

55
29



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

" Intervenciones del Licenciado en Enfermería y
Obstetricia en función del déficit del autocuidado en el
manejo y trato del anciano dentro de su entorno
familiar y social. "

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTAN

**MARIA ENRIQUETA PACHECO CHAVEZ
EVA MARIA RUIZ GARCIA**

ASESORA ACADEMICA *Maria Estela Ramirez Toriz*
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

JUN. 16 1997

COORDINACION DE SERVICIOS
SOCIAL Y OPCIONES
MEXICO, D. F. TERMINALES DE TITULACION

1997



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

55
29



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

" Intervenciones del Licenciado en Enfermería y
Obstetricia en función del déficit del autocuidado en el
manejo y trato del anciano dentro de su entorno
familiar y social. "

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTAN

MARIA ENRIQUETA PACHECO CHAVEZ
EVA MARIA RUIZ GARCIA

ASESORA ACADEMICA *U.N.A. María del Socorro Ramírez Toriz*
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

JUN. 16 1997

COORDINACION DE SERVICIOS
SOCIAL Y OPCIONES
MEXICO, D. F. TERMINALES DE TITULACION

1997



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ORACION DE LOS ANCIANOS.

**Bienaventurados aquéllos que me hacen sentir que soy
amado, que soy útil todavía ya que no estoy sólo.**

**Bienaventurados aquéllos que llenan la última etapa de
mi vida de cariño y comprensión.**

**Bienaventurados aquellos que entienden mi paso
vacilante y temblorosa mano.**

**Bienaventurados aquéllos que tienen en cuenta que ya
mis oídos tienen que esforzarse para captar las cosas que
ellos hablan.**

**Bienaventurados aquéllos que se dan cuenta que mis
ojos están nublados y de que mis reacciones son lentas.**

**Bienaventurados aquéllos que desvían la mirada con
disimulo al ver que he derramado la taza de café sobre la
mesa.**

**Bienaventurados aquéllos que con una sonrisa en los
labios me conceden un ratito de su tiempo para charlar de
cosas "sin importancia".**

**Bienaventurados aquéllos que nunca dicen:
"ya me has contado eso dos veces".**

A G R A D E C I M I E N T O S .

UNAM - ENEO.

Por formar parte de la Máxima casa de Estudios
y haber recibido de sus académicos y sus instalaciones
la oportunidad de concluir nuestros estudios profesionales.

LIC. ADDY GUTIERREZ R. COORDINADORA DE LA SPAPS - ENEO.

Por brindarnos su cariño, confianza y apoyo
para la realización
de un buen Servicio Social,
el cual nos llena de satisfacción y orgullo,
ya que nos dio la pauta
para la realización de nuestra TESIS,
y sembrar en cada una de nosotras
la semilla de la superación
Profesional.

LIC. ELVIA LETICIA RAMIREZ T.

Por habernos obsequiado su amistad, tiempo, experiencia y asesoría
para la conclusión de nuestra TESIS,
la cual es muy importante en nuestra vida profesional,
además de invitarnos a continuar luchando
día con día a una superación personal y profesional.

LIC. ROSA ELIA MENDOZA.

LIC. GLORIA GALVAN.

LIC. ELSA FRAGOSO.

LIC. TERESA SANCHEZ.

**Por ser grandes amigas, y regalarnos desinteresadamente
su experiencia y formación académica
en cuanto a la asesoría brindada
para la realización de nuestra TESIS,
que se traduce en un valor importante
en nuestra vida profesional.**

POBLACION GERIATRICA.

**Por participar con ahínco y entusiasmo
en la realización de nuestra investigación,
y además por permitirnos aprender de ellos
y motivarnos a la superación
en todos los aspectos de la vida.**

D E D I C A T O R I A S .

A NUESTROS PADRES:

Enriqueta:

Lourdes Chavéz
Manuel Hernández.

Eva:

Guadalupe García.
Joaquín Ruiz.

Es difícil lograr nuestras
metas trazadas en la vida,
pero con apoyo es mucho más fácil...
como el que hemos recibido incondicionalmente
de nuestros padres quienes han tenido
desvelos, enojos, gratificaciones,
desilusiones... pero a pesar de esto
ellos nos han brindado su amistad, comprensión y cariño,
por lo cual ahora más que nunca
se acrecenta nuestra admiración y respeto...
dándoles las gracias por
contribuir a realizarnos
como persona y ahora como
profesionistas, lo cual nos llena de orgullo infinito.

Por darnos la vida. *Sin pedir nada a cambio.*

ADIOS.

Por vivir e iluminar cada paso de mi camino
llenándolo de: dicha, bondad, alegrías y tristezas...
que ha incrementado cada vez más mi devoción a ti.

A MIS HERMANOS.

Ricardo, Benito y Mayra.

Por estar conmigo ahora y siempre
compartiendo triunfos y derrotas
sin importar los obstáculos que se presenten,
además de brindarme respeto, cariño y confianza
contribuyendo a ser cada día mejor.

PARA MI AMIGA.

Eva.

Con admiración y cariño,
por permitirme compartir contigo
la realización de esta Investigación
la cual llevo a su culminación a través de
lagrimas y risas y no tan solo eso sino
damos la oportunidad de vivir experiencias
buenas y malas que han quedado
plasmadas para siempre en nuestros
corazones,
además de que permití
cultivar una amistad sincera e incondicional
que fortalece nuestra hermandad para toda la
vida.

A MIS DEMAS AMIGOS.

Araceli, Lulú, Mary, Fausto, Angeles, Carmelita...

Por abrimme las puertas de su corazón
a cambio de nada, respetando mi
forma de ser, además por su
infinita paciencia y comprensión
forjando en mí seguridad y confianza,
ya que a través de sus valiosos consejos
sembraron en mí inquietud por el estudio,
trabajo y superación
profesional.

Por eso y más quiero expresarles
que están presentes en mi mente y
corazón.

A GERARDO BELTRAN.

Por motivarme y guiarme con cariño, respeto...
brindándome lo mejor de sí para forjar y realizar
mis más grandes anhelos, como es la realización
y culminación de mi Titulación

Enriqueta Pacheco Chavéz.

A MIS HERMANOS.

Julio y Pilar.

Quienes me han ayudado a superarme y realizarme como profesionista y como persona durante todo este tiempo, además por forjar en mí la dicha de la superación con su *ejemplo y dedicación* al estudio

A MI GRAN AMIGA:

Quetita

Quien me ha enseñado lo que es una verdadera *AMISTAD*, la que ha estado a mi lado a lo largo de la realización de esta *TESIS*, compartiendo: Alegrías, enojos, descontentos, lágrimas, etc., pero sobre todo la gran dicha y satisfacción de la culminación de la misma; *GRACIAS* a ti mi *COÑEJITA* por estar a mi lado ayer, hoy y siempre, pero sobre todo por seguir siendo *AMIGAS*.

A MIS DEMAS AMIGOS:

Adrian, Fausto, Adán, Lulú, Ara y Carmelita.

Los cuales estaban conmigo cuando yo lo necesitaba, brindándome su apoyo *MORAL*, con sus palabras, nsas, presencia y aliento, logrando con esto que ustedes tomen una parte muy importante en mi vida y en mi corazón.

Eva Ruiz García.

I N D I C E.

INTRODUCCION	1
1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION.	5
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION.....	6
1.2. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	6
1.3.UBICACIÓN DE LA INVESTIGACION.....	7
1.4.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	9
1.4.1. General	9
1.4.2. Específicos.....	9
2. MARCO DE REFERENCIA.....	10
3. MARCO TEORICO.....	12
3.1 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS GENERALES DE LA TERCERA EDAD.....	13
3.1.1. Consecuencias para la salud.....	15
3.2. SALUD PUBLICA EN MEXICO Y ESTRATEGIAS ACTUALES PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD.	16
3.2.1 Niveles de Atención Médica.....	17
3.2.1.1. Primer Nivel.....	17
3.2.1.2. Segundo Nivel.....	18
3.2.1.3. Tercer Nivel.....	18
3.2.2. Atención Pnmaria a la Salud.....	18
3.2.3 Factores de Riesgo.....	19
3.2.4. Características Generales de los programas en la estrategia de Atención Primaria a la Salud	20
3.3. TEORIAS DE ENFERMERIA.....	20
3.3.1. Teoría de Virginia Herdenson	25
3.3.1.1. Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría	20
3.3.1.2. Afirmaciones Teóricas	22

3.3.2. Teoría de Orem "El déficit del autocuidado".....	23
3.3.2.1. Funciones de una Teoría General de Enfermería.....	28
3.4. ASPECTOS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO.....	28
3.4.1. Clasificación del anciano.....	31
3.4.2. Teorías del envejecimiento.....	33
3.4.2.1. Teorías Estocásticas.....	33
■ Teoría del error catastrófico.....	33
■ Teoría del entrecruzamiento.....	33
■ Teoría del desgaste.....	33
■ Teoría de los radicales libres.....	33
3.4.2.2. Teorías no Estocásticas.....	34
■ Teoría del marcapasos.....	34
■ Teoría de los desechos.....	34
3.4.3. Cambios Anatomofisiológicos del envejecimiento.....	35
3.4.3.1. Neurológico.....	36
3.4.3.2. Endocrino.....	37
3.4.3.3. Cardiovascular.....	42
3.4.3.4. Respiratorio.....	44
3.4.3.5. Digestivo.....	47
3.4.3.6. Urinario.....	49
3.4.3.7. Cambios en el aparato reproductor.....	51
3.4.3.8. Musculoesquelético.....	52
3.4.3.9. Organos de los sentidos.....	55
3.4.3.10. Piel y anexos.....	56
3.5. LA SEXUALIDAD DEL ANCIANO.....	59
3.6. PSICOLOGIA DEL ANCIANO.....	60
3.6.1. Personalidad de la tercera edad.....	61
3.6.2. Características de las conductas más frecuentes.....	63
3.6.3. Integridad del "YO" ó desesperación.....	65
3.6.4. Aspectos generales de la soledad en el anciano.....	67
3.6.5. Características de las depresiones del anciano.....	69
3.6.6. Trastornos psíquicos menores.....	70
3.6.7. Higiene mental y vejez.....	73
3.7. NUTRICION EN EL ANCIANO.....	74
3.7.1. Elementos energéticos y plásticos.....	75

3.7.2. Necesidades Hidricas.....	76
3.7.3. Necesidades vitamínicas.....	77
3.7.4. El envejecimiento y su influencia en la nutrición.....	81
3.7.5. Factores del envejecimiento que influyen en la alimentación..	82
3.7.6. Necesidades cualitativas y cuantitativas de la alimentación del anciano (ver anexo No. 4).....	83
3.8. EL ANCIANO Y SU ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL.....	83
3.8.1. Aspectos sociales del anciano.....	83
3.8.1.1. Papel social y status.....	84
3.8.2. La familia como recurso.....	85
3.8.2.1. Factores predisponentes para brindar atención a los ancianos dentro de su familia.....	87
3.8.2.2. Jubilación en el anciano.....	88
3.9. ATENCION INTEGRAL A LOS ANCIANOS EN LA INSTITUCION.....	89
3.9.1. Los programas y servicios específicos para la atención integral de los ancianos.....	91
3.9.2. Sistema nacional parra el desarrollo Integral de la Familia..	92
3.9.3. Programa para la atención de los ancianos.....	93
3.9.4. Asistencia al anciano a nivel Nacional.....	94
3.9.4.1. Asistencia Institucional.....	95
3.10. ACONDICIONAMIENTO FISICO EN EL ANCIANO.....	98
3.10.1. Cambios morfológicos y fisiológicos que resultan del programa de ejercicios.....	99
3.11. REHABILITACION EN LOS ANCIANOS.....	100
3.11.1. La polipatología como causa de incapacidad.....	101
3.11.2. Metas de la rehabilitación geriátrica.....	102
3.11.3. Modalidades de la terapia fisica.....	102
■ Crioterapia.....	103
■ Termoterapia.....	104
■ Hidroterapia.....	104

■ Electroterapia.....	141
■ Terapia mecánica (masaje).....	104
■ Terapia ocupacional.....	104
■ Terapia recreativa.....	106
4. METODOLOGIA.....	107
4.1. HIPOTESIS.....	108
4.1.1. Hipótesis General.....	108
4.1.2. Hipótesis de Trabajo.....	108
4.2. VARIABLES E INDICADORES.....	109
4.2.1. Variables Independientes.....	109
4.2.2. Variables Dependientes.....	110
5. TIPO DE INVESTIGACION E INSTRUMENTACION ESTADISTICA.....	111
5.1. TIPO DE DISEÑO.....	112
5.1.1. Transversal.....	112
5.1.2. Descriptiva.....	112
5.1.3. Observacional.....	112
5.1.4. Retrospectiva.....	112
5.1.5. Teórico - conceptual.....	112
5.2. UNIVERSO.....	112
5.3. POBLACION.....	113
5.3.1. Criterios de inclusión.....	113
5.3.2. Criterios de exclusión.....	113
6. MÉTODO DE RECOLECCION DE DATOS.....	114
6.1. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS.....	115
6.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	115
6.3. CLASIFICACION DE DATOS.....	116

6.4. RECUENTO.....	116
6.5. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	116
7. PRESENTACION DE CUADROS Y GRAFICAS.	117
7.1. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	148
8. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN FUNCION DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO EN EL MANEJO Y TRATO DE LOS ANCIANOS DENTRO DE SU ENTORNO FAMILIAR Y SOCIA.....	156
9. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	157
10. ANEXOS.....	164
■ Anexo No. 1. Historia Geriátrica de Enfermería.....	165
■ Anexo No. 2. Valoración del Autocuidado de los ancianos en su entorno familiar.....	176
■ Anexo No. 3. Cambios Sexuales en el anciano.....	180
■ Anexo No. 4. Necesidades cualitativas y cuantitativas de la alimentación del anciano.....	185
■ Anexo No. 5. Ejercicios para acondicionamiento físico en el anciano.....	190
11. GLOSARIO.....	209
12. BIBLIOGRAFIA.....	212

INTRODUCCION.

El proceso de envejecimiento y la vejez o tercera edad "es un proceso secuencial aumentativo irreversible universal no patológico de deterioro de un organismo maduro propio a todos los miembros de una especie de manera que con el tiempo se vuelve incapaz de hacer frente al estado de stress del medio ambiente y por ende aumenta su posibilidad de muerte."

El anciano visto desde su esfera psicosocial no se le da la importancia debida en sus relaciones con los demás, como lo es, su familia, la escuela, la iglesia, las relaciones laborales, las actividades cotidianas y su rol sexual, ya que pueden crearse conflictos, durante su proceso normal de envejecimiento que lo limita a realizar sus actividades en beneficio de el mismo y de su sociedad.

Por tanto es necesario que al anciano se le brinde una atención primaria a la salud, para otorgarle asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías practicas, científicamente fundadas y socialmente aceptables puestas al alcance de todos los individuos, y en este caso a dicho grupo de edad, enfocado a la promoción y fomento acerca del manejo y trato a sus problemas de salud, donde se requiere la participación activa del anciano, su familia, la comunidad y de los usuarios de salud en donde el Lic. en Enfermería y Obstetricia tiene un papel relevante, al brindar y promover intervenciones de Enfermería relacionadas al autocuidado, y la participación de la familia, para lograr cambios en su calidad de vida, que al tiempo que permita disminuir enfermedades e incapacidades se favorezca el equilibrio salud - enfermedad, logrando evitar llegar a un tercer nivel de atención y por ende se aumente la esperanza de vida del anciano.

La presente investigación que se realizó en la Población de San Luis Tlaxiátemalco Delegación Xochimilco, en la cual se abordaron los siguientes capitulos:

Cap. 1. Este capítulo se abordó la fundamentación del tema de Investigación, descripción e identificación del problema, así como la ubicación y los objetivos de dicha Investigación

Cap. 2. Se desarrolló el marco de referencia en base al proyecto "Intervenciones de enfermería en Gerontogeriatría a nivel comunitario, San Luis Tlaxiátemalco, Xochimilco, D.F., lo que permite dar sustento a la investigación.

Cap. 3. En el marco teórico se abordaron los siguientes temas, características generales de la población anciana en el mundo, así mismo sus consecuencias para la salud en dicha población; posteriormente la Atención Primaria a la Salud como alternativa para la posible solución de problemas de salud de bajo riesgo y factores de riesgo detectados a nivel individual, familiar y de la comunidad; además de las teorías de enfermería que sustentan las actividades enfocadas al autocuidado, dándole la importancia que requiere; por otra parte se abarcaron todo lo relacionado con la calidad, estilo y nivel de vida, para determinar las diferencias entre cada una de ellas y como interactúan con el ser humano

Se mencionaron el proceso normal de envejecimiento para valorar el estado de salud del anciano, incluyendo aspectos anatomofisiológicos, nutrición, sexualidad, psicología y rehabilitación general en el mismo.

Por último se hace énfasis en las Intervenciones a realizar por el Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el anciano su familia y comunidad, para fomentar el autocuidado y autoestima, además de incrementar la calidad de vida del anciano por medio de la ejecución de planes y programas para poder orientar a la familia y comunidad acerca del manejo y trato del anciano y favorecer en él una salud óptima.

Cap. 4. En él se hablará acerca de la metodología que permite la organización de dicha investigación.

Cap. 5. Se analizaron el tipo de Investigación e instrumentación estadística que permite dirigir la investigación .

Cap. 6. En él se describió el método de recolección de datos, así como las técnicas e instrumentos, recolección, clasificación y recuento de datos, utilizados durante la investigación.

Cap. 7. Se presentaron los cuadros y gráficas resultantes de la Investigación, además del análisis de los mismos.

Cap. 8 Se hace énfasis en las Intervenciones a realizar por el Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el anciano su familia y comunidad, para fomentar el autocuidado y autoestima, además de incrementar la calidad de vida del anciano por medio de la ejecución de planes y programas para poder orientar a la familia y comunidad acerca del manejo y trato del anciano y favorecer en él una salud óptima.

Cap. 9. Conclusiones y sugerencias generales a las que se llegaron al término de la investigación

Cap. 10. Anexos, como la historia clínica, cédula de entrevista, ejercicios de acondicionamiento físico, dietas proporcionales en el anciano (menú), etc.

Cap. 11. Glosario de términos, el cual permitió enriquecer los conocimientos a cerca de dicha Investigación , y propiciar un vocabulario profesional en la Geriatria.

Cap. 12. Bibliografía, que permitió la elaboración del marco teórico.

**1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE
INVESTIGACION.**

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION.

El presente diseño de investigación se realiza en el poblado de San Luis Tlaxialtemalco, perteneciente a la delegación Xochimilco.

Los antecedentes históricos de San Luis Tlaxialtemalco sobresalientes son los relacionados con su fundación la cual fue el 25 de julio de 1603, a consecuencia de un enorme aguacero en las faldas Teutli, el nombre nahuatl de San Luis Tlachquihtlamaco que a medida del tiempo y para facilitar su pronunciación los españoles lo transformaron en Tlaxialtemalco que quiere decir Tlaloc, Tlamac - Brasero, Incensario: Co-Lugar, que en su conjunto quiere decir lugar donde esta el incensario del juego de la pelota del Dios Tlaloc.

En cuanto a los datos demográficos generales, encontrados en el diagnóstico Situacional de San Luis Tlaxialtemalco en 1992 se registró un total de 8078 habitantes de los cuales 4034 son hombres y 4044 son mujeres, encontrando un número considerable de ancianos (233 ancianos, de los cuales 113 son mujeres y 123 hombres)".¹

1.2. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.

"Esta investigación tiene como finalidad principal el permitir conocer las características de la población mayor de 60 años de San Luis Tlaxialtemalco de la Delegación Xochimilco considerando que dicho grupo pertenece a la etapa senil, en relación al sexo predomina el femenino, el estado civil casado, con vivienda e ingresos propios, clasificándolos en su mayoría como independientes,

¹ Diagnóstico Situacional de San Luis Tlaxialtemalco, elaborado por los alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO-UNAM, México D. F. 1992.

pero, por otra parte también encontramos ancianos dependientes e interdependientes los cuales obtienen ingresos y cuidados de sus familiares y por ellos mismos.

Por lo tanto es importante el brindar un buen manejo y trato al anciano dentro de su familia y comunidad, ya que los problemas de salud detectados son, hipertensión arterial, artritis reumatoide, secuelas de EVC, alteración en los órganos de los sentidos, depresión y ansiedad, entre otras. Además los factores de riesgo que afectan su estado de salud generando conflictos en la familia, como son los económicos, ya que se ve al anciano como un ser no productivo, el cual genera gastos innecesarios sin ningún beneficio por lo cual lo aíslan y lo menosprecian, creando que su autoestima cada día se devalúe mas y se favorezca la disminución de su calidad de vida".²

Otra finalidad de la investigación es que el Licenciado de Enfermería y Obstetricia planee y ejecute intervenciones encaminadas a disminuir o suprimir los riesgos, y atender los problemas de salud de bajo riesgo detectados, y con esto fundamentar medidas específicas de prevención y control de los ancianos, por medio de la atención Primaria a la Salud para mejorar el manejo y trato al anciano, y con ello aumentar su autoestima.

1.3. UBICACION DEL TEMA DE INVESTIGACION.

El tema que se estudió en la presente de investigación se ubica en los campos de: Salud Pública, Antropología social, Epidemiología, Economía, Gerontogeriatría y Enfermería.

² Lic. MENDOZA, Rosa Elia, Proyecto "Intervenciones de enfermería en Gerontogeriatría a nivel comunitario" San Luis Tlaxialtamalco México D. F. 1996.

La salud Pública, porque estudia las enfermedades que se presentan en las comunidades y estructuras sociales, investigando las causas que las originan, así como de igual forma la posible solución y alternativas para controlarlas.

La Antropología social; porque estudia las costumbres y tradiciones que tiene el ser humano cuando convive dentro de una estructura social.

La Epidemiología, por ser el campo de la ciencia Médica ya que se ocupa de establecer la interrelación de varios factores y condiciones que determinan la frecuencia y distribución de un proceso morboso o un estado fisiológico de una comunidad humana.

La Economía repercute porque México ha sido un país de jóvenes y en la actualidad el número de ancianos ha incrementado, dejando este grupo de ser productivo, porque genera una partida económica específica en jubilaciones, atención Médica, etc.

Gerontogeriatría; ya que está es una rama de la medicina que brinda atención al anciano sano e independiente, así como al anciano enfermo interdependiente o dependiente.

Enfermería: Por que cuenta con las bases teórico prácticas de la atención Primaria a la Salud, siendo estas necesarias para la prevención de cualquier problema de salud.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

1.4.1. General.

Identificar el manejo y trato de los ancianos dentro de su familia para fomentar el autocuidado y a través de esto disminuir los factores de riesgo para elevar su calidad de vida y esperanza de vida.

1.4.2. Específicos.

- Analizar el manejo y trato de los ancianos dentro de su entorno familiar y social de los.
- Brindar orientación a la familia y comunidad acerca de los cambios biopsicosociales que sufre el anciano, contribuyendo a un mejor manejo y trato de cada anciano dependiendo de su capacidad física y mental.
- Concientizar a los ancianos sobre la importancia de su autocuidado para mejorar su calidad de vida.
- Elaborar programas de prevención y atención a problemas de bajo riesgo enfocados a incrementar la calidad de vida en los ancianos.

2. MARCO DE REFERENCIA.

Se retoma el proyecto de Investigación "Intervenciones de enfermería en Gerontogeriatría a nivel comunitario, San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, D. F.", realizado por el grupo postécnico de Gerontogeriatría en 1996, asesorado por la Lic. Rosa Elia Mendoza Pérez, donde se aplicó a 99 ancianos utilizando como instrumento una historia clínica geriátrica (Ver anexo No. 1), elaborada por dicho grupo, la cual se analizó para posteriormente dar pauta a un nuevo instrumento que fue útil para implementar intervenciones del Licenciado en enfermería en función del déficit del autocuidado en el manejo y trato del anciano dentro de su entorno familiar y social.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS GENERALES DE LA POBLACION DE LA TERCERA EDAD.

El mundo esta sufriendo una transición demográfica que tiene un impacto considerable en todos los aspectos. En los últimos años las tasas de fertilidad así como las de mortalidad en los niños menores, han disminuido en casi todos los países, en todos ellos existe una mayor o menor tendencia al aumento de la expectativa de vida y las pirámides de la población, comienzan a mostrar un incremento de la población adulta y anciana.

Por otra parte el índice de dependencia aumenta entre los ancianos que son mayores de 75 años que entre los ancianos jóvenes (65 y 74 años de edad), se considera que la dependencia puede variar en forma considerable de una población a otra según la calidad del envejecimiento.

Las tasas de incremento definidas por esta evolución son del orden 2.0% entre 1970 y 1980 y de 2.3% entre 1980 y 1990. Entre 1990 - 2010, la tasa de crecimiento de la población de la tercera edad prácticamente permanecerá constante, sin embargo a partir del 2010, el crecimiento aumenta al 3.1.%, tasas de estas magnitudes originaran que la población anciana se duplique cada 23 años.

La población a consecuencia de la transición demográfica, se a observado un proceso de envejecimiento notablemente en los países desarrollados, que han traído múltiples y notables consecuencias en los más diversos aspectos de la vida, "Actualmente (1923) la población mundial de 60 años o más se estima alrededor de 525 millones de personas en las próximas décadas se provee un fuerte aumento. De esta forma, hacia el año 2000 se estima que habrá en el mundo 616000 y en el año 2025, al rededor de 1200000 de personas de 60 años o más"³

³ Dr. Guillermo Fajardo Ortiz "El Adulto mayor en América Latina", Pp. 13.

"En base a los 65 años de edad se a recurrido a un término estadístico, el grado de vejez demográfico, es el porcentaje de personas de 65 años a más años en relación a toda la población de acuerdo a lo anterior la comisión nacional de la ONU considera tres grupos de poblaciones:

1. Población joven: Las personas mayores de 65 años constituyen menos del 4% de la población total.
2. Población madura: Las personas de más de 65 años constituyen del 4 al 7%.
3. Población vieja: Las personas de más de 65 años constituyen más del 7%.⁴

"Conforme a la distribución de la población de 60 años y más entre las entidades federativas, la mayor concentración se observó en el Distrito Federal con un 11.8% del total, en el estado de México el 9%, en Veracruz con un 7.7% y Jalisco con 7.3%. al extremo se encuentra Quintana Roo, Campeche, Colima, Aguascalientes e.i.c.. Con proporciones del 1% dichas distribuciones corresponden a la población total del país".⁵

"Del total de la población mundial, el 50.3% son hombres y el 49.7% son mujeres.

En relación a la edad el 32.3% (1.709.4 millones) tienen entre 0 y 14 años, el 61.5% (3.254.7 millones) tienen entre 15 y 64 años y el 6.2% (328.1 millones) tienen 65 años o más".⁶

Respecto al sexo en la gran mayoría de los países existe una mayor proporción de mujeres de la tercera edad que de hombres. Este hecho se explica por las diferentes probabilidades de muerte que sufre cada sexo, lo que se traduce en una sobre mortalidad masculina en los diversos grupos

⁴ Ibidem Pp. 5

⁵ INEGI "La tercera edad en México". Pp. 4 - 5.

⁶ Ibidem. Pp.17

de edad y, por ende en una esperanza mayor de vida femenina y una mayor proporción de personas ancianas de este sexo.

El grado de envejecimiento difiere considerablemente entre las regiones desarrolladas y subdesarrolladas. La población a llegado a los 60 años en un 6.9% en los menos desarrollados, y el 4.5% a los 65 años, y los más desarrollados el 17.1% tiene 60 años o más y el 12.1% con 65 años o más.

"El crecimiento de la población en el mundo en términos relativos tienden a disminuir. La tasa de crecimiento en el periodo de 1965 a 1970 era de 2.1% entre 1985 a 1990, disminuyo al 1.7% y se estima que está tasa disminuirá al por ciento en el período comprendido entre los años 2000 al 2025. Ahora bien, en términos absolutos la población aumento de 4855 millones en 1985 a 5295 millones en 1990 y se prevé que llegará a 6228 millones en el año 2000.

Una gran parte de ese aumento corresponde a los países en vías de desarrollo, el grupo de menores de 15 años corresponden a los menos desarrollados, se calcula que para el año 2000 los países en vías de desarrollo tendrán cerca de 600 millones de niños menores de 5 años⁷

3.1.1. Consecuencias para la salud.

El incremento de la esperanza de vida que en la actualidad alcanza los 72 años para la mujer y 68 para el hombre, aunado a las mejores condiciones de vida y la mayoría en la calidad de la atención Médica.

⁷ Vol. 4 Enero-Marzo de 1996 "Higiene Organo oficial de la Sociedad Mexicana de Salud Pública" Pp. 5.

Las causas de mortalidad corresponden a enfermedades crónico degenerativas encontrándose en 5° y 6° lugar las enfermedades infecciosas, pulmonares y gastrointestinales y se observa en lugares reflejando la coexistencia de patologías prevalentes en sociedades altamente industrializadas con la patología de la pobreza, haciendo patente la heterogeneidad típica de las sociedades en desarrollo.

3.2. SALUD PUBLICA EN MÉXICO Y ESTRATEGIAS ACTUALES PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD.

J. Hhanlon "La Salud Pública se dedica al logro común del más alto nivel físico-mental y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados"⁸

La salud pública cobra cada día una mayor importancia, por ello es necesario conocer y comprender los alcances que se pueden obtener con dicha disciplina. Algunas de las acciones de la salud pública son el saneamiento del medio, educación a los individuos, y establecer una estructura adecuada para elevar el nivel de vida de la población e implementar programas tendientes a la protección y conservación de la salud, por lo tanto es necesaria la participación activa de todos los integrantes de salud y de la comunidad.

La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y tratamiento preventivo de las enfermedades necesita desarrollar un mecanismo social que asegure a cada nivel una calidad de vida para la conservación de la salud, y de tal manera organizar acciones para que cada individuo se encuentre en condiciones de gozar su derecho natural a la salud y longevidad.

Se considera a la medicina preventiva parte de la salud pública por tener los mismos objetivos en relación a la salud.

La medicina Preventiva tiene tres nivel de atención aplicables a todos los individuos sanos y enfermos:

- a) Prevención Primaria: Dirigido al individuo sano o aparentemente sano.
- b) Prevención Secundaria: se considera una acción intermedia, que es la detección que no es precisamente diagnóstico oportuno.
- c) Prevención Terciana: Corresponde a la rehabilitación tanto en lo físico como en lo social, la terapia ocupacional y la psicología que trata de conseguir que los individuos se adapten a su situación y que puedan ser útiles a la misma sociedad.

3.2.1. Niveles de Atención Médica.

En la actualidad la aplicación de concepto de nivel tiene una connotación funcional que toma en cuenta la perspectiva de la comunidad, sus necesidades y recursos. Todos en conjunto conforman una oferta integral de servicio diseñados para garantizar la accesibilidad y continuidad de la atención en la salud.

