población 0,25

ME=margen de error (de tablas. 0.05)

NC=nivel de confianza (de tablas. 1,96)

n= 311

En el caso del personal de enfermería se trabajó con toda la población, es decir no se extrajo muestra.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas:

- Encuestas
- Fichaje

Instrumentos:

- Cuestionario de Encuesta
- Cuadro de recolección de datos de los partes diarios

3.4 TÉCNICA PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La técnica que se utilizó es la tabulación de datos que es demostrada con cuadros estadísticos, gráficos y análisis.

La información primaria que se recolectó en el campo de la investigación, se realizó a través del instrumento utilizado que fue la encuesta.

CAPITULO IV

4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro 3. ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN LOS CENTROS Y SUBCENTROS DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE RIOBAMBA

UNIDADES OPERATIVAS	ATENCIÓN PREVENTIVA	ATENCIÓN EN MORBILIDAD	TOTAL	%
CS N° 1	73	859	932	56
CS N° 3	43	499	542	33
BELLAVISTA	0	31	31	2
PANADERIA	0	13	13	1
LOMA DE QUITO	0	17	17	1
SANTA ROSA	0	10	10	1
LOS PINOS	2	15	17	1
NORTE	5	26	31	2
TAPI	0	41	41	2
YARUQUIES	0	16	16	1
TOTAL	123	1527	1650	100

FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

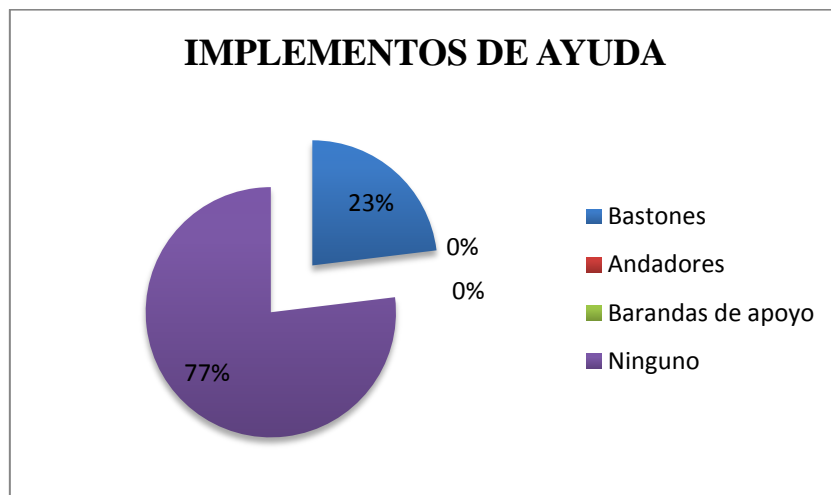
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Como se observa en el cuadro en el centro de salud N°1, la atención en morbilidad fue más alta que la atención preventiva durante los meses de estudio, Se registraron 859 casos en morbilidad y 73 en preventiva, representando al 56%. En el centro de salud N°3 se registraron 449 y 43 casos en morbilidad y atención preventiva respectivamente representando el 33% del total de adultos mayores atendidos en las unidades operativas y se evidenció que mayor número de casos en atención preventiva como en morbilidad tuvo el CSN°1. En lo referente a los subcentros de Bellavista, Panadería, Loma de Quito, Santa Rosa, Tapi y Yaruquies, no existió atención preventiva, brindando solo atención en morbilidad con 128 casos. En los subcentros de salud los Pinos y Norte, se brindó atención preventiva y en morbilidad registrándose 17 y 31 casos, respectivamente con un porcentaje de 1-2% de adultos mayores, todo lo mencionado anteriormente constituyó en un indicador cuando se sabe que la promoción de la salud es fundamental para alcanzar un mejor nivel de salud y vida de los adultos mayores mediante la participación activa del personal de salud.

Pregunta 1. ¿Cuál de los siguientes implementos de ayuda dispone su Unidad Operativa para los Adultos Mayores que acuden a su Centro de Salud?

	N	%
Bastones	3	23
Andadores	0	0
Barandas de apoyo	0	0
Ninguno	10	77
TOTAL	13	100

FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

Gráfico 1.



FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

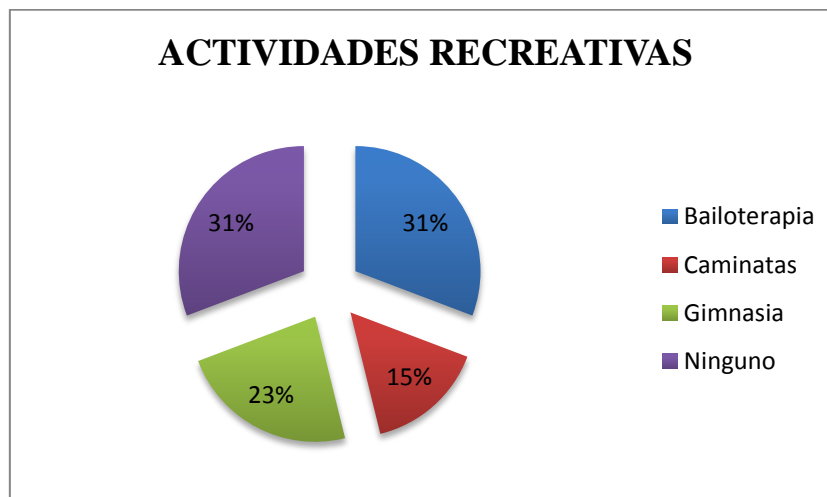
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En el 77% de las unidades operativas en estudio no existió disponibilidad de implementos de ayuda para el adulto mayor y el 23% de enfermeras afirma que poseen bastones como medio de ayuda. La falta de implementos de ayuda incrementa el riesgo de lesiones por caídas ya que la inestabilidad en este grupo poblacional es notoria.

Pregunta 2. ¿En su Unidad Operativa (CS – SCS), que actividades recreativas se realizan para ayudar al Adulto Mayor a conservar su estado funcional?

	N	%
Bailoterapia	4	31
Caminatas	2	15
Gimnasia	3	23
Ninguno	4	31
TOTAL	13	100

FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

Gráfico 2.



FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Se puede observar que el 31% del personal de enfermería asegura que en sus unidades operativas no se realiza ninguna de las actividades recreativas descritas.

Las actividades de bailoterapia y gimnasia son las que practican en forma parcial en algunas unidades operativas con el 31 y 23% respectivamente; pero se debe explicar que la actividad de bailoterapia no es específica para los adultos mayores. Las caminatas representan un 15% como actividad recreativa.

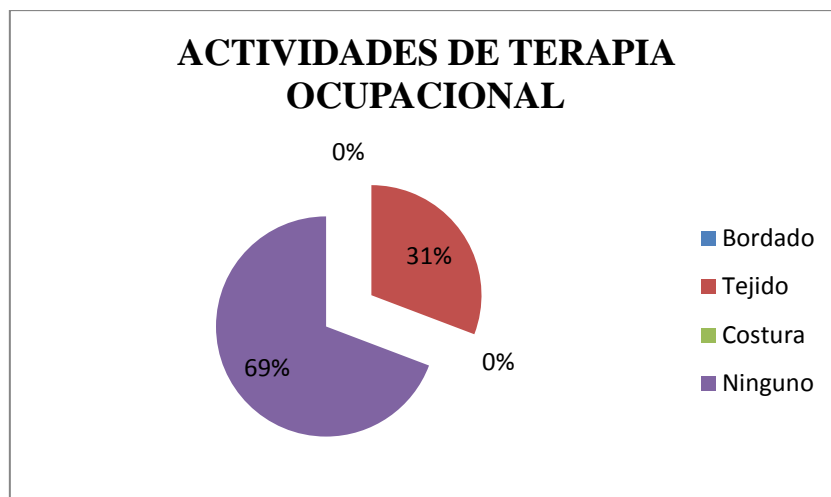
Al haber concluido la investigación y al obtener un alto porcentaje de unidades operativas que no realizan actividades recreativas, se hace necesario modificar esta situación con el fin de mejorar las condiciones de salud de los adultos mayores.

Pregunta 3. ¿En terapia ocupacional que actividades realiza dentro de su Unidad Operativa para ayudar al Adulto Mayor a conservar su estado funcional?

	N	%
Bordado	0	0
Tejido	4	31
Costura	0	0
Ninguno	9	69
TOTAL	13	100

FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

Gráfico 3.



FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

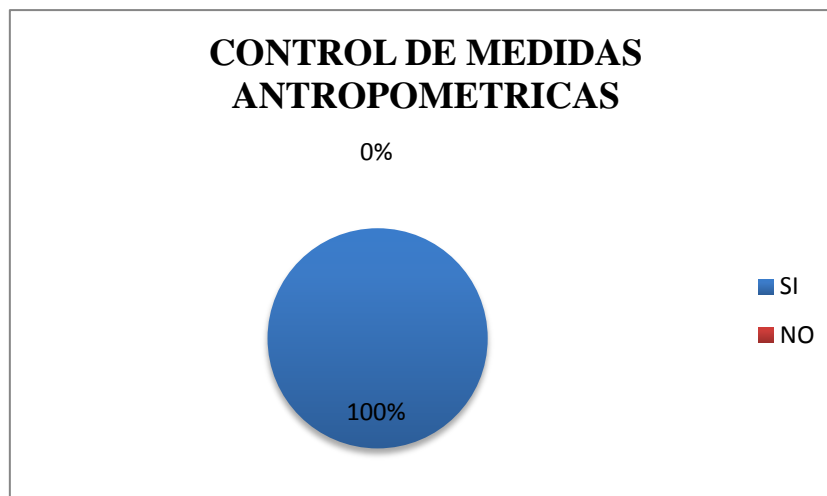
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Prácticamente como se observa en el gráfico, la mayoría de unidades operativas es decir el 69% no realiza ninguna actividad de terapia ocupacional y el 31% restante realiza la actividad de tejido. Se conoce que cuando el adulto mayor realiza algún tipo de actividad o terapia ocupacional esto ayuda a ocupar el tiempo libre de una forma más productiva.

Pregunta 4. ¿En su Unidad Operativa realiza el control de medidas antropométricas al Adulto Mayor que acude a recibir atención?

	N	%
Si	13	100
No	0	0
TOTAL	13	100

FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

Gráfico 4.



FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Según las encuestas realizadas en las unidades operativas se puede observar que en lo referente a la toma de medidas antropométricas el 100% de los centros y subcentros realizan el control porque esto forma parte fundamental para que se realice una valoración nutricional al adulto mayor y poder orientar sobre el tipo de alimentación que puede consumir teniendo en cuenta la edad del paciente.

Pregunta 5. ¿En su Unidad Operativa quien realiza la valoración nutricional a los Adultos Mayores que acuden al control Médico?