3.2.1.1. Primer Nivel.

Es en el que labora el personal de salud que busca remediar o resolver los problemas de salud más frecuentes del individuo sin requerir para su prevención diagnóstico y tratamiento, instalaciones especiales o tecnología compleja.

⁸ *Ibidem* Pp. 39.

3.2.1.2. Segundo Nivel.

Profesionales de la salud que ejercen en hospitales generales con servicios de medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría, contando con instalaciones auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

3.2.1.3. Tercer nivel.

Laboran especialistas para la atención de problemas patológicos en los que es necesario equipo numeroso e instalaciones especializadas. De acuerdo a lo anterior es indispensable promover y poner en marcha acciones determinadas en el primer nivel de atención.

3.2.2. Atención Primaria a la Salud.

La atención primaria a la salud constituye servicios de primer nivel de atención, de contacto primario y dirigidos a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más comunes a la vez que aplica acciones de salud pública de nivel intermedio, es decir, aquellas ligadas al medio ambiente doméstico y a la familia que constituyen las formas más elementales de la comunidad. Se determina que "Salud para todos en el año 2000".

En 1978, en la reunión de Alma - Ata, quedo establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica distinta a las utilizadas, por lo cual dicha estrategia se definió como ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD (APS). Es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al

⁹ Abraam Sonis y Colaboradores. "Atención de la Salud" Pp. 5.

alcance de todos los individuos, familia y comunidad con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal como desarrollo social y económico global de la comunidad."¹⁰

3.2.3. Factores de riesgo.

"Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o un grupo de personas que se sabe asociada con un aumento de la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. los factores de riesgo pueden por lo tanto ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables ante la ocurrencia del hecho que predicen. Pueden ser aquellos que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente."¹¹

Los factores de riesgo pueden ser:

1. Biológicos (ej. ciertos grupos de edad);
2. Ambientales (ej. abastecimiento deficiente de agua, falta de adecuados sistemas de disposición de excretas, e.t.c.);
3. De comportamiento (ej. Fumar),
4. Relacionados con la atención a la salud (ej. baja calidad de la atención, cobertura insuficiente)
5. Sociales-culturales (ej. educación), y
6. Económicos (ej. ingresos).

¹⁰ Ibidem Pp. 7

¹¹ OMS-OPS. "Manual sobre enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil" Pp. 227.

3.2.4. Características generales de los Programas en la estrategia de Atención Primaria a la Salud.

- **Garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud esenciales (los grupos rurales y urbanos marginados).**
- **Acentuar las actividades de promoción y prevención al mismo tiempo combinarlas en forma adecuada con las de tratamiento y rehabilitación.**
- **Debe ser universal, equitativo (igual oportunidad de acceso en todos los niveles), y continuo.**
- **Determinar las necesidades prioritarias en salud.**

3.3. TEORÍAS DE ENFERMERÍA.

3.3.1. Teoría de Virginia Herdenson.

3.3.1.1. Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría.

Herdenson para crear su propia definición considero las ideas principales de diferentes personas para poder formar su teoría, como lo fueron:

- **Caroline Stackpole:** La importancia de mantener un equilibrio fisiológico.
- **Jean Broadhurst:** La importancia de la higiene y de la asepsia.
- **Dr. Edward Thoynlike:** Quien reconoce que la enfermedad es más que un estado patológico y que en los hospitales no se atienden las necesidades más importantes.
- **Bertha Harmer:** La enfermería se basa en las necesidades de la humanidad.
- **Ida Orlando:** Relación enfermera-paciente.

A partir de esto supone que "una definición de enfermería debería llevar implícito el principio del equilibrio fisiológico".¹². Además de que afirmo que "era obvio que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico una vez que comprendió que una emoción es en realidad nuestra interpretación de la respuesta celular a las funciones de la composición química de los fluidos intercelulares."

Principales conceptos y definiciones utilizadas en su Teoría de Enfermería las cuales son: enfermería, salud, paciente y necesidades siendo los componentes de asistencia en enfermería.

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Mover y mantener la posición deseada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir las prendas de vestir.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio, cuidado y los tegumentos protegidos.
9. Evitar los riesgos del entorno y lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa.

¹² Ibidem Pp. 3, 104.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normal, y utilizando los recursos sanitarios disponibles."¹³

3.3.1.2. Afirmaciones Teóricas.

■ LA RELACION ENFERMERA - PACIENTE.

Identifica tres niveles:

1. "La enfermera como ayuda.
2. La enfermera como un sustituto de algo para el paciente.
3. La enfermera como compañera."¹⁴

Estos niveles de relación pueden ser modificados tanto por la enfermera o el propio paciente, considerando las necesidades básicas que existen a pesar de un diagnóstico, como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel socio-cultural, e.t.c. en donde la enfermera debe ser capaz de apreciar no sólo las necesidades del paciente, si no también las circunstancias y estados patológicos que las alteran.

La enfermera y el paciente deben de trabajar juntos y crear una relación óptima, solo para lograr un objetivo, el cual es crear independencia en el paciente o en otro caso proporcionar una muerte tranquila. Afirma que se consigue más ayudando a que cada persona aprenda a estar sana que preparando a los terapeutas más capacitados para servir a los que lo necesitan.

¹³ Ibidem Pp. 105.

¹⁴ Ibidem Pp. 106.

■ RELACIÓN ENFERMERA - MÉDICO.

Herdenson insiste en que la enfermera tiene una función única y distinta a la de los médicos, pero debe de existir una buena relación enfermera-médico, para beneficio de los pacientes, puesto que al existir dicha relación se atenderán las necesidades en caminadas a crear o fomentar la independencia del paciente.

3.3.2. Teoría de Orem "El déficit del autocuidado".

AUTOCUIDADO: Orem lo define como "una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar. El término autocuidado, la palabra auto se utiliza en el sentido del ser humano completo."¹⁵

Los principales conceptos y definiciones utilizadas en su Teoría de Enfermería son las siguientes:

1. La Teoría del autocuidado.
2. La Teoría del déficit del autocuidado.
3. La Teoría de los sistemas de enfermería.

¹⁵ *Ibidem* Pp. 182.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO.

- **Requisitos de autocuidado:** Los requisitos del autocuidado son: la expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desean obtener del compromiso deliberado del autocuidado.
- **Requisitos universales del autocuidado:** Son comunes para todos los seres humanos e incluyen:
 1. El mantenimiento de un aporte de *aire* adecuado.
 2. El mantenimiento de un aporte de *agua* suficiente.
 3. El mantenimiento de un aporte de *alimentos* suficiente.
 4. La provisión de cuidados apropiados con los procesos de *eliminación* y los *excrementos*.
 5. El mantenimiento del equilibrio entre la *actividad* y el *reposo*.
 6. El mantenimiento del equilibrio entre la *sociedad* y la *interacción humana*.
 7. La *prevención de peligros* para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
 8. La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que propician las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana.

- **Requisitos de autocuidado relativos al desarrollo:** Son aquellos que promuevan procedimientos para la vida, maduración y circunstancias perjudiciales para esa maduración o disminuir sus efectos.
 1. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo humano hacia la maduración.
 2. Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.

■ **Requisitos de autocuidado de las alteraciones de la salud:**

3. **Buscar y asegurar la ayuda de los servicios de salud adecuada.**
4. **Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos y de rehabilitación.**
5. **Llevar a cabo eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación.**
6. **Modificar el autoconcepto para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud en equilibrio.**
7. **Aprender a vivir con las alteraciones de salud.**

■ **Demanda de autocuidado terapéutico:** es una entidad de carácter humano, con una base objetiva en la información que describe al individuo desde el punto de vista estructural, funcional y de desarrollo.

"Los factores internos o externos a los individuos que afectan su capacidad de para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requiendo, se denominan factores básicos condicionantes, los cuales son:

1. **Edad.**
2. **Sexo.**
3. **Estado de desarrollo.**
4. **Estado de salud.**
5. **Orientación socio-cultural.**
6. **Factores del sistema de cuidados de salud.**
7. **Factores de sistema familiar.**
8. **Patrón de vida.**
9. **Factores ambientales.**

10. Disponibilidad y adecuación de los recursos.¹⁶

- **Acción de autocuidado:** Es "la habilidad adquirida y compleja para identificar las necesidades continuas de asistencia de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura, actividad y desarrollo humano, y promueven el bienestar."¹⁷

- **AGENTE.** Es la persona que ejecuta la acción.
- **AGENTE DE AUTOCUIDADO:** Es el que proporciona el autocuidado.
- **AGENTES DE ASISTENCIA DEPENDIENTE:** Es el que se ocupa de la asistencia de niños o de adultos dependientes.
- **DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:** "Es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en la que las aptitudes desarrolladas, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente."¹⁸
- **ACCIÓN DE ENFERMERÍA:** Propiedad o atributo de las personas formadas como enfermeras que se capacitan para ayudar a los demás a conocer su demanda de autocuidado terapéutico, y el desarrollo de su acción de autocuidado o de cuidado dependiente.
- **SISTEMA DE ENFERMERÍA:** Son acciones continuas que se producen cuando las enfermeras vinculan una o varias formas de ayuda a las personas que está asintiendo y que están dirigidas a identificar las demandas.

¹⁶ Dorothea E. Orem. "Modelos de Orem" Pp. 152-153.

¹⁷ Mariner Tomey "Modelos y Teorías en Enfermería" Pp. 184

¹⁸ *Ibidem* Pp. 184.

■ **Tipos de sistemas de enfermería:** Orem identifico tres sistemas de enfermería los cuales son:

1. **Sistema de enfermería totalmente compensatoria:** Son necesarios cuando la enfermedad esta compensando una incapacidad total para realizar actividades de autocuidado
2. **Sistemas de enfermería parcialmente compensatoria:** Son aquellos en los cuales tanto la enfermera como el paciente realizan medidas de asistencia u otras actividades de la vida diaria.
3. **Sistemas de apoyo educativo:** Son para aquellas situaciones en el que el paciente es capaz de realizar o puede aprender a realizar medidas de autocuidado.

Identifica 5 supuestos principales para su teoría los cuales son:

1. Los seres humanos necesitan ser estimulados para seguir vivos y actuar de acuerdo con las actividades humanas naturales.
2. La acción humana, la capacidad de actuar deliberadamente, se ejerce en forma de ayuda hacia uno mismo y hacia los demás para identificar necesidades.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones.
4. La acción humana se lleva a cabo al descubrir, desarrollar y transmitir a los demás formas y medios para identificar las necesidades.
5. Grupos de seres humanos que poseen relaciones estructuradas agrupando las tareas y repartiendo las responsabilidades ayudando a los miembros para realizar las aportaciones deliberadas necesarias hacia si mismos o hacia los demás.

3.3.2.1. Funciones de una Teoría general de Enfermería.

Funciones identificadas de la teoría del déficit del autocuidado:

1. Explicar la visión de los seres humanos propia de la enfermería.
2. Expresar el centro de la atención específicos o la finalidad propia de la enfermería en la sociedad humana
3. Exponer los conceptos claves de la enfermería considerada como campo de conocimientos y práctica, para establecer un sistema de símbolos o un lenguaje.
4. Establecer los límites, la Investigación, desarrollo y la educación de enfermería.
5. Reducir la carga cognitiva proporcionando elementos globalizadores para la nueva información y capacitar a las personas que comprendan la teoría para categorizar y formar conceptos a partir de reflexiones relacionadas sobre características de situaciones de enfermería.
6. Favorecer el intercambio de enfermería con otros campos de servicios humanos y patrones de vida diaria de los individuos y las familias en las comunidades.
7. Favorecer un estilo de pensar diferente de las enfermeras y estudiantes.
8. Aunar a las enfermeras el continuo desarrollo, estructuración y validación del conocimiento de enfermería.¹⁹

3.4. ASPECTOS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO.

■ ENVEJECIMIENTO.

“Son las modificaciones morfológicas y fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Se le considera como un

¹⁹ Dorothea Orem, “Modelos y Teorías” pp. 83 - 84.

fenómeno de desgaste orgánico global, espontáneo, en el que coinciden edad cronológica con involución biológica".²⁰

· "Es un proceso secuencial acumulativo, irreversible, universal no patológico, de deterioro de un organismo maduro propio a todos los miembros de una especie de manera que con el tiempo se vuelve incapaz de hacer frente al estado de stress del medio ambiente y por ende aumenta su posibilidad de muerte".²¹

"Manifestaciones de proceso de envejecimiento

- UNIVERSAL: Se producen en todos los organismos de la misma especie.
- PROGRESIVO: Es un proceso acumulativo.
- DECLINANTES: Por que las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- INTRINSECO: Ocurren en el individuo, a pesar de que están influenciados por factores ambientales.
- IRREVERSIBLE: Porque son definitivos.²²

■ GERONTOLOGÍA.

· Proviene de las raíces Griegas *Geron - Geronto, viejo y logos - tratado.*

· "Es la ciencia que estudia los cambios anatómicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos en los seres humanos producidos por el efecto del tiempo".²³

20 Dr. Aragón Pp. 23.

21 PERLADO, Pp. 51.

22 Instituto Mexicano de Psiquiatría. "Papel de la enfermera en los trastornos de la vejez." Pp. 6.

23 Aragón. Pp. 30.

· "Es el estudio del proceso de envejecimiento en sus aspectos biológicos (anatomía, fisiología y bioquímica), psicológicos (personalidad y manifestaciones conductuales) y sociales, como sería la introducción, actuación y desempeño de papeles en la familia, en un grupo o en la población en que vive".²⁴

■ GERIATRÍA.

· "Es la medicina práctica de los ancianos, que incluye no solo a la patología, sino aspectos relacionados con su tratamiento, enfoque general, como son los problemas sociales, los administrativos, y los de coordinación de servicios. Se trata de una ciencia aplicada que también puede tener su investigación de carácter clínico".²⁵

■ GERONTOPSICOLOGÍA

· "Estudia los cambios psíquicos que trae consigo la involución física del organismo, aquello que viene como consecuencia de la declinación en las capacidades de actividad y recreatividad, que originan el carácter tan especial de los viejos con tendencia franca a la depresión y a las actividades negativas que a su vez se convertirán en factores aceleradores de envejecimiento".²⁶

■ GERONTOLOGÍA SOCIAL.

Se ocupa del lugar y participación del viejo en la soledad en que vive: El aspecto económico, jubilación, protección legal, problemas de vivienda, alimentación, salarios, terapia ocupacional, residencias, asilos, clubes, instituciones geriátricas, etc.

²⁴ Langarica Pp. 29.

²⁵ Perlado, Pp. 52.

²⁶ Ibidem Pp 35

3.4.1. Clasificación del anciano.

A) Estado físico:

- Sano
- Enfermo: crónico o agudo
- Inválido.

B) Estado mental:

- Lúcido
- Confuso
- Demente

C) Respetto a la familia:

- Integrado
- No integrado

D) Respetto a la economía:

- Dependiente
- Independiente
- Interdependiente

E) Respetto a la productividad:

- Productivo
- Improductivo

F) Respetto a la sociedad:

- Asimilado
- Desasimilado²⁷

AUTOSUFICIENTE O CON GRADO LEVE DE SEMIDPENDENCIA:

AUTOSUFICIENTE: Se refiere a aquellos ancianos que pueden cumplir con los actos elementales de la vida diaria. Levantarse y acostarse solos, bañarse, ir al baño, comer, desplazarse dentro de la habitación.

²⁷ GEMAC Pp. 85

SEMIDEPENDIENTE: Se refiere a aquellos ancianos que no pueden ejecutar uno de los actos elementales de la vida diaria, y que con la prestación de ayuda a domicilio podrá mantener su autonomía ó, desde el aspecto preventivo de evitar crisis familiares, puede ser una ayuda para una familia desbordada por exceso de responsabilidad ²⁸

■ EDADES DE INTERES GERIATRICO

"EDAD INTERMEDIA: Abarcan de los 45 a los 60 años y también se denomina presentil, primer envejecimiento o crítica. En esta edad aparecen los primeros signos de envejecimiento, que representan muy a menudo una tendencia o predisposición al desarrollo de varias enfermedades que requieren sobre todo medidas preventivas

SENECTUD GRADUAL: Es de los 60 a los 70 años y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada

SENILIDAD O VEJEZ DECLARADA : Inician a los 70 años con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social sobre todo de rehabilitación por los estados de minúsvaledez provocados por la enfermedad y su cronicidad".²⁹

²⁸ CIESS "Atención Médico Social a la Tercera edad en América Latina" Pp. 116.

²⁹ Prieto Pp 2

3.4.2. Teorías del envejecimiento.

3.4.2.1. Teorías Estocásticas.

■ Teoría del error catastrófico:

"Propone que con el paso del tiempo se produce una acumulación de errores en la síntesis proteica que finalmente ocasiona el trastorno de la función celular, en relación a los procesos de transcripción y translación:

■ Teoría del entrecruzamiento:

Esta teoría sostiene que el entrecruzamiento de las proteínas y de otras macromoléculas celulares provoca el envejecimiento y la aparición de trastornos y enfermedades relacionados con la edad, por ejemplo el colágeno extracelular experimenta entrecruzamientos progresivos.

■ Teoría del desgaste:

Esta teoría sostiene que el organismo está formado por componentes irremplazables y que la acumulación de las lesiones de sus partes vitales ocasiona la muerte de células, tejidos, órganos y finalmente, del organismo. El DNA se va lesionando de modo constante durante toda la vida y, como su reparación es incompleta y/o existen trastornos de los mecanismos reparadores relacionados con la edad con el tiempo podrían producirse disminuciones de la función celular explicables de este modo la capacidad de reparación del DNA se ha relacionado positivamente con el intervalo de vida.

■ Teoría de los radicales libres:

Los radicales libres son moléculas fuertemente reactivas capaces de lesionar el DNA, las enzimas y las proteínas de la membrana celular. La fuente más importante de radicales libres es el

metabolismo del oxígeno, que proporciona el radical superóxido. Con el paso del tiempo, se produce una acumulación de lesiones causadas por los radicales libres de bajo nivel, que ocasiona finalmente los hallazgos propios del envejecimiento.

3.4.2.2. Teorías no Estocásticas.

■ Teorías de la marca pasos:

Se cree que ciertos órganos o sistemas son una especie de "marcadores" intrínsecos del proceso de envejecimiento cuya involución están programadas genéticamente para ocurrir en momentos específicos de la vida de un organismo determinado.

Durante el envejecimiento disminuye la función de las células B y T. Las funciones de las células T son las que se alteran de modo más significativo y su disminución es paralela a la involución del timo, que comienza ya durante la adolescencia.

La edad produce un aumento de la actividad adrenérgica y una disminución de la vasodilatación medida por los receptores B.

■ Teoría de los desechos:

"La vida supone la producción de desechos y su eliminación por unos procesos normales. Algunos teóricos creen que la vejez viene acompañada de una disminución de la capacidad de eliminación, seguida de una acumulación de desechos que perjudican no sólo la actividad celular normal, sino el mismo proceso de purificación. Según esta teoría, el funcionamiento normal quedaría debilitada por la acumulación de subproducciones inútiles emanados de nuestras funciones corporales."³⁰

³⁰ Instituto Mexicano de Psiquiatría. "Papel de la enfermera en los trastornos de la vejez". Pp. 7.

3.4.3. Cambios Anatomofisiológicos del envejecimiento.

El proceso de envejecimiento es una función universal, es constante y empieza en el momento mismo en que el ser humano nace. En el humano los cambios que sufre la materia afectan tanto su constitución interna como la externa. Es obvio que las manifestaciones en los tejidos dan lugar a cambios orgánicos y que estos, en algún momento se hacen ostentibles al exterior.

Las vejez del ser humano se presentará en general en forma gradual y durante toda su existencia; pero su forma de presentarse es muy variable de un individuo a otro.

Los signos de envejecimiento más frecuentes son:

1. Fatiga psicofísica disminuida, capacidad de trabajo disminuida.
2. Memoria disminuida.
3. Capacidad mental de concentración disminuida.
4. Agudeza visual disminuida, audición disminuida, olfato disminuido, sabor disminuido,.
5. Adelgazamiento.
6. Facilidad a las caídas y accidentes.
7. Pérdida del sentido de la sed.
8. Eficiencia cardiopulmonar.
9. Patología psicosomática y psicofísica.
10. Próstata aumentada.
11. Potencia sexual disminuida.
12. Enfermedades.

3.4.3.1. Neurológico.

Durante el envejecimiento el sistema neurológico sufre diferentes cambios como lo son la disminución del peso del cerebro, entre los 20 y los 25 años el cerebro pesa alrededor de 1.400 gr. en el hombre y 1.260 gr. en la mujer; a los 85 años pesa 1.180 gr. en el hombre y 1.060 gr. en la mujer.

Lo característico de la senescencia cerebral son las alteraciones difusas que se observan en la demencia arteriosclerosa, otros cambios pueden ser:

- Disminución de las respuestas intelectuales como agilidad mental y capacidad de razonamiento abstracto.
- Disminución en la percepción, análisis e integración de la información sensorial.
- Disminución en la memoria de corto plazo y alguna pérdida en la habilidad de aprendizaje.
- Alentamiento de la coordinación sensorio-motora que produce un deterioro en los mecanismos que controlan la postura, el soporte antigravitacional y en el balanceo. Se observan algunos ligeros trastornos en el equilibrio en posición de pie, el sujeto se siente más oscitante.
- Disminuye la agilidad manual. Los gestos son menos hábiles, por distracción o por imprecisión, y así es frecuente manchar el mantel o la ropa. En general los gestos son titubantes, lentos. Pero la manifestación más aparente es el temblor.
- Les cuesta más conciliar el sueño aun cuando éste era antes bueno, la duración de éste es más breve.

Las neuronas se van perdiendo o atrofiando durante toda la vida, lo cual afecta las células nerviosas de los órganos del eje encefalomedular y dando manifestaciones como disminución del

tono muscular en el músculo espinal, en la cara, e irregularidad pupilar, las células nerviosas no son recuperables.

Todos los cambios tienen influencia en las funciones nerviosas: la velocidad de la transmisión de los impulsos a través de los nervios motores disminuye.

3.4.3.2. Endocrino.

"La conservación del medio interno depende del correcto funcionamiento del organismo y el proceso de envejecimiento. Independientemente de que todo el sistema se altere y ocasione cambios importantes en la homeostasis, es indudable que la regulación nerviosa y el grado de envejecimiento cerebral son los factores primordiales en las alteraciones endocrinas"³¹

■ HIPOFISIS.

"Hay reducción del lecho vascular, aumento del tejido conectivo, cambio en la proporción de los diferentes tipos de células y desorganización manifiesta de los organelos celulares. La concentración de las hormonas adrenocorticotrópicas (ACTH), tirotrópicas (TSH), del crecimiento (GH) y luteinizante (LH) no parece sufrir alteraciones. La hormona foliculoestimulante (FSH) aumenta en mujeres posmenopáusicas pero continúa normal en los hombres."³²

· HORMONA DEL CRECIMIENTO (GH).

La cantidad de esta hormona disminuye moderadamente en el plasma del anciano y no está claro si se trata de una verdadera disminución o se trata de uno de los efectos indirectos de la obesidad relativa de los viejos.

³¹ Aragón Pp 81

³² Lozano Cardoso, Arturo. "Introducción a la Geriátria" Pp. 101.

· **HORMONA TIOTRÓPICA (TSH).**

Las concentraciones plasmáticas de TSH no disminuyen con la edad, ya que la cantidad de TSH en la hipófisis es normal.

· **HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA (ACTH).**

La concentración sanguínea de ACTH y el ciclo diurno de esta hormona, que muestra un aumento brusco por la mañana, son iguales en jóvenes y en ancianos. Si se mide la respuesta del ACTH al estrés tomando como indicador el aumento del cortisol plasmático, se observó que en la vejez hay disminución moderada pero muy clara. No obstante, hay desacuerdos sobre este punto y también a cerca de que la respuesta del cortisol a la ACTH sufre deterioro con la edad.

· **HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (FSH) Y HORMONA LUTEINIZANTE. (LH).**

En la hipófisis posmenopáusicas, la cantidad de FSH se eleva claramente pero con respecto a LH la situación no está muy bien definida. La concentración plasmática de FSH aumenta hasta 15 veces, en tanto que la de LH únicamente se triplica. En los hombres, las gonadotropinas aumentan de manera mucho más lenta y en cantidad menos significativa. Aparentemente los mecanismos de retroalimentación se conservan mejor en los hombres.

· **HORMONA ANTIDIURÉTICA. (ADH).**

La hormona antidiurética (ADH) disminuye con la edad, pero en seres humanos no hay pruebas en este sentido.

■ **GLÁNDULA TIROIDES.**

Es probable que el peso de la glándula tiroides no aumente con la edad a pesar de la presencia de nódulos clínicamente palpables.

■ PANCREAS.

· INSULINA.

"A los 75 años de edad el valor promedio de la glucemia a las 2 horas es 30% más elevado que los valores obtenidos en adultos jóvenes".³³

· GLUCAGON.

El glucagon, que produce elevaciones de la glucosa en sangre, podría tener influencia en la tolerancia de esta.

■ GLANDULAS SUPRARRENALES.

La suprarrenales del ser humano no muestran cambios microscópicos con la edad, pero entre las alteraciones microscópicas se incluyen: Formación de nódulos corticales, aumento de tejido conectivo y de la cantidad de pigmentos, disminución de lípidos y cambios en los organelos intracelulares. También puede haber dilatación vascular y hemorragias.

· ALDOSTERONA.

Tanto en las concentraciones sanguíneas como en la excreción urinaria de aldosterona decrecen casi 50% entre el lapso comprendido entre la juventud y la vejez. La velocidad de utilización metabólica se reduce 20% y la cantidad excretada de las vísceras disminuye de 96.3 a 97.7%. el aumento en la excreción urinaria como consecuencia en el agotamiento de sodio sólo representa del 30 al 40% de la respuesta que se observa en adultos jóvenes, y la secreción de renina también muestra una reducción paralela que se relaciona con la edad".³⁴

³³ Ibidem Pp. 102

³⁴ Ibidem. Pp. 106

- ANDRÓGENOS SUPRARRENALES.

Los andrógenos forman el principal componente de la producción de hormonas esteroideas de las glándulas suprarrenales. La excreción urinaria de 17 cetosteroides disminuye progresivamente hasta alcanzar los valores que se encuentran en la juventud.

- ADRENALINA Y NORADRENALINA.

En la actualidad del sistema nervioso autónomo no se han encontrado diferencias atribuibles a la edad en relación a dichas sustancias.

■ GONADAS.

- ESTROGENOS.

Una vez que los ovarios se atrofian después de la menopausia, ya no hay producción ovárica de estrógenos y los que aún se encuentran en el organismo tienen su origen en la glándula suprarrenal. No obstante la reducción en la velocidad de utilización metabólica, los niveles plasmáticos de estradiol descienden entre 5 y 10% de las concentraciones previas, y los de estrona disminuyen 25%; esto indica que la velocidad de producción ha disminuido. En el sexo masculino los estrógenos se generan en la corteza suprarrenal y los cambios debidos a la edad son mínimos.

- PROGESTINAS.

La progesterona se produce principalmente en el ovario y la placenta y en menor grado en los testículos y la corteza suprarrenal. Tanto la producción como la excreción disminuye bruscamente después de la etapa reproductiva. La velocidad de síntesis decrece casi 60% en el lapso comprendido entre la juventud y la vejez.

· TESTOSTERONA.

La velocidad de utilización metabólica y la génesis de la hormona disminuye, y la capacidad de las globulinas para fijarlas aumenta con la edad, lo que da como resultado que la testosterona libre que descienda aún más.

■ SANGRE.

Es sorprendente que la sangre y sus elementos sufran muy pequeños cambios con la edad. Aun a los 80 años no disminuye el volumen a pesar de la disminución de la masa celular del organismo. Únicamente hay alteraciones muy ligeras en los glóbulos rojos. La anemia es frecuente pero casi siempre secundaria. La vida media de los eritrocitos es normal. Puede observarse retraso en los eritrocitos después de las hemorragias, pero estos pueden ser por carencia de hierro. Tanto el hierro plasmático como su capacidad de fijación están ligeramente disminuidos, y la absorción también se encuentra reducida. Solo excluyendo la falta de hierro se podría concluir que hay deficiencia primaria en la eritropoyesis. Con relación a las plaquetas, hay un aumento de la adhesividad y aumento de fibrinogeno.

■ INMUNIDAD.

Aunque el número de linfocitos T en apariencia no cambia, hay un mayor número de células inmaduras y crece la proporción de células ayudadoras con relación con las supresoras. La respuesta a los estímulos antigénicos se reduce de 50 a 80%.

La inmunidad celular también es menor, y quizá por los mismos mecanismos que la humoral. Hay menor número de células para llevar a cabo la reacción inmunitaria, y en caso de rechazo de injertos, hay menor número de células T citotóxicas. El número de antígeno a los que se responde

con sensibilización específica es cada vez menor. El aumento de la actividad autoinmunitaria relacionada con la edad es un proceso humoral y celular.³⁵

3.4.3.3. Cardio vascular.

■ Corazón.

El corazón disminuye de peso y volumen, se atrofian las fibrillas musculares, rigidez valvular, aumento de grasa y de tejido conjuntivo.

La aorta aumenta de perímetro, espesor, volumen, peso, longitud, adventicia y elasticidad, infiltrado subendotelial, rigidez de fibras elásticas capilares, reducción de las arterias de calibre mediano y pequeño, alargamiento, dilataciones, tortuosidades y rigideces, en la aorta y arterias se observa depósito de calcio y colesterol que se conoce con el término de arteriosclerosis. El mayor trabajo exigido al corazón se debe también al aumento de las resistencias periféricas.

Existe reducción global de la red, dilataciones, tortuosidades que llega a un aumento de la frecuencia de las pulsaciones cardíacas, y por lo tanto a un aumento progresivo de la presión sistólica tan común en los viejos, con hipertrofia secundaria del ventrículo izquierdo.

Al proceso de envejecimiento cardíaco se le llama miocardioesclerosis y conduce a un desequilibrio hemodinámico del aparato cardiovascular del anciano, al que se va a agregar también la disminución de la tensión venosa y de la velocidad de la circulación por esta razón hay una mayor cesión de oxígeno a los tejidos y una mayor pérdida de calor, por eso se explica la observación frecuente de las manos y pies fríos de las personas ancianas. La capacidad de adaptación al esfuerzo que depende de las reservas residuales son también afectadas, lo que hace al aparato

³⁵ Lozano Cardosa, Arturo, Pp. 1 102 ... 108.

cardiovascular del anciano más sensible a los esfuerzos con una fase de recuperación más lenta y persistencia de las alteraciones hemodinámicas por mayor tiempo, todos estos síntomas indican la mayor labilidad del corazón senil y la facilidad con que se puede romper aquella situación de equilibrio inestable que se encuentra en el corazón de las personas ancianas.

El tamaño del corazón puede disminuir un poco a medida que la edad avanza, pero no excluida la posibilidad de hipertrofia ante procesos patológicos., también hay agrandamiento intrínseco del miocardio (la pared del ventrículo izquierdo puede ser 25% más gruesa). Con frecuencia la atrofia del músculo cardíaco y la disminución de la fuerza de contracción y en consecuencia el menor volumen sistólico, cursan en forma progresiva y simultánea. En realidad la menor fuerza de contracción origina el menor volumen sistólico; la frecuencia cardíaca no varía mucho con la edad, pero sí la presión sanguínea. En la vejez, el gasto cardíaco, aunque disminuido, es suficiente por que la atrofia del tejido basal y la reducción del esfuerzo físico no generan grandes demandas de aporte de sangre.

La frecuencia cardíaca en hombres y mujeres se reduce en un 40% para personas entre 30 y 80 años o poco menos de 1% por cada año de edad. El volumen de sangre expulsado por el ventrículo izquierdo no cambia con la edad si el individuo está en reposo, pero el aumento de volumen inducido por el ejercicio disminuye con la vejez y después de los 60 años se reduce en una cantidad menor de la necesaria.

■ Vasos Sanguíneos.

La elasticidad confiere su distensibilidad a las arterias; esta característica va disminuyendo con la edad. Gradualmente las fibras elásticas se alargan, agrietan y se rompen en fragmentos. Estos cambios aparecen junto con aumento de los depósitos de calcio, proceso al que se ha denominado elastocalcinosis.

*El las arterias de individuos jóvenes, la mitad de toda la colágena tiene su máxima longitud cuando la distensión del vaso es de 60%, en tanto que en las arterias de los viejos sólo es posible lograr 30% de distensión. En el caso de la aorta, la pérdida de elasticidad se ve compensada en parte por aumento de calibre. No obstante, cuando la demanda de sangre aumenta y penetra mayor volumen al interior del vaso, la elevación de la presión sistólica dentro de la arteria es más brusca.

Hay reducción de cardiaco por lo tanto disminución del riego sanguíneo de los diferentes órganos. El flujo de sangre hacia el cerebro y los vasos coronarios se reduce proporcionalmente en una cantidad menor a la disminución total del gasto cardiaco en los riñones."⁹⁶

Las alteraciones en la distribución del riego sanguíneo y el aumento de la resistencia periférica, que ocurren en la vejez pueden tener su origen en causas anatómicas y fisiológicas

Los vasos sanguíneos presentan modificación de las fibras elásticas que se hacen frágiles e incorporan calcio, pierden flexibilidad por disminución de elastina y aumenta la cantidad de colágeno lo que induce a un más la elasticidad. Esto afecta en forma muy significativa a la aorta que presenta atrofia local por disminución de fibras y láminas elásticas y aumento de colágena.

3.4.3.4. Respiratorio.

Con edad el diámetro anteroposterior del tórax se incrementa. Gradualmente aparece cifosis, con frecuencia complicada y agravada por osteoporosis y aplastamiento de vértebras, calcificación de los cartilagos costales, limitación de los movimientos de las costillas y contracción defectuosa de los músculos inspiratorios. Todos estos factores contribuyen a disminuir la tensibilidad de la pared torácica y la eficacia de los músculos expiratorios. El número de alvéolos pulmonares se reduce en

forma gradual debido a la pérdida de los tabiques interalveolares. los alvéolos residuales son más grandes de lo normal, y bronquiolos y conductos alveolares se dilatan. El pulmón de los viejos es cada vez más rígido y tiene menor tendencia al colapso al abrir la cavidad torácica.

"La elevación de las costillas y el aplanamiento del diafragma aumenta 50% la capacidad residual funcional entre los 30 a los 90 años, y el volumen residual aumenta 100%. Como resultado, los pulmones del anciano comparados con los de los jóvenes. Se encuentran parcialmente inflados aun en estado de reposo. Sin embargo no hay cambios significativos en la capacidad vital del pulmón. el espacio muerto aumenta equilibrando en parte la disminución de las necesidades de oxígeno. en consecuencia, el volumen de aire corriente permanece constante en condiciones de reposo."³⁷

La rigidez y la deformación del tórax aunada a la disminución de la fuerza de los músculos de la respiración y la marcada ineficiencia ciliar, dan como resultado una reducción importante de la velocidad expiratoria máxima y por consiguiente deficiencia del reflejo tusígeno, provocando retención de secreciones en tráquea y bronquios. Por otra parte, la mucosa que recubre la tráquea y los bronquios se atrofian. Esta acumulación de secreciones bloquean el intercambio gaseoso a nivel de los alvéolos, con lo que se favorecen cuadros bronconeumónicos.

El intercambio gaseoso se compromete no nada más por las secreciones acumuladas, si no también por el engrosamiento de la capa íntima de las arteriolas y la atrofia de las paredes alveolares que originada aumento de la disminución de la distancia interalveolar y por tanto disminución de la superficie de hematosis.

³⁶ Lozano Cardosa, Arturo, "Introducción a la Geriatria", Pp. 90 - 94.

³⁷ Argen. Pp. 97-98.

El se atrofia con una reducción del peso y del volumen pulmonar y microscópicamente con el adelgazamiento o desaparición de los tabiques interalveolares, los cuales al concluir forman cavidades dilatadas, disminuyendo el número y el calibre de los capilares. Esta es la causa principal de que se reduzcan los intercambios gaseosos con disminución de la tensión de oxígeno y aumento de la tensión de bióxido de carbono en la sangre alveolar y dentro de los alvéolos; como consecuencia de estas alteraciones del parénquima pulmonar y también por menor elasticidad de la caja torácica se llega a una disminución de la ventilación pulmonar y del intercambio alveolocapilar.

"A los 80 años de edad la utilización de oxígeno se reduce a un 50% de la cantidad máxima de oxígeno que se utiliza en condiciones de esfuerzo. La ventilación alveolar es apropiada, puesto que la presión parcial de bióxido de carbono no se incrementa. No obstante, la diferencia en la concentración de oxígeno entre sangre venosa y sangre arterial no aumenta en la proporción esperada, lo que indica utilización deficiente del oxígeno ya que presente en la circulación y por tanto que la falla no se encuentra en los pulmones".³⁸

"La reducción de elasticidad de la caja torácica por envejecimiento es algo que diferencia la respiración del adulto y el joven, en el adulto casi todas las funciones dependen de la elasticidad torácica. Con la vejez, los huesos, cartilagos y músculos se atrofian, las articulaciones se hacen rígidas, hay la xifosis dorsal o joroba por degeneración de los discos intervertebrales y estos mecanismos torácicos son factores determinantes de una serie de problemas."³⁹

³⁸ Cape, Pp. 98-99.
³⁹ Aragón Pp 56 - 57

3.4.3.5. Digestivo.

La cantidad de saliva en promedio solo alcanza la tercera parte de la que se produce en la juventud, lo que contribuye a que se reseque la lengua de los ancianos y la pérdida de las sensaciones del gusto. Al rededor de los 50 años hay disminución marcada del contenido de la ptialina en la saliva por lo que la digestión de los almidones es deficiente.

La acidez total como la secreción de ácidos en el jugo gástrico disminuye con la edad. La gastritis aumenta con la edad por ser un proceso causado por el envejecimiento, la secreción gástrica desciende marcadamente entre los 40 y los 60 años.

La absorción es la función más importante del aparato gastrointestinal. Numerosos factores relacionados con la edad, por ejemplo, la velocidad del proceso digestivo y el grado de degradación al que llegan los alimentos, la integridad de la superficie de absorción, la eficiencia de los mecanismos de transporte, motilidad gastrointestinal y alteraciones del riego sanguíneo. La absorción de calcio tiene lugar en la porción poximal del intestino delgado y depende de la acidez del jugo gástrico. Hay acuerdo general respecto de que la absorción de calcio se reduce cuando los mecanismos de transporte activo muestran deficiencia. El hierro se absorbe en la porción proximal del intestino delgado y su absorción también depende de la acidez del jugo gástrico.

La cavidad bucal es el sitio donde inicia la digestión. Después de los 75 años de edad, la lengua a perdido hasta 80% de unidades gustativas funcionales, esto trae consigo la disminución de la sensación gustativa y del placer de comer. La falta de percepción de los sabores se presenta tiempo después de una parálisis del nervio facial. En las piezas dentarías es notable su desgaste en las superficies oclusales, en su interior hay aumento de la dentina y de cemento, que provoca disminución de la cámara pulpar en la corona. En cuello de la pieza dental se torna osteoporótica y

con frecuencia esta descubierto por que las encías se retraen por atrofia misma que causa problemas en la adaptación de las prótesis, en especial del maxilar inferior; por esta atrofia del maxilar el frenillo esta más alto. En general hay atrofia ósea y gingival.

El esófago esta sujeto a desplazamientos y cambios seniles, entre ellos péristaltismo disminuido, dilatación esofágica y retardo de vaciamiento.

"En términos generales, el anciano tiene trastorno digestivos por tres causas:

- a) Disminución de las secreciones.
- b) Disminución de la capacidad de absorción.
- c) Defectuosos hábitos alimenticios".⁴⁰

La insuficiencia secretora esta dada por la incapacidad de las células oxiticas para producir cantidades adecuadas de ácido clorhídrico, la baja producción de gastrina, amilasa, lipasa pancreática y pepsina, que desciende bruscamente entre los 50 y 60 años.

El peso del hígado disminuye a razón de 100 gr. por década, a partir de la 4ª. Las células del parénquima hepático sufren cambios en cuanto a tamaño y caracterfaticas morfológicas y tintoriales del núcleo.

"Se estima que entre las personas de 55 a 65 años de edad, 10% de los hombres y 20% de las mujeres padecen litiasis biliar, y estas cifras se aproximan a 40% en la octava década de la vida. El mecanismo para la formación de los cálculos tal ves sea el mismo en todas las edades, pero

⁴⁰ Perlado Pp. 98 - 100.

obviamente los mecanismos normales de estabilización y absorción del colesterol gradualmente pierden eficacia".⁴¹

"Como en otros órganos y aparatos hay tendencia general a la atrofia funcional, hay ablandamiento y adelgazamiento de la mucosa con aumento del tejido conectivo, reducción de la actividad secretora desde la ptilina, el ácido clorhídrico y los jugos digestivos gastrointestinales; todo lo anterior conduce a una reducción en la capacidad de absorción.

En los ancianos los trastornos digestivos más frecuentes son:

- Disminución de apetito.
- De la cantidad de alimentos ingeridos (también por dificultades en la masticación)
- Insuficiencia digestiva motora (vaciamiento gástrico lento).
- Disfagia (dificultad para deglutir por problemas esofágicos).
- Náuseas y vómito de sangre; uno de los síntomas que debe alarmar por que generalmente en el viejo es señal de un proceso severo.
- Dolores abdominales de variada intensidad.
- Distonías vesiculares (sensación de pesantez y de dolor en cuadrante superior derecho, boca amarga).
- Constipación, uno de los problemas más frecuentes en el anciano."⁴²

3.4.3.6. Urinario.

La disminución que se produce con la edad en el número de unidades funcionales del riñón da lugar a deterioro de las funciones de este órgano.

⁴¹ Perlado Pp. 101, 102.

"La capacidad para concentrar orina disminuye en forma moderada. El valor máximo más frecuente para el paso específico de la orina en los jóvenes es de 1.032, que decrece a 1.024 a los 80 años de edad. Se nota una disminución similar en la osmolaridad máxima, que va desde 1 040 mOs/litro a los 20 años hasta 750 mOs/litro a los 80".⁴²

La masa renal disminuye por lo tanto los vasos grandes y pequeños están alterados en forma significativa alterando su volumen y funcionamiento.

"El diámetro del túbulo renal disminuye de los 19.36 mm. que tiene entre los 20 y 30 años a 12.30 mm. a los 80 años, la superficie glomerular sufre una disminución de 0.254 mm² a 0.155 mm² en este mismo lapso.

Con la disminución del volumen del nefrón, los espacios entre los túbulos se agrandan y hay aumento del tejido conectivo intersticial, este hecho, aunado a la esclerosis de los vasos renales, el aumento del grosor de la cápsula de Bowman y la merma de la superficie glomerular, da por resultado de la disminución renal, que se manifiesta por elevación de las cifras de urea en sangre.

La función renal en el anciano disminuye por que la cantidad de nefronas útiles es menor. Por tal razón la homeostasis, desde el punto de vista del volumen y composición de los líquidos corporales se altera.

Con la vejez, hay disminución del filtrado glomerular, que a los 40 años es de 120 millones por minuto y de 60 a los 80 años de edad, el flujo plasmático renal vana de 600 ml/min. a 300 ml/min. a

⁴² Aragón Pp 54

⁴³ Perlado 95- 96.

los 85 años. A medida que el riñón envejece disminuyen las funciones de excreción y reabsorción de los túbulos.⁴⁴

3.4.3.7. Cambios en el aparato reproductor.

• MASCULINO

"Se encuentran cambios de tipo atrofia y reemplazo de tejido activo por tejido conjuntivo. Es evidente que los cambios degenerativos no corresponden con la capacidad funcional tanto anatómica como fisiológicamente; hay interrelación de los aspectos hormonales con los psicológicos, culturales y sociales

Los problemas de impotencia se han relacionado con el envejecimiento a través de la historia sin embargo en ancianos de 80 años es posible obtener erecciones completas y actos sexuales plenamente satisfactorios. Así como el tejido muscular se puede entrenar y de este modo aumentar sus capacidades, la habilidad y fuerza sexual depende de los factores psicológicos, de afecto, cultura, etc.

• FEMENINO

En la vulva hay atrofia de los tegumentos, los labios mayores se arrugan, el clitoris se atrofia junto con su capuchón, el color de la región es más pálido y amarillo. En la vagina se estrechan sus fondos de saco, se reducen las dimensiones de las paredes vaginales hasta con un 50% perdiendo su habitual elasticidad, el epitelio vaginal se hace atrófico, hay rigidez, estrechamiento y resequedad que produce prurito. El útero a los 70 años es más pequeño y se desplaza hacia adelante como consecuencia de la esclerosis de los órganos de fijación, por lo que es muy común que se prolapse y aparezca en la vulva siendo esto una condición que se presenta en las ancianas.

⁴⁴ Cape, Pp. 46 - 47.

Los ovarios reducidos, en un tercio de su tamaño, de superficies irregulares y prácticamente formados por tejido conjuntivo y vasos esclerosados.

Los senos sufren atrofia y todos sus elementos constitutivos muestran evidentes signos de regresión que lo llevan a grados de flacidez extremas, volviéndolas péndulas y rugosa.⁴⁵(Ver anexo No. 3)

3.4.3.8. Musculoesquelético.

■ ESQUELETICO.

Las partes óseas y las articulaciones, sufre pérdida de sustancia ósea; la desmineralización esquelética propia del proceso de envejecimiento, se llama osteoporosis primaria. Obedece a diversos factores, como son insuficiente ingesta de calcio, o pérdida de mineral por vía digestiva o urinaria y llega a causar inactividad física que puede estar motivada por otras causas como pies dolorosos. Debido a la osteoporosis senil los huesos se vuelven frágiles y mas susceptibles a fracturas, a un con traumatismos leves.

HUESOS.

En ambos sexos la masa ósea aumenta aproximadamente hasta los 40 años; a partir de esa edad comienza a disminuir gradualmente. El proceso se caracteriza por resorción progresiva de la superficie interior de los huesos largos y de los planos, y por la lentitud de la neoformación ósea sobre la superficie exterior. De este modo los huesos largos crecen exteriormente pero en el interior se ahuecan; los cuerpos vertebrales se adelgazan y el cráneo se amplía ligeramente. Al mismo tiempo las travéculas óseas desaparecen. El resultado final es debilitamiento del hueso, que se torna más susceptible a las fracturas.

El adelgazamiento de los huesos predispone a fracturas en cadera, cuerpos vertebrales, hombro y muñeca, sobre todo en mujeres. "La mas grave es la de la cadera, que inmoviliza al individuo y tiene un elevado índice de mortalidad. La probabilidad de sufrir fractura de cadera a los 90 años es de 32% en las mujeres, y 17% en los hombres. Las de columna por aplastamiento de vértebras producen dolor intenso en la espalda y tardan varios meses en sanar.

La estatura disminuye considerablemente en los viejos, pero este fenómeno es difícil de evaluar si no se cuenta con datos a lo largo de la existencia de la persona. Tomando como base para estimar la estatura de los adultos la longitud de los brazos extendidos, medida que no cambia con la edad, se calcula que la pérdida promedio es de 3.75 cm entre los 65 y 74 años, incrementándose hasta 7.5 cm de los 85 a los 94. La reducción de la estatura obedece a múltiples factores: disminución de los discos intervertebrales, osteoporosis y aplastamiento de los cuerpos vertebrales; la cifosis producida por estos dos factores y la flexión característica de la rodilla. De este modo el esqueleto y los músculos contribuyen bastante a la apariencia del anciano".⁴⁵

Los puntos articulares presentan mayores cambios, estos puntos son los que soportan mayor presión y desgaste, como la articulación coxofemoral y la de la rodilla

Es frecuente la alteración del pie plano, debido a la debilidad muscular, que aún siendo generalizante es mas evidente en los pies, dado que los músculos se debilitan y los ligamentos se distienden perdiendo así su eficiencia como medio de sostén. La insuficiencia de los músculos es mas notoria en el tibial posterior y en el peroneo lateral largo, dando lugar a modificaciones en la disposición de los huesos. En consecuencia el pie gira hacia afuera y los centros de presión se desplazan hacia el borde interno del pie. Los arcos de la bóveda plantar se desequilibran, la cabeza

⁴⁵ Aragón Pp 72- 78

⁴⁶ Langarica Pp. 109 - 110.

de la primera falange y la cabeza del metatarsiano son presionadas hacia abajo, propiciando la aparición de callosidades, lo cual compromete el equilibrio corporal, la alineación y la marcha.

■ MUSCULAR.

La atrofia muscular y la disminución de la fuerza de presión se acentúa con la edad; supuestas causas entre ellas son: la baja ingestión de potasio, cambios metabólicos, neuronales, circulatorios y hormonales, e incluso la influencia de la luz solar en la fuerza muscular la región glútea muestra disminución de volumen, tanto en la parte muscular como en la grasa que disminuye de espesor. También la ineficiencia de los músculos masticatorios, especialmente en los pterigoideos, cuya baja eficiencia repercute en la oclusión dentaria, que disminuye la función digestiva por insuficiente masticación e insalivación, ya que la producción de saliva y de ptialina en esta disminuye a medida en que avanza la edad.

· ARTICULACIONES.

La superficies articulares están recubiertas de cartilago, cuyas funciones son muy limitadas y que se deteriora a edad temprana, aproximadamente desde la tercera década de la vida. Las lesiones probablemente se produzcan por traumatismos repetidos que desgastan y desprenden parcialmente el cartilago. A medida que el tejido se erosiona las dos superficies óseas de la articulación se ponen en contacto, de lo que resulta una de las formas de artritis degenerativa acompañada de dolor, crepitación y limitación de los movimientos. También hay pérdida de agua del tejido cartilaginoso, produciéndose estrechamiento del espacio articular; esto ocurre particularmente en los discos intervertebrales, y contribuye a disminuir la estatura del individuo.

3.4.3.9. Organos de los sentidos

■ OJO.

La agudeza visual disminuye con la edad. La magnitud real de la pérdida de la visión es muy variable. Las principales deficiencias se deben a los daños que se producen en las partes transparentes del ojo. También el campo visual disminuye, la velocidad de adaptación a la oscuridad es más lenta, se eleva el umbral para percibir el estímulo luminoso, hay mayor pérdida de agudeza visual en la penumbra y disminuye la velocidad crítica de adaptación a la luz intermitente.

"El cristalino esta formado por células, que cuando maduran pierden el núcleo y la membrana, y el citoplasma se vuelve translúcido y transparente. Entre los 40 y 45 años de edad casi todas las personas utilizan lentes correctores para leer y realizar tareas que requieren esfuerzos de acomodación."⁴⁷

A medida que la persona envejece, el cristalino se encurva a lo largo del eje vertical, incrementándose la potencia del meridiano horizontal, lo que produce deformación astigmática en el eje horizontal mayor. El continuo crecimiento del cristalino da lugar a que se extienda progresivamente hacia la cara posterior de la córnea, reduciendo la profundidad de la cámara anterior del ojo.

Otro fenómeno bien conocido que se relaciona con la edad es el arco senil, que consiste en el depósito de lípidos que forman un líquido blanquecino que rodea al iris.

⁴⁷ Perlado Pp. 109.

La pupila se vuelve más pequeña y a la edad de 85 años solo se conserva una tercera parte de la capacidad para responder a la luz y la respuesta a la acomodación se ha perdido.

■ OIDOS.

Aunque las frecuencias utilizadas en el lenguaje son relativamente bajas, la habilidad para identificar palabras esta mas afectada de lo que se espera la presbiacusia, trastorno de la audición que aparece en la vejez, progresa desde la pérdida de capacidad para discriminar aumentos en el umbral de percepción de palabras hasta aumento del umbral de tonos puros. No parece haber relación entre el tinnitus y la pérdida auditiva cuantificable, el tiempo necesario para reaccionar al estímulo auditivo se va alargando después de los 70.

■ GUSTO Y OLFATO.

El número de botones gustativos o papilas disminuye de un promedio de 248 en los niños hasta 88 en personas de 74 a 85 años de edad. Más aún, en los ancianos la mitad de las papilas gustativas están atrofiadas, y probablemente haya una reducción total de 80% de unidades funcionales.

■ TACTO.

"El número de corpúsculos de Pacini, de Merkel y de Meissner disminuye en relación directa con la edad. La mayor parte de los corpúsculos restantes muestran cambios y desorganización estructural muy marcadas. Por otra parte, las terminaciones de los nervios sufren muy pocos cambios y la sensación cutánea al dolor permanece relativamente intacta."⁴⁸

3.4.3.10. Piel y anexos.

⁴⁸ Lozano Cardoza Arturo. "Introducción a la Geriatria" Pp. 115 -117.

Las arrugas y las canas son los signos universales asentados como expresión de senilidad. Se notan en todas las partes visibles, pero también se les encuentra en las partes cubiertas.

"Las células epidérmicas se adelgazan y las restantes se producen con mayor lentitud, aumentan de tamaño y toman formas irregulares. El reemplazo normal de las células se reduce hasta 50%, y el proceso de cicatrización se retarda significativamente. En individuos de raza blanca disminuye el número de melanositos en la piel, lo que da por resultado que el bronceado sea menor cuando se exponen a la luz solar. El número de macrófagos presentes en la epidermis se reduce 70%, lo que disminuye la respuesta inmunitaria de las células cutáneas ante la presencia de antígenos."⁴⁹

La epidermis descansa sobre la dermis, las papilas dérmicas se elevan en forma de montículos que contienen capilares en su interior y a los cuales se adapta la capa espinosa de la epidermis. Ambas capas con la edad se adelgazan y las papilas y la red espinosa se aplanan. Este aplanamiento de las papilas se debe a pérdida de los capilares contenidos en el cordón central. Como resultado aumenta el deslizamiento de la epidermis sobre la dermis; este puede ser el mecanismo de formación de las "púrpuras seniles", moretones localizados inmediatamente debajo de la piel, especialmente en mujeres. La fragilidad vascular aumenta, lo que contribuye a que aparezcan las púrpuras. La elastina pierde su característica y los haces de colágena se engruesan y adquieren mayor consistencia.

"El grosor de los pliegues cutáneos decrecen desde 1.2. cm en promedio en hombres de 25 a 29 años hasta 1 cm en individuos comprendidos entre 65 y 79 años y 0.9 cm más allá de los 80 años de edad en mujeres, la disminución promedio va de 1.5 a 1.4 cm y carece de significado estadístico. El adelgazamiento de la piel, la lentitud para reemplazar las células, la pérdida de grasa

⁴⁹ Lozano Cárdenas Arturo. "Introducción a la Geriatria" Pp. 108 - 109.

subcutánea y la reducción del riego sanguíneo son factores que aumentan en el anciano la frecuencia de las úlceras por decúbito."⁵⁰

Las glándulas sudoríparas disminuyen en número, tamaño y su capacidad funcional decrece, lo que produce resequeadad de la piel. El funcionamiento de las glándulas endocrinas y sebáceas se reduce. Se considera que las glándulas sebáceas no sufren atrofia durante la vejez no obstante que la pérdida de folículos pilosos disminuye en número. Aunque toda la glándula mamaria involucone, la pérdida de tejido adiposo vuelve más evidentes los componentes glandulares, las glándulas epidérmicas están bajo el control de diferentes hormonas y su capacidad de respuesta disminuye con la edad.

También la velocidad de crecimiento del cabello se reduce con la edad. El ecanecimiento se debe a la ausencia de melanina en los melanositos del folículo piloso. La edad en que comienzan a aparecer las canas depende de factores genéticos y las variaciones individuales son grandes. La cantidad total del cabello depende de la proporción entre los folículos activos y folículos en reposo. Los hombres de raza blanca pierden cabello en la cabeza, pero la barba no sufre modificaciones; aumentan el bello de las orejas y de las cejas. Después del climaterio disminuye el bello en el pubis y en axilas; en las mujeres de raza blanca aumenta el bello facial; posiblemente por estimulación androgénica proviene de suprarrenales y por la falta de estrógenos que se opongan a esa acción.

"En cuanto a las uñas su velocidad de crecimiento disminuye de 0.83 mm por semana en la tercera década de la vida a 0.52 mm a los 90 años. En los hombres el crecimiento es más rápido que en las mujeres, pero a partir de la 6ª década la relación se invierte. Lesiones de la matriz ungueal

⁵⁰ Ibidem Pp. 110.

alteran el crecimiento de la uña, produciéndose estrías longitudinales que dan el aspecto característico de las uñas seniles.⁵¹

3.5. LA SEXUALIDAD DEL ANCIANO.

El rechazo de la sexualidad geriátrica forma parte de un estereotipo cultural muy definido y que pretende que las personas de edad son consideradas feas, débiles, e impotentes. Los medios de comunicación masiva presentan a los objetos sexuales más deseables a los individuos jóvenes, bellos y perfectos, por lo cual el anciano se ve desplazado en el aspecto de la sexualidad por los jóvenes.

Al individuo de edad avanzada que lleva actividades intelectuales o físicas complejas se le ve con curiosidad y respeto; en cambio, expresa deseos sexuales o alude al hecho de llevar una vida sexual activa, se le considera un "degenerado" o "alterado por la edad". Toda la gente, (en general la joven) tiene la creencia de que el deseo sexual desaparece con la edad y convierte al individuo en alguien que "ya no puede ni debe tener relaciones sexuales" y que sólo expresa sus emociones a sus nietos y sobrinos de manera "dulce y pura". Las mujeres pueden expresar sus afectos con más facilidad que los hombres puesto que si un abuelo acaricia a sus nietas o a las amigas de las nietas éste es visto con recelo.

En el comportamiento sexual del hombre de edad se observan cambios más numerosos que en la mujer. Se aprecia que los hombres necesitan a menudo dos o tres veces a más tiempo que los jóvenes para conseguir una erección y que la mantienen más tiempo sin eyaculación. La fuerza de la eyaculación disminuye al envejecer y la demora necesaria para la obtención de una segunda eyaculación tras el orgasmo, es mayor en los hombres de edad. Algunos experimentan disminución

⁵¹ *Ibidem* 1^o p. 112.

de las sensaciones voluptuosas que la acompañan. La frecuencia de las erecciones nocturnas constituyen un índice de la actividad sexual del hombre. En la fase en que se sueña es cuando esta tiende a producirse lo que significa la frecuencia de un contenido orínico sexual.

Algunos factores que pueden explicar el debilitamiento de la respuesta sexual con la edad son:

1. La monotonía de las relaciones sexuales repetidas
2. Las preocupaciones de orden profesional o económico
3. La fatiga psicológica y física.
4. El abuso de la comida y el alcohol
5. Las enfermedades físicas y psicológicas
6. El temor al fracasado sexual asociado a uno u otro de los 5 factores precedentes a sus efectos.⁵²

Ciertamente todas las actividades de educación de la sexualidad no deben enumerarse a informar y formar individuos "jóvenes". Los individuos añosos siguen siendo seres sexuados y tienen por tanto sexualidad, que es susceptible de procesos educativos que colocaran a todos los seres humanos en su verdadera dimensión de seres humanos (Ver anexo No. 3).

3.6. PSICOLOGÍA DEL ANCIANO.

La persona de edad avanzada que posee un espíritu alegre y desenvuelto presenta con menos frecuencia trastornos de arteriosclerosis, que quienes viven una existencia pasiva carente de interés, una actividad fisiológica intensa junto con interés profundo, prolonga apreciablemente la etapa degenerativa propia de la edad avanzada. El hombre de edad se defiende contra la inseguridad que experimenta con su cuerpo mediante reacciones psicológicas: depresión,

hipocondría, desconfianza, ideas paranoides, irritación, agresividad, rigidez, amnesia, lo que sería incluso reacciones de defensa del yo autodevaluado. Las regresiones a esta etapa oral y anal explican claramente las preocupaciones alimentarias, la bulimia, y también los trastornos a nivel de esfínteres.

Al adaptarse a su nuevo género de vida el anciano debe tomar en cuenta su estado orgánico, capacidad mental y posibilidades que le ofrece la sociedad, esforzándose en colaborar con las nuevas generaciones. No son todas las circunstancias las que modifican las vivencias y el comportamiento del individuo, si no como él percibe, experimenta y asume el papel que le toca vivir en su momento como el factor de la unidad familiar al ser abuelo, maestro y guía.

"El envejecimiento psicológico de un individuo es la consecuencia de la acción del tiempo vivido y percibido por él sobre su personalidad"⁵³

Para conocer bien la personalidad de un anciano es preciso valorar sus actividades, pulsaciones, voluntad, deseos, inteligencia y motivaciones, así como su estado biológico: morfología, situación funcional y patológica somática acumulada.

3.6.1. Personalidad de la tercera edad.

En el anciano el yo dispone de menores recursos energéticos para hacer frente a los cambios, problemas y conflictos que se presentan en el mundo externo e interno. Este hecho tiene por lo menos tres consecuencias:

⁵² José de Jesús Inurriaga Ramírez, "Sexualidad en la Tercera Edad", Pp. 6-8.

⁵³ ALBA Sánchez "Manual de Geriatria." Pp. 139.

1. Consiste en la posible insuficiencia de los mecanismos psicológicos de defensa habituales, lo que puede precipitar una descompensación.
2. Al disponer de menor energía, el aparato psíquico tiene que atender algunos asuntos considerados más urgentes.
3. En contraste entre las fuerzas biológicas que siguen presentes (algunas veces están aumentadas), y los de recursos para satisfacerlas en general están disminuidos.

Así, el anciano al percibir impulsos que no son aceptables (ej. el sexual) y que difícilmente podrían ser controlados, siente una fuerte amenaza contra la autoestima.

La amenaza resulta habitualmente de la espera angustiada de tres tipos de hechos:

- a) La pérdida de cualquier índole, desde la personal (muerte del cónyuge enfermo) hasta la de la autoestima (por la declinación propia del envejecimiento).
- b) el ataque que consiste en cualquier agresión externa capaz de producir una herida con el consiguiente dolor.
- c) La restricción que resulta de cualquier fuerza externa que limita la satisfacción de impulsos y deseos. Las enfermedades físicas la angustia y el miedo, las actitudes de la familia y sociedad, suelen ser restricciones importantes en el sujeto anciano.