	N	%
Nutricionista	2	15
Médico General	4	31
Enfermera	7	54
TOTAL	13	100

FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

Gráfico 5.



FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En las unidades operativas en estudio la valoración nutricional al adulto mayor es compartida por la enfermera y el médico representando el 54 y 31% respectivamente. Según la encuesta realizada solo 2 centros de salud cuentan con nutricionista profesional que representa el 15%. Se puede decir que el personal de enfermería debe estar capacitado en nutrición del adulto mayor con el fin de mejorar el estilo de vida, mantener una nutrición correcta y adecuada.

Pregunta 6. ¿En su Unidad Operativa quien realiza la valoración mental en lo referente a las emociones y la memoria de los Adultos Mayores que acuden al control Médico?

	N	%
Profesional Psicólogo	0	0
Médico General	10	77
Enfermera	3	23
TOTAL	13	100

FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

Gráfico 6.



FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

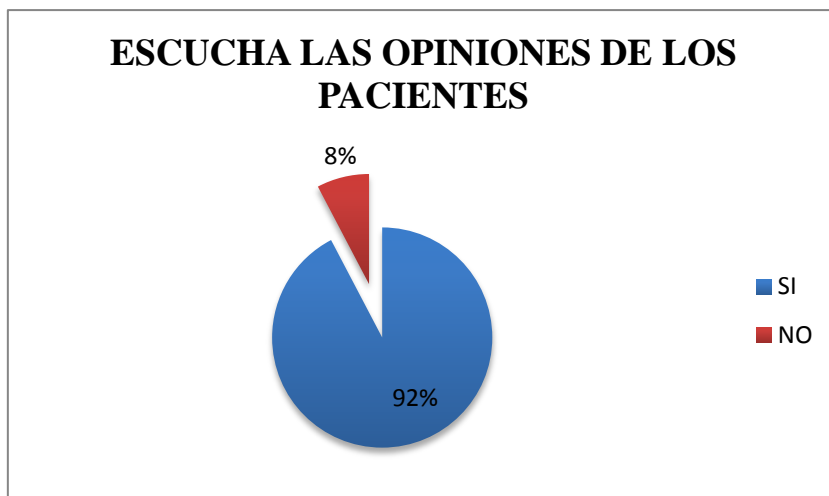
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: La valoración mental la realiza regularmente el médico general de la unidad operativa, que representa el 77% según la encuesta realizada al personal de enfermería. En otras unidades operativas la valoración mental la realiza la enfermera representando el 23%. Sería importante que esta valoración fuera realizada por un especialista para garantizar un diagnóstico eficaz.

Pregunta 7. ¿Escucha usted las opiniones del paciente Adulto Mayor que acude al Centro de Salud?

	N	%
SI	12	92
NO	1	8
TOTAL	13	100

FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

Gráfico 7



FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

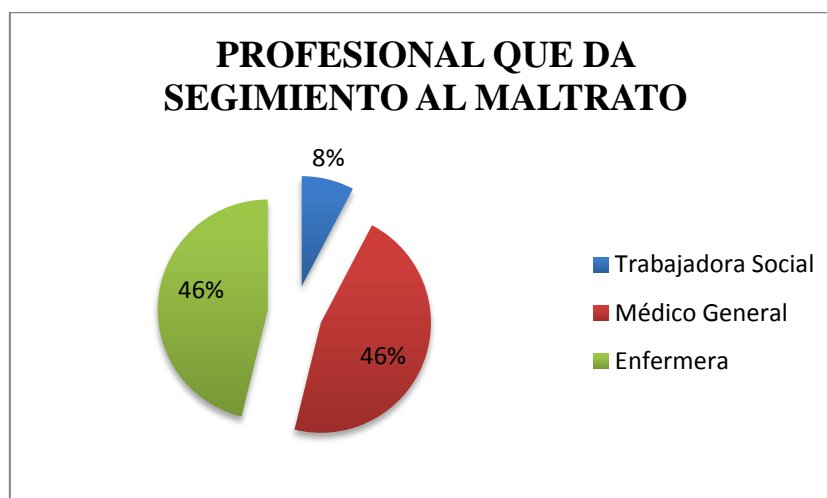
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: El 92% de enfermeras consideran que si escuchan las opiniones de los adultos mayores con respecto a su estado de salud, sin embargo el 8% opina lo contrario. La escucha terapéutica es siempre una buena práctica, pero una vez expresadas las necesidades y demandas del paciente sería necesario llevarlas a cabo.

Pregunta 8. ¿En su Unidad Operativa quien realiza o da seguimiento al maltrato del Adulto Mayor cuando la causa de consulta es esta?

	N	%
Trabajadora Social	1	8
Médico General	6	46
Enfermera	6	46
TOTAL	13	100

FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

Gráfico 8.



FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

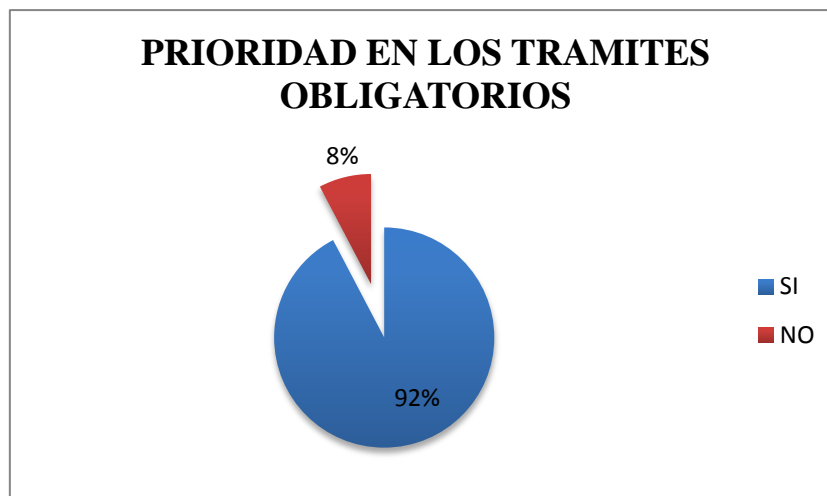
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En las unidades operativas sujetas a estudio el seguimiento al maltrato del adulto mayor es compartido en el 46% por el personal médico y de enfermería y sólo el 8% lo realiza la trabajadora social. En estos casos de maltrato se debe participar de manera conjunta todo el equipo de salud como así se refleja en el estudio. El trabajador social se involucra en aquellos casos que amerita su intervención.

Pregunta 9. ¿Tiene prioridad el Adulto Mayor en los trámites obligatorios de su Unidad Operativa?

	N	%
Si	12	92
No	1	8
TOTAL	13	100

FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

Gráfico 9.



FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

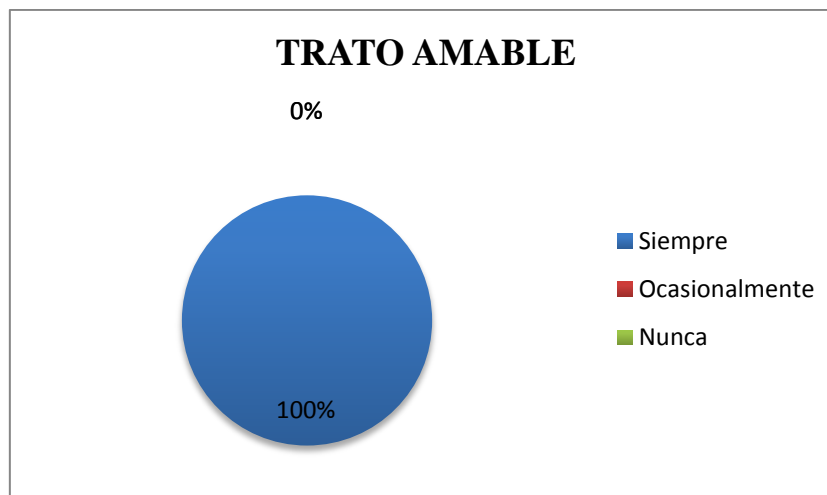
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Realizadas las encuestas al personal de enfermería de los centros y subcentros de salud, el 92% de enfermeras aseguran que los adultos mayores si tienen prioridad en los trámites obligatorios. Aunque esta práctica debería reflejarse en el 100% de los casos, existe todavía el 8% de unidades operativas que no dan prioridad al adulto mayor para que realicen los trámites obligatorios para recibir atención en salud, lo que reflejo la falta de cumplimiento de uno de los derechos que tiene el adulto mayor por pertenecer a este grupo de edad.

Pregunta 10. ¿Entrega usted Trato amable al paciente Adulto Mayor?

	N	%
Siempre	13	100
Ocasionalmente	0	0
Nunca	0	0
TOTAL	13	100

FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

Gráfico 10.



FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

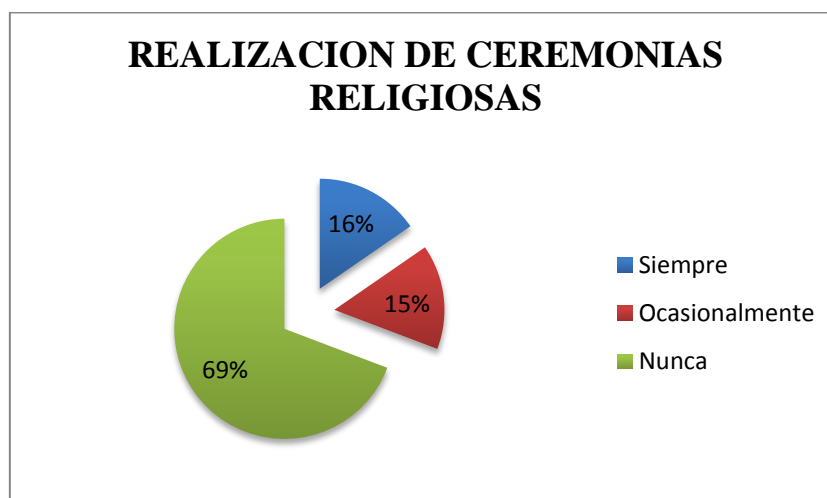
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: El 100% del personal de enfermería de las unidades operativas afirma que siempre dan trato amable al paciente adulto mayor. El trato amable es muy importante para todos los pacientes, pero mucho más en los adultos mayores por su labilidad emocional inherente a la edad.

Pregunta 11. ¿Su Unidad Operativa realiza ceremonias religiosas para mejorar el estado espiritual del paciente Adulto Mayor?