La conjugación de estas tres amenazas está con frecuencia relacionada con la aparición de un período depresivo.

3.6.2. Características de las conductas más frecuentes.

Las posibilidades de adaptarse a la situación y puesto que la sociedad y la familia le ofrecen están determinados en el anciano por su pasado y sus capacidades de comunicación y respuesta.

A). Comportamiento contradictorio:

Temen la soledad, pero no aceptan las proposiciones que les hacen para evitarla.
Desean estar solos para no sufrir nuevos abandonos o rechazos en el futuro.

B). Machaconería:

Repitiendo cosas coherentes, pero por su constancia y contundencia inducen un comportamiento agresivo a su interlocutor.

C) La debilidad emocional y afectiva constantes:

Las manifestaciones emocionales saltan por el menor motivo. Fácilmente se entristecen, lloran o se exhiben una incontinencia inadecuada.

D) Choches:

Es la repetición constante de cosas desprovista de sentido, inoportunas o irrelevantes, que se suelen dirigir a interlocutores imaginarios o desconectados de sus intereses y situación.

E) Quejas continuas:

Entorno a su salud o pérdida de autonomía o status y complaciéndose en encontrar con detalle y prolijamente sus males y sus cuitas, creando un estado de irritación a quienes lo escuchan. Puede haber una demanda de interés o afecto, pero ese

comportamiento suele testimoniar más bien una disfunción de su capacidad de amar y de sociabilidad concentrando su interés sobre su estado físico, constituyendo esa conducta una forma de replegarse sobre él mismo.

F) Conducta de Toxicofilia:

Cuando el anciano se hace dependiente de ciertos fármacos como laxantes, hipnóticos, ansiolíticos, y vasoactivos, e t.c..

G) Regresión del alibido:

Manifestando una clara disminución del amor hacia los demás, un interés de creciente hacia las comidas, menospreciando su calidad y presentación de un deseo creciente de estar sentado o en cama, con un aumento evidente de pereza.

H) Aumento de los deseos de ser amado:

Ser celoso en un sentido amplio de forma que provocan conflictos con los que viven con él, llegando incluso a los achaques afectivos, siendo este comportamiento también una forma de conducta regresiva.

I) Tendencia a guardar las cosas o un conservadurismo desmesurado:

Este almacena alimentos, objetos periódicos e inverosímiles, recuerdos y llenan sus armarios, sus mesas, estanterías y toda clase de rincones, revelando este proceder otra forma de deterioro progresivo. Los viejos se suelen rodear de sus reliquias, tratando de reemplazar por objetos las imágenes de la vida interna o íntima. Dichos objetos les resultan indispensables y no aceptan ningún cambio en su casa. Esta conducta provoca incluso reacciones de agresividad y tolerancia.

J) La agresividad:

La agresividad patente en muchos ancianos es una forma de buscar la adaptación que puede ser rentable si su mensaje es escuchado y comprendido pero puede ser perjudicial si esa agresividad se considera como patológica.

3.6.3. Integridad del "YO" ó desesperación.

Erikson determina que "es un proceso evolutivo, basado en una secuencia de hechos biológicos, psicológicos y sociales. En cada una de las fases del desarrollo el individuo debe dominar y afrontar un problema fundamental o dilema, dado por dos fuerzas contrarias (crisis) que exigen una solución o síntesis"⁵⁴

Zetzel (1965) postuló que la ansiedad del anciano se asemeja a la angustia de desesperación del niño, es decir que tiene su origen en el temor de sufrir pérdidas o separaciones. Es una ansiedad depresiva que se relaciona con el mundo externo y que aumenta con el paso de los años. Además de considerar la calidad de las relaciones que ha tenido anteriormente el anciano.

La integridad del yo que caracteriza la última fase del ciclo vital dice Erikson "el individuo que de alguna forma a cuidado de cosas y personas y se ha adaptado a los triunfos y desilusiones inherentes al hecho de ser generador de otros seres humanos o el generador de productos e ideas"⁵⁵

Implica un sentido de sabiduría y una filosofía de la vida que va más allá del ciclo vital individual y que están relacionados directamente con el futuro de nuevos ciclos de desarrollo. La persona que a

⁵⁴ CIESS. "El adulto mayor en América Latina". Pp. 121 a la 122.

⁵⁵ ibidem Pp 122.

alcanzado la integridad del yo siempre está para defender la dignidad de su propio estilo de vida contra toda amenaza física o económica.

La integración yoica se va preparando a lo largo de la existencia; es una integración acumulada "cuando no se a logrado al final de la existencia se teme a la muerte y no se acepta el único ciclo de la vida como lo esencial de la existencia. Aparecen entonces la desesperación y el disgusto, porque ahora el tiempo que queda es corto, demasiado corto para intentar otra vida y para probar otra vida y para probar caminos alternativos para otra integridad"⁵⁶

"Son innumerables los psicotipos, podemos identificar en un colectivo de ancianos unos adaptados y otros inadaptados a la vejez.

A) Entre los adaptados están:

1. Los maduros bien adaptados a las relaciones con los demás e integrados en el medio en el que viven. Suelen controlar sus impulsos, son activos y habitualmente están satisfechos de la vida y de sí mismos.
2. Los blindados o rígidos: como mecanismos de defensa para atenuar sus miedos a los fracasos y a la dependencia. Son más dados a los deberes u obligaciones que a los placeres. Relativamente satisfechos de su pasado, no gustan de las discusiones de naturaleza personal ni de que se metan con sus cosas; esto es, son pocos amigos de la introspección
3. Los caseros: Pasivos y dependientes, están contentos por estar jubilados y no tener responsabilidades. Generalmente no tenían ninguna satisfacción en su trabajo anterior. Poco activos socialmente suelen ser indulgentes, adaptándose bien a la vejez, por que al estar en ella les puede comprender mejor sus deseos de inactividad

⁵⁶ Ibidem Pp. 123.

B) Los inadaptados:

1. **Los irritables:** habituales cascarrabias, gruñones y frustrados o agudos y amargos. Suelen reprochar a los demás sus fracasos siendo generalmente desconfiados. No estaban muy satisfechos de su trabajo anterior, sintiéndose también incómodos en su nueva situación de retirados en la tercera edad, la cual ven sin futuro alguno. Suelen tener poca estima de sí mismos, estando generalmente arrepentidos de su pasado.

C) Grupos mixtos de psicotipos, en cuanto a su adaptación a la vejez como son:

1. **Los introvertidos,** de los que hay muchas variaciones muy adaptados unos y mal o escasamente adaptados otros. Apegados a sus valores, ideas o pertenencias, suelen ser taciturnos, sobrios, tímidos y retraídos, reprimiéndose constantemente en las ocasiones que pudieran manifestarse.
2. **Los perturbados:** no en el sentido de ser enfermos mentales si no en el tener perturbadas sus relaciones sociales son inestables, en ocasiones se adaptan a algo, pero generalmente causan conflictos en su familia y entorno vecinal.⁵⁷

3.6.4. Aspectos generales de la soledad en el anciano.

El anciano puede sentirse desamparado o estarlo en realidad. De acuerdo a su condición física necesita ayuda, pero ni el ni sus familiares tienen la capacidad técnica para entender el proceso de envejecimiento y prestar esa ayuda en forma razonada. Su vejez conlleva para sí y sus parientes complicaciones emocionales serias y complejas.

⁵⁷ *Ibidem* Pp. 140-142.

Para muchos ancianos la salud es un riesgo personal y un problema de salud. El compañero, la familia y los amigos de generación van muriendo y quedan confinados en su hogar los demás jóvenes se encuentran preocupados por los múltiples problemas de sus propias vidas. De modo que las amistades de mucho tiempo atrás y las fuentes de afecto disminuyen y cambian. Al mismo tiempo las limitaciones económicas, físicas y de transporte reducen la capacidad de desplazamiento y la posibilidad de conservar las relaciones o de hacer nuevos amigos. La soledad es un factor capaz de influir en el estado de salud, es un factor significativo en la plantación del manejo de la vida diaria. Ignorarla debido a que es difícil de tratar sería dejar sin respuesta muchas preguntas relacionadas con la dinámica de salud del paciente y la manera de responder a la enfermedad.

La soledad es una deficiencia de la necesidad o el deseo de intimidad del ser humano. Produce sufrimiento de la persona que se caracteriza por sentimiento de abandono, desolación, insatisfacción, angustia y depresión. Puede deberse a la ausencia de una persona en particular, falta de intimidad en las relaciones con los demás, o por que el tipo de relación no satisface los deseos de la persona.

Perdida del cónyuge, hermanos, hijos y amigos: Uno de los factores más poderosos para producir soledad profunda, particularmente en el anciano, es la muerte del cónyuge, algunos hermanos, hijos, personas con quien se convive o un amigo querido. La pérdida de los hermanos puede producir mayor desolación que la de un hijo. No obstante es difícil generalizar que es lo que determina el grado de soledad resultante.

Cuando la relación es buena, con frecuencia satisface la mayor parte de las necesidades de dar y recibir afecto. Aún cuando la relación con el cónyuge o el compañero no fuera la ideal, de todos

modos se establecen los patrones y necesidades de la vida diaria. Por tanto la pérdida representa una brecha en la vida sobreviviente y también la falta de una fuente de afecto

El mayor peligro de soledad se asocia con la vida urbana en contraste con la vida rural en pueblos pequeños. El peligro aumenta en barrios de alto riesgo donde salir a la calle es una aventura peligrosa, aún a plena luz del día. Los individuos que viven solo en casas particulares incluyendo, departamentos dentro de la ciudad, se exponen a mayor riesgo de soledad en comparación con los que viven en sitios más comunales, pero de todas maneras las residencias para jubilados y los sitios de recreación compartida no son el remedio infalible contra la soledad.

3.6.5. Características de las depresión del anciano.

Los trastornos del ánimo y del humor pueden presentarse en cualquier edad de la vida, pero en la edad avanzada se agrava la salud física, el contexto familiar y social.

"La depresión se considera como el resultante de la sumatoria de depresiones de distinta naturaleza, sufridas al mismo tiempo por un mismo individuo".⁵⁸ Por ejemplo más frecuentemente se observa en ancianos que padecen una depresión endógena recidivante y que desarrollan después de sufrir varias veces esa desagradable vivencia, una depresión secundaria. Esta queja se confunde de tal modo con el autorreproche proveniente del nivel psicótico de la depresión que forman un conjunto difícil de separar.

"Los estudios epidemiológicos muestran aproximadamente que entre los 60 y 70 años la prevalencia de las depresiones duplican los síndromes orgánicos cerebrales"⁵⁹

⁵⁸ Congreso: acta psiquiat.psicol,Amer.Lat Pp 21

⁵⁹ Ibidem Pp 25.

Muchas de las depresiones en los ancianos tienen una sintomatología atípica por la polipatología subyacente. Algunos ancianos deprimidos suelen quejarse de mala memoria atribuible a una deficiente atención.

"El suicidio por estados depresivos suelen ser más frecuentes entre los ancianos. Lo que se escucha como explicación verbal manifiesta en aquellos pacientes que efectuaron intentos fallidos, es que lo hicieron para matar o eliminar una vivencia pasada que los acorralaba durante meses, que era incomprensible y que la imaginaban como algo posible eterno. Muchos atribuyeron ese displacer a su edad y viéndose viejos (más de lo que son por verse a través de su depresión), deciden acortar el lapso de vida que suponen les queda."60

3.6.6. Trastornos psíquicos menores.

"Se considera las desviaciones de la normalidad psicológica media en la senectud, que no comprometen gravemente la convivencia social aunque crean problemas a la adaptación en la familia o instituciones."61

La personalidad puede tener diferentes formas de expresión que están determinadas por muchas experiencias obtenidas en el transcurso de la vida en el envejecimiento psicológico se determina de modo biológico por el estado de salud solo en una pequeña parte, y que en cambio están fuertemente influido por factores sociales y ecológicos. La personalidad consiste en una configuración constante cambiante de pensamientos, sentimientos y actos que se adquieren en el entorno social y que persisten toda la vida.

60 Ibidem Pp. 21.

61 Alba Sanchez "Manual de Geriatria" Pp. 144.

El ser humano pasa por etapas de crecimiento, maduración y declinación, con rasgos, característicos tanto en lo normal como en lo patológico. Toda la vida constituye un fenómeno único personal e irrepetible. El balance entre lo realizado y lo que puede hacerse y no se hizo suele imprimir a la vejez un tono depresivo; sin embargo la senectud tiene también sus aspectos positivos, no obstante las modificaciones involutivas de la personalidad.

El nivel de maduración psicológica se alcanza con lo que se llama potencialidad del yo, que consiste en provocar y soportar tensiones emocionales, sin deterioro de la personalidad la cual imponen la realidad y las tareas de la vida adulta.

Las modificaciones psíquicas de la senectud, son el debilitamiento global de la actividad intelectual, la disminución de la memoria, de hechos recientes en tanto que hechos pasados son rememorados con gran facilidad (memoria retrograda), la rigidez en los juicios e ideas, la hipertrofia del instinto de conservación, la avaricia material, afectiva, se desarrollan a lo largo de muchos años. Hay ciertos cambios mensurables en la capacidad intelectual y en desarrollo psicomotor, las habilidades perceptuales y los rasgos de personalidad, inteligencia es una función que se ve afectada por la edad.

Algunos trastornos son:

- **Trastornos cognoscitivos:** Es tan corriente el fallo de la memoria en personas de avanzada edad que se considera un síntoma trivial al no ser que se acompañe de otros signos o síntomas, o que su evolución a amnesias. A veces esas dificultades de evocación están ligadas a motivos afectivos
- **Patología psicomática:** Síndrome parcial o totalmente desencadenado por factores psíquicos que han sido referidos en pacientes de edad avanzada a nivel de todo el organismo. También la

anorexia y dispepsias de diversos tipos tienen especial incidencia en la vejez, cuando hay depresión y ansiedad durante algún tiempo.

Los mareos, cefaleas, inestabilidad en la marcha o inseguridad en el equilibrio, preciso para estar firme de pie, en relación con la patología cardiovascular especialmente hemodinámica de arterias del cuello vertebrobasilar, e.t.c. pueden aumentar después de contratiempos emocionales stress.

- **Reacciones neuróticas:** Como en cualquier otra edad el anciano neurótico presenta una serie de quejas o formas de conducta que constituyen un mecanismo de defensa que tiene sus raíces en dificultades personales íntimas, que trata de esconder o enmascarar, lo cual provoca una creciente ansiedad, que puede utilizar para buscar una ayuda o algún tipo de beneficio propio.

- **Las fobias de origen neurótico en la ancianidad** se suelen presentar con el miedo a la calle, las caídas, los grupos de gente, las agresiones, robos, e.t.c. . Es por ello que dejan de pasear, ir a la iglesia e ir de compras, o buscan intencionadamente lugares solitarios en las plazas o jardines. Suelen alegar, para justificar su cambio de conducta, que ven mal, oyen poco, caminan con dificultad.

- **Rigidez mental y dogmatismo:** es cuando el anciano trata de mantener o reforzar sus lazos con el pasado, como mecanismo de defensa, siendo una expresión de su egocentrismo, que le hace tener crecientes intolerancias, ante la menor de la demanda o necesidad de cambio en sus relaciones o intereses.

Bastantes ancianos se suelen sentir fácilmente heridos en su amor propio y recurren al autoritarismo, a la avaricia o la necedad, conservadurismo exagerado, presentes en la mayoría de los actos de su vida diaria.

3.6.7. Higiene mental y vejez.

El mantenimiento de la salud mental del anciano debe realizarse desde el primer nivel de atención a través de la educación sanitaria de los propios ancianos y de sus familiares, para que estos sepan atenderlos y llevarlos a tiempo a sus consultas donde podrán realizárseles balances de salud periódicos.

Una buena alimentación es precisa para una óptima salud física y también mental. La dieta adecuada y equilibrada que impida tanto la obesidad como la desnutrición garantiza un buen metabolismo general y especialmente del sistema nervioso, dentro del cual el estado funcional del cerebro es la clave de una personalidad mentalmente equilibrada.

La enseñanza del autovaliamiento a quienes entran en la tercera edad y la participación en cursos de preparación a la jubilación de quienes están inmediatos al retiro son formas de realizar higiene mental útil para la vejez.

La jubilación es causa de trauma mental y provoca inicio de deterioro de la salud psíquica en muchos recién jubilados.

El diagnóstico temprano de la enfermedad física, problemas sociales y la detección de síntomas de deterioro cognoscitivo, memoria y de orientación hacen posible establecer medidas de atención y apoyo que faciliten la conservación de un estado mental en la vejez extrema.

Un buen aporte de folatos evita trastornos neurológicos psíquicos. También el aporte de algunos oligoelementos es indispensable.

Un buen hábitat donde vivir la vejez contribuye a la mejor salud mental de los ancianos, de ahí la importancia de facilitar viviendas adecuadas y con protección sociosanitarias, evitando la institucionalización, que, por el contrario, causa problemas mentales sobre todo de matiz depresivo.

El turismo social para la tercera edad es recomendable para los ancianos. En la atención domiciliar detectando los pacientes con factores de riesgo físicos y problemas sociales, tratándolos adecuadamente, se hace higiene mental de cada caso, buscando siempre el apoyo de la familia.

3.7. NUTRICION EN EL ANCIANO.

La nutrición es uno de los factores exógenos más importantes como determinantes de la forma que se envejece; constituye uno de los pilares básicos de la vida. Una nutrición adecuada retarda la aparición y progresión de las enfermedades, así como la involución propia de la vejez. Una dieta desequilibrada provoca desordenes en el balance metabólico a lo largo de la vida.

Las necesidades nutricionales son de 5 tipos las cuales son:

1. Energéticas.
2. Plásticas o de renovación constante de materiales de las células, tejidos, enzimas, hormonas, etc.
3. Hídricas.
4. Vitaminas y minerales.
5. Necesidades de un equilibrio en cantidad y calidad.

Las necesidades calóricas disminuyen con la edad influyendo la disminución de actividad física y del metabolismo basal por la disminución de la masa protoplásmica. El hombre viejo necesita de 2000 a 2800 calorías cada día y la mujer de 1500 a 2000 calorías.

3.7.1. Elementos energéticos y plásticos.

- **HIDRATOS DE CARBONO:** la fuente de energía más fácil de obtener, en su metabolismo se transforma en glucosa que a su vez sigue tres caminos:
 - a) Glucógeno (almacenamiento).
 - b) Se oxida en los caminos metabólicos.
 - c) Se convierte en grasa.

Los ancianos prefieren los hidratos de carbono, por su bajo costo, fácil preparación y consumo . Se deben de ingerir de 250 a 280 gr./día que suministrarán 1 000 a 1 200 calorías que son 50% de las necesidades. Algunos alimentos que proporcionan hidratos de carbono pueden ser: Azúcar (100%), conservas (70%), harinas y pastas (70 a 80%), pan (50%), dulces y miel (80%), dulces y frutas secas (70 a 75%).

- **GRASAS:** El más despreciado de los alimentos, a quien se atribuye la paternidad de muchas enfermedades y procesos degenerativos. Su utilización es imprescindible por su valor calórico indudable, vehículo de vitaminas liposolubles y ácidos grasos esenciales, entre otras funciones. Las grasas se deben de suministrar de 40 a 50 g/día de constituyen el 20% total de las calorías diarias.

Existen dos tipos de grasa:

1. La grasa saturada solida a la temperatura ambiente, como la grasa de la carne, tocino, mantequilla, e.t.c.
2. La grasa insaturada liquida a la temperatura ambiente como la grasa vegetal, aceite de maíz, aceite de cártamo.

Las grasas saturadas contienen más colesterol y pueden provocar arteriosclerosis con todas sus consecuencias. Las grasas insaturadas tienen menos colesterol, pero tienen muchas calorías y son bajas en nutrientes tanto como las grasas saturadas.

■ **PROTEÍNAS** Son destinadas a la renovación plástica de órganos y tejidos y su necesidad se aumentará en condiciones de stress. Se debe de suministrar un gramo por kilogramo por día, y debe constituir el 30% de las calorías diarias.

Hay de origen animal. Carne, 25% de peso; quesos, 20%; pescado, 15 a 20%; huevos, 13% y leche, 3%, y de origen vegetal: frutas secas, 15 al 20%; pan integral y pastas de sopa, 10 a 15%; cereales, 10% y legumbres, 20 al 25%.

La cantidad de proteínas que el cuerpo necesita cambia muy poco en cuanto se envejece, las proteínas son usadas por el cuerpo tanto para el crecimiento como para el reemplazo de las células viejas. Los viejos ya no crecen pero hay un incremento en el reemplazo de las células viejas, una pérdida de proteínas puede dar anemia, fatiga, pérdida del entusiasmo en la vida.

3.7.2. Necesidades hídricas.

Todos los alimentos contienen agua: frutas y verduras (85%); carne, (70%); pan, (35%), pero la fuente principal es por los líquidos ingeridos. No debe de escalimarse la cantidad de agua, ya que esta es necesaria para mantener un equilibrio en el cuerpo.

El agua es el elixir mágico de la vida, ayuda a la digestión, previene la deshidratación, evita la constipación, aumenta el volumen sanguíneo, mejora la circulación, protege contra las enfermedades respiratorias, es eficaz para prevenir y curar la tos, purifica las secreciones bronquiales, ayuda a prevenir y mejorar las infecciones urinarias.

Se debe de consumir de 1.5 a 2 litros por día. Por una parte, facilita el trabajo de los riñones; por otra, permite evitar la deshidratación tan frecuente en las personas de edad.

3.7.3. Necesidades vitamínicas.

Deben estar cubiertas por una dieta equilibrada, normal y sólo en casos de avitaminosis múltiple deben administrarse.

VITAMINAS: Son sustancias químicas contenidas en los alimentos que sirve para regular el funcionamiento del organismo; se necesitan cantidades muy pequeñas de cada vitamina para preservar la salud.

. Vitamina A: Es liposoluble, que colabora con la formación de la púrpura retiniana y por lo tanto es esencial para la vista, regula el metabolismo del hígado y de la tiroides, protege la piel y las mucosas respiratorias aumentando la resistencia contra las infecciones, es necesaria para el normal desarrollo de los dientes, parece prevenir la formación de cálculos biliares y renales, así como diversas enfermedades incluyendo el cáncer.

Las fuentes naturales en donde se encuentran estas vitaminas son: Aceite de hígado de bacalao, aceite de hígado de animal, aceites vegetales, espinacas, verduras, leche, yema de huevo, quesos.

. Vitamina B 1 (Tiamina): Es hidrosoluble, entra en la constitución de muchas enzimas, es indispensable para la función nerviosa, interviene en el metabolismo en los hidratos de carbono, regulación del apetito y en digestión normal.

Sus fuentes naturales son: Levadura de cerveza, germen de grano de cereal, pan integral, verduras frescas.

. Vitamina B 2 (Riboflavina): Es hidrosoluble y su importancia reside en que es competente de ciertas enzimas esenciales para la respiración celular. Favorece el crecimiento y desarrollo corporal, interviene en la absorción de hidratos de carbono.

Sus fuentes naturales son: Levadura de cerveza, extractos de carne, riñones e hígado, verduras frescas, carne, pescado, pan, arroz, e.t.c.

. Vitamina B 5 (Niacina): Hidrosoluble, es un compuesto fundamental de los fermentos que intervienen en el metabolismo de los hidratos de carbono y las proteínas, es decisiva en ciertas funciones de la piel.

Sus fuentes principales son: Levadura de cerveza, arroz, carnes y pescados.

Vitamina B 6 (Piridoxina). Hidrosoluble, componente fundamental de algunos fermentos que intervienen en el metabolismo de las proteínas, regulando los niveles de sangre del ácido úrico y

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

otras sustancias; intervienen en el metabolismo de los aminoácidos esenciales y del sistema nervioso central.

. **Vitamina B 12 (Cianhidroxicobalamina)**: Hidrosoluble, rica en un oligoelemento: el cobalto. Es importante para la formación de los glóbulos rojos en la médula ósea, actúa en el sistema nervioso y en las funciones metabólicas generales.

Sus fuentes principales son: Todos los alimentos naturales y animales, en especial el hígado y la leche, la contienen aunque en cantidades muy pequeñas.

. **Vitamina C (Acido ascórbico)**: Hidrosoluble, tiene sabor ácido. Es la vitamina de la energía y vitalidad por excelencia además de sangre y de tejido óseo, es fundamental para la formación de las hormonas adrenales, es imprescindible para aumentar la resistencia del organismo a las infecciones, favorece la absorción de hierro en el tubo digestivo, tiene un efecto antiartenoesclerótico.

Sus fuentes naturales son: Se encuentra en casi todas las frutas, sobre todo en los cítricos (limones, naranjas), algunas plantas la contienen también, como las coles, berros, pimientos, rábanos, perejil y en menor cantidad peras, ciruelas, leche y jitomate.

. **Vitamina D (Calciferol)**: Liposoluble, puede ser el ergosterol o el ergosterol irradiado. Su actividad es imprescindible para la regulación del metabolismo del calcio, interviene fundamentalmente en el recambio óseo (desarrollo, crecimiento, formación y neoformación de tejidos óseos).

. Vitamina E (Tocoferol): Es liposoluble, se encuentra en todos los órganos, y es importante en las funciones metabólicas por ser un factor antioxidante que neutraliza los radicales libres cuya acumulación es uno de los factores del envejecimiento.

Sus fuentes principales son: Aceite de germen de trigo, pan, aceites vegetales, yema de huevo, leche.

. Vitamina K (Menadiona): Es una vitamina liposoluble indispensable para la formación de la protombina a nivel del hígado, factor fundamental en el proceso de la coagulación de la sangre.

Sus fuentes principales son: Se encuentra en las espinacas, coles, leche y carnes.

. Acido fólico: Poco soluble en agua, participa en la formación de los glóbulos rojos en la médula ósea y favorece la multiplicación de las bacterias necesarias para la flora intestinal

Sus fuentes principales son: Levadura, hígado, vísceras animales, leche, carne, quesos.

. Acido Pantoténico: Factor protector de la piel y mucosas contra las infecciones, intervienen en el metabolismo de las grasas y de las féculas.

Fuentes principales: levadura de cerveza, hígado, pescado, cáscaras de frutas y arroz.

La mayoría de los viejos pueden obtener los nutrientes que necesitan llevando una alimentación balanceada y alimentos nutritivos cada día, leche, quesos cottage (requesón), yougurth, carne, pollo, pescado, huevos, frijoles, nueces o cacahuets, frutas y vegetales que incluyen cítricos, verduras de hoja, así como pan integral y productos cereales.

Algunos viejos no siempre obtienen las vitaminas y minerales que necesitan de su dieta diaria, en algunos casos por que es difícil encontrar los alimentos y preparar la comida que ellos necesitan. La presencia de problemas digestivos, dificultades masticatorias y el uso de algunos medicamentos pueden interferir con una buena nutrición.

Al llegar a una edad avanzada esta necesidad es tan importante que se ha encontrado una relación íntima entre ciertas deficiencias vitamínicas y diversos estados físicos y psicológicos anormales de la vejez.

3.7.4. El envejecimiento y su influencia en la nutrición.

"El cuerpo es más lento, con la misma cantidad de trabajo que se hacía cuando se era joven, ahora requiere menos energía o comida para hacerlo, algunas personas pueden ver esto como eficiencia incrementada, pero el metabolismo es más lento necesitando menos comida.

El cuerpo empieza a mostrar los efectos de una vida larga y activa, algunos de sus dientes naturales pueden estar reemplazados por dentaduras, el control de la vejiga y de los intestinos ya no pueden ser tan buenos como eran, y como resultado se puede encontrar que tiene que comer en forma diferente y beber más agua.

Los hábitos de comer, su cultura alimenticia puede cambiar con los años, los aspectos sociales aquí son muy importantes.

Conforme las personas envejecen necesitan menos calorías, y por lo tanto deben comer menos de lo que se comía.

Por lo tanto ingerir una buena comida ayudará a los ancianos a pensar claramente, a tener mayor energía y a lucir más saludable, así como a prevenir enfermedades, las personas viejas necesitan mejorar lo que comen. por lo tanto la alimentación en los ancianos debe basarse en tener menos calorías y más nutrientes.

3.7.5. Factores del envejecimiento que influyen en la alimentación.

Los factores del envejecimiento que influyen en la alimentación son: Somáticos, digestivos, psicológicos, sociales y metabólicos que se mezclan o se van superponiendo a medida que avanza el proceso.

. FACTORES SOMÁTICOS: Aspectos somáticos que impiden comer.

- Alteraciones de la dentadura o prótesis, rigidez de articulación mandibular o pérdida de fuerza de músculos masticadores.
- Rigidez o falta de fuerza en los brazos hasta extremos de parálisis, temblores o incoordinación de movimientos.
- Alteraciones posturales o postración en cama.
- Pérdida de agudeza visual.
- Otras condiciones del viejo en su medio que entorpecen el arte de comer.

. FACTORES DIGESTIVOS:

- Disminución de la calidad y cantidad de las sustancias que intervienen en la digestión.
- Alteraciones en la motilidad gastrointestinal.

. FACTORES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES:

- La bulimia o comer con exceso y entre horas es generalmente de origen psicógeno, debe combatirse pues perturba la digestión y conduce a la obesidad.
- La soledad en sí misma al perderse la convivencia y entrañar la depresión.
- El problema económico ocupa un lugar de gran importancia. No puede prepararse una buena alimentación si no hay medios para comprar los alimentos.
- El medio ambiente carente de alimentos.
- Anorexia o falta de apetito.

FACTORES METABÓLICOS. Son implícitas al envejecimiento

- Los procesos metabólicos disminuyen de intensidad con la edad.
- Se sigue necesitando las mismas sustancias nutritivas aportadas por los mismos alimentos que antes.
- El mejor índice de sustancia del aporte nutritivo es mantener el peso.
- La necesidad de calorías va disminuyendo la actividad física.
- Hay que restringir hidratos de carbono y grasas.⁶²

3.7.6. Necesidades cualitativas y cuantitativas de la alimentación del anciano. (Ver anexo No. 4)

3.8. EL ANCIANO EN SU ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL.

3.8.1. Aspectos sociales del anciano.

El proceso de envejecimiento y la vejez o tercera edad vista bajo el prisma sociológico lleva a consideraciones cuyo centro de interés es el hombre y sus relaciones con los demás, la

⁶² Dr. Aragón. "Manual de Auto cuidado y Salud en el Envejecimiento" Pp. 206 - 210.

gerontosociología mira lo que el hombre hace y como lo hace como ser social y que aprende él en la vivienda con sus semejantes. El hombre experimenta ese juego constante de vivencias existenciales bajo ciertas pautas con su interacción con otros seres humanos; se identifican con aquellas que se desarrollan dentro de la familia, la escuela y la Iglesia, en las relaciones laborales de trabajo u ocupación cotidiana.