	N	%
Siempre	2	16
Ocasionalmente	2	15
Nunca	9	69
TOTAL	13	100

FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

Gráfico 11



FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

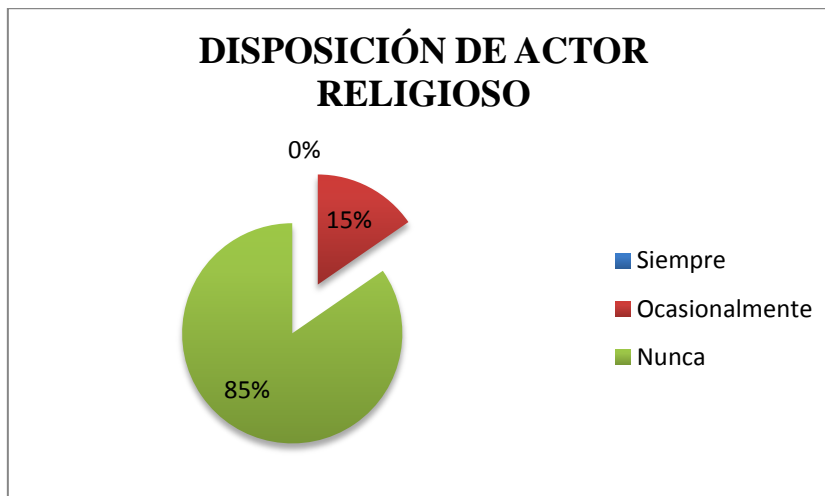
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: El 69% de las unidades operativas no consideran como práctica común la realización de ceremonias religiosas como medio de ayuda espiritual; mientras que el 16% afirman que siempre realizan alguna actividad para ayudar en la espiritualidad del adulto mayor y apenas un 15% de enfermeras manifiestan que en sus centros y subcentros de salud realizan ceremonias religiosas ocasionalmente. La ayuda espiritual que se dé al adulto mayor es útil porque de ella dependen mucho la salud, la paz y la tranquilidad en la mente y en el espíritu pues la espiritualidad desempeña un papel importante en la aceptación del envejecimiento en el enfrentamiento de experiencias como la muerte de personas cercanas y de la posibilidad de la propia. Además ayuda a que se desarrolle un sentido de bienestar psicológico y físico ya que las personas que tiene una visión positiva generalmente cuidan más su propia salud.

Pregunta 12. ¿Dispone su Centro de Salud con un actor religioso?

	N	%
Siempre	0	0
Ocasionalmente	2	15
Nunca	11	85
TOTAL	13	100

FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

Gráfico 12.



FUENTE: Encuesta al personal de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En el 85% de las unidades operativas nunca han requerido la ayuda de un actor religioso pero se puede apreciar que el 15% de las unidades operativas ocasionalmente tienen la presencia o solicitan un actor religioso para brindar la ayuda espiritual que los adultos mayores necesitan.

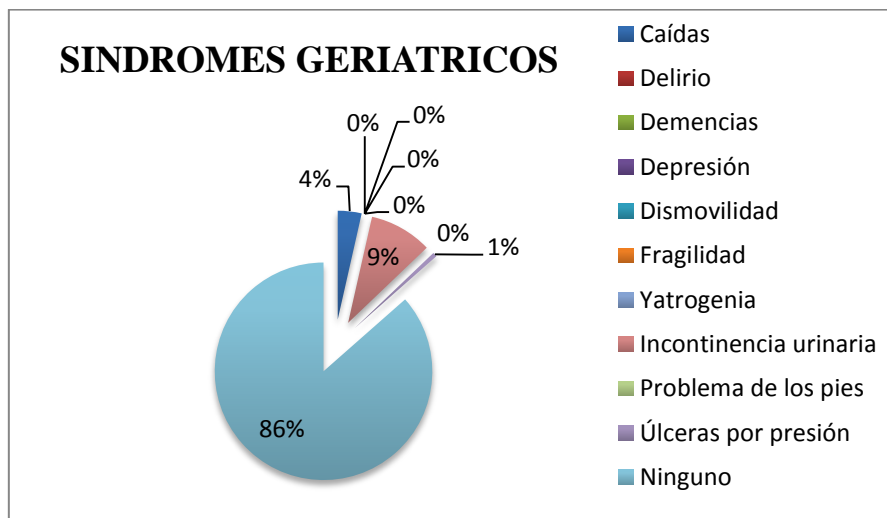
GUIA DE FICHAJE

Pregunta 13. Número de pacientes que presentan Síndromes Geriátricos

	Nº	%
Caídas	11	4
Delirio	0	0
Demencias	0	0
Depresión	0	0
Dismovilidad	0	0
Fragilidad	0	0
Yatrogenia	0	0
Incontinencia urinaria	29	9
Problema de los pies	0	0
Úlceras por presión	2	1
Ninguno	269	86
TOTAL	311	100

FUENTE: archivos de las unidades operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

Gráfico 13



FUENTE: archivos de las unidades operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

ANALISIS E INTERPRETACION: Como se observa en los meses de estudio en las unidades operativas, el 86% de los pacientes no presento ningún síndrome geriátrico. Se registró un 9% de adultos mayores que presentaron incontinencia urinaria y un 4% de adultos mayores que fueron atendidos por presentar caídas. Las úlceras por presión registraron el 1%.

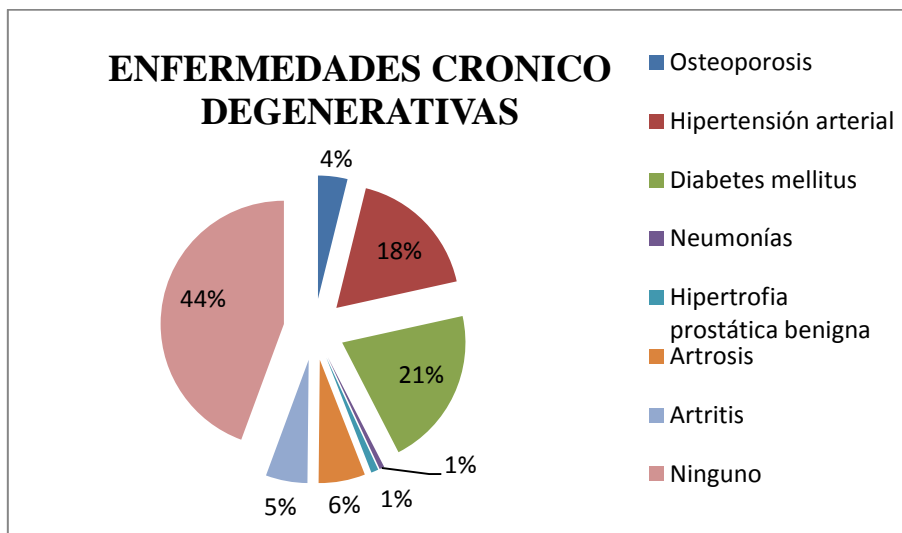
Estos problemas afirman el riesgo que tiene el adulto mayor de sufrir algún accidente pues no se cuenta con implementos de ayuda. Además la incontinencia urinaria es propia de la edad debido a la debilidad de los músculos del suelo pelviano.

Pregunta 14. Patologías propias de la edad

	N°	%
Osteoporosis	12	4
Hipertensión arterial	55	18
Diabetes mellitus	65	21
Neumonías	2	1
Hipertrofia prostática benigna	3	1
Artrosis	19	6
Artritis	17	5
Ninguno	138	44
TOTAL	311	100

FUENTE: archivos de las unidades operativas de la zona urbana de Riobamba
 ELABORADO POR: Paulina Castillo

Gráfico 14.



FUENTE: archivos de las unidades operativas de la zona urbana de Riobamba
 ELABORADO POR: Paulina Castillo

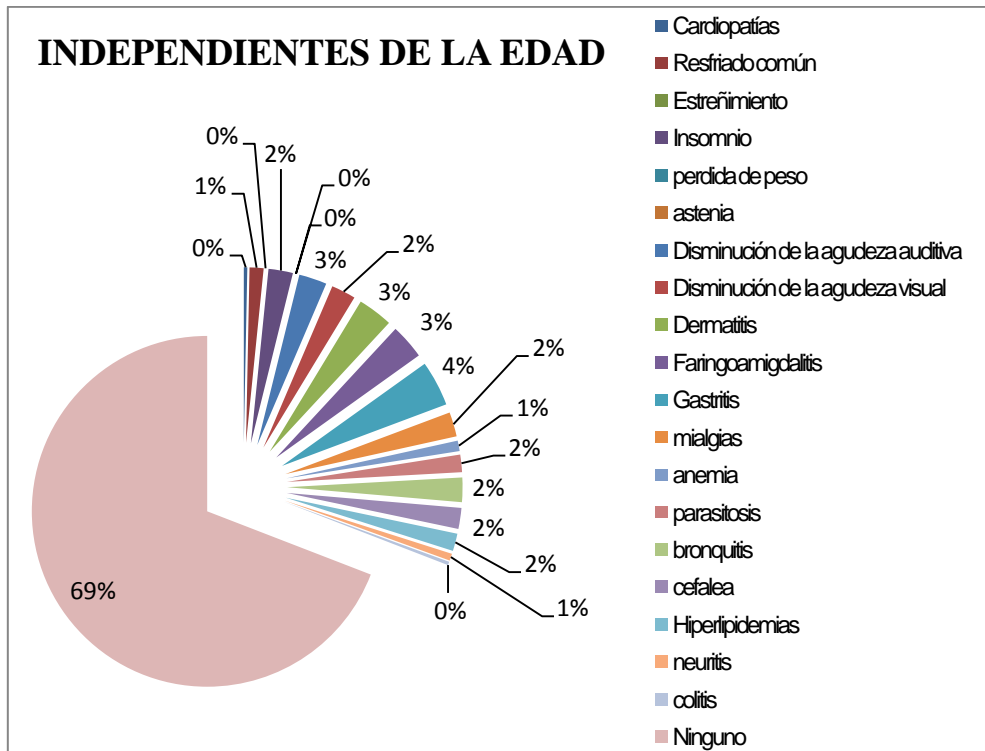
ANALISIS E INTERPRETACION: Según revisión de los partes diarios de las unidades operativas en estudio, se pudo observar que el 44% de adultos mayores que acudieron a recibir atención médica no presentaron enfermedades crónicas degenerativas. Las patologías que más afectaron a los adultos mayores son la diabetes mellitus con el 21%, la hipertensión arterial con un 18%, seguida de la artrosis y artritis con el 6 y 5 % respectivamente; con un 4% tenemos a la osteoporosis y con el 1% se encontró la hipertrofia prostática y la neumonía. Todas estas enfermedades producen en el adulto mayor un grado alto de dependencia con sus familiares o cuidadores así como también un gasto económico para el Estado Ecuatoriano.

Pregunta 15. Patologías independientes de la edad:

	Nº	%
Cardiopatías	1	0
Resfriado común	4	1
Estreñimiento	0	0
Insomnio	7	2
Pérdida de peso	0	0
Astenia	0	0
Disminución de la agudeza auditiva	8	3
Disminución de la agudeza visual	7	2
Dermatitis	10	3
Faringoamigdalitis	10	3
Gastritis	13	4
Mialgias	7	2
Anemia	3	1
Parasitosis	5	2
Bronquitis	7	2
Cefalea	6	2
Hiperlipidemias	5	2
Neuritis	2	1
Colitis	1	0
Ninguno	215	69
TOTAL	311	100

FUENTE: archivos de las unidades operativas de la zona urbana de Riobamba
ELABORADO POR: Paulina Castillo

Gráfico 15



FUENTE: archivos de la unidades operativas de la zona urbana de Riobamba
 ELABORADO POR: Paulina Castillo

ANÁLISIS E INTERPRETACION: En las unidades operativas en estudio se pudo encontrar que el 69% de pacientes no registraron este tipo de enfermedades, los diagnósticos que se presentaron fueron la gastritis representando el 4%, la faringoamigdalitis, la dermatitis y la disminución de la agudeza auditiva existieron en el 3% cada una, al igual pero en menor porcentaje se registraron las demás patologías que aunque no llegaron alcanzar altos porcentajes también son problemas que presentan los adultos mayores. Se sabe que estas son patologías que al igual puede afectar a cualquier edad pero sin dejar de tomar en cuenta que cuando se presentan en los adultos mayores son un problema grave por el mismo hecho de su edad.

4.1 COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

A través de la realización de este trabajo de investigación, se pudo afirmar que la asistencia integral de enfermería influye en la condición de salud de los adultos mayores que acuden a recibir atención en las unidades operativas, porque al implementar actividades recreativas y ejercicios, crear grupos de adultos mayores en donde participen en los diferentes actos sean estos culturales, sociales o religiosos, el adulto mayor tendrá una mayor actividad física, psicológica y social, lo que benefició a que el adulto mayor sea un ente productivo para la comunidad en que se desarrolla, al igual que mejoro su condición de salud con una participación muy activa, lo que convirtió a las personas de la tercera edad en un aporte positivo para la sociedad, El propósito de la enfermería en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder.

CAPÍTULO V

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- La asistencia integral de enfermería al adulto mayor en las unidades operativas, presenta varias limitaciones debido a que el 77% de unidades no dispone de implementos de ayuda para el adulto mayor, el 23% poseen bastones como medio de ayuda, el 69% de centros de salud practican actividades recreativas como bailoterapia, caminatas y gimnasia, pero el 31% de unidades operativas no realizan ninguna actividad recreativa al igual un 31% de centros de salud no realizan actividades de terapia ocupacional además, que el 77% de unidades operativas no cuentan con profesionales capacitados para dar una atención nutricional y social.
- Respecto a los problemas de salud que tienen los adultos mayores en las unidades operativas, se pudo conocer que en los Centro de Salud N° 1 y 3 es donde un 89% de casos se registraron tanto en atención preventiva como atención en morbilidad siendo la atención en morbilidad mucho más significativa que la atención preventiva durante los meses de estudio. Los diagnósticos que se presentaron con mayor frecuencia son: HTA, diabetes, artritis, osteoporosis y pérdida de la capacidad visual. En los demás subcentros estudiados, prácticamente no se atendieron casos en atención preventiva a excepción de los subcentros de Los Pinos y Norte en donde se atendieron 2 y 5 casos respectivamente. En los Subcentros de Salud Bellavista, La Panadería, Loma de Quito, Santa Rosa, Tapi y Yaruquíes, solo hubo atención en morbilidad, entre el 1 – 2%, los diagnósticos que se presentaron con mayor frecuencia son: HTA, diabetes, artritis, osteoporosis, anemia, artrosis, cefaleas, gastritis, hiperlipidemias, parasitosis, hipoacusia, faringoamigdalitis, caídas, colitis, mialgias, dermatitis, neuritis, bronquitis y neumonía.

- La condición de salud de los adultos mayores en relación a la atención integral de enfermería muestra que la incidencia de morbilidad es alta y esto debido a las limitaciones que se presentan en la atención, pues son algunas causas las que no permiten brindar una atención integral de enfermería, el paciente adulto mayor por sus cambios físicos, psíquicos y sociales propios del proceso de envejecimiento, lo hace más vulnerable a padecer trastornos, para lo cual requiere de atención por parte del personal de enfermería que ayude al adulto mayor, lo cual no solo basta tener conocimiento de las enfermedades que padecen los adultos mayores, sino sobre todo amor, paciencia y empatía con las personas de edad avanzada, para de esta manera contribuir a mejorar la condición de su salud.
- Mediante la guía de actividades de enfermería se pudo realizar una participación activa tanto del personal de enfermería como de todo el equipo de salud, al igual que se ha podido conseguir que los adultos mayores tengan una participación e integración positiva, no solo para mejorar la condición de salud sino para tener un envejecimiento activo y productivo y por medio del tríptico se consiguió que el adulto mayor conozca y/o fortalezca su conocimiento sobre las actividades que puede realizar independientemente de su edad.

5.2 RECOMENDACIONES

- Las autoridades responsables del sector salud deben solucionar los problemas detectados, potenciando la salud integral del adulto mayor, con ayuda del programa que para el efecto el Gobierno Nacional ha implementado, el cumplimiento de los lineamientos establecidos. En ellos se detalla los estándares que mejoran la atención integral, tomando en cuenta la promoción, prevención, fomento de la salud y ayuda psicológica y espiritual.
- El seguimiento a la atención social del Adulto Mayor debe ser monitoreado de manera permanente por parte del personal de salud y enfermería de las diferentes unidades operativas, solo así se podrá evitar situaciones negativas en procura del bienestar del adulto mayor.
- Para evitar las caídas hace falta dotación de implementos de seguridad en cada una de las unidades operativas, tales como bastones, barandas, adecuaciones de los ambientes en los baños con elementos de sujeción y sobre todo contar con adecuaciones que eviten el uso de gradas.
- En la parte psicológica debe haber por parte del personal de salud de las unidades operativas mayor control sobre la salud mental y realizar transferencias a otros hospitales especializados a los pacientes que requieran atención especializada.
- La condición de salud de los adultos mayores se mejoraría si se minimizara las limitaciones actuales en la atención integral de enfermería y para esto será útil además la promoción de la atención de enfermería a través de la guía de actividades que ha sido elaborada, como medio de ayuda para que se utilice y ponga en práctica dichas actividades que servirán para una integración del personal de enfermería, el adulto mayor, la familia y la comunidad, esto servirá para convertir al adulto mayor en un ente productivo para la sociedad evitar la autonomía y la independencia.

BIBLIOGRAFÍA

- 2.-CELADE, estudio sobre la protección social de la tercera edad en el Ecuador.
- 4.-Lineamientos Para La Atención Integral De salud De Las Personas Adultas Mayores
- 5.-MSP. Norma Y Protocolos De Atención Integral De Salud Del Adulto Mayor.
- 6.-LASLETT (1996) “Impacto del Envejecimiento Poblacional en la Sociedad”. Seminario 28 y 29 de Agosto de 2000, Centro de Convenciones Diego Portales Santiago, Chile. 35p.
- 7.-BUENDÍA, J (comp.) “Envejecimiento y Psicología de la salud”. 1º Edición. Editorial Siglo Veintiuno. España.3p.
- 8.-Impacto del Envejecimiento Poblacional en la sociedad del 2000. Seminario 28 y 29 de Agosto del 2000. Centro de Convenciones Diego Portales, Santiago de Chile
- 9.-Gerontología Básica, Lecturas complementarias. Capitulo "el adulto Mayor en la sociedad Chilena" por Carmen Barros profesora Pontificia Universidad Católica de Chile, miembro Comité Nacional Para el Adulto Mayor-
- 10.-Gobierno de Chile, Servicio Nacional para el Adulto Mayor. “Módulo de Capacitación para funcionarios públicos: Envejecimiento Poblacional y Gerontología Básica”, 2003.
- 11-15.-BUENDÍA JOSÉ (Comp.) “Envejecimiento y Psicología de la salud”. Editorial Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. año 1994. 58-59, 60-61p, 62-63pg.
- 16.-Constitución de la República del Ecuador. Año 2008.26-27pg.
- 17.-DR. MARTINEZ DIEGO- DR.PABLO ALVAREZ Y. Guías Clínicas Geronto-Geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor. Quito, septiembre 2008.
- 18.-SAN JOAQUÍN ROMERO ANA, FERNÁNDEZ ARÍN ELENA, MESA LAMPRE M. PILAR, GARCÍA ERNEST. Tratado de geriatría para residentes. Sociedad Española de Geriatría Y Gerontología
- 19.-Dr. PEDRO PAULO MARIN L. Jefe del Programa de Geriatría Y Gerontología Universidad Católica De Chile. Fragilidad en el Adulto Mayor y Valoración Geriátrica Integral vol. 29.

- 20.-“Subprograma para la atención primaria y comunitaria de las personas adultas mayores” Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Programa nacional de atención integral de salud del adulto mayor, Quito, septiembre, 2008.
- 21.-MSP, Programa Nacional Del Adulto Mayor Quito- septiembre 2008. Pg. 12, 15,20.
- 22.-PATRICIA REDONDO ESCALANTE CAJA, Costarricense de Seguro Social , Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud 2004 pg. 15-16
- 23.-HOGSTELL, M. Enfermería Geriátrica Cuidados De Personas Ancianas. Editorial Paraninfo.1998.
- 25.-KRISTEN L. MAUK. Enfermería Geriátrica. Competencias asistenciales McGraw-Hill 2008
- 26.- GARCÍA LÓPEZ, M., RODRÍGUEZ PONCE, C. y TORONJO GÓMEZ, A. Enfermería del Anciano. 2001
- 27.-J. L. GUIJARRO, Servicio de Geriatria. Casa de Misericordia. Pamplona. *Las enfermedades en la ancianidad*Suplemento 1
- 28.-BRUKE, M. y WALSH, M. Cuidados integrales del adulto mayor.1998
- 29.-ERICKSON, E. “El ciclo Vital Contemplado”. Editorial PAIDOS. Barcelona – España 2000. Pag.17
- 30.-HOGSTELL, MILDRED O. Enfermería Geriátrica. Cuidados de personas ancianas. Editorial PARANINFO.
- 31.-Universidad Iberoamericana, Instituto De Geriatria, Instituto Nacional De Ciencias Médicas Y Nutrición Salvador Zubiran, Instituto Nación De Las Personas Adultas Mayores. “10 hábitos efectivos para la salud del adulto mayor” TOMO II, pg. 52-55.
- 33.-LUENGO CARMEN, MAICAS LEONOR, NAVARRO M.^a JOSÉ , ROMERO RIZOS LUIS. Tratado de geriatria para residentes. Sociedad Española de Geriatria Y Gerontología
- 35.-MANUEL QUINTANILLA MARTÍNEZ, Enfermería Geriátrica, Cuidados integrales en el anciano TOMO II Primera Edición, Pág. 360-370.