3.8.1.1. Papel social y status.

"Hay personas mayores a las que el hecho de envejecer les motiva a descubrir nuevos roles en la vida, o les impulsa a buscar nuevos medios para conservar su habitual rol y no perder status o razón de estar en el arduo social que conoce."⁶³

El hombre va cambiando sucesivamente en la vejez y por lo tanto el papel que le corresponde y función que es capaz de tener en un cierto grupo, el laboral por ejemplo, es de adaptarse a ese grupo, y por consiguiente el status del anciano varía conforme a lo que la sociedad le exige o esta dispuesta a darle (jubilarse a cierta edad), aún cuando su condición física y mental sean buenas.

La pobreza se suma al ocio obligado y por lo tanto el viejo se alisa, y por otra parte por sus mismas condiciones fisiológicas de su edad comienzan a tener disminución de su capacidad en todos los aspectos, lo que también contribuye a la pérdida incondicional de status y por lo tanto al amargo pesimismo que tiene ante la vida misma que determina en ellos una desviación y enajenación mental.

⁶³ Alba Sánchez. "Manual de Geriatria," Pp. 1396

3.8.2. La familia como recurso.

La familia es la que generalmente proporciona un mayor aporte a los ancianos en su domicilio, ya que son los que se encargan y están pendientes de sus necesidades: hablando de necesidades tanto físicas, económicas sociales, psicológicas etc , logrando con esto que el anciano se desarrolle plenamente no creándose patologías a causa de la soledad.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se a concluido que "La familia constituye un sistema de ayuda informal encaminado a mantener al viejo bien adaptado a su comunidad auxiliándolo en el mantenimiento de actividades, que vistas de un enfoque de salud pudieran verse como terapéuticas tanto recreativas, como laborales"⁶⁴

El cuidado del Anciano puede acarrear una enorme tensión sobre el conyuge o la familia encargados de su cuidado, puesto que al considerar al anciano como un ser improductivo (ya que por su edad ya no trabaja o es jubilado, y con esto no aporta un suficiente subsidio económico a la familia, viéndolo como una carga), creando con esto conflictos tanto en la familia como el propio anciano, ya que ellos creen que el tenerlo a su cargo sólo trae consigo gastos económicos en vano.

"La familia puede representar un buen soporte en relación a la condición frecuentemente crítica afrontada por el anciano ante el retiro y la pensión, lo que en muchas ocasiones representa un estigma social y familiar. Así mismo una familia bien orientada puede mantener un rol digno para el viejo, sin protegerlo, sobre todo considerando que un cuidado excesivo es realmente una forma de marginación que inmoviliza y deteriora las habilidades aprendidas y/o limita las capacidades residuales subyacentes. Sin embargo esto no significa que el polo opuesto sea la solución alternativa, pues una actividad familiar desinteresada y descalificada repercute en la ubicación

familiar del sector despojándolo de su lugar y de sus posibilidades de auto determinación. Por tanto la orientación mas sensata de la familia será aquella que posibilite el total respecto a la identidad del viejo y le permita autodefinirse en el grupo familiar en congruencia con su papel dentro de éste, a la vez proporcionar habilidades y capacidades residuales”⁶⁵

Básicamente las dificultades de la vida diaria para la persona que cuida de un anciano enfermo, sobre todo si el padecimiento es crónico, tienen su origen en las necesidades insatisfechas del anciano, a las que debe atender y vigilar; estas necesidades son percibidas tanto por las personas dependientes como por quien se encarga de cuidarla, y a veces sus precisiones no coinciden. El agotamiento de los recursos económicos, emocionales o físicos también es un aspecto importante en la vida diaria de la persona que se encarga de la atención de un anciano dependiente.

Las características del grupo familiar ideal serán aquellas relacionadas con un sistema de interacciones estables entendiéndose éste como un sistema que se establece con respecto a algunas de sus variables, si estas variables tienden a permanecer dentro de límites definidos por lo tanto, es indispensable dar a las familias una orientación especializada que les permita guardar el equilibrio necesario y suficiente.

El anciano debe de permanecer en su vivienda y con sus familiares todo el tiempo que sea posible. Para los ancianos la vivienda no se limita a un techo bajo el cual vivir, vivienda encierra a una connotación psicológica arraigada con el concepto de hogar y esto tiene para el viejo significados personales, familiares y sociales cuya identidad debe mantenerse.

La vivienda debe diseñarse para toda la vida de manera que pueda servir a las necesidades y capacidades funcionales de las personas envejecientes, que son cambiantes con la edad.

⁶⁴ GEMAC “La familia y el anciano” Pp.2

⁶⁵ Paillat, Paúl “Sociología de la vejez” Pp.48

Debemos reconocer que las viviendas para ancianos no tienen asignadas prioridades algunas en los programas habitacionales en desarrollo, tal prioridad esta reservada al déficit habitacional que afecta a la población en general.

3.8.2.1. Factores predisponentes para brindar atención a los ancianos dentro de su familia.

- "Encontrar una persona aceptable para el paciente que se encargue de cuidarlo, si por alguna razón hay que salir del hogar.
- La preocupación constante acerca de lo que va a ocurrir con el anciano en cualquier momento.
- La tensión que se origina cuando el anciano no tolera variaciones en su horario o en el ambiente por mínima que fuera y se disgusta si llegan a ocurrir cambios.
- La incertidumbre a cerca del tiempo que se prolongará la situación y si los cambios en el estado del paciente requieren hospitalización o internamiento en una casa de convalecencia.
- La necesidad de hacer gastos para atender al paciente hasta el punto de privar a los otros dependientes de los satisfactores indispensables".⁶⁶
- Falta de recursos económicos. Las familias cuyos ingresos económicos son insuficientes se encuentran en mayor peligro de enfrentar dificultades a medida que pasa el tiempo para satisfacer las demandas de tratamiento de un anciano enfermo .
- Falta de recursos en la comunidad. Muchas comunidades particularmente pueblos pequeños o regiones rurales carecen de sistema de apoyo para las familias que cuidan ancianos con padecimientos crónicos, carecen de hospitales, centros diurnos, servicios médicos y de enfermería a domicilio, por lo tanto esta situación aumenta la carga sobre los miembros de la familia que prácticamente deben luchar solos con el problema.

66 Camevali, "Tratado de Geriatria y Gerontología" Pp 420

- **Barreras ambientales.** Cuando la vivienda o el transporte presentan obstáculo físico aumentan los peligros de la vida diaria para el anciano con alguna incapacidad. Los obstáculos pueden ser: escaleras exteriores o dentro de la casa, falta de recámara y de instalaciones para controlar la temperatura del ambiente etc. Las amenazas a la seguridad personal debido al tipo de personas que habitan en el barrio es otro incontables de los peligros ambientales.
- **Fallas de la salud.** Esta representa el principal peligro que amenaza tanto a la persona que recibe atención como en la encargada de cuidarlo.
- **Abuso de sustancias.**

3.8.2.2. Jubilación en el anciano.

Otro problema dentro de los recursos económicos es la jubilación de los ancianos, ya que dicha jubilación casi siempre significa la mitad o las dos terceras partes de los ingresos económicos a la familia; esto quiere decir que muchos ancianos cuando se jubilan se convierten en pobres.

Muchos jubilados desearían trabajar parte de su tiempo, pero las modificaciones recientes en las leyes tributarias son desalentadoras. Las personas jubiladas que tienen entre 65 y 69 años de edad pierden parte de su pensión si obtienen ingresos considerables que provengan de su trabajo. Después de los 70 años no se aplicaran estas restricciones y tampoco son validas para ingresos provenientes de inversiones o pensiones de carácter privado. La reducción de sus ingresos y la amenaza de la inflación se reflejan en la preocupación que los ancianos muestran por el dinero. Esta situación afecta sus valores y su nivel de vida y debe tenerse en cuenta para entender sus perspectivas del tiempo.

Cuando el ser humano envejece ve con recelo que se acerca el momento de retirarse de los centros laborales; de las actividades retribuidas con dinero y de las satisfacciones que a través de

este y el desempeño del trabajo mismo a podido obtener su vida de adulto joven, como sería a ver ocupado cargos de jefatura u otras investiduras de alto rango, entonces es posible que se resista jubilarse

También es posible que para otras personas la jubilación represente el medio de liberarse de actividades de las que ha sido un objeto, una parte más de una maquinaria, lo que ha minado su alegría por realizar una actividad útil para la comunidad

En el trabajo el hombre encuentra uno de los lazos de unión más fuertes entre él y el grupo social, gracias al trabajo cumple status considerablemente grandiosos, es una persona sana, fuerte y capaz para el desempeño de sus labores.

Forma parte de la población productiva, es importante por que participa en la economía nacional. Por el trabajo obtiene los medios que proporcionan bienestar a su familia.

La jubilación genera cambios de carácter económico, por la reducción de los ingresos lo que con frecuencia provoca necesidad de ajustar gastos respecto a la alimentación, vestido, vivienda, etc., así mismo se propicia el aislamiento, pues se rehuye el grupo de amigos al no poder solventar los gastos que esto significa interrumpiendo bruscamente sus relaciones sociales además de la pensión.

3.9. ATENCION INTEGRAL A LOS ANCIANOS EN LA INSTITUCION.

El aumento de personas a implicado mayor demanda de servicios, con requerimientos más amplios de protección y asistencia social para las necesidad derivadas de las condiciones que acompañan a

la longevidad. El conocimiento actual indica problemas en la atención de salud de los ancianos y se relacionan con una mayor demanda de servicios.

Se reconoce la necesidad de un enfoque más amplio e integral que tome en cuenta factores incondicionantes demográficos, sociales, políticos y psicológicos, todos los que interactúan para determinar la calidad de vida y por ende la situación de salud de los ancianos en los distintos países. Por ello la urgencia cada vez mayor de definir y ejecutar políticas públicas, orientando a la atención integral de los problemas a estos grupos de población.

La acción del estado como responsable de la protección social de los pobres, especialmente aquellas que no pueden satisfacer sus necesidades, básicas con el ingreso que genera su trabajo. En este caso la prestación de servicios se hace usualmente a través de las instituciones de caridad, juntas o comités de beneficencia, o por programas de asistencia pública del estado para los indigentes.

Algunos países Europeos como España, Inglaterra, Francia, etc. recomiendan hacer énfasis en las acciones de la promoción a la salud, la importancia de coordinar en los ámbitos locales, el desarrollo de los servicios sociales con los de la salud. Este es un requerimiento básico para una atención de buena calidad a los ancianos. Los procesos de descentralización de la administración pública y las oportunidades que estos ofrecen para el desarrollo de microsistemas locales de salud en los cuales se favorecen las posibilidades de atención a los ancianos.

Se considera que la causa fundamental de la falta de cobertura de atención de salud en América latina es la inaccesibilidad financiera a los servicios con tendencia a las privatizaciones existentes son, en particular los ancianos, que son excluidos o no aceptados en los esquemas de pre-pago y transmodalidades de seguros privados.

3.9.1. Los programas y servicios específicos para la atención integral del anciano.

Dos aspectos se plantean aquí:

a) La acción de las familias y los grupos comunitarios.

Las estrategias para la aplicación de políticas de salud de los ancianos giran alrededor de acciones de la familia y de los grupos comunitarios.

La familia en particular, es una fuente primordial de apoyo emocional y social, y aún económico para los miembros de edad avanzada. La organización de la vida familiar a cambiado a consecuencia de factores demográficos, esto significa que la familia con sus características actuales haya perdido la capacidad de apoyar a sus miembros y en especial a los ancianos.

Por otra parte las diversas formas de organización de grupos comunitarios, incluyendo grupos de autocuidado de los ancianos, que cumplen funciones importantes en este segmento poblacional deben ser apoyados y estimulados para favorecer un estado de salud óptimo o en equilibrio.

b) Areas de servicios para la atención de los ancianos.

Las circunstancias nacionales y locales, las políticas de salud integral de los ancianos deberán proporcionar el desarrollo de actividades y servicios sociales y de salud en las siguientes áreas:

■ Promoción de la salud y educación.

. Atención médica general y atención hospitalaria incluida la accesibilidad de servicios de alta tecnología.

. Atención domiciliaria.

- En relación con el mantenimiento del ingreso, empleo y educación.
 - . Pensiones de retiro y otros programas de seguridad social.
 - . Programas de educación y entrenamiento para el empleo.
 - . Educación para población respecto a los ancianos.

- En relación con la vivienda y servicios residenciales.
 - . Facilidades de habitación y residencia.
 - . Reparación y mantenimiento a domicilio de equipos.
 - . Centros diurnos de atención.

- Servicios de apoyo.
 - . Consejería y asistencia legal.
 - . Visitas y programas de asistencia domiciliaria.
 - . Asistencia directa a los familiares.

- Servicios de nutrición.
 - . Educación nutricional.
 - . Entrega de nutrientes básicos.

3.9.2. Sistema nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

El sistema nacional de desarrollo integral de la familia (DIF) es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios, así mismo es una de las 4 instituciones públicas que conforman el sistema nacional de salud de México, como tal es responsable de uno de los 8 programas de acción denominado Programa para el impulso de la

asistencia social, personas en estado de minusvalía, ya sea física, mental, económica o social para contribuir a su bienestar e incorporarlas a una vida social satisfactoria y económicamente productiva.

Los objetivos son:

- Proporcionar asistencia social a quienes lo requieran para contribuir a su bienestar.
- Lograr la incorporación de los minusválidos a la población productiva.
- Fortalecer el desarrollo de la familia.

3.9.3. Programa para la atención de los ancianos.

El programa de protección y asistencia a la población en desamparo se lleva a cabo en las modalidades de cuidado permanente en las casas hogar del DIF o en las casa de asistencia privada, la atención de día, consejos de ancianos, hogares sustitutos y subsidios económicos.

"Para el Distrito Federal, el sistema cuenta con 15 unidades operativas en la república mexicana y una capacidad instalada para 1194 ancianos. De ellas, el Sistema Nacional DIF administra directamente 4 casa hogar, Arturo Mundet, Vicente García Torez, Olga Tamayo ubicadas en el D.F., Cuernavaca, Morelos y Oaxaca.

Dichas instituciones albergan un total de 460 ancianos de 60 años a y de más años, todos los días del año las 24 hrs. ⁶⁷

⁶⁷ CIESS "El adulto mayor en América latina." Pp. 95

Los servicios prestados son de albergue, vestuario, alimentación, atención médica, paramédica, especializadas, atención odontología, psicológica y pedagógica, terapia física, ocupacional, recreativa y atención social.

El 40% de los ancianos cubren una cuota de recuperación mensual por medio de \$106.00. los programas de acción en cada una de las casas hogar comprende:

- Programa médico.
- Programa de enfermería.
- Programa de rehabilitación.
- Programa de nutrición.
- Programa de gericultura.
- Programa de Psicología.
- Programa de Terapia recreativa.
- Programa de atención social.

3.9.4. Asistencia al anciano a nivel nacional.

La asistencia de ancianos puede proporcionarse en las siguientes formas:

- Hospitalaria (para enfermos).
- Casas de reposo (para ancianos sanos).
- Asistencia abierta.
- Domiciliaria e intermedia entre, la hospitalaria y la domiciliaria impartidas en hospitales o centros diurnos.

Considerando que el anciano sano requiere también de un mínimo de asistencia médica para prevenir en vez de curar las alteraciones leves del envejecimiento que no siempre son mínimas y que a menudo necesitan medidas profilácticas y terapéuticas adecuadas.

3.9.4.1. Asistencia Institucional.

■ Casas de reposo o estancia.

En dichas casas no se puede prescindir de la asistencia médica, psicológica y social que son fundamentales sobre todo en los ancianos, ya que muy a menudo los ancianos eran abandonados, regalados, auténticos depósitos o presenterios como los antiguos gerocomios, hospicios y similares que por desgracia aún existen. Por lo tanto estas condiciones favorecían el decaimiento del anciano y no solo por la falta de tratamiento adecuado si no por el abandono psicológico y el estado de ánimo de quien se ve condenado a pasar el resto de sus días en una especie de prisión. Ello explica los frecuentes intentos de fuga o inclusive suicidios de los internados contra su voluntad en casa de reposo.

Hoy en día se ha propuesto el término de casas de permanencia prolongada y acogerlos en ellas por períodos variables de semanas, meses y hasta un año o más pero siempre con la alternativa de regresar un día a su hogar.

En las casas de reposo no debe haber más de 3 o 4 camas por habitación y es necesario que incluyan recamaras con dos camas para conjugues. Los cuartos individuales no siempre son recomendables inclusive por razones de seguridad para el anciano. Los institutos con pocos huéspedes son caros, en tanto los que tienen demasiados a menudo resulta difícil que haya vida comunitaria. Por lo tanto son preferibles los de capacidad media que permitan un contacto más frecuente entre los huéspedes y favorezcan la vida de relación.

■ **Asistencia hospitalaria.**

Son aquellas donde hay secciones para ancianos con enfermedades agudas, de hospitalización prolongada o afecciones crónicas con probabilidades de recuperarse, ya que una vez terminada la hospitalización prolongada no se alcanza un grado de autosuficiencia adecuada que permita integrar al anciano a su ambiente familiar y pase a formar parte del grupo de enfermos crónicos que podrían formar parte de la sección para ancianos no autosuficientes sin probabilidades de recuperación, por lo anterior es obvio que los ancianos enfermos requerirán una asistencia diferente respecto a los jóvenes. Dicha asistencia contempla la médica y de enfermería especializada que requieren los ancianos para mantener un equilibrio de salud y ambiente social y familiar.

· **Importancia y necesidad de una asistencia diferente para ancianos enfermos:**

- Mayor duración en la fase aguda.
- Hospitalización más prolongada para la recuperación completa.
- Importancia de la rehabilitación.
- Prevención de la cronicidad.

■ **Residencia para ancianos.**

Es una asistencia cada vez más difundida con características intermedias entre la abierta y la institucional siendo una asistencia en todos los niveles.

*Puede llevarse a la práctica:

· Reservando algunas residencias para ancianos en edificios construidos para la población joven e integradas al resto de la comunidad.

Construyendo en diversas colonias edificios con servicios colectivos reservados para ancianos.

- Desarrollando colonias o áreas residenciales para ancianos con servicios comunes (cocina, lavandería, servicios domésticos etc.).

Las residencias para ancianos deben ser para los autosuficientes, sin embargo incluirán servicios colectivos para la asistencia médica, social, de enfermería y domésticos.⁶⁸

■ Asistencia abierta: Domiciliarios y centros diurnos (hospitales).

La asistencia abierta comprende la domiciliaria y la intermedia, entre forma de centros de salud y hospitales diurnos para que los ancianos permanezcan en el ámbito familiar, pero recibiendo toda la asistencia sanitaria.

La asistencia domiciliaria no solo comprende todos los servicios médicos y de enfermería con medidas diagnósticas y terapéuticas oportunas sino también aspectos de rehabilitación de asistencia socioeconómica y psicológica, ayuda para los trabajos domésticos, compras de día, tramites personales o asegurar la presencia de alguien en casa cuando los demás estén ausentes.

· Las actividades del hospital de día son:

- Rehabilitación física.
- Mantenimiento físico con terapia ocupacional.
- Asistencia social.
- Enfermería (procedimientos de tratamiento).
- Investigación.
- Control clínico.
- Lavandería.
- Comedor.

⁶⁸ Ibidem Pp. 23.

Los pacientes que acuden al hospital de día provienen del servicio de Geriátrica a partir del momento de alta o bien referidos por los médicos de zonas o asistentes sociales. Normalmente el anciano que es traído al hospital de día lo hace dos veces por semana de manera que su asistencia sea frecuente pero no signifique una dependencia total del centro.⁶⁹

· Ventajas y desventajas de la asistencia a los ancianos.

■ Asistencia institucional.

- Desventaja: Que el anciano sabe cuando entra pero no cuando sale ni como sale. (presementerios), es cara para la comunidad.

■ Asistencia Abierta.

- Ventaja: "Económica para la comunidad, más agradable para los ancianos, permanecen en su hogar con su familia."⁷⁰

3.10. ACONDICIONAMIENTO FISICO EN EL ANCIANO.

La actividad física y el movimiento son vitales y no conocen límites; comienza al nacer y termina al morir por lo cual no debemos considerar al anciano como un mero receptor de información, sino como un ser capaz de elegir y seleccionar los objetos para su desarrollo total de su creatividad.

Los ancianos son personas con alteraciones morfológicas y funcionales, de equilibrio inestable que requieren de la adaptación gradual y progresiva de su capacidad funcional a las posibilidades reales de rendimiento en las actividades cotidianas

⁶⁹ Perledo Op. Cit. P.p. 120.

El sedentarismo es denominado como un factor de riesgo para la senilidad; este puede ser modificado a voluntad mediante el acondicionamiento físico, así al disminuir este factor pueden reducirse otros factores de riesgo para prevenir el deterioro prematuro de la edad. El sedentarismo se manifiesta en la disminución de la fuerza muscular, en la disminución de la movilidad de las articulaciones y en la disminución de la elasticidad de los tejidos, dando como resultado rigidez y frecuentemente inseguridad en los movimientos de los ancianos.

Alternativa que tiene el anciano para evitar el desequilibrio orgánico a causa del sedentarismo es el ejercicio o sea acondicionamiento físico adoptado como parte de la vida diaria, además de una buena alimentación y disminución del tabaquismo o alcoholismo.

3.10.1. Cambios morfológicos y fisiológicos que resultan del programa de ejercicio.

- Aumento de la fuerza y resistencia muscular, como resultado del alargamiento de las fibras musculares.
- Una mayor coordinación neuromuscular, la cual reduce los requerimientos de energía.
- Cambios corporales en la masa muscular y disminución del tejido adiposo.
- Aumento de la captación de oxígeno.
- Aumento de la tolerancia al stress.
- Estimula la salud mental.
- Ayuda a establecer contactos sociales, previniendo la tendencia al deterioro prematuro o aislamiento, mejorando el bienestar y la calidad de vida.

Ejercicios primordiales.

- Ejercicios terapéuticos. Pretenden establecer una o varias funciones.

· Ejercicios preventivos. Pretenden mantener el mayor grado de funcionabilidad.

Etapas del ejercicio.

1. **Calentamiento.** A mayor edad debe ser más prolongado, a causa de la poca flexibilidad y elasticidad. Su finalidad es evitar lesiones musculares y tendinosas. El calentamiento aumenta el riego sanguíneo y la temperatura corporal. Los ejercicios deben ser de flexión, extensión, aducción, abducción y circulación de las articulaciones realizados por parejas o individualmente.
2. **Relajación.** Puede ser superficial o profunda, su finalidad es regresar al cuerpo a su estado basal, para lograr la relajación se cuenta con ejercicios respiratorios, disminución de los movimientos en velocidad y cantidad o por medio de la recreación. (ver anexo 4).

El acondicionamiento físico para los ancianos tiene como característica ser libre y natural lo cual le permite expresar su personalidad. Lo más importante es evitar los excesos y fatigas, ya que el acondicionamiento físico incrementa la coordinación, favorece las reacciones de defensa, crea ritmos corporales. estimula las funciones vitales (Ver anexo No. 5).

3.11. REHABILITACION DEL ANCIANO.

La vejez por si misma no es una enfermedad o discapacidad, aunque una gran proporción de viejos desarrollan incapacidades crónicas y múltiples, que pueden estar asociadas con la edad, y puntualiza primariamente sobre dos poblaciones, los que empiezan a incapacitarse y minusválidos.

3.11.1 La polipatología como causa de incapacidad.

- Síndromes Invalidantes que, aunque con sus características y frecuencias propias, no son privativos de la tercera edad, amputados, enfermedad vascular cerebral, etc.
- Enfermedades no Invalidantes, es donde el anciano se puede recuperar lentamente favoreciendo los efectos indeseables de la inmovilidad prolongada, por lo que deben ser ayudados para la recuperación de su independencia.
- Síndromes involutivo y degenerativos propios del envejecimiento del sistema biológico.

Procesos patológicos frecuentes e Invalidantes:

1. Síndromes Neurológicos. Depravación sensorial, confusión y desorientación. Disminución de la capacidad intelectual y de la coordinación y balanceo.
2. Síndromes del sistema musculoesquelético. Contracturas, debilidad muscular, osteoporosis por inmovilización, y traumatismos.
3. Cardiovascular. Hipotensión ortostática. Fenómenos tromboembólicos.
4. Respiratorio. Incremento de la resistencia mecánica para la respiración. Reducción de l reflejo de la tos y de la actividad ciliar bronquial. Embolia pulmonar, etc.
5. Gastrointestinal. Constipación y pérdida del apetito.
6. Genitourinario. Estasis urinaria, cálculos urinarios, infecciones del tracto urinario, disminución de la iniciación y vaciamiento de la vejiga.
7. Alteraciones en el balance metabólico mineral. Balance negativo de nitrógeno, del calcio, azúcar, fósforo y otros minerales.
8. Piel y tegumentos. Atrofia de la piel, úlceras de presión.
9. Trastornos generales.

"El daño físico en el paciente geriátrico tiende a aislarlo socialmente, reaccionando con exacerbación de sus problemas médicos y de depresión. Hay barreras psicológicas adicionales que van a interferir con el mantenimiento o mejora de la capacidad funcional en el viejo.

La rehabilitación juega un papel clave en la restauración de la función en el viejo incapacitado, es necesario concientizar sobre la intervención temprana sobre los factores psicosociales y orgánicos que van a repercutir en la salud, muchos de estos pueden ser anticipados y prevenidos".⁷¹

3.11.2. Metas de la rehabilitación Geriátrica.

- Mantener la máxima movilidad.
- Mantener la restauración y independencia en las actividades de la vida diaria.
- Obtener la confianza y cooperación del enfermo.
- Aplicar tratamientos simples.
- Efectuar secciones terapéuticas por periodos cortos.
- Lograr que todo el personal de salud trabaje como equipo bien integrado.

3.11.3. Modalidades de la Terapia Física.

Es la utilización de diversos agentes físicos (agua, electricidad, calor, frío, luz, movimiento, etc.), con fines terapéuticos. Cuyo objetivo es establecer la función o restablecer la capacidad del cuerpo para realizar actividades funcionales normales.

⁷¹ LOZANO Arturo "Introducción a la Geriatria". Pp. 288.

Se agrupan de la siguiente manera:

- Hidroterapia.
- Crioterapia.
- Termoterapia.
- Mecanoterapia.
- Electroterapia.
- Cineterapia.
- Masaje.

- **CRIOTERAPIA.** Agentes para reducir la temperatura de los tejidos. (compresas heladas, cubos de hielo, baños fríos, etc.).

Efectos Fisiológicos:

- Suprime dolor.
- Disminuye espasmos musculares.
- Disminuye la contracción muscular refleja seguida de enlongación.
- Incrementa propiedades elásticas del colágeno.
- Disminuye la circulación local. (alrededor de 10 min.).
- Aumenta la circulación local (alrededor de 15 a 30 min.).
- Disminuye el metabolismo local de los tejidos.
- Posible prevención del edema.

Precauciones: No deben emplearse temperaturas menores de 4° centígrados al menos que la piel se encuentre cubierta o con material aislante al frío.

- **TERMOTERAPIA:** El calor como una modalidad terapéutica puede ser húmedo o seco, superficial (menos de 1 cm. De penetración) o profunda. La transferencia de energía calórica puede ocurrir a través: 1) Conducción por contacto directo, 2) conducción usando un medio de transferencia, 3) conversión por la transferencia de calor a otra forma de energía.

Efectos fisiológicos.

- Aumenta la permeabilidad y la vaso dilatación.
- Disminuye la excitabilidad del uso muscular, por reducción en la actividad de las fibras gama.
- Efectos relajantes y de analgésico.

- **HIDROTERAPIA:** Uso del agua, el uso del agua tiene doble efecto el mecánico y el térmico. (produce analgesia, relajación del espasmo muscular y desbridamiento mecánico). La temperatura es de 36.5 a 46 ° centígrados. Útil en pacientes neurológicos y artríticos

- **ELECTROTERAPIA:** Es la aplicación de corriente eléctrica con fines de estimulación nerviosa y muscular.

- **TERAPIA MECANICA (MASAJE):** Es la manipulación sistémica de los tejidos blandos para propósitos terapéuticos.

Tipos de movimientos utilizados en la terapia mecánica:

- **Pasivos:** Una persona mueve las articulaciones del paciente sin que este realice esfuerzo.
- **Activos:** El paciente realiza movimientos, contrae y relaja voluntariamente los músculos que controlan un movimiento en particular.

· **Asistidos:** Es ayuda al paciente a realizar los movimientos. El fisioterapeuta ó algún aparato ayuda al paciente para que haya movimientos más amplios.

· **Resistidos:** El paciente realiza movimientos de resistencia en contra. Esta puede ser ejercida por el fisioterapeuta ó el paciente puede usar sus propios músculos antagonistas para producirla o puede obtenerse mediante peso u otros aparatos.

■ **TERAPIA OCUPACIONAL:** Uso de actividades que intervienen para promover y lograr la funcionalidad a través del desarrollo mejorar o restaurar asta el más alto nivel de independencia posible de cualquier individuo que esta limitado por una disfunción física o psicológica.

Objetivos: Manejo de actividades del diario vivir en el hogar, prevención de accidentes en el hogar, adaptación de mobiliario.

Beneficios: Tratamiento específico, restauración de funciones, actividades de auto ayuda, manejo de las actividades del diario vivir y adaptación de aparatos, mantener habilidades, medidas de sostén para que acepten sus pérdidas.

Clasificación de la terapia ocupacional:

A) Primaria.

De ayuda: Independencia para el desplazamiento e independencia para la realización de las actividades de la vida diana.

De sostén: Vencer el estado depresivo, ayudar al paciente a darse cuenta de sus facultades y no de sus incapacidades, y que no a perdido la capacidad de compartir como miembro de la sociedad.

Recreativa. Lograr el interés del anciano, enseñar nuevos juegos o destrezas, partiendo de lo más simple, desarrollando actividades colectivas cuando menos una vez a la semana.

B) Secundarias:

Son de menor aplicación en la rehabilitación geriátrica.

Prevocacional. Se estimulara y potencionalizará su desarrollo en causándose hacia la ergoterapia.

Educacional. Puede orientarse hacia la organización de platicas, conferencias, cine etc.

■ **TERAPIA RECREATIVA:** Es la utilización del tiempo libre del anciano, mediante la practica de actividades múltiples como: Televisión, cine, juegos, etc.

Beneficios. Estimular el desarrollo psicomotriz y social, produce un estado de animo optimo y equilibrado, constituye un elemento de resocialización, mejora el esquema corporal, mejora la fuerza y resistencia muscular, incrementa la coordinación.

4. METODOLOGIA.

4.1. HIPOTESIS.

4.1.1. Hipótesis General.

- Si la población anciana de San Luis Tlaxialtemalco recibe una atención anticipatoria para disminuir los factores de riesgo que afectan su calidad de vida, esta mejorará al recibir dicha atención.