37-39.-MSP Guías Clínicas Geronto Geriátricas De Atención Primaria De Salud Para El Adulto Mayor. Quito, septiembre 2008. Pg.68, 72,80.

40.-RAMÓN Y CAJAL Hospital Universitario Dirección Enfermera Protocolo úlceras por presión Junio 2005 Pág. 3

LINCOGRAFIA

1.-<http://www.adultomayorenelmundo.org.com>

3.-<http://www.terra.es/personal/duenas/enveje.htm>.....proceso de envejecimiento

24.-<http://www.monografias.com/trabajos14/trmnpot/trmnpot.shtml>

32.-<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/CuidadosEnfermeria.pdf>

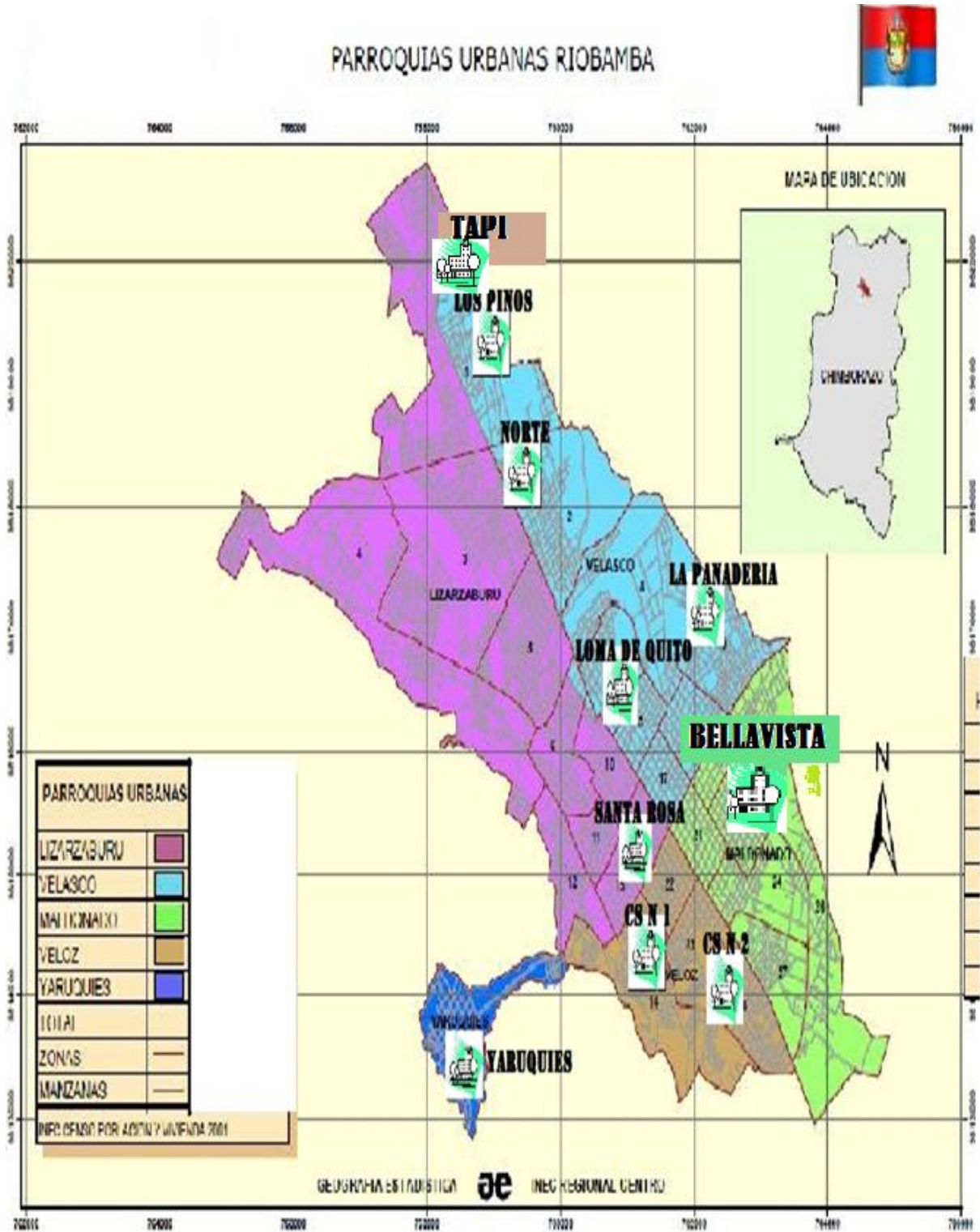
34.-www.medigraphic.org.mx

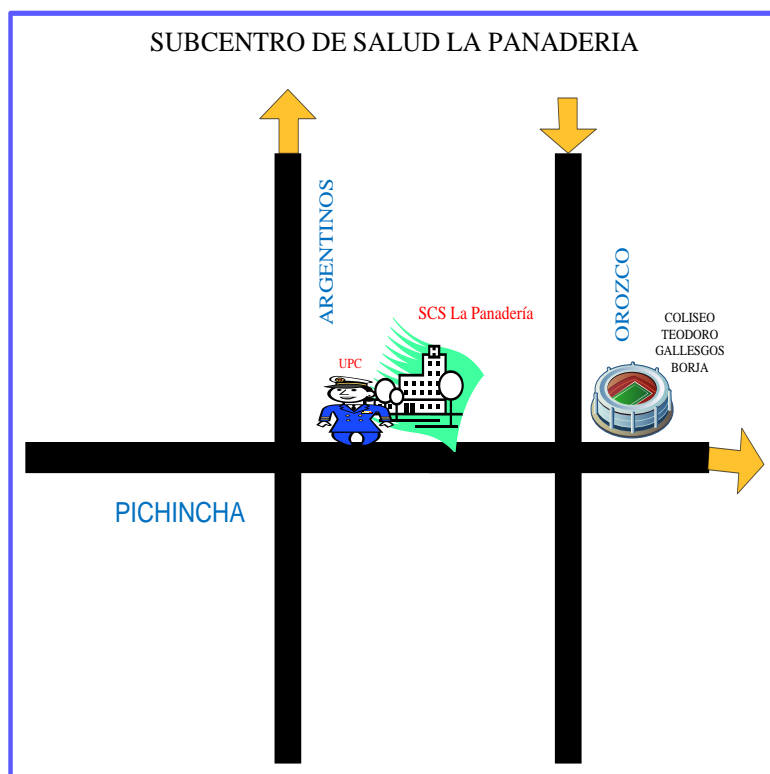
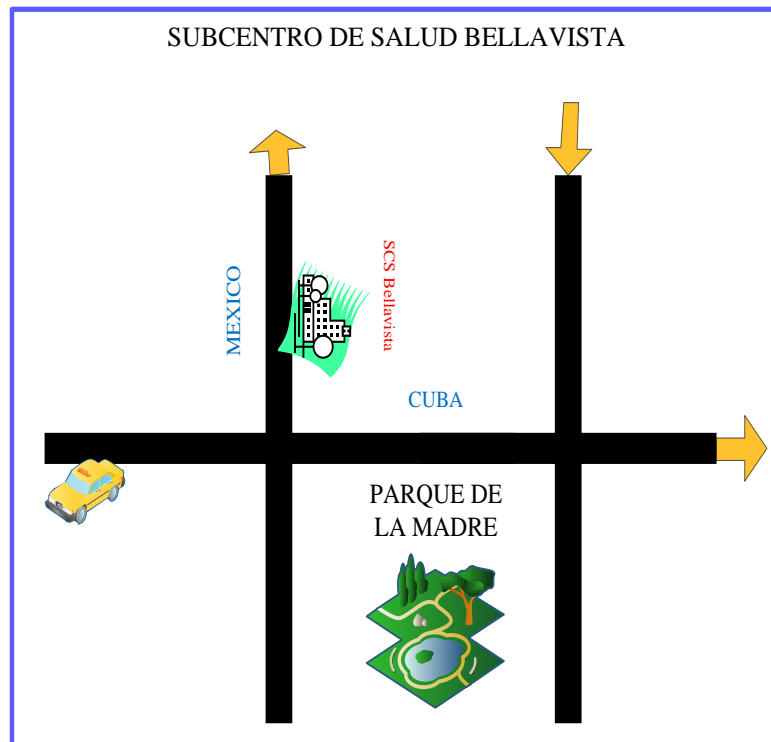
36,41.-[Enfermedades ancianos- Salud – Tercera edad.org – Salud para la tercera edad G:\enfermedades.asp.htm](http://www.salud.org)