4.1.2. Hipótesis de Trabajo.

- Si al aplicar el Licenciado en enfermería y Obstetricia medidas específicas de prevención y control con los ancianos de los diferentes módulos de San Luis Tlaxialtemalco, se logrará concientizar al anciano su familia y comunidad a cerca de la importancia del autocuidado.

4.2. VARIABLES E INDICADORES.

4.2.1. Variables Independientes.

Variables.	Indicadores.
Edad.	Mas de 60 años.
Sexo.	Masculino y Femenino.
Peso.	Inferior/Medio/Superior.
Talla.	Baja/Media/Alta.
Hábitos Higiénicos.	Buena/Regular/Deficiente.
Hábitos Dietéticos.	Buena/Regular/Deficiente.
Toxicoadicciones.	Alcoholismo/Tabaquismo/Otros.
Vivienda:	
Tenencia.	Propia/Rentada/Prestada.
Tipo de construcción:	
Suelo.	Tierra/Cemento/Mosaico.
Pared.	Tabique/Lamina/Madera.
Techo.	Loza/Lamina/Mixto.

4.2.2 Variables Dependientes.

Ancianos con mas de 60 años del poblado de San Luis Tlaxiátemalco.

Variables.	Indicadores.
Enfermedad Crónico Degenerativa.	Diabetes M./Hipertensión/Secuelas de EVC. Dependiente/Interdependiente/Independiente.
Económico.	Realiza actividades de la vida diaria/Actividades recreativas/Convivencia con amigos.
Autocuidado.	Si/No. Si/No.
Vive con la familia.	Si/No.
Lo visita la familia.	Si/No.
Comunicación y apoyo de la familia.	Si/No.
Participación en Grupos Geriátricos.	

**5. TIPO DE INVESTIGACION E
INSTRUMENTACION ESTADISTICA.**

5.1. TIPO DE DISEÑO.

El tipo de Investigación que se realizó lo consideramos como:

5.1.1. Transversal.

Es aquella en la que se examinan las características de un grupo en un momento dado o durante un tiempo limitado.

5.1.2. Descriptiva.

Por que establece conclusiones a partir de un sólo grupo.

5.1.3. Observacional.

Es aquella en la que se observa un fenómeno sin modificar intencionalmente sus variables.

5.1.4. Retrospectiva.

Es aquella que se hará en la revisión de los expedientes o cédulas de individuos que han sido previamente estudiados, sin que se halla presenciado las condiciones de estudio.

5.1.5. Teórico - conceptual.

Por que en base a definiciones, conceptos y teorías que se obtienen de fuentes bibliográficas apoyar, confrontar o rechazar opiniones del autor y propias.

5.2. UNIVERSO.

99 ancianos de los módulos A, B, C y D de la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco Delegación Xochimilco.

5.3. POBLACION.

La población en estudio se considero dentro de los rangos siguientes:

- Senilidad 60 - 80 años.
- Ancianidad 80 - 100 años.
- Longevidad 100 años en adelante.

5.3.1. Criterios de inclusión.

Hombres y mujeres mayores de 60 años que pertenezcan a los módulos de la población de San Luis Tlaxialtemalco.

5.3.2. Criterios de exclusión.

Hombres y mujeres menores de 60 años y que no habiten en el poblado de San Luis Tlaxialtemalco.

6. METODO DE RECOLECCION DE DATOS.

6. 1. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS.

- **Técnica de Observación:** Con la cual se realizó una descripción de la población estudiada, en relación a sus condiciones de vida..
- **Técnica de la entrevista:** Por medio de ésta se obtuvieron testimonios verbales, escritos y visuales de la población estudiada.
- **Se realizaron fichas de trabajo para clasificar la bibliografía consultada.**
- **Para la obtención de datos bibliográficos se acudió a:**
 - Ciudad Universitaria.
 - SPAPS - ENEO.
 - ENEO - UNAM.
 - INEGI.
 - S.S.A.
 - Clínica 25 del IMSS.
 - Instituto de cardiología.
 - GEMAC.
 - INSEN.

6.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

Se elaboro un cuestionario de 12 preguntas, para la obtención de datos fidedignos.

VALIDACIÓN: Dicho cuestionario se valido en 10 casos pilotos.

ASPECTOS ETICO - LEGALES.

Los sujetos que participaron en el estudio se les protegerá al máximo de:

1. Daños físicos.
2. Daños psicológicos.
3. Daño social.
4. No se invadirán aspectos de su vida privada.
5. Garantizamos el carácter confidencial de su participación.
6. El sujeto tiene derecho a decidir participar en el estudio, seguir en el o retirarse cuando lo considere necesario.
7. No se consideraron dentro del estudio aquellos individuos que padecen una enfermedad mental debidamente diagnosticada y que no interfiera con los posibles resultados de la Investigación.
8. Se informo a los participantes de los objetivos metodología y molestias que el estudio provocaría.

6.3. CLASIFICACION DE DATOS.

Se realizó de acuerdo a las variables identificadas.

6.4. RECUESTO.

Se elaboró, mediante una base de datos, programa FOX PRO y un paquete estadístico STATA.

6.5 PRESENTACION DE RESULTADOS

Se realizó por medio de cuadros y gráficas.

7. PRESENTACION DE CUADROS Y GRAFICAS.

Cuadro 1

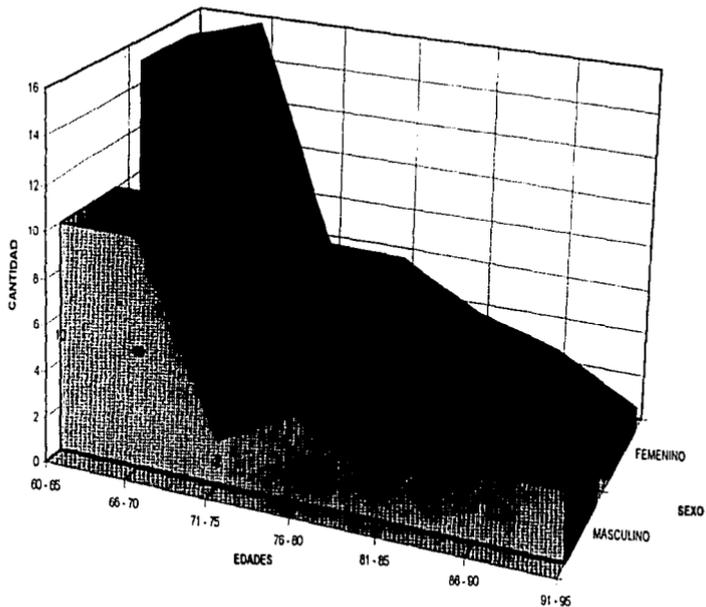
DISTRIBUCION DE ANCIANOS POR EDAD Y SEXO
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO
1996

EDAD.	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
60 - 65	10	11.76%	15	17.65%	25	29.41%
66 - 70	10	11.76%	16	18.82%	26	30.59%
71 - 75	2	2.35%	6	7.05%	8	9.41%
76 - 80	4	4.71%	6	7.06%	10	11.76%
81 - 85	2	2.35%	4	4.71%	6	7.06%
86 - 90	3	3.53%	3	3.53%	6	7.06%
91 - 95	3	3.53%	1	1.18%	4	4.71%
TOTAL	34	40.00%	51	60.00%	85	100.00%

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS ANCIANOS DE
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO, DELEGACION XOCHIMILCO, MEXICO D. F.

GRAFICA 1

DISTRIBUCION DE ANCIANOS POR EDAD Y SEXO, SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, 1996



FUENTE: Cuestionarios aplicados a los ancianos de San Luis Tlaxiatemalco, Del. Xochimilco, México, D.F.

Cuadro 2

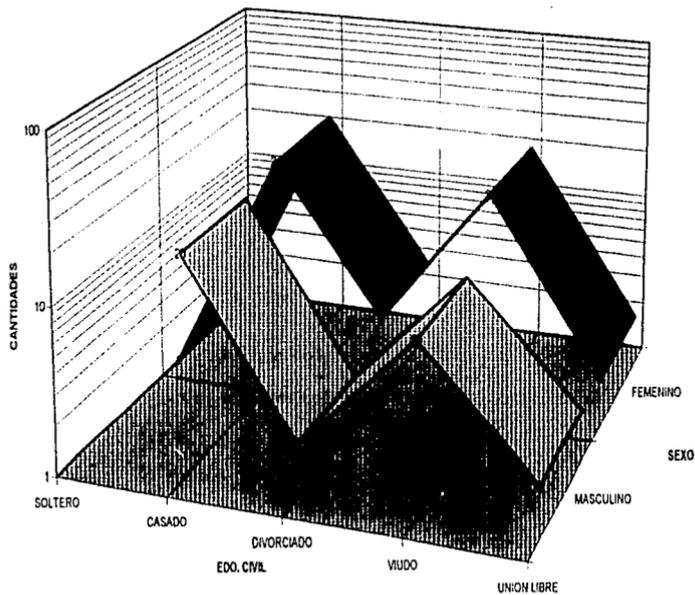
ESTADO CIVIL DE LOS ANCIANOS EN RELACION A SU SEXO SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO 1996

ESTADO CIVIL	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		CANTIDAD	%
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%		
<i>Soltero</i>	0	0.00%	1	1.18%	1	1%
<i>Casado</i>	20	23.53%	24	28.24%	44	52%
<i>Divorclado</i>	2	2.35%	3	3.53%	5	6%
<i>Viuado</i>	10	11.76%	21	24.71%	31	36%
<i>Unión Libre</i>	2	2.35%	2	2.35%	4	5%
TOTAL	34	40.00%	51	60.00%	85	100%

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS ANCIANOS DE
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO, DELEGACION XOCHIMILCO, MEXICO D. F.

GRAFICA 2

ESTADO CIVIL DE LOS ANCIANOS EN RELACION A SU SEXO, SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, 1996



Cuadro 3

**APOYO PSICOLOGICO QUE RECIBE EL ANCIANO POR PARTE
DE SU FAMILIA
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO
1996**

<i>APOYO PSICOLOGICO QUE RECIBE EL ANCIANO</i>	<i>CASOS</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>Lo escuchan y lo ayudan a tomar decisiones.</i>	73	85.5
<i>Se considera un estorbo para su familia, y además no lo toman en cuenta.</i>	12	14.1
TOTAL	85	100

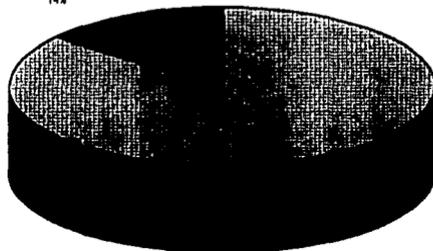
**FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS ANCIANOS DE
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO, DELEGACION XOCHIMILCO, MEXICO D. F.**

GRAFICA 3

APOYO PSICOLOGICO QUE RECIBE EL ANCIANO POR PARTE DE SU FAMILIA, SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO, 1996

SE CONSIDERA UN ESTORBO
PARA SU FAMILIA Y ADEMAS
NO LO TOMAN EN CUENTA.

14%



LO ESCUCHAN Y LO AYUDAN A
TOMAR DECISIONES
86%

Cuadro 4

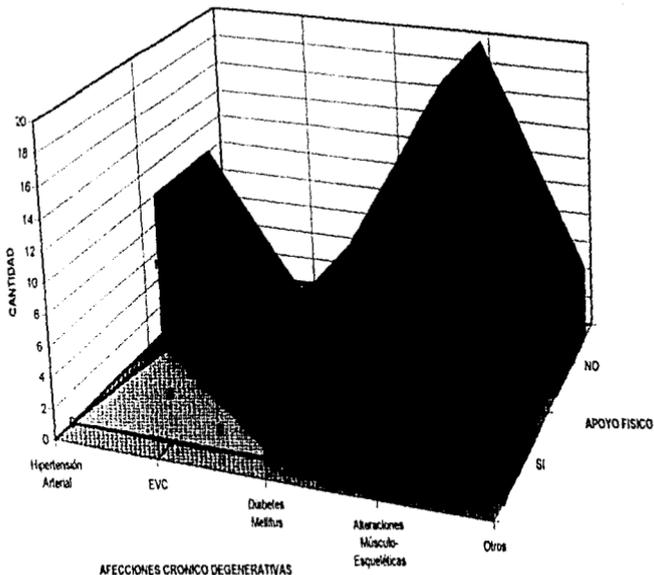
POBLACION ANCIANA CON AFECCIONES CRONICODEGENERATIVAS QUE
RECIBEN AYUDA FISICA DE SU FAMILIA
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO
1996

AFECCION CRONICO DEGENERATIVA.	Nº CASOS	APOYO FISICO QUE RECIBE EL ANCIANO			
		SI		NO	
		CASOS	%	CASOS	%
Hipertensión Arterial.	10	0	0 00%	10	20 41%
EVC	6	6	12 24%	0	0 00%
Diabetes Mellitus.	8	0	0 00%	8	16 33%
Alteraciones Musculo-esqueléticas	20	0	0 00%	20	40 82%
Otros.	5	0	0 00%	5	10 20%
TOTAL	49	6	12 24%	43	87 76%

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS ANCIANOS DE
SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, DELEGACION XOCHIMILCO, MEXICO D F

GRAFICA 4

POBLACION ANCIANA CON AFECCIONES CRONICO DEGENERATIVAS QUE RECIBEN AYUDA FISICA DE SU FAMILIA, SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, 1996



FUENTE: Cuestionarios aplicados a los ancianos de San. Luis Tlaxiataltemalco, Del. Xochimilco, México, D.F.

Cuadro 5

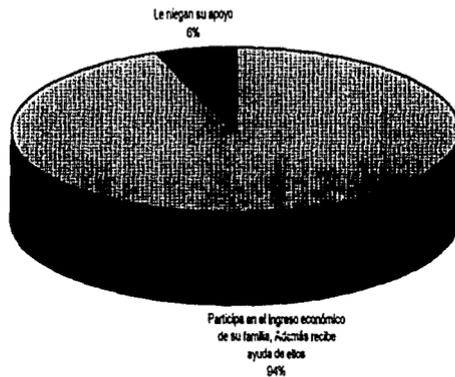
SITUACION ECONOMICA DEL ANCIANO DENTRO DE SU FAMILIA
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO
1996

APOYO ECONOMICO QUE RECIBE EL ANCIANO	CASOS	
	N°	%
<i>Participa en el ingreso económico de su familia.</i>	80	94.11%
<i>Le niegan su apoyo.</i>	5	5.88%
TOTAL	85	100.00%

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS ANCIANOS DE
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO, DELEGACION XOCHIMILCO, MEXICO D. F.

GRAFICA 5

SITUACION ECONOMICA DEL ANCIANO DENTRO DE SU FAMILIA, SAN LUIS TLAXIALTEMALCO,
1996



FUENTE: Cuestionarios aplicados a los ancianos de San. Luis Tlaxiáltemalco, Del. Xochimilco, México, D.F

Cuadro 6

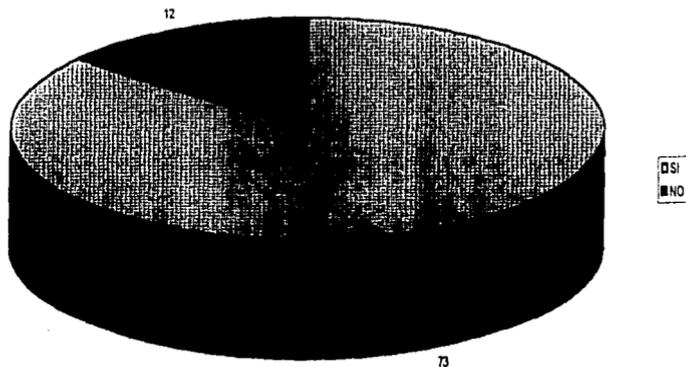
ARMONIA Y COMUNICACION DEL ANCIANO DENTRO DE SU FAMILIA
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO
1996

ARMONIA Y COMUNICACIÓN DENTRO DE LA FAMILIA DEL ANCIANO	CASOS	
	Nº	%
Si.	73	85 88%
No.	12	14 11%
TOTAL	85	100 00%

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS ANCIANOS DE
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO, DELEGACION XOCHIMILCO, MEXICO D. F.

GRAFICA 6

ARMONIA Y COMUNICACION DEL ANCIANO DENTRO DE SU FAMILIA, SAN LUIS TLAXIALTEMALCO,
1996



FUENTE: Cuestionarios aplicados a los ancianos de San. Luis Tlaxiátemalco, Del. Xochimilco, México, D.F

Cuadro 7

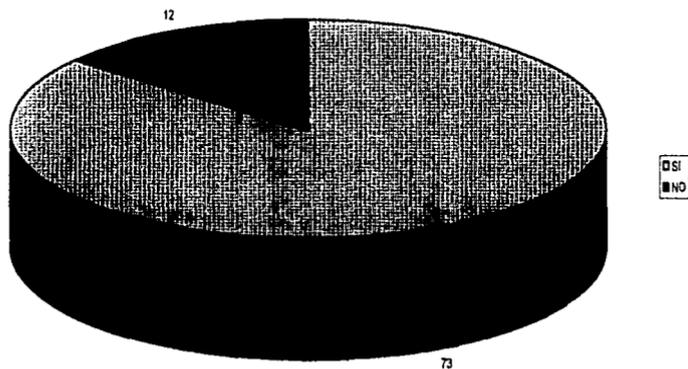
**CAPACIDAD DE LOS ANCIANOS DE VALERSE POR SI MISMOS EN
LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO
1996**

CAPACIDAD DEL ANCIANO DE VALERSE POR SI MISMO EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	CASOS	
	Nº	%
Si.	73	85.88%
No.	12	14.11%
TOTAL	85	100.00%

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS ANCIANOS DE
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO, DELEGACION XOCHIMILCO, MEXICO D. F.

GRAFICA 7

CAPACIDAD DE LOS ANCIANOS DE VALERSE POR SI MISMOS EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA
DIARIERA, SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, 1996



FUENTE: Cuestionarios aplicados a los ancianos de San. Luis Tlaxialtemalco, Del. Xochimilco, México, D.F

Cuadro 8

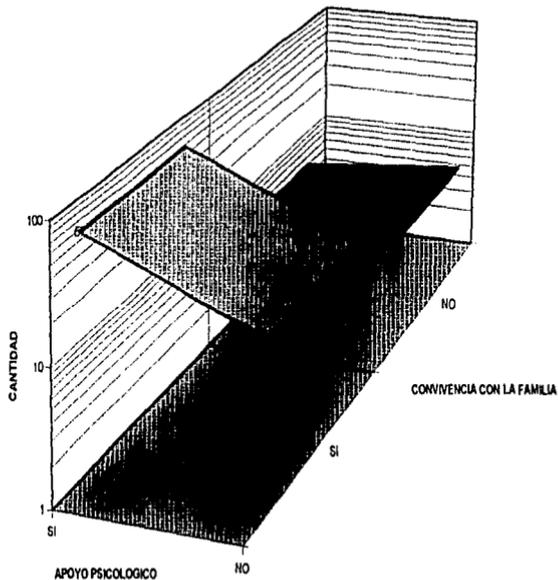
APOYO PSICOLOGICO QUE RECIBE EL ANCIANO POR PARTE DE SU FAMILIA
EN RELACION A LA CONVIVENCIA CON LA MISMA
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO
1996

APOYO PSICOLOGICO QUE RECIBE EL ANCIANO	CONVIVENCIA DEL ANCIANO CON SU FAMILIA				TOTAL	
	SI		NO		CASOS	%
	CASOS	%	CASOS	%		
<i>Lo escuchan y le ayudan a tomar decisiones.</i>	57	67.06%	16	18.82%	73	85.88%
<i>Se considera un estorbo para su familia, y además no lo toman en cuenta.</i>	5	5.88%	7	8.24%	12	14.12%
TOTAL	62	72.94%	23	27.06%	85	100.00%

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS ANCIANOS DE
SAN LUIS TLAXIALTEMALCO. DELEGACION XOCHIMILCO, MEXICO D F

GRAFICA 8

APOYO PSICOLOGICO QUE RECIBE EL ANCIANO POR PARTE DE SU FAMILIA EN RELACION A LA CONVIVENCIA CON LA MISMA, SAN LUIS TLACIALTEMALCO, 1996



Cuadro 9

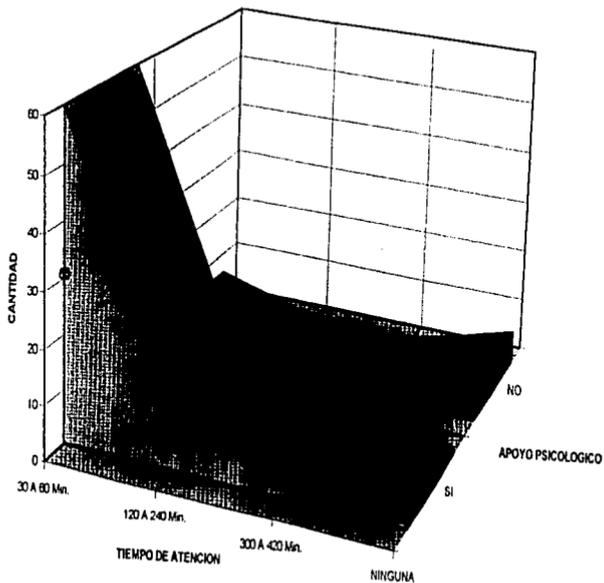
**TIEMPO BRINDADO DE ATENCION POR PARTE DE LA FAMILIA A LOS ANCIANOS EN
RELACION AL APOYO PSICOLOGICO QUE RECIBEN DE LA MISMA
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO
1996**

TIEMPO DE ATENCION BRINDADO DE LA FAMILIA A LOS ANCIANOS	APOYO PSICOLOGICO QUE RECIBE EL ANCIANO				TOTAL	
	SI		NO			
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
30 A 60 MIN.	60	70.59%	6	7.06%	66	77.65%
120 A 240 MIN.	9	10.59%	0	0.00%	9	10.59%
300 A 420 MIN.	3	3.53%	0	0.00%	3	3.53%
Ninguna.	1	1.18%	6	7.06%	7	8.24%
TOTAL	73	85.88%	12	14.12%	85	100.00%

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS ANCIANOS DE
SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, DELEGACION XOCHIMILCO, MEXICO D F

GRAFICA 9

TIEMPO BRINDADO DE ATENCION POR LA FAMILIA A LOS ANCIANOS EN RELACION AL APOYO PSICOLOGICO QUE RECIBE DE LA MISMA, SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, 1996



FUENTE: Cuestionarios aplicados a los ancianos de San. Luis Tlaxiataltemalco, Del. Xochimilco, México, D.F

Cuadro 10

**PERSONA QUE CON MAYOR FRECUENCIA ATIENDE Y ESCUCHA AL ANCIANO
EN RELACION AL TIEMPO BRINDADO A ESTE
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO**

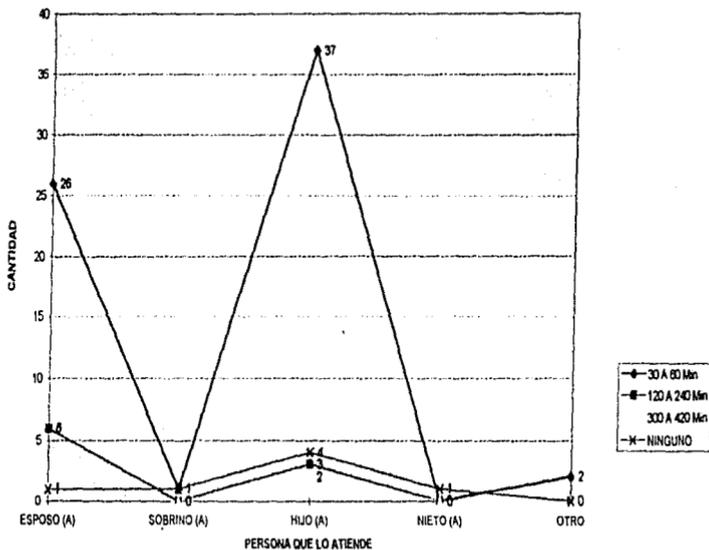
1996

PERSONA QUE ATIENDE AL ANCIANO	TIEMPO BRINDADO DE LA FAMILIA A LOS ANCIANOS								TOTAL	
	30 A 60 MIN		120 A 240 MIN.		300 A 420 MIN		NINGUNO			
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Espos(a).	26	30.59%	6	7.06%	1	1.18%	1	1.18%	34	40.00%
Sobrino(a).	1	1.18%	0	0.00%	0	0.00%	1	1.18%	2	2.35%
Hijo(a).	37	43.53%	3	3.53%	2	2.35%	4	4.71%	46	54.12%
Nieto(a)	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	1.18%	1	1.18%
Otro.	2	2.35%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	2.35%
TOTAL	66	77.65%	9	10.59%	3	3.53%	7	8.24%	85	100.00%

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS ANCIANOS DE
SAN LUIS TLAXIALTEMALCO DELEGACION XOCHIMILCO, MEXICO D F

GRAFICA 10

PERSONA QUE CON MAYOR FRECUENCIA ATIENDE Y ESCUCHA AL ANCIANO EN RELACION AL TIEMPO BRINDADO A ESTE, SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, 1996



Cuadro 11

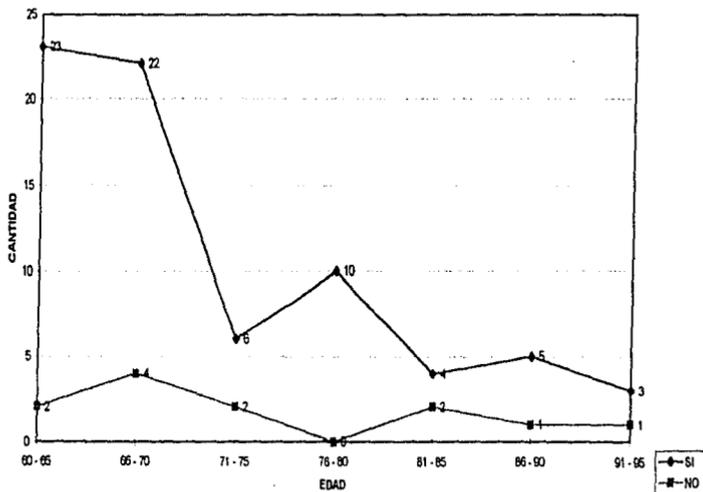
FRECUCENCIA POR EDAD DE LA
POBLACION ANCIANA QUE ES CAPAZ DE VALERSE POR SI MISMA
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO
1996

EDAD.	CAPACIDAD DEL ANCIANO DE VALERSE POR SI MISMO				TOTAL	
	SI		NO		CASOS	%
	CASOS	%	CASOS	%		
60 - 65	23	27.06%	2	2.35%	25	29.41%
66 - 70	22	25.88%	4	4.71%	26	30.59%
71 - 75	6	7.06%	2	2.35%	8	9.41%
76 - 80	10	11.76%	0	0.00%	10	11.76%
81 - 85	4	4.71%	2	2.35%	6	7.06%
86 - 90	5	5.88%	1	1.18%	6	7.06%
91 - 95	3	3.53%	1	1.18%	4	4.71%
TOTAL	73	85.88%	12	14.12%	85	100.00%

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS ANCIANOS DE
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO, DELEGACION XOCHIMILCO, MEXICO D. F.

GRAFICA 11

FRECUENCIA POR EDAD DE LA POBLACION ANCIANA QUE ES CAPAZ DE VALERSE POR SI MISMA,
SAS LUIS TLAXIALTEMALCO, 1986



FUENTE: Cuestionarios aplicados a los ancianos de San. Luis Tlaxiáltemalco, Del. Xochimilco, México, D.F

Cuadro 12

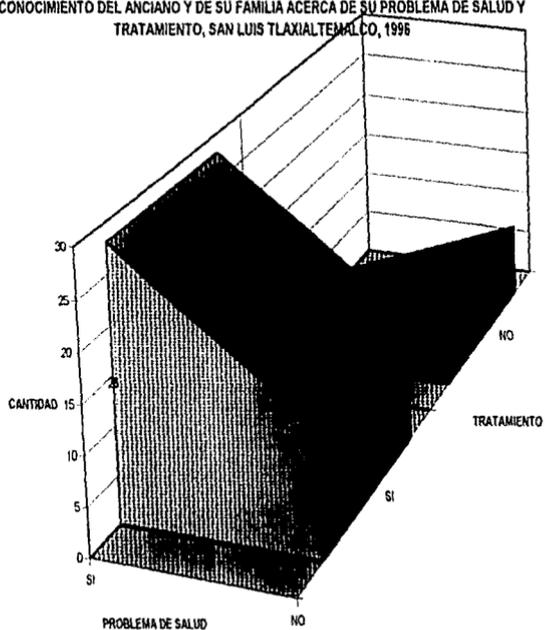
CONOCIMIENTO DEL ANCIANO Y DE SU FAMILIA
ACERCA DE SU PROBLEMA DE SALUD Y TRATAMIENTO
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO
1996

CONOCE LA FAMILIA SU PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO				TOTAL	
	SI		NO		CASOS	%
	CASOS	%	CASOS	%		
Si.	28	32.94%	13	15.29%	41	48.24%
No.	0	0.00%	8	9.41%	8	9.41%
TOTAL	28	32.94%	21	24.71%	49	57.65%

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS ANCIANOS DE
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO, DELEGACION XOCHIMILCO, MEXICO D. F.