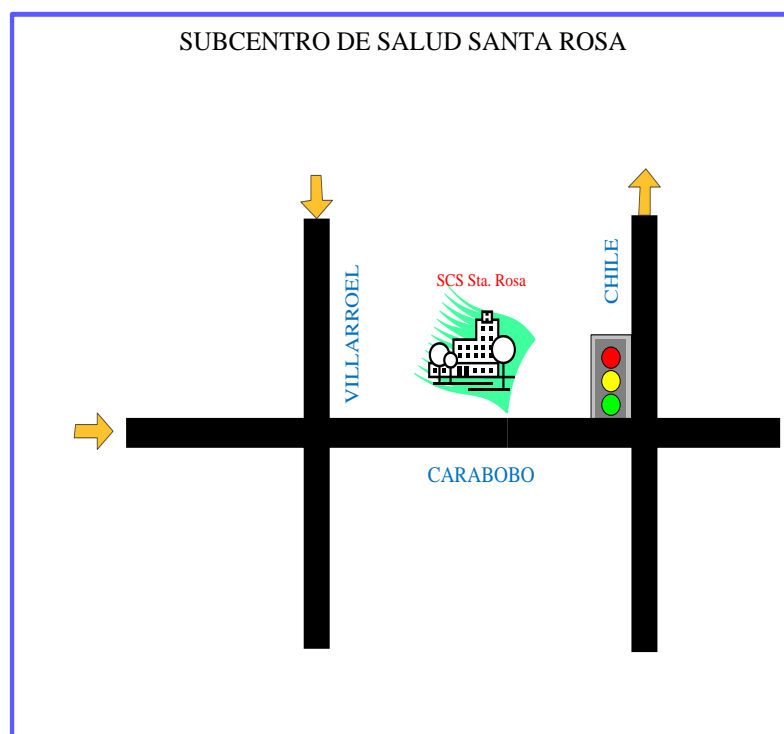
ANEXOS

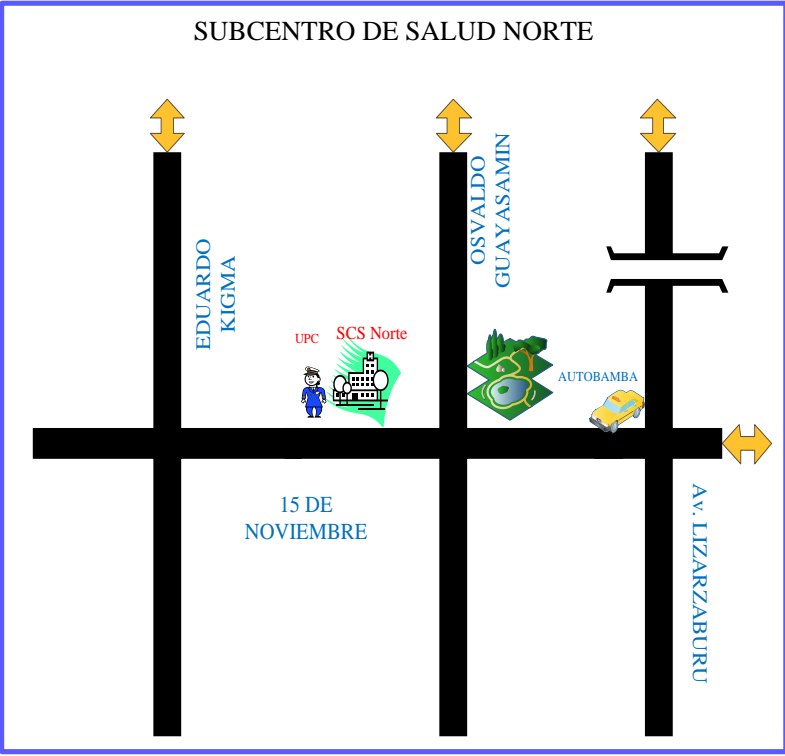


ANEXO 1.- CROQUIS PARROQUIAS URBANAS RIOBAMBA

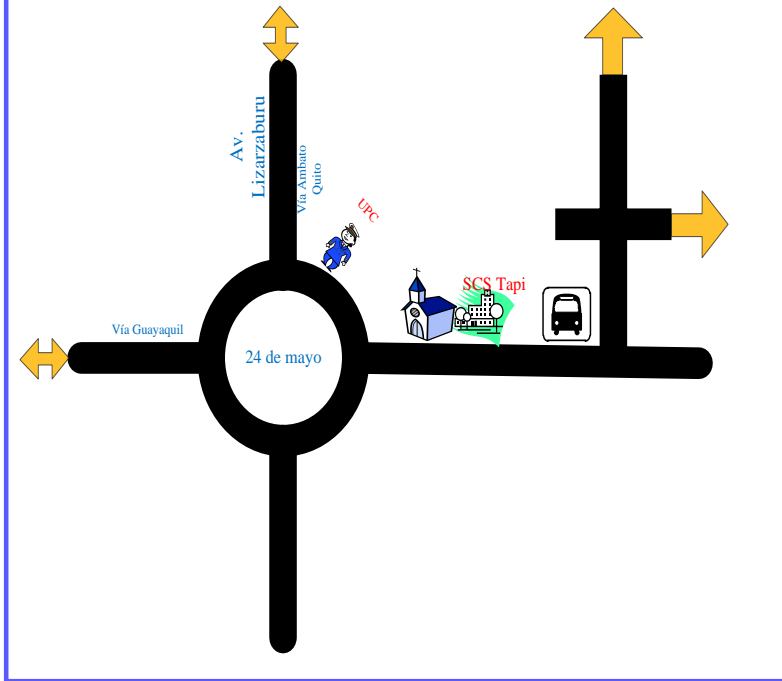




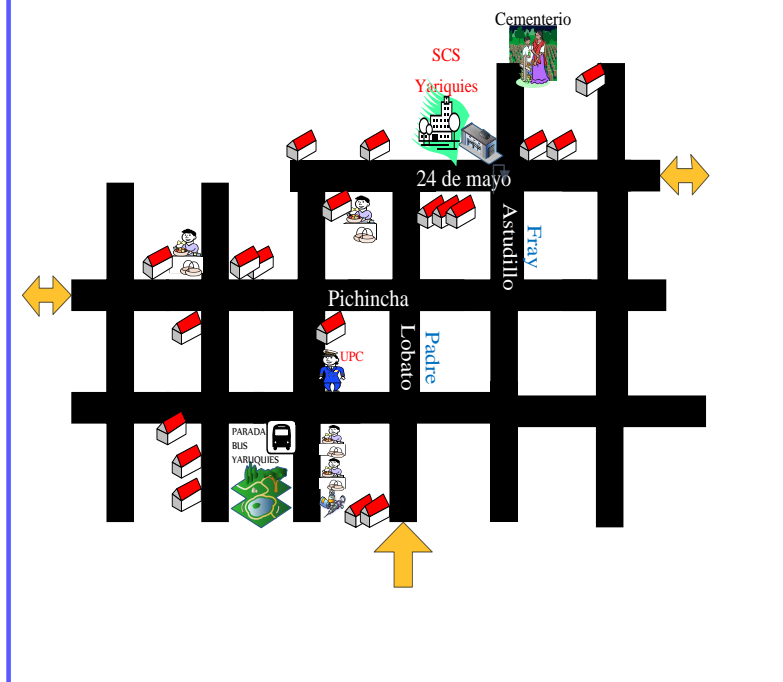




SUBCENTRO DE SALUD TAPI



SUBCENTRO DE SALUD YARUQUIES



ANEXO 3.- GUÍA DE ENCUESTA Y FICHAJE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

GUÍA DE ENCUESTA

DIRIGIDO A: Personal de Enfermería

OBJETIVO: Recopilar información que permita evaluar la asistencia integral de enfermería de las Unidades Operativas de la zona urbana de Riobamba y su relación con la condición de salud de los adultos mayores.

ESTADO FUNCIONAL

1. ¿Cuál de los siguientes implementos de ayuda dispone su Unidad Operativa para los Adultos Mayores que acuden a su Centro de Salud?

Bastones	
Andadores	
Barandas de apoyo	
Ninguno	

2. ¿En su Unidad Operativa (CS – SCS), que actividades recreativas se realizan para ayudar al Adulto Mayor a conservar su estado funcional?

Bailoterapia	
Caminatas	
Gimnasia	
Ninguno	

3. ¿En la terapia ocupacional que actividades realiza dentro de su Unidad Operativa para ayudar al Adulto Mayor a conservar su estado funcional?

Bordado	
Tejido	
Costura	
Ninguno	

ESTADO NUTRICIONAL

4. ¿En su Unidad Operativa realiza el control de medidas antropométricas al Adulto Mayor que acude a recibir atención?

Si	
No	

5. ¿En su Unidad Operativa quien realiza la valoración nutricional al Adulto Mayor que acude al CS-SCS?

Nutricionista	
Médico General	
Enfermera	

ESTADO MENTAL

6. ¿En su Unidad Operativa quien realiza la valoración mental en lo referente a las emociones y la memoria de los Adultos Mayores que acuden al control Médico?

Profesional Psicólogo	
Médico General	
Enfermera	

7. ¿Escucha usted las opiniones del paciente Adulto Mayor que acude al Centro de Salud?

Si	
No	

ESTADO SOCIAL

8. ¿En su Unidad Operativa quien realiza o da seguimiento al maltrato del Adulto Mayor cuando la causa de consulta es esta?

Trabajadora social	
Médico General	
Enfermera	

9. ¿Tiene prioridad el Adulto Mayor en los trámites obligatorios de su Unidad Operativa?

Si	
No	

10. ¿Entrega usted trato amable al paciente Adulto Mayor?

Siempre	
Ocasionalmente	
Nunca	

ESTADO ESPIRITUAL

11. ¿Su Unidad Operativa realiza ceremonias religiosas para mejorar el estado espiritual del paciente Adulto Mayor?

Siempre	
Ocasionalmente	
Nunca	

12. ¿Dispone su Centro de Salud con un actor religioso?

Siempre	
Ocasionalmente	
Nunca	

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

GUÍA DE FICHAJE

1.- NÚMERO DE PACIENTES QUE PRESENTAN SÍNDROMES GERIÁTRICOS

	Nº	%
Caídas		
Delirio		
Demencias		
Depresión		
Dismovilidad		
Fragilidad		
Yatrogenia		
Incontinencia urinaria		
Problema de los pies		
Úlceras por presión		
Ninguno		
TOTAL		

2.- PATOLOGÍAS PROPIAS DE LA EDAD

	Nº	%
Osteoporosis		
Hipertensión arterial		
Diabetes mellitus		
Neumonías		
Hipertrofia prostática benigna		
Artrosis		
Artritis		
Ninguno		
TOTAL		

3.- PATOLOGÍAS INDEPENDIENTES DE LA EDAD:

	Nº	%
Cardiopatías		
Resfriado común		
Estreñimiento		
Insomnio		
pérdida de peso		
astenia		
Disminución de la agudeza auditiva		
Disminución de la agudeza visual		
Dermatitis		
Faringoamigdalitis		
Gastritis		
Mialgias		
Anemia		
Parasitosis		
Bronquitis		
Cefalea		
Hiperlipidemias		
Neuritis		
Colitis		
Ninguno		
TOTAL		

ANEXO 4.- FOTOGRAFÍAS



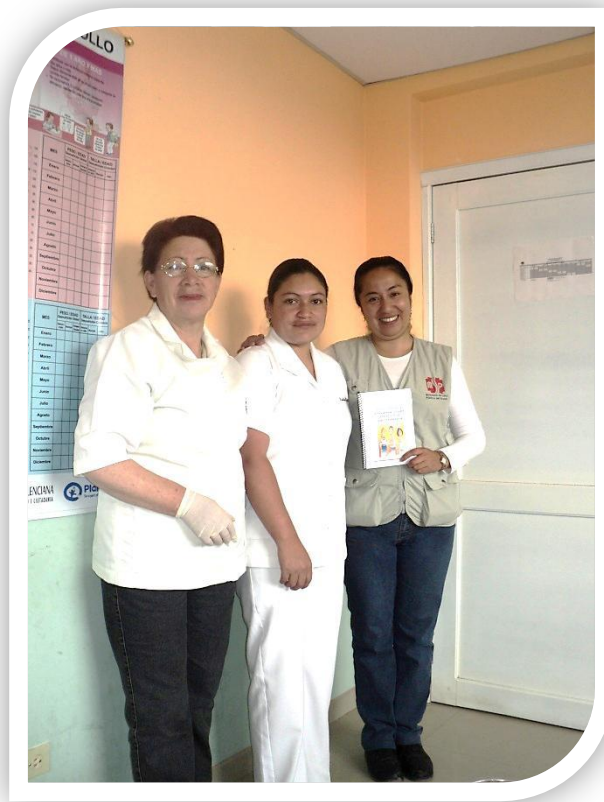
ENTREGA DE UN FOLLETO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE RIOBAMBA





ENTREGA DE UN FOLLETO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBCENTROS DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE RIOBAMBA



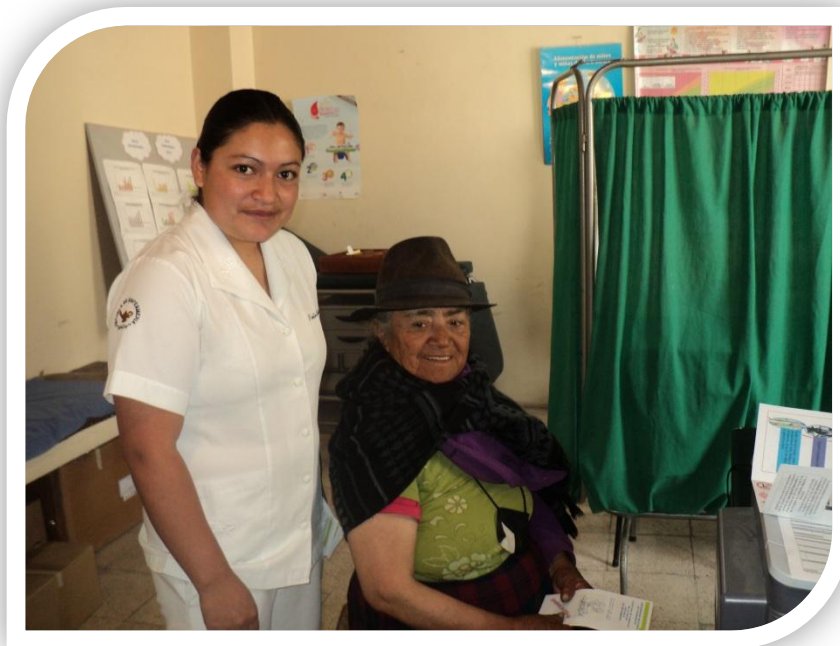


ENTREGA DE UN FOLLETO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SUBCENTROS DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE RIOBAMBA



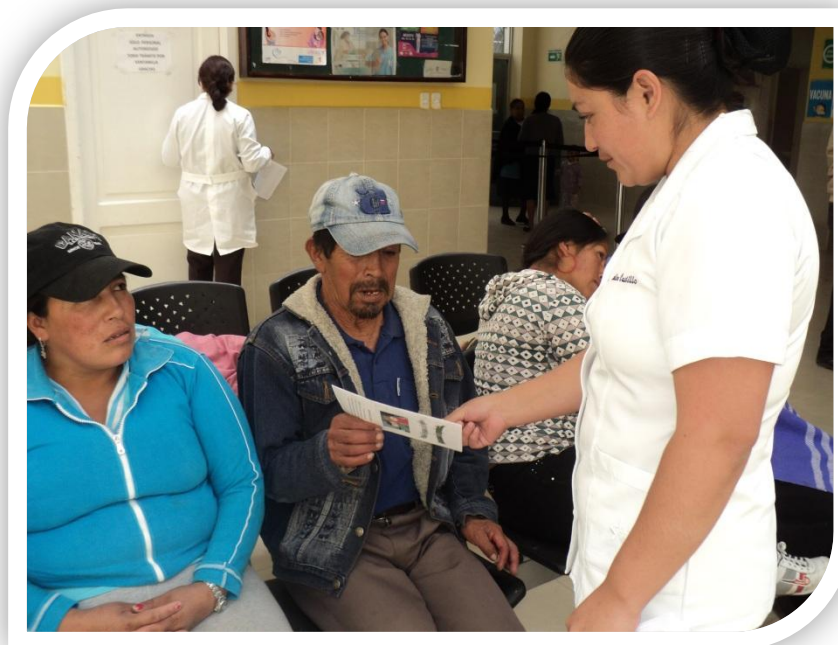


ENTREGA DE UN TRIPTICO A LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LAS UNIDADES OPERATIVAS DE LA ZONA URBANA DE RIOBAMBA





ENTREGA DE UN TRIPTICO A LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LAS UNIDADES OPERATIVAS DE LA ZONA URBANA DE RIOBAMBA



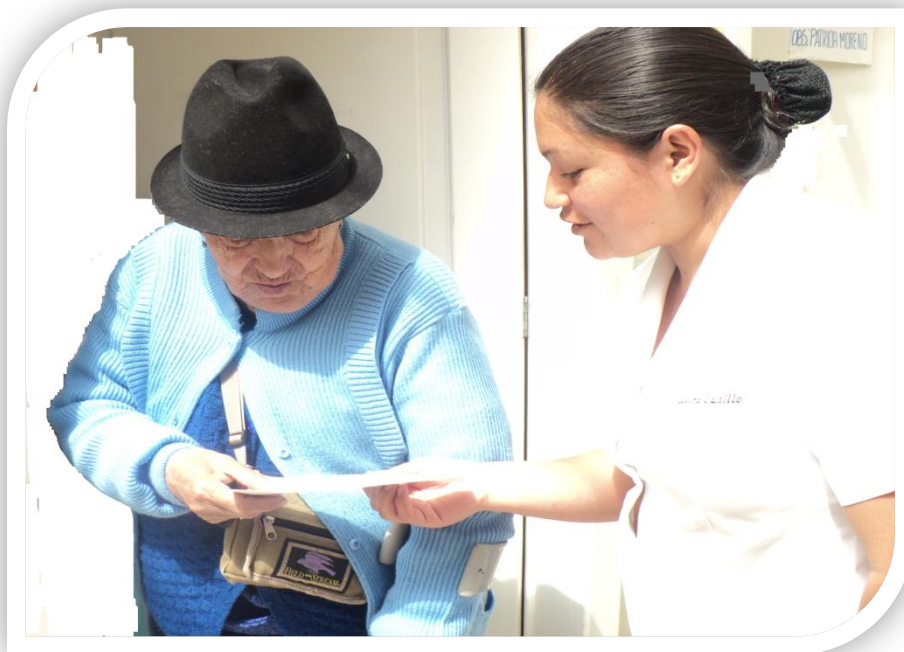


ENTREGA DE UN TRIPTICO A LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LAS UNIDADES OPERATIVAS DE LA ZONA URBANA DE RIOBAMBA





ENTREGA DE UN TRIPTICO A LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LAS UNIDADES OPERATIVAS DE LA ZONA URBANA DE RIOBAMBA





**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

PROPUESTA:

**“GUÍA DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA
ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR”**

AUTORA: PAULINA CASTILLO

TUTORA: LIC. PAOLA MACHADO

Riobamba - 2012

GUÍA DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR



CAPITULO VI

6 PROPUESTA

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
1.1 OBJETIVOS	3
1.2 CONTENIDO	4
1.2.1 Actividades para conservar el estado funcional	4
1.2.2 Actividades para conservar el estado nutricional	6
1.2.3 Actividades para conservar el estado psicológico	9
1.2.4 Actividades para conservar el estado social y espiritual	11
1.3 CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFIA	15



INTRODUCCIÓN

Esta propuesta que se presenta está elaborada a partir de los resultados de la investigación que se realizó, sobre la atención integral de enfermería y su relación con la condición de salud de los adultos mayores atendidos en las unidades operativas de Riobamba.

El presente documento contiene actividades que se constituye en un material elaborado que ayudara a mejorar la atención por parte del personal de enfermería de los centros y subcentros de salud del área urbana de Riobamba hacia el adulto mayor para lograr una vejez activa, digna y productiva. La meta está centrada en diseñar creativamente las medidas de promoción y prevención que contribuyan a mejorar la calidad vida de las personas adultas mayores, convirtiéndose en sujetos activos y productivos. El presente documento constituye un componente de servicio que vincula al adulto mayor, con la familia, el personal de salud y la comunidad, lo que ayudara a mejorar en forma muy práctica para promocionar la salud, mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y minimizar las enfermedades crónicas y las discapacidades que por su edad el adulto mayor está más propenso a sufrir o enfrentar.

Las actividades que se encuentran en este folleto servirán como guía para que el personal de enfermería de las diferentes unidades operativas de la zona urbana de Riobamba, implementen en los diferentes centros y subcentros actividades que ayuden a promocionar la salud y prevenir la enfermedad que de una u otra forma convierten al adulto mayor en sujetos independientes.



JUSTIFICACIÓN

La calidad de atención de enfermería en las diferentes unidades operativas, es un proceso que pretende alcanzar el más alto grado de excelencia como de todo el equipo de salud, es por eso que para lograrlo es necesario la existencia de un folleto con actividades de enfermería para que de esta manera se tomen medidas creativas para mejorar la atención integral de enfermería al adulto mayor, evitando que la atención al adulto mayor se limite solo a tratar la enfermedad, sino a mejorar y ayudar a mantener el estado funcional, nutricional, psicosocial y espiritual, las personas adultas mayores deben ser participantes en el proceso de desarrollo y beneficiarios de las actividades que dentro de los centros y subcentros existen para lograr promover un envejecimiento activo, la inclusión de los adultos mayores se consiguió trabajando conjuntamente para fortalecer sus derechos y mejorar las necesidades básicas que ayuden a conservar la funcionalidad y autonomía.



1.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Contribuir con una guía de actividades de enfermería para conservar el estado físico, nutricional, psicosocial y espiritual de los adultos mayores que acuden a recibir atención a los centros y subcentros de salud con el fin de lograr los años de independencia y mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conseguir la participación activa de los recursos humanos existentes en las unidades operativas.
- Orientar al personal de enfermería sobre actividades generales que se pueden realizar con el adulto mayor.
- Incentivar la participación del personal de enfermería con los adultos mayores para conseguir una intervención que los conviertan en miembros activos de su comunidad.



1.2 CONTENIDO

1.2.1 ACTIVIDADES PARA CONSERVAR EL ESTADO FUNCIONAL

La capacidad funcional del adulto mayor es definida como “el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno”. Dicha capacidad viene determinada, fundamentalmente, por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales. La habilidad psicomotora, entendida como la ejecución de habilidades prácticas que requieren la actividad coordinada muscular, junto con un proceso cognitivo de intencionalidad, que son las bases para las actividades de la vida diaria.

ACTIVIDADES:

- Formar grupos de adultos mayores para promover la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Desarrollar actividades para promocionar un envejecimiento activo.
- Fomentar la participación del adulto mayor para que participe en actividades culturales, tradicionales, etc.
- Desarrollar actividades físicas para mantener el estado funcional.
- Implementar en las unidades operativas como bailoterapia, gimnasia, aeróbicos que ayuden al adulto mayor a conservar el estado funcional.
- Planificar conjuntamente con el adulto mayor un plan de ejercicios en el hogar.



- Coordinar con otras organizaciones para conseguir aparatos auxiliares de marcha como andadores, bastones y enseñar la utilización correcta de estos implementos.
- Educar sobre ejercicios que ayuden a la rehabilitación de la marcha y el equilibrio de los adultos mayores.
- Organizar reuniones con los adultos mayores, familiares y cuidadores para capacitar sobre la importancia de los medios de seguridad en el hogar.
- Educar a los adultos mayores y sus familiares sobre mantenimiento de estilos de higiene personal y cuidados de la piel, utilización de productos adecuados.