GRAFICA 12

CONOCIMIENTO DEL ANCIANO Y DE SU FAMILIA ACERCA DE SU PROBLEMA DE SALUD Y TRATAMIENTO, SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, 1996



Cuadro 13

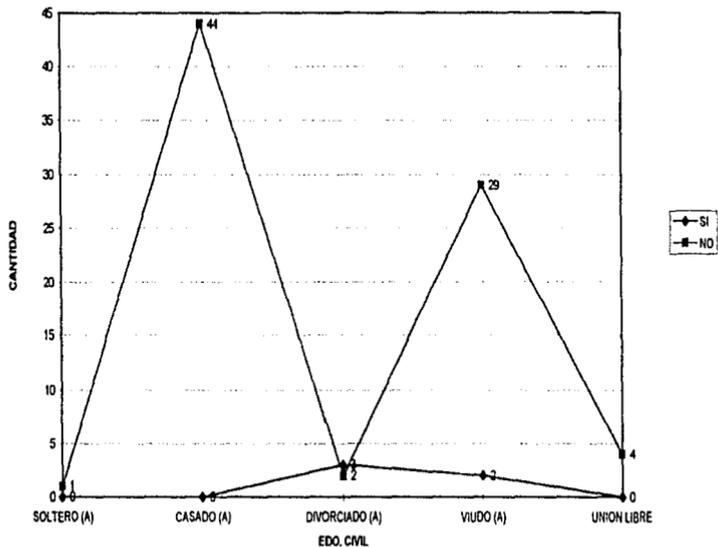
**ESTADO CIVIL DE LA POBLACION ANCIANA QUE DESEA TENER
UNA NUEVA PAREJA
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO
1996**

ESTADO CIVIL	Nº DE CASOS	DESEO DEL ANCIANO POR TENER UNA NUEVA PAREJA			
		SI		NO	
		CASOS	%	CASOS	%
<i>Sotero (a).</i>	1	0	0.00%	1	1.18%
<i>Casado (a).</i>	44	0	0.00%	44	50.58%
<i>Divorciado (a).</i>	5	3	3.52%	2	20.00%
<i>Viudo (a)</i>	31	2	2.36%	29	17.65%
<i>Union Libre.</i>	4	0	0.00%	4	4.71%
TOTAL	85	5	5.88%	80	94.12%

**FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS ANCIANOS DE
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO, DELEGACION XOCHIMILCO, MEXICO D. F.**

GRAFICA 13

ESTADO CIVIL DE LA POBLACION ANCIANA QUE DESEA TENER UNA NUEVA PAREJA, SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, 1996



Cuadro 14

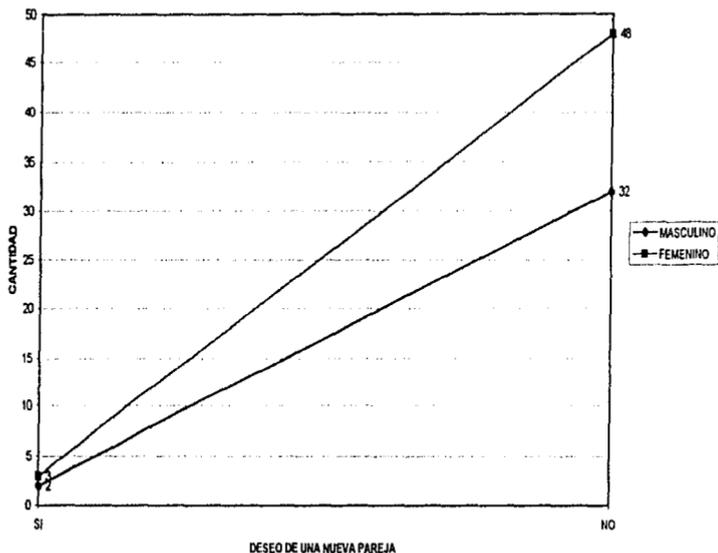
FRECUENCIA POR SEXO DE LA POBLACION ANCIANA QUE
DESEA TENER UNA NUEVA PAREJA
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO
1996

SEXO	N° DE CASOS	DESEO POR TENER UNA NUEVA PAREJA			
		SI		NO	
		CASOS	%	CASOS	%
Masculino.	34	2	2.35%	32	37.65%
Femenino.	51	3	3.53%	48	56.47%
TOTAL	85	5	5.88%	80	94.12%

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS ANCIANOS DE
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO, DELEGACION XOCHIMILCO, MEXICO D. F.

GRAFICA 14

FRECUENCIA POR SEXO DE LA POBLACION ANCIANA QUE DESEA TENER UNA NUEVA PAREJA,
SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, 1996



FUENTE: Cuestionarios aplicados a los ancianos de San. Luis Tlaxiáltemalco, Del. Xochimilco, México, D.F

Cuadro 15

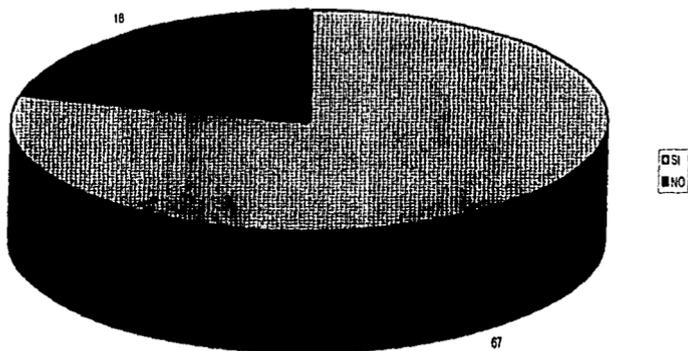
POBLACION ANCIANA QUE DESEA FORMAR PARTE DE
ALGUN GRUPO DE LA TERCERA EDAD
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO
1996

DESEO DEL ANCIANO POR PERTENECER A ALGUN GRUPO DE LA TERCERA EDAD	No. DE CASOS	
	CASOS	%
Si.	67	78.82%
No.	18	21.17%
TOTAL.	85	100.00%

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS ANCIANOS DE
SAN. LUIS TLAXIALTEMALCO, DELEGACION XOCHIMILCO, MEXICO D. F.

GRAFICA 15

POBLACION ANCIANA QUE DESEA FORMAR PARTE DE ALGUN GRUPO DE LA TERCERA EDAD,
SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, 1996



FUENTE: Cuestionarios aplicados a los ancianos de San. Luis Tlaxiataltemalco, Del. Xochimilco, México, D.F

7.1. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

En el cuadro No. 1 referente a edad y sexo, se encontró que entre la población encuestada tenemos un 60% de población femenina y un 40% de población masculina, en cuanto a edad se encontró que un 11.76% tiene entre 60 y 70 años y 3.53% entre 91 y 95 años con sexo masculino; en cuanto al sexo femenino se encontró que en un 18.82% tienen entre 66 a 70 años y un 3.53% tienen de 86 a 90 años.

En el cuadro No. 2, referente a el estado civil de los ancianos en relación a su sexo, se observa que predomina el sexo femenino con un 60%. de los cuales 28.24% son casados, 24.71% viudos, dentro del sexo masculino el porcentaje mayor lo tienen los casados con 23.53%, y en menor los divorciados y en unión libre con un 2.35%.

En el cuadro No. 3, referente a apoyo psicológico que recibe el anciano, se observó que el 85.5% de los ancianos de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, los escuchan y ayudan a tomar decisiones y por otra parte el 14.1% de los ancianos los consideran un estorbo y además no lo toman en cuenta.

En el cuadro No. 4, referente a la población anciana con afecciones crónico degenerativas que reciben ayuda física encontramos que, el 12.24% de los ancianos reciben ayuda física por presentar limitantes de la enfermedad (E.V.C), ya que dicha enfermedad incapacita parcial o totalmente a realizar las actividades del diario vivir.

En el cuadro No. 5, referente a la situación económica dentro de la familia, se observa que en un 94.11% de los ancianos participan en el ingreso económico y además reciben ayuda de su familia, ya que pueden valerse por sí mismos, pero en un 5.8% le niegan su apoyo.

En el cuadro No. 6, referente a la armonía y comunicación existente entre el anciano y su familia, encontramos que en un 85.88% si existe armonía y sólo en un 14.11% no existe

En el cuadro No. 7, el cual se refiere a la capacidad de los ancianos para valerse por si mismos, se pudo observar que en un 85.88% si se valen por si solos, y en un porcentaje menor de 14.11% no se sienten capaces de valerse por si mismos.

La gran mayoría de los ancianos se valen por si solos, ya que se pudo observar que ellos trabajan ya sea en el comercio o en el campo, por lo cual todavía son capaces de realizar muchas actividades por si solos.

En el cuadro No. 8, referente a la convivencia del anciano con su familia en relación al apoyo psicológico recibido, encontramos que en un 67.06% si convive y además recibe apoyo psicológico, y en un 18.82% no existe convivencia pero si se brinda apoyo.

En las familias que conviven más tiempo con el anciano es más fácil brindar apoyo psicológico, no obstante se observó que aunque no exista convivencia de la familia con el anciano, está si puede llegar a apoyarlo psicológicamente, principalmente creando en él confianza para contar con su familia en los momentos difíciles, logrando con esto resolver conflictos psicológicos.

En el cuadro No. 9, referente al apoyo psicológico que recibe el anciano en relación al tiempo brindado de atención por parte de su familia, encontramos que en un 70.59% se brinda de 30 min a 1 hora pero le niegan su apoyo psicológico, con esto se observa que aunque pasen poco tiempo con los ancianos, si se puede llegar a brindar apoyo psicológico.

En el cuadro No. 10, referente a la familia que con mayor frecuencia atiende y escucha al anciano en relación al tiempo brindado en la comunicación, se observó que de 30 min. A 1 hora con mayor frecuencia es brindado por sus hijos en un 43.53% y el 30.59% el esposo y sobrinos en un 12.18% siendo menor, en relación a pasar de 2 a 4 horas son los esposos quienes pasan más tiempo juntos en un 7.06% e hijos en un 3.53%. por otra parte los de 5 a 7 horas no es frecuente, ya que el hijo es quien esta presente en un 2.35% y el esposo en un 1.18%.

En el cuadro No. 11, referente a la capacidad del anciano para valerse por si mismo en relación a su edad, se encontró que en un 27.06% tienen entre 60 y 65 años y un 3.53% tienen entre 91 y 95 años, los cuales se sienten capaces de valerse por si mismos; y en un 4.71% tienen entre 66 y 70 años y un 1.18% tienen 91 a 95 años, los cuales no se sienten capaces de valerse por si mismos.

En el cuadro No. 12, referente a el conocimiento del anciano y su familia a cerca de su problema de salud y su tratamiento, se observa que en un 32.94% conocen su problema de salud y el tratamiento, pero en un 15.29% a pesar de que si conocen el problema de salud desconocen el tratamiento, como el tipo de dieta, los ejercicios adecuados y las contraindicaciones de los medicamentos, esto probablemente por la falta de interés, no estar orientados a cerca del problema o por que no se les ha explicado adecuadamente.

En el cuadro No. 13 referente a la frecuencia del estado civil de la población anciana que desea tener una nueva pareja, se observa que los ancianos que pueden tener una nueva pareja (solteros, divorciados o viudos), el 2.36% de los viudos si lo desean, y la parte restante por cuestiones culturales y sociales se limita.

En el cuadro No. 14, referente a el deseo por el anciano de formar una nueva pareja en relación a su sexo, un 3.53% del sexo femenino y un 2.35% del sexo masculino si desean formar una nueva pareja.

En el cuadro No. 15, referente a los ancianos que desean pertenecer a algún grupo de la tercera edad un 788.82% si desea pertenecer, y un 21.17% no lo desean. La mayoría de los ancianos si desea pertenecer, puesto que a pesar de tener múltiples actividades a ellos les interesa hacer algo por su salud y conocer más acerca de los cambios durante el envejecimiento, los que no querían pertenecer era por algún impedimento físico o por que realmente no sabían que era un grupo de la tercera edad.

**8. INTERVENCIONES DEL LICENCIADO
EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN
FUNCION DEL DEFICIT DE
AUTOCUIDADO EN EL MANEJO Y TRATO
DEL ANCIANO DENTRO DE SU ENTORNO
FAMILIAR Y SOCIAL.**

Orientar a la familia acerca de:

- Los cambios anatomofisiológicos del anciano para favorecer la confianza y cariño en él.
- Favorecer un ambiente cordial y agradable en el hogar del anciano por parte de su familia.
- Realizar reuniones frecuentes con la familia para motivar al anciano a participar con ellos.
- Considerar las opiniones y sugerencias del anciano en cualquier circunstancia, para demostrarle lo útil que puede ser.
- Enseñar a las generaciones jóvenes (niños, adolescentes y adultos) a respetar y querer a los ancianos para favorecer el intercambio generacional.
- Aprender a escuchar y tener comunicación con el anciano, para permitirle expresarse de manera libre y propia.
- Apoyar al anciano cuando lo requiera y evitar que se sienta solo y abandonado.
- Orientar a la familia a cerca de las posibles enfermedades y secuelas que puede tener el anciano, para saber como actuar en un momento de urgencia.
- Proporcionar una área limpia y libre de obstáculos (pisos regulares, buena iluminación, etc), para evitar accidentes y crear seguridad en el anciano en su hogar, a través de:
 - Cuarto de baño. El cual debe tener tapetes de goma que se adhieran con ventosas al suelo, que el acceso a la toalla desde la bañera sea con facilidad. Asiento elevador para la taza de baño según medidas de la taza de 10 a 15 cm.
 - Cocina. El agua y la grasa pueden provocar caídas, es importante la colocación de un suelo que evite los riesgos, la disposición de los armarios de la cocina a una altura adecuada a la estatura del individuo para evitar caídas, las puertas deben ser de corredera para evitar golpes o tropiezos, las agarraderas de los utensilios de cocina estén bien fijas para evitar posibles quemaduras en el anciano.
 - Pasillos. Cuando son muy largos es mejor colocar pasamanos.

- Escaleras. Poner tiras antideslizantes en los escalones con pasamanos de ambos lados, así como colocar escaleras sujetas a la cama.
- Adaptaciones del mobiliario. Altura de muebles, se les puede adaptar tacos de madera a las patas de 15 cm. las sillas deberán tener brazos.
- Brindar y proporcionar una dieta (al alcance de su economía) blanda y con alto aporte proteico y energético al anciano. (ver anexo No. 3)

Orientar al anciano acerca de:

- Motivar y educar al anciano para que realice sus actividades de la vida diaria como son:
- Vestido. Se evitarán las prendas excesivamente ajustadas, los cuellos y puños estrechos y cerrados, los géneros poco elásticos, las abotonaduras en lugares poco accesibles y botones muy pequeños, para alcanzarse pueden utilizar aditamentos como un dispositivo elaborado en casa como los calzadores de mango largo, ya que no hay nada mejor para el ánimo del anciano que sentirse bien arreglado y vestido.
- Aseo. Se harán adaptaciones de acuerdo a las necesidades particulares de cada caso y siempre tratando de proporcionar la mayor independencia posible.
- Concientizar al anciano a cerca de la importancia que tiene el tomar sus medicamentos a la hora, cantidad y vía correcta.
- Concientizar a cerca de la importancia que tiene el realizar valoraciones periódicas de salud.
- Enseñar al anciano a que mantenga sus propios registros de salud, para que pueda manejar inteligentemente su salud, ya que mantenerlos ofrece muchas ventajas. Por ejemplo:
 - Guardar información sobre tipo sanguíneo, alergias y números telefónicos de emergencia.
 - Tener esquema de salud pasada y actual.
 - Revisar su estado de salud haciendo anotaciones sobre sus medicamentos prescritos, resultados de laboratorio y cualquier problema crónico.

- Fomentar en las ancianas la autoexploración mamaria mensual y la realización de toma de citología vaginal anual.
- Fomentar el ejercicio físico y de relajación en el anciano, para mantener un equilibrio homeostático y funcional óptimo.
- Orientar al anciano a cerca de la importancia de su propio autocuidado, para manejar su salud física y mental, ya que esto ayudaría a evitar gastos innecesarios.
- Que el anciano busque una distracción o ayude a los demás, hacer algo agradable, para evitar el aburrimiento mejorando su estilo de vida.
- Motivar a que el anciano planee objetivos y ambiciones propias, ya que si se mantienen en actividades diarias y organizadas probablemente vivirá más tiempo y disfrutará más la vida.
- Realizar por lo menos una vez a la semana programas de actividades colectivas. (Juegos de mesa, convivencia con la familia, etc.)
- Limitar el consumo de alcohol y cigarrillos.
- Enseñar al anciano las técnicas de adaptación ante el stress.
- Enseñar ejercicios de relajamiento para disminuir la tensión.
- Enseñar ejercicios físicos para disminuir los efectos físicos producidos por la tensión.
- Orientar a cerca del proceso sexual que sufre durante la vejez, evitando con esto que se sienta impotente, o trastornos psicológicos.
- Motivar al anciano a que mantenga una higiene personal adecuada, para aumentar su autoestima y respeto hacia los demás y así mismo.
- Realizar programas recreativos para mujeres ya que es la mayoría.

8.1. Acciones específicas en los problemas de salud más frecuentes en el anciano.

- Descubrir los factores ambientales y personales que conducen a la interrupción del sueño.
- Evitar la dependencia de los medicamentos para dormir.
- Diseñar un programa del manejo del sueño, que lo promueva en forma confortable y regular, así como la duración y profundidad adecuada.
- Ingerir un poco de azúcar o leche caliente u otros productos lácteos, ya que ayudan a relajarse, tomándolos antes de dormir.
- Evitar la cafeína por lo menos 8 horas antes de dormir.
- Desarrollar hábitos y prácticas que mantengan al mínimo el olvido y sus efectos.
- Utilizar una libreta como especie de diario, anotando en él situaciones y circunstancias que le hallan ocurrido en el lapso de todo el día.
- Orientar a reconocer los signos y síntomas tempranos de la depresión y evitar una crisis de enfermedad seria y prolongada.

9. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

CONCLUSIONES

- Se pudieron alcanzar los objetivos e hipótesis trazados, ya que se logró identificar por el Licenciado en Enfermería y Obstetricia el manejo y trato de los ancianos dentro de su familia, además de brindarles orientación acerca de los cambios biopsicosociales logrando con esto fomentar su autocuidado y calidad de vida.
- El autocuidado en la población en general es de suma importancia y aún más en la población geriátrica, ya que no se le brindado la atención necesaria para lograr su autoestima, y con esto su calidad de vida.
- En los resultados que se obtuvieron en los cuestionarios que se aplicaron en la población anciana de la comunidad de San Luis Tlaxiältemalco, se concluye, que en cuanto al sexo predominante es el femenino, ya que las mujeres pasan la mayor parte de su tiempo en el hogar, por ello al realizar las visitas era a ellas a las que se les realizaba el cuestionario, por otra parte la edad más frecuente fue de 60 a 70 años, tal vez por la esperanza de vida actual.
- En lo referente al estado civil, se considera que continúan muy arraigadas las costumbres e ideas acerca del matrimonio, el cual se define para toda la vida, lo cual se observa que la gran mayoría de la población anciana es casada, y por consiguiente se detecto ancianos solos por el fallecimiento de su pareja, así mismo se encontraron en una minoría ancianos que desean formar una nueva pareja, por lo tanto se reafirma dicha costumbre del matrimonio.
- Así mismo la ayuda que recibe la población anciana por parte de su familia en relación a los aspectos psicológicos, físicos y económicos, se encontró que si se les proporciona dicha ayuda, además de que en la familia existe armonía y comunicación, lo cual contribuye a que el anciano mantenga su independencia e interdependencia, favoreciendo su propio autocuidado de acuerdo a sus necesidades básicas del diario vivir.

- Nos pudimos percatar que la población anciana en su gran mayoría padece enfermedades crónico degenerativas, por un mal estilo de vida durante las etapas anteriores, además de los cambios que se sufren durante el proceso de envejecimiento.
- En cuanto al conocimiento del anciano y su familia, acerca del problema de salud y tratamiento, se observó que ambos lo conocen, pero esto no significa que necesariamente conozcan el tratamiento del problema de salud, ya que esto puede ser por falta de interés u orientación por parte del personal de salud que los atiende.
- Por otra parte la persona que pasa más tiempo con el anciano es la esposa (o) e hijos, considerando que es por que viven en el mismo hogar, pero en relación al tiempo brindado este es mínimo, ya que solo de 30 minutos a 1 hora es escuchado.
- Por último en lo referente a la población anciana que quiere formar parte de un grupo de la tercera edad, se observó que en su gran mayoría si lo desea por inquietud de conocer diferentes dinámicas que favorezcan aumentar su esperanza de vida, disminuir stress emocional, orientación acerca del proceso de envejecimiento etc.
- Por otra parte se pudo observar que influye la manera de tratar al anciano dentro de su familia, ya que la conducta de éste es totalmente diferente a la de otros ancianos que cuentan con el apoyo y cariño de su familia, por consiguiente la familia es el núcleo básico que brinda seguridad y confianza al anciano en todos los aspectos de la vida.
- En cuanto al autocuidado, se detectó que éste es mínimo debido a diferentes factores emocionales y físicos (depresión, improductividad, soledad etc.), que les impide llevar a cabo actividades de la vida diaria (higiene personal, vestido, alimentación etc.), por lo tanto la falta de autocuidado incrementa a desencadenar problemas de salud.
- Se observó gran interés por parte de la comunidad y el anciano al realizar dinámicas grupales que se realizaron en la Sede de Practicas de Atención Primaria a la Salud ENEO - UNAM, lo cual permitió crear nuevos horizontes a la población anciana.

- Se determinó que es de suma importancia la orientación a la familia y anciano acerca de problemas de salud (medicamentos, indicaciones, complicaciones, horarios, etc.), puesto que esto limitaría el daño a la salud.
- Los resultados de la presente investigación permitió elaborar, planes y programas que incrementen la calidad y esperanza de vida de los ancianos, como por ejemplo el de nutrición, acondicionamiento físico y rehabilitación (Ver anexo 4 y 5), entre otros como sexualidad que no se llevo a la práctica, por consiguiente se sugiere dar seguimiento a dichos programas.
- En otra instancia se pudo observar que la familia no tiene conocimientos acerca del ambiente físico que le debe rodear al anciano en el hogar, ya que son factores de riesgo que incrementan accidentes en esta población.
- Se considera que la población anciana no cuenta con el apoyo necesario de la Delegación Xochimilco para satisfacer sus necesidades económicas y recreativas que les permitan una higiene mental satisfactoria.
- Se pudo observar que la mayoría de la población entrevistada padece una o más enfermedades crónico degenerativas, debido a varios factores, entre ellos, los cambios propios de la vejez y estilo de vida deficiente en etapas anteriores.

SUGERENCIAS.

De acuerdo a los resultados obtenidos se propone lo siguiente:

- Que el personal de salud (Enfermeras, médicos, psicólogos, trabajadora social, etc.) continúe brindando educación a los ancianos y su familia a cerca de los cambios propios de la vejez, para aumentar su esperanza y calidad de vida.
- Orientar a la familia a cerca de la importancia de brindarle apoyo tanto físico, económico y psicológico al anciano para fomentar en él su propio autocuidado.
- Considerando que la población estudiada cuenta con una Sede de Practicas de Atención Primaria a la Salud (SPAPS), que es la que brinda atención a las necesidades de salud, es de gran importancia que continúe implementando programas para esta población geriátrica, y así limitar el daño a dicha población, a través de la identificación de factores de riesgo.
- Solicitar a las autoridades correspondientes apoyo económico para la obtención de un local y la compra de mobiliario necesario para poder brindar mejor atención a los ancianos de dicha comunidad, dentro de la casa de día, atendida por docentes, pasantes y estudiantes de la Licenciatura en enfermería y Obstetricia.
- Solicitar al INSEN u otra institución que otorgue las credenciales que le permitan al anciano adquirir descuentos en diferentes actividades de la vida diaria.
- Fomentar la participación de enfermería de la Sede de Practicas de Atención Primaria a la Salud (SPAPS) a brindar una mejor atención integral al anciano para favorecer su esperanza de vida.
- Se sugiere que en la casa de salud de cada módulo se brinde terapia ocupacional y recreativa, por personal capacitado y así favorecer una higiene mental óptima en el anciano.
- Que el personal dirigente de la SPAPS continúe brindando apoyo y confianza al Licenciado en Enfermería y Obstetricia y a la propia comunidad para permitir que siga existiendo un

intercambio de conocimientos, para favorecer un equilibrio biopsicosocial, además de proporcionar una atención de calidad al grupo de ancianos.

- Que se continúe planeando visitas domiciliarias en la SAPS con fines de promoción, educación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades crónico degenerativas presentes en el anciano.
- Elaboración de carteles y propagandas que promuevan la dignificación del anciano.
- Incrementar programas acerca de los cambios sexuales que sufre el anciano, para evitar trastornos psicológicos y emocionales.
- Que los grupos e instituciones participantes en la prestación de servicios de salud se coordinen en relación a sus actividades dentro de un sistema orgánico y funcional, abarcando servicios organizados horizontalmente (instituciones primarias, secundarias y terciarias), y verticalmente (coordinados por un nivel a otro: p. ej; país, región y localidad), por lo tanto, capaces de cumplir una función clara en la solución de los problemas de salud geriátrica entre otros.
- Favorecer la posibilidad de desarrollar programas en los que se combinen las actividades de promoción, restauración y rehabilitación para que tenga un efecto favorable sobre los procesos de administración y apoyo logístico, relacionados a la salud de dicha población.
- Que se continúe buscando el fortalecimiento de las unidades periféricas de la red de servicios, ya que la meta es ejecutar planes y programas a nivel de las unidades del sistema que funciona localmente en íntimo contacto con las comunidades y el grupo objetivo, considerando que el programa integral de salud interviene todo tipo de personal, así como la comunidad, por lo tanto todos juntos contribuir al buen funcionamiento de los programas en el marco de la atención primaria a la salud.
- Que las tecnologías que se seleccionen sean apropiadas para asegurar la productividad máxima de los escasos recursos y una mejor asignación de estos, para producir con eficacia, el impacto deseado en el nivel de salud, ya que la estrategia de atención primaria a la salud no significa la

negación del gran valor de los avances tecnológicos modernos en el cuidado integral de la salud por el contrario, sugerimos la necesidad de organizar el uso de la tecnología de manera que sus beneficios lleguen a toda la población y no quede restringida a grupos de difícil acceso.

- Que se brinde el apoyo necesario al Licenciado en Enfermería y Obstetricia para formar parte del personal de salud en la creación de centros de corta estancia, y así favorecer un equilibrio biopsicosocial en el anciano y comunidad.
- Invitar a todo el personal de enfermería a que realice especialización en las áreas gerontológicas para proporcionar atención de calidez y calidad a dicha población, evitando llegar a un tercer nivel.

10. ANEXOS.

ANEXO 1

HISTORIA CLINICA GERIATRICA DE ENFERMERIA.

INSTITUCION:

I. DATOS GENERALES:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Religión: _____

Lugar de nacimiento: _____

Tiene derecho a algún servicio de salud: _____

II. APOYOS CON LOS QUE CUENTA

Con quien vive: _____ Trabajo anterior y Actual: _____

Profesión u oficio de donde obtiene sus ingresos: _____

Cubre sus necesidades: Si: _____ No: _____

Cuenta con algún apoyo comunitario: _____

Pertenece algún grupo: _____

Dispone de algún transporte cuando necesita salir de su hogar: _____

Nombre del familiar más cercano: _____ Tel.: _____

Dirección: _____

III. TIPO DE VIVIENDA (entorno vital)

Es propia: _____ Rentada: _____ Otra: _____

La construcción es adecuada a las necesidades del anciano (equipada, nombrar que factores de riesgo tiene para las caídas): _____

El cuarto de baño tiene agarraderas o adaptado para el anciano: _____

El piso esta libre de alfombras, cables u objetos dispersos: _____

Condiciones higiénicas de la vivienda: _____

IV. PATRONES DE LA VIDA COTIDIANA.

Hábitos alimenticios y horarios: _____

Número de horas de sueño - descanso: _____

Eliminación: Vesical: _____ Intestinal: _____

Utilización del tiempo libre: _____

Horario laboral: _____

Tabaquismo: _____ Alcohol: _____ Drogas: _____

V. ESTADO DE SALUD ANTERIOR.

En los últimos 5 años cuáles han sido sus principales problemas de salud: _____

Lo han hospitalizado últimamente (motivo y fecha): _____

Tiene alguna enfermedad crónico degenerativa: _____

Ha tenido algún tratamiento: _____

En los últimos 3 años ha tenido variación de peso: _____

VI. ESTADO DE SALUD ACTUAL:

Actualmente ha presentado:

- | | | |
|----------------------------|-----------|-----------|
| ■ Cansancio. | Si: _____ | No: _____ |
| ■ Cambio en el apetito. | Si: _____ | No: _____ |
| ■ Fiebre. | Si: _____ | No: _____ |
| ■ Sudoración nocturna. | Si: _____ | No: _____ |
| ■ Problemas para dormir. | Si: _____ | No: _____ |
| ■ Resfriados, infecciones. | Si: _____ | No: _____ |

Si existe algún problema psiquiátrico anterior: _____

Capacidad para llevar a cabo las actividades del diario vivir (anexar las escalas de valoración):

Con qué frecuencia asiste al médico : _____

■ REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS.

PROBLEMAS DE:

SIGNOS Y SINTOMAS:

FECHA DE INICIO:

- Piel.
- Sistema hematopoyético.
- Cabeza.
- Ojos.
- Oídos.
- Nariz y senos.
- Boca y Garganta.
- Cuello
- Mamas.
- Sistema respiratorio.
- Sistema cardiovascular.
- Sistema digestivo.
- Sistema urinario.
- Sistema Reprodutor.
- Sistema músculo - esquelético.
- Sistema Nervioso Central.

- Inmunología.
- Sistema Endocrino.

VII. MEDICAMENTOS: Prescritos, no prescritos o medicina tradicional.

NOM. DEL FARMACO: _____

DOSIS: _____

FRECUENCIA: _____

DESDE CUANDO: _____

ULTIMA TOMA: _____

REACCION ALERGICA: _____

Sabe porqué toma cada uno de los medicamentos: _____

Nota algún cambio en su salud desde qué inició a tomar medicamentos: _____

Lleva algún control adicional como son: dieta, ejercicio, control de T. A, pulso, respiración, análisis de sangre, de visión, de audición, etc.: _____

Cuando toma medicamentos visita más frecuentemente al médico: _____

Ha cuantos médicos visita o farmacéuticos: _____

Tiene problemas para obtener sus medicamentos: _____

VIII. PROBLEMAS PSICOSOCIALES

Tiene problemas de ansiedad: _____

Depresión (anexar escala de valoración): _____

Tiene problemas de insomnio: _____

Le causa algún problema tomar decisiones: _____

Tiene algún miedo: _____

Se siente nervioso: _____

Valoración mental (anexar escala de valoración): _____

Dificultad para concentrarse: _____

Situación general de satisfacción o frustración: _____

Problemas familiares que le preocupan actualmente: _____

Cuales son los sentimientos que tiene hacia su familia: _____

Cuales son los mecanismos de adaptación habituales: _____

OBSERVACIONES.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA OBTENIDO DE LA HISTORIA CLINICA GERIATRICA:

Biológicos, Psicológicos y Sociales.

NIVEL DE DEPENDENCIA DEL ANCIANO.

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

FECHA DE EVALUACION: _____

ACTIVIDAD DEL DIARIO VIVIR.	PUEDÉ HACERLO	CON AYUDA	INCAPAZ DE
	SOLO		HACERLO.
1. Beber de una taza.	4	0	0
2. Alimentarse.	6	0	0
3. Vestirse parte superior.	5	3	0
4. Vestirse parte inferior.	7	4	0
5. Colocarse una prótesis.	2	0	0
6. Arreglo personal.	6	0	0
7. Aseo y baño.	6	0	0
8. Control de micción.	10	5	0
		OCASIONAL.	INCONTINENCIA
9. Control de evacuación.	10	5	0
10. Sentarse y levantarse.	15	7	0
11. Estar y salir de la regadera.	1	0	0
12. Sentarse y levantarse del W.C.	6	3	0
13. Caminar 20 m planos.	15	10	0
14. Subir o bajar 15 o 20 escalones.	10	5	0
15. Capacidad para caminar en silla de ruedas.	5	0	0

TOTAL DE PUNTOS: _____

MAXIMO VALOR 100 PUNTOS= INDEPENDIENTE. 60 PUNTOS= INTERDEPENDIENTE.

MINIMO VALOR 40 PUNTOS= DEPENDIENTE.

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA.