El deterioro funcional es común en el adulto mayor, donde existen causas potenciales que contribuyen al mismo como los cambios relacionados con la edad, factores sociales y/o enfermedades; cerca del 25% de los pacientes adultos mayores de 65



años de edad requieren ayuda para las actividades básicas de la vida diaria. En el cuidado del adulto mayor debe considerarse la capacidad funcional que este presenta, misma que debe ser valorada, tomando en consideración múltiples elementos como son los cambios fisiológicos propios del envejecimiento y distinguirlo de las modificaciones que provocan los procesos mórbidos, implicando la pérdida de capacidad funcional.⁽¹⁾



1.2.2 ACTIVIDADES PARA CONSERVAR EL ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional comprende algo más que la cantidad de nutrientes. Una valoración completa incluye el control de la cantidad, los hábitos de comida, la función digestiva, el suministro, almacenaje y preparación de la comida, así como el uso de complementos dietéticos y la actividad física, el tabaco, el alcohol, los



medicamentos y las condiciones socioeconómicas sean los adecuados, una valoración nutricional recogerá los signos y síntomas de las deficiencias. ⁽²⁾

ACTIVIDADES:

- Orientar al adulto mayor, familia para fomentar buenos hábitos nutricionales y estilos de vida saludables.
- Capacitar a los adultos mayores sobre dietas saludables que ayuden a mantener o mejorar el estado nutricional.
- Mantener reuniones que ayuden al adulto mayor a corregir malos hábitos nutricionales que proporcionen información importante para lograr conservar el estado nutricional.
- Proporcionar a los adultos mayores sobre una adecuada alimentación con la utilización de todos los productos ricos en vitaminas, minerales, cereales, etc.
- Educar a familiares y/o cuidadores sobre la importancia de realizar ejercicios que fortalezcan los músculos abdominales y estimular el movimiento intestinal en los adultos mayores que se encuentren inmovilizados.
- Fomentar hábitos saludables sobre higiene dental y técnica correcta para el cepillado diario, uso e higiene de prótesis dentales.
- Informar a los adultos mayores sobre la importancia de una masticación eficaz.



La buena orientación nutricional debería concentrarse en mantener una cantidad adecuada de energía seleccionando los alimentos que tengan una alta densidad de nutrientes. Las actividades nutricionales que se realizan deben tener como objetivo los grupos más vulnerables como la población de adultos mayores.

No se discute el anhelo de todos a vivir más, pero si se apuesta en conocimiento como lograr calidad de vida para nuestros adultos mayores y en este sentido, la alimentación es uno de los pilares fundamentales para mantener un estado físico y mental saludables.⁽³⁾



1.1.3 ACTIVIDADES PARA CONSERVAR EL ESTADO PSICOLÓGICO

El estado Psicológico es considerado un constructor que no tiene un marco teórico claro, relacionándolo con el grado que un individuo juzga su vida «como un todo» en términos favorables y satisfactorios (Veenhoven, 1991; Diener, 1994), y asociándolo con estados de humor positivos, alta autoestima y baja sintomatología depresiva. (Eronen y Nurmi, 1999).



ACTIVIDADES:

- Capacitar sobre cómo lograr la ocupación del tiempo libre para mantener un estado psicológico óptimo de los adultos mayores.
- Educar sobre causas que pueden poner en riesgo el estado psicológico de los adultos mayores.
- Educación sobre la importancia de mantener un ambiente tranquilo para el adulto mayor.
- Realizar conjuntamente con los adultos mayores ejercicios de concentración y orientación en la realidad.
- Crear ambientes saludables con la utilización de musicoterapia, aromaterapia, cromoterapia.
- Organizar charlas educativas con temas sobre autoestima para el adulto mayor y la familia.
- Organizar caminatas para contribuir en el mantenimiento tanto del estado psicológico como físico de las personas adultas mayores.





Durante el envejecimiento, los problemas de salud mental adquieren una importancia especial, siendo prioritarios la depresión y los trastornos cognitivos que corresponden respectivamente a la esfera cognitiva y afectiva y son los causantes de la fragilidad cognitiva en el adulto mayor.⁽⁴⁾



1.2.4 ACTIVIDADES PARA CONSERVAR EL ESTADO SOCIAL Y ESPIRITUAL

Para los adultos mayores es importante desarrollar una espiritualidad saludable es importante procurar una pedagogía del espíritu adaptada a su personalidad e historia, que les ayude a encontrarse con los elementos fundamentales de la experiencia



humana. No olvidemos que la espiritualidad operante suele hacer la diferencia entre una vida plena y feliz o una experiencia precaria y amargada.

ACTIVIDADES:

- Crear espacios de reflexión y vinculación social para la formación e intercambio de experiencias e ideas de los adultos mayores.
- Capacitar a los adultos mayores y a sus familiares sobre riesgos en el hogar y en los lugares públicos.
- Desarrollar temas sobre apoyo social y espiritual para los adultos mayores.
- Organizar reuniones de motivación a cerca de los derechos que tienen los adultos mayores, como conseguir una vida digna, ambiente saludable, vivienda segura, apoyo familiar y social.
- Educación al adulto mayor sobre medidas de prevención y como actuar si existe abuso físico, psicológico, económico, abandono, negligencia en la atención de salud y lugares públicos.
- Coordinar reuniones con los adultos mayores y un sacerdote o consejero espiritual para lograr un estado espiritual
- Coordinar con organizaciones de apoyo como municipio, gobiernos provinciales, prefecturas y otras instituciones públicas y privadas con el fin de dar solución a los problemas sociales que el adulto mayor tenga.



Cuando pensamos en las prácticas que mantienen una vida de calidad en los adultos mayores es fundamental tomar en cuenta aquello que aglutina y armoniza todas las demás facetas de la vida: la espiritualidad.

Esta actividad propiamente humana sirve como principio coordinado de todo lo demás, ayuda a ubicarnos en la realidad con un conocimiento auténtico de quienes somos y a dónde queremos ir. Nos da sentido y nos ayuda a establecer prioridades correctas quitándonos la ansiedad de pretender ser o hacer lo que nos toca. Con una vida espiritual adecuada aprendemos a reconocer la armonía de todo lo que nos rodea y nuestro lugar dentro de ella. El problema es que cuando no se desarrolla una práctica espiritual, no se capta esa armonía y muchas veces queremos tocar nuestra propia melodía aislada de los demás e incluso, en ocasiones, estropeamos el trabajo común y nos perdemos el gozo de percibir la belleza y perfección de lo que podemos hacer en conjunto.⁽⁵⁾



CONCLUSIONES

1. Con la implementación de actividades en las unidades operativas sirvió para que los adultos mayores aprovechen la existencia del personal de enfermería para la realización de actividades que ayuden a mejorar la condición de salud de los adultos mayores.
2. Con las actividades descritas ayudaron para que el personal de enfermería tenga una guía sobre actividades que se pueden realizar para ayudar a los adultos mayores que acuden a los distintos centros y subcentros, para promocionar la salud y conseguir un envejecimiento activo.
3. Conseguimos que exista una integración del adulto mayor con la familia, la comunidad y el personal de enfermería que a través, de la participación activa de todos conseguimos grupos activos y productivos de adultos mayores.





BIBLIOGRAFIA

1. MEDINA B, RODRÍGUEZ GR, GARCÍA MENA LA. Abatimiento funcional y falla para recuperarse en función de la funcionalidad. En: Rodríguez GR, Lazcano BG. Práctica de la Geriátria. 2ª ed. México: McGraw-Hill, 2007, pg. 130-134
2. HOGSTELL, MILDRED O. Enfermería Geriátrica. Cuidados de personas ancianas. Editorial PARANINFO.
3. INP - Hospital Clínico de la Universidad de Chile “recomendaciones para una vejez activa”
4. MSP Guías Clínicas Geronto Geriátricas De Atención Primaria De Salud Para El Adulto Mayor. Quito, septiembre 2008. Pg.39
5. Universidad Iberoamericana, Instituto De Geriátria, Instituto Nacional De Ciencias Médicas Y Nutrición Salvador Zubiran, Instituto Nación De Las Personas Adultas Mayores. “10 hábitos efectivos para la salud del adulto mayor” TOMO II, pg. 50,53

ESTADO SOCIAL Y ESPIRITUAL



Construir espacios de reflexión



La espiritualidad nos ayuda a encontrar alegría en las relaciones con la familia, los amigos del pasado y presente; ayuda a experimentar, con humildad, satisfacción por lo conseguido.



La espiritualidad hace referencia a la satisfacción de las siguientes necesidades:

1. Crecimiento del espíritu.-El diálogo es el camino más directo para facilitar la liberación y el crecimiento personal y espiritual.
2. Verdad esencial.-Es la verdad que nos hace libres y hace que nos sintamos libres.
3. Esperanza gratificante.-Nos hace ser transmisores de mensajes positivos, de algo importante para uno mismo y los demás.

En este material encontrarán acciones que pueden realizar para conseguir un envejecimiento activo, productivo, convirtiéndose en personas útiles, aun cuando se lleguen a ser un

ADULTO MAYOR



Quando llegamos a la vejez...

Alcanzamos la experiencia...



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD

ESCUELA
DE ENFERMERÍA

CUIDADOS DE LOS
ADULTOS MAYORES



Envejecer, un privilegio

AUTORA: PAULINA CASTILLO
TUTORA: LIC. PAOLA MACHADO
Riobamba - Ecuador

ACCIONES PARA MEJORAR EL ESTADO FISICO



Manténgase físicamente activo, retrasa el apareamiento de enfermedades.



Inicie una terapia física, recreativa y ocupacional.



Organice reuniones entre amigos.



Realice ejercicios ya que ayuda a tener un envejecimiento sano además fortalece el sistema circulatorio, ayuda la movilidad y mejora la apariencia física.

ACCIONES PARA MEJORAR EL ESTADO NUTRICIONAL



Consuma frutas, verduras y ensaladas

Use aceites vegetales



Coma menos carne roja y consuma más pollo



Coma lentamente, mastique bien y despacio



Disminuya o suprima el consumo de sal, chocolates y alcohol. Deje de fumar. Disminuya el consumo de bebidas estimulantes como el café, té y colas.



ACCIONES PARA CONSERVAR EL ESTADO PSICOLOGICO

Con el pasar de los años, no tiene por que perderse la capacidad mental. El secreto está en el cuidado y en saber si no existe una enfermedad de por medio

Realizar trabajos ocupacionales para la distracción



Olvide las preocupaciones, realice ejercicios de relajación



La atención puede debilitarse, podemos mejorar realizando ejercicios de concentración



Apoye psicológicamente al adulto mayor y a la familia



Crear ambientes saludables