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

FECHA: _____

- | | |
|--|--------|
| 1. ¿Esta usted satisfecho con su vida? | SI NO. |
| 2. ¿Ha abandonado usted muchos intereses y actividades.? | SI NO. |
| 3. ¿Usted siente que su vida está vacía? | SI NO. |
| 4. ¿Se aburre con frecuencia? | SI NO. |
| 5. ¿Tiene esperanzas en el futuro? | SI NO. |
| 6. ¿Está molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente? | SI NO. |
| 7. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo? | SI NO. |
| 8. ¿ Tiene miedo de que algo malo de suceda? | SI NO. |
| 9. ¿Se siente contento la mayor parte del tiempo? | SI NO. |
| 10. ¿Se siente frecuentemente desesperado? | SI NO. |
| 11. ¿Se siente intranquilo y nervioso con frecuencia.? | SI NO. |
| 12. ¿Prefiere quedarse en casa en ves de salir y hacer cosas nuevas? | SI NO. |
| 13. ¿Se preocupa por su futuro? | SI NO. |
| 14. ¿Creé que tiene problemas con su memoria que los demás? | SI NO. |
| 15. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora? | SI NO. |
| 16. ¿Se siente desanimado y triste con frecuencia? | SI NO. |
| 17. ¿Siente que nadie lo aprecia? | SI NO. |
| 18. ¿Se preocupa por el pasado? | SI NO. |
| 19. ¿Creé que la vida es muy emocionante? | SI NO. |
| 20. ¿Le es difícil comenzar con nuevos proyectos? | SI NO. |

- | | | |
|---|----|-----|
| 21. ¿Se siente lleno de energía? | SI | NO. |
| 22. ¿Siente que su situación es desesperante? | SI | NO. |
| 23. ¿Cree que los demás están en mejores condiciones que usted? | SI | NO. |
| 24. ¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia? | SI | NO. |
| 25. ¿Tiene ganas de llorar con frecuencia? | SI | NO. |
| 26. ¿Tiene usted problemas para concentrarse? | SI | NO. |
| 27. ¿Disfruta el levantarse por las mañanas? | SI | NO. |
| 28. ¿Prefiere evitar las reuniones sociales? | SI | NO. |
| 29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones? | SI | NO. |
| 30. ¿Está su mente tan clara como antes? | SI | NO. |

TOTAL: _____

NORMAL DE MAYOR DE 10 PUNTOS.

LEVE DE 10 A 20 PUNTOS.

GRAVE MENOR DE 20 PUNTOS.

MINIEXAMEN DEL ESTADO MENTAL.

INSTITUCION:

DEPARTAMENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ EDO. CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____

REACTIVO

PUNTUACION.

PUNTOS.

MAXIMA.

PACIENTE.

ORIENTACION DEL TIEMPO

Año. ___ Estación ___ Mes: ___

10

Fecha: ___ Día: ___

5

Lugar: ___ Piso: ___ Calle: ___

5

Ciudad: ___ Edo. ___

5

REGISTRO:

El paciente contará siete en serie

de 100 restará siete hasta hacer

5 sustracciones se le dará 1 punto por cada

5

respuesta correcta. Si se rehuye o no sabe

aritmética decirle que diga la palabra

MUNDO al revés. Por ODNUM 5 y por ODMUN 3.

MEMORIA:

**Pregunte por 3 objetos antes dichos y
de un punto por cada uno.** 3

LENGUAJE:

■ **Muestre 2 objetos: lápiz y reloj y
pregunte que son.** 2

■ **Repita la siguiente frase "No sies y o
peros" Permita un tiempo.** 1

■ **Ordene lo siguiente "Tome papel con la
mano derecha, dóblelo por la mitad y
regrésemelo.** 3

Elaboro: Rosa Elia Mendoza.

NEXO 2

***VALORACION DEL AUTOCUIDADO DE LOS ANCIANOS EN SU ENTORNO
FAMILIAR***

NOMBRE: _____

EDAD: _____ EDO. CIVIL: _____

FECHA: _____

1. Que persona lo atiende a usted?

a) Esposo (a). _____ b) Sobrina (o). _____

c) Hija (o). _____ d) Nieta (o). _____

e) Otro. _____

2. Recibe apoyo psicológico de su familia.

a) · Lo escucha. _____

· Le ayuda a tomar decisiones. _____

b) · Se considera un estorbo para su familia. _____

· No lo toman en cuenta. _____

3. Recibe apoyo físico de su familia.

· Alimentación. _____

· Vestido. _____

· Higiene. _____

4. Recibe apoyo económico de su familia.

a) · Participa en el ingreso económico de su familia. _____

· Recibe ayuda de ellos. _____

b) · Le niegan su apoyo. _____

5. Cuanto tiempo le brindan de atención a usted durante el día.

a) 30 min. a 1 h. _____ b) 2 a 4 h. _____

c) 5 a 7 h. _____ d) Ninguno _____

6. Existe armonía y buena comunicación con su familia o acompañantes.

a) Si _____ b) No _____

Porque: _____

7. Convive con su familia en alguna actividad social o cultural.

a) Si _____ b) No _____

Porque: _____

8. Usted se siente capaz de valerse por si mismo.

a) Si _____ b) No _____

Porque: _____

9. Pertenecer a algún grupo de la tercera edad.

a) Si _____ b) No _____

■ Que tipo de actividades realiza en el grupo: _____

■ A que dedica su tiempo libre: _____

10. Le gustaría pertenecer a algún grupo de la tercera edad.

a) Si _____ b) No _____

11. Le gustaría formar nuevamente una pareja.

a) *Si* _____ b) *No* _____

Porque _____

12. Usted y su familia conocen su problema de salud.

a) *Si* _____ b) *No* _____

13. Su familia y usted conocen su tratamiento:

a) *Dietético*: _____

b) *tipo de medicamento*: _____

c) *Ejercicio*: _____

d) *Que hacer en caso de urgencias*: _____

Elaborado:

P S Lic. María Enriqueta Pacheco Chávez.

P.S. Lic. Eva María Rulz García.

ANEXO 3

CAMBIOS SEXUALES EN EL ANCIANO

ESTRUCTURA.

SENOS.

- Erección del pezón.
- Aumento del tamaño.
- Obstrucción areolar.
- Enrojecimiento preorgásmico.

ERUBESCENCIA.

- Respuesta epidérmica vasocongestiva.

MIOTONIA.

- Aumento de la tensión muscular.

APARATO URINARIO.

- Dilatación mínima del meato urinario durante.

RECTO.

- Contracción del esfínter rectal durante el orgasmo.

CLITORIS.

- Sensibilidad muy desarrollada.

LABIOS MAYORES.

- Aplanamiento, separación y elevación como consecuencia del aumento de la tensión sexual.

LABIOS MENORES.

- Ensanchamiento vasocongestivo, cambio de color de rojo vivo al rojo más oscuro antes del orgasmo.

MUJERES JOVENES.

- De la misma erección.
- Disminución de la intensidad de las reacciones.

- Disminución.

- Disminución de la respuesta.

- El meato permanece bien abierto en el orgasmo de gran intensidad o durante repetidos orgasmos.

- Disminución de la respuesta.

- La misma reacción.

- Disminución de la respuesta.

- Debilitamiento del ensanchamiento vasocongestivo y disminución en los cambios de color.

GLANDULAS DE BARTHOLIN.

- Débiles secreciones de la mucosa durante la fase de meseta.

- Disminución de la respuesta.

VAGINA.

- Paredes netamente estiradas color rojo violeta, la lubricación sobreviene entre 10 y 30 segundos después de la estimulación.
- Atascamiento de la vagina exterior durante la fase de meseta, estrechamiento de la vagina.
- Contracciones (5 a 6) durante el orgasmo.
- Prostración de la porción dilatada de la vagina durante el orgasmo.

- Paredes delgadas como de piel, no estriadas, rosadas; la vagina se contrae y disminuye sus posibilidades de expansión, la lubricación puede exigir de 1 a 3 min.
- El atascamiento es más pero la respuesta de estrechamiento continua.
- Disminuciones en numero de contracciones.
- Prostración rápida.

UTERO.

- Elevación del útero durante la excitación y la fase de meseta.
- Contracciones (3 a 5) de expulsión durante el orgasmo.

- Reacción diferida y elevación menos fuerte.
- Disminución del número de las contracciones.

ESTRUCTURA.

PEZONES.

MIOTONIA.

PENE.

EYACULACION.

HOMBRES JOVENES.

- Erección del pezón.

- Incremento de la tensión de las contracciones musculares.
- Erección al cabo de 3 a 5 segundos de estimulación, erección completa muy al comienzo del ciclo.
- Dominio eyaculatorio variable.
- Se puede obtener y perder parcialmente la erección completa varias veces durante el ciclo.
- Coloración del glande del pene.
- Eyaculación potente: contracción de expulsión durante el orgasmo.
- Fase de reacción variable.

- En dos etapas, según un proceso bien diferenciado.
- Contracciones prostáticas.
- Conciencia de la presión de la emisión del fluido.

HOMBRES VIEJOS.

■ Disminución de la respuesta.

- Posible disminución de la respuesta.
- A partir de los 50 años un tiempo 2 o 3 veces más largo; la erección solo es completa inmediatamente antes del orgasmo.
- Erección mantenida mas tiempo o sin eyaculación.
- Dificultad de recobrar una erección completa tras una pérdida parcial.
- Disminución o ausencia.
- Debilitamiento, posible disminución de la sensación.
- Después del orgasmo fase de refracción prolongada, detumescencia rápida del pene.
- Expulsión del líquido seminal en una etapa.
- Desapercibidas por la observación clínica.
- En ciertos sujetos derrame más que expulsión; menos variable y menos numerosos que en los hombres jóvenes.

ESCROTO.

- Desaparición del pliegamiento del escroto bajo el efecto de la tensión sexual.

- Disminución de la respuesta.

TESTICULOS.

- Elevación testicular hacia el final de la excitación o el comienzo de la fase de meseta, incremento de volumen.
- Descenso de los testículos durante la resolución.

■ Disminución de la respuesta.

ANEXO 4.

Necesidades cualitativas y cuantitativas de la alimentación del anciano.

• Valor de alimentos en calorías.

ALIMENTO.	CALORIAS.
Ración diaria de pan 300 gr.	760
Chuleta de cerdo magra.	286
Porción de legumbres secas.	270
Porción de pastas.	233
Porción de patatas.	208
Picadillo de cerdo.	190
Taza de leche.	175
Porción de dulces.	144
Porción de gruyere.	109
1 cucharada de aceite de olivo 10 gr.	90
1 plátano.	83
1 huevo.	83
Porción de zanahorias.	81
3 terrones de azúcar 20 gr.	80
Porción de mantequilla, margarina de 10 gr.	75
1 manzana.	75
1 naranja	56

■ Valor de alimentos de proteínas

ALIMENTO.	PROTEINAS ENGRAMOS.
Trozo de pollo 150 gr.	25.6
2 salchichas	16.7
Chuleta de cerdo	14.5
Taza de leche	8.7
1 sardina grande en aceite.	7.2
Queso blanco.	1.8
Pan de 300 gr.	21.6
Porción de guisantes	10.7
Porción de pastas.	8.7
Porción de arroz.	6.4
Porción de zanahorias.	2.3
Chocolate de 20 gr.	1.2
1 naranja	1.0
1 manzana	0.5

■ Valor de alimentos en lípidos.

ALIMENTOS.	LÍPIDOS EN GRAMOS.
2 salchichas de cerdo.	36
Porción de mayonesa de 40 gr.	31
Chuleta de cerdo	31
Bistec	14
Margarina 10 gr.	8.1.
1 huevo	6
Porción de atún en aceite.	4.8
Pan de 300 gr.	2.4.

■ Valor de alimentos en glúcidos.

ALIMENTO.	GLUCIDOS EN GRAMOS.
Pan de 300 gr.	165
Pastas	48
Porción de patatas	46
Arroz.	39.5
Ciruelas	37
Confituras	35
Guisantes.	28
3 terrones de azúcar	20
1 plátano	19.6
Cerezas.	19.5
Uvas frescas	19
Zanahorias	17
1 manzana	16.5
1 naranja	13
Taza de leche.	12.5
Cereales para sopa 15 gr.	10

■ Valor de alimentos en calcio.

ALIMENTO.	CALCIO EN GRAMOS.
Taza de leche	0.295
Espinacas.	0.264
Yogur.	0.191
Berros.	0.117
Zanahorias o de nabos.	0.092
Lentejas.	0.069
Pan de 300 gr.	0.045
1 huevo.	0.030
Patatas.	0.027
Racimo de uvas.	0.017
Lechuga o ensalada	0.014

■ Valor de alimentos en hierro.

ALIMENTOS,	HIERRO EN GRAMOS.
Hígado de ternera.	11.3
Espinacas.	8.4
Lentejas.	6
Pan.	3.6
Guisantes.	3
Bistec.	2.7
Chuleta de cerdo.	2.5
Ciruelas.	2
1 huevo.	1.6
Zanahorias.	1.4

■ Valor de alimentos en vitamina B1.

ALIMENTO.	VITAMINAS EN GRAMOS.
Cerdo asado.	1.332
Pan integral.	0.870
Corazón de vaca.	0.519
Espinacas.	0.464
Legumbres secas.	0.408
Coliflor.	0.284
Patatas.	0.276
Chuleta de cordero de 100 gr.	0.172
Zanahorias.	0.170
Taza de leche.	0.196
Pescado magro.	0.105
1 naranja.	0.093
Pastas de 65 gr.	0.078
1 manzana	0.053

■ Valoración de alimentos en vitamina B2

ALIMENTO.	VITAMINAS EN GRAMOS.
Riñones de ternera	2.437
Hígado.	2.140
Corazón de vaca.	0.865
Espinacas.	0.852
Taza de leche.	0.450
1 huevo.	0.195
Pan de 300 gr.	0.150
Patatas.	0.100
1 naranja.	0.056
1 plátano.	0.052
1 manzana.	0.024
Arroz.	0.015 ¹

¹ Dr. Brize y C. Vallier. "La tercera edad, una nueva vida" Pp. 153 - 157.

ANEXO 5.

EJERCICIOS PARA ACONDICIONAMIENTO FISICO EN EL ANCIANO.

- FLEXIBILIDAD: baja intensidad.

Ejercicios de manos: Levante sus brazos hasta una posición en T, extendidos hacia los lados, a la altura de los hombros, forme puños con sus manos, apriete y después relaje sus puños. (5 veces), deje que caigan sus manos, relajadas; después levántelas (5 veces), finalmente, describa círculos con sus manos alrededor de las muñecas, (5 veces en cada dirección), para relajar muñecas.

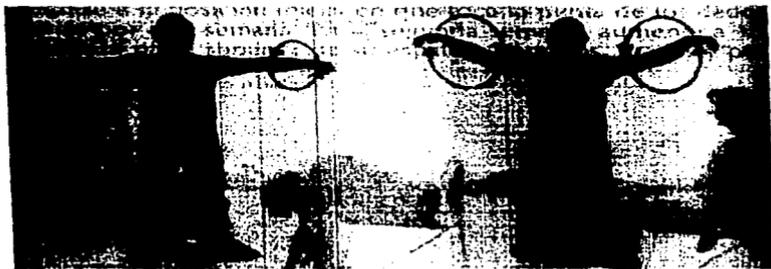


Giros de la cabeza: Gire lentamente su cabeza formando un círculo, abarcando el rango completo de movimiento, empiece por dejarla caer hacia su pecho, después rótelala hacia su hombro, luego hacia su espalda, posteriormente hacia el hombro opuesto y finalmente otra vez hacia adelante, haga este ejercicio en dirección de las manecillas del reloj, (5 veces), y después contra las manecillas del reloj (5 veces).



Balanceo de los pies: Acostado de espaldas sobre un tapete, balancee sus piernas en forma de vaivén, sus piernas deben estar levantadas y sus rodillas flexionadas para proteger su espalda, (5 veces), para hacer flexibles sus piernas y pies, y fortalecer sus músculos abdominales (Figura arriba).

Círculos de brazos: Levante sus brazos hasta una posición T, apriete los puños de las manos, apriete los codos y músculos de sus brazos y haga pequeños movimientos circulares, manteniendo sus brazos rígidos. (5 rotaciones en una dirección y 5 más hacia la otra), después relaje sus manos y codos, y haga grandes círculos con sus brazos aún extendidos (5 veces en una dirección y 5 más hacia la otra dirección), para relajar hombros y codos.



Sentado en triángulo: Sentado en una silla, con sus caderas hacia adelante, levante sus brazos hasta una posición T, inhale profundamente, ahora exhale y, a medida que lo hace baje lentamente la mano derecha hasta los dedos de su pie izquierdo, recuerde mantener la posición T de los brazos, de tal forma que rote el tronco, su brazo izquierdo sigue el movimiento y rota hasta que señale el techo, gire su cabeza hacia la izquierda, de tal manera que pueda ver su pulgar izquierdo, mantenga esa posición por 5 seg., inhale y regrese a su posición vertical en T, (alterne tocando 5 veces el pie izquierdo y 5 más el pie derecho), para relajar el tronco.

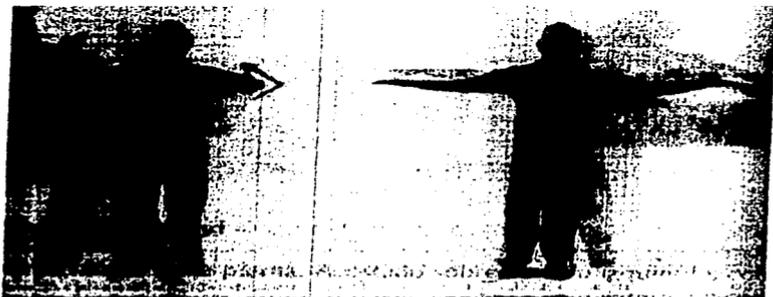


Extensión sentado. Sentado sobre un tapete, con sus manos ligeramente hacia atrás de usted y apoyadas en el piso, balancéese hacia los lados, extienda sus piernas, estírese lentamente hacia adelante, flexionando la cintura y extendiendo sus brazos hacia adelante tanto como pueda, manténgase así por tres segundos o un poco más, regrese a su posición de sentado inicial. (5 veces).



■ **FLEXIBILIDAD: intensidad media.**

Estiramiento de costados. De pie, con las piernas separadas, los brazos extendidos hacia los lados en posición T, flexione los codos para llevar sus manos hasta su pecho, las palmas hacia abajo, tocándose las puntas de los dedos. (4 tiempos), en cada uno cuente 1-2-3 y lleve sus codos hacia atrás lo más que pueda, mantenga sus brazos a la altura de sus hombros, a medida que tira hacia atrás tres veces; después, al contar 4, balancee sus brazos firmemente a los lados, girando sus palmas hacia arriba, regrese a la posición inicial en que toca la punta de los dedos (5 veces diarias por una semana), en la segunda semana, aumente a 10 para hacer flexible y fortalecer la parte superior de su espalda, hombros, brazos y pecho y mejorar su postura, para hacer flexibles y fortalecer la parte superior de su espalda, hombros, brazos, y pecho y mejorar la postura.



Rodillas levantadas. Acostado sobre su espalda, estire sus piernas manteniéndolas firmes con los pies juntos, flexione sus rodillas tratando de pegar sus músculos a su pecho tanto como pueda, con sus rodillas levantadas, balancee suavemente sus tobillos hacia la izquierda y después hacia la derecha; después extiéndalas, exhale a medida que levanta sus rodillas; inhale cuando las extienda (5 veces en una semana, y 10 veces todos los días de la siguiente).

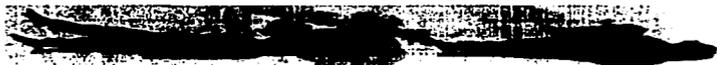


■ FLEXIBILIDAD: Alta Intensidad.

Tocar el piso en forma alterna. De pie, con las piernas separadas, los brazos extendidos a la altura de los hombros, en posición en T. Ejercicio de cuatro tiempos: 1) flexione su cintura hacia adelante a medida que rota su tronco hasta la posición en que su mano derecha (brazos aún extendidos) toque los dedos de su pie izquierdo; 2) regrese a la posición de pie; 3) flexione nuevamente, esta vez rote su cuerpo hasta que su mano izquierda toque los dedos de su pie derecho; 4) vuelva a su posición de pie, (10 veces), exhale en la extensión, inhale al regreso, (5 veces para calentarse), este ejercicio es más efectivo cuando mantiene sus rodillas firmes; pero si tiene un problema en la parte baja de la espalda, flexionando las rodillas un poco.



Rodilla levantada y abrazada. Acostado de espaldas, sus piernas extendidas, sus pies juntos, sus brazos a los lados, levante su pierna izquierda aproximadamente a un pie del piso, manténgala levantada por cinco tiempos; después flexione la rodilla y presiónela sobre su pecho tanto como pueda, abrace la rodilla con las dos manos y oprímala suavemente contra su pecho tanto como se posible, cuente hasta cinco; después regrese la rodilla a su posición original, exhale cuando levante la rodilla; inhale cuando la baje, repita el mismo ejercicio con la rodilla y pierna derechas. (10 veces y haga 5 para calentamiento), para calentamiento.



Estiramiento sentado. Sentado sobre el piso, la espalda derecha, las piernas extendidas hacia adelante, las manos descansado sobre las rodillas, flexionándose hacia adelante sobre la cintura, extienda sus manos hacia adelante tanto como pueda, si puede tocar sus tobillos, bien; si puede tocar los dedos de sus pies, mejor; si puede tocar el piso más allá de los dedos de sus pies, perfecto, sienta el estiramiento, pero no al punto de dolor, cada día trate de estirarse más allá del límite del día anterior, exhale en el momento del estiramiento; inhale al regreso (10 veces y haga 5 veces para calentamiento), para calentamiento.

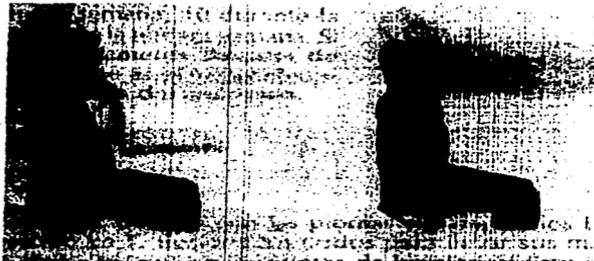


■ **RESISTENCIA: Baja Intensidad.**

Levantamiento lateral de la pierna. Acostado sobre su lado izquierdo, con la cabeza reposando sobre su brazo izquierdo extendido pasando por la cabeza, y con la mano derecha sobre el piso frente al abdomen para equilibrarlo, levante su pierna derecha hacia un lado tan alto como pueda, sosténgala mientras cuenta hasta dos (5 veces con cada pierna), para ayudar a mantener el tono de los músculos de la cadera y tronco.



Contracción abdominal. Esto puede hacerse en posición sentada en una silla contraiga sus músculos abdominales tan fuerte como pueda, trate de mantenerse así más o menos durante medio minuto, relájese; deje que su abdomen sobresalga hacia adelante por sí mismo ; después impúselo hacia adelante y sosténgalo (5 veces), ayudara al fortalecimiento de los músculos abdominales, reafirmandolos y ayudando también a los músculos de la espalda.



Levantamiento de las piernas hacia atrás. De pie con las pies juntos, de pie detrás de su silla, cuyo respaldo mira hacia usted, apoyarse en el respaldo de la silla, levante su pierna izquierda hacia atrás y elévela tanto como pueda, trate de mantener su rodilla estirada, baje lentamente su pierna hasta el piso, haga lo mismo con la otra pierna (5 veces cada pierna), para ayudar a relajar los músculos de los glúteos, fortalecer la espalda y mejorar la flexibilidad de sus caderas y piernas.

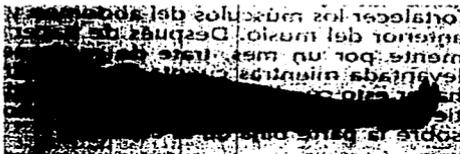


■ **RESISTENCIA: Intensidad media.**

Apretar el pecho. De pie, con los pies separados, lleve sus brazos a la altura de sus hombros, flexione sus codos hasta que sus manos estén frente a su pecho, inhale profundamente exhale a medida que presiona sus manos una con otra, mantenga la presión de sus manos hasta que haya contado 5, separe sus manos, rótelas en dirección opuesta y enganche los dedos de una mano con los de la otra, cuente hasta 5 mientras tira de una mano con la otra. (10 veces cada uno diariamente), para reforzar los músculos de los brazos, hombros y pecho.

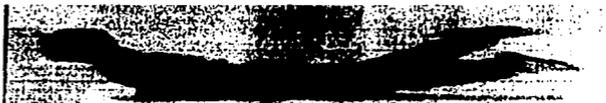


Levantamiento de la cabeza. Acostado de espalda sobre un tapete estire sus piernas y manténgalas juntas, oculte sus manos, con las palmas, hacia abajo, en el pequeño hueco de la espalda, levante su cabeza y hombros hasta los codos, cuente hasta 5, baje su cabeza, hombros, codos y espalda hasta el piso, respire profundamente, exhale al levantarse, inhale al relajarse, (5 veces), para reafirmar los músculos del abdomen.



■ **RESISTENCIA: Alta intensidad.**

Balaceo de los pies. Sobre el piso, boca abajo, con las manos escondidas debajo de los muslos, arquee su espalda de tal forma que levante su cabeza del piso. los dedos de los pies extendidos, mantenga esta posición a medida que separa ligeramente sus piernas y las balancea en un movimiento de vaivén continuo, por un minuto, las piernas deben balancearse desde las caderas, con las rodillas sólo ligeramente flexionadas, para aumentar la flexibilidad y fortalecimiento de la espalda, glúteos, parte posterior del cuello y parte posterior de los muslos.



Extensión de brazos. En su mano izquierda, sostenga un objeto que pase de 1 a 2 kilos, levante esa mano y sosténgala por arriba de su cabeza; después flexione lentamente su brazo hasta que la mano que sostiene el peso esté por detrás de su cabeza, levante lentamente el peso hasta que su brazo esté completamente extendido, después pase el peso a la otra mano (10 veces con cada mano), para fortalecer sus hombros, extremidades superiores y manos.



Sentado en cuclillas. De pie, con las piernas ligeramente separadas, extienda sus brazos por delante de usted, este es un ejercicio de 2 tiempos: 1) exhale a medida que baje su cuerpo lo más cercano a una posición sentada, de tal forma que sus muslos estén paralelos al piso o hasta que sus glúteos casi toquen el asiento de una silla; 2) inhale a medida que usted se levanta lentamente y regresa a su posición original de pie, muévase suavemente, mantenga su espalda recta y respire profundamente, (haga 10 sentadillas), para fortalecer los músculos de sus muslos.²



² DARMOUTH, *Guía Médica y de la salud para mayores de 50 años*, P.p. 276-288.

10. GLOSARIO.

- **Actividades de la vida diaria:** Es todo lo que el individuo hace como parte de su vida diaria, según patrones acostumbrados o preferidos.
- **Agnosia:** Defecto de las funciones nerviosas superiores perceptivas por el cual las afecciones pierden su carácter específico de signo, con la consiguiente incapacidad.
- **Arterioesclerosis:** Dureza y engrosamiento anormales de las paredes arteriales, resultado de una inflamación crónica, especialmente de la túnica íntima con tendencia a la obliteración del baso.
- **Ateroma:** Deposito de lípidos en la pared arterial con producción de masas amarillentas de induración y reblandamiento, que se observa en la arteriosclerosis.
- **Ateromatoso:** adj. Afecto de ateroma o de su naturaleza.
- **Cifosis:** Curvatura anormal, con prominencia hacia atrás de la columna vertebral.
- **Citotóxica:** Que posee la acción de una citotóxina
- **Cortisol:** Glucocorticoide fisiológico producido por la corteza suprarrenal, 17 - hidro corticosterona o hidrocortisona.
- **Confusión:** Síndrome psiquiátrico que se caracteriza por obnubilación de la conciencia, desorientación temporoparcial, perplejidad ansiosa y trastornos de la memoria.
- **Crónico:** Prolongado por mucho tiempo.
- **Desmineralización:** Eliminación excesiva de sales, minerales.
- **Desasimilación:** Proceso inverso a la asimilación, por el cual una sustancia que formaba parte integrante del organismo es separada de este en forma de compuestos que no existían anteriormente.
- **Demencia Senil:** Deterioro de las funciones intelectuales del cerebro propias de la edad.
- **Dextrina:** Producto de escisión del almidón por obra de encimas o amilasas que a su vez se descompone con amilodextrina, eritrodextrina y acrooextrina.

- **Elastina:** Esclero proteína presente en las fibras de los tejidos conjuntivos, digeribles por la pepsina y tripsina pero que no se convierten en gelatina por ebullición en agua.
- **Epitelio:** Capa celular que cubre todas las superficies externas o internas del cuerpo y se caracteriza por estar formada de células de morfología y disposición variable, sin sustancia intercelular ni vasos.
- **Ergoterapia:** Método de rehabilitación funcional y psicológico que consiste en crear y mantener actividades de trabajo tipo artesanal que hacen intervenir grupos musculares selectivos, despertando a la vez un interés vinculado con la realización de un objeto.
- **Esclerosis:** Endurecimiento o induración morbosa de los tejidos especialmente intersticial de un órgano consecutivo a la inflamación.
- **Folículo:** Cripta o pequeño saco en forma de dedo de guante en una mucosa o en la piel con función secretora.
- **Homeostasis:** Tendencia al equilibrio o estabilidad orgánica en la conservación de constantes biológicas.
- **Invalidez:** Enfermo débil incapacitado por enfermedad o lesión.
- **Meissner:** Corpúsculos táctiles en las papilas dérmicas del pulpejo de los dedos, labios, mamas y genitales compuestas de una capsula fibrosa que contiene una sustancia granulosa en la que se ramifica la neurofibrilla.
- **Montículo:** Pequeño.
- **Osteoporosis:** Formación de espacios anormales en el hueso.
- **Ortesis:** Dispositivo ortopédico aplicado al cuerpo.

11. BIBLIOGRAFIA.

- ALVAREZ Gutiérrez, R. "Encuesta de las necesidades de los ancianos en México." México D.F. 1989 Pág. 75.
- ALVARES Manilla J. M. "La invención, innovación y difusión de la tecnología educativa en México" Edit Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa México 1982 Pág. 56.
- VALLIER C. Bize. "La tercera edad una nueva vida" Edit. Mensajero México D. F. 1985 Pág. 255.
- BRAVO Williams, Samuel. "Perspectivas de la Geriatría y Gerontología en México." Edit. Medicina y Sociedad. México D. F. 1991 Pág. 25.
- BROWNNS E. M. "Enfermería Geriátrica" Edit. Morata S. A. México D. F. 1980 Pág. 223
- CAPE Ronald "Geriatría." 1ª edición Edit. Salvat Barcelona España 1986 Pág. 258.
- CARNEVALLI Doris. "Tratado de Enfermería Geriátrica" 2ª edición Edit. Interamericana Mc Graw-Hill. México 1986 Pág. 755.
- CARNEVALLI E. V. "El cuidado del paciente geriátrico." 2ª edición Edit. La Prensa Medica Mexicana. México D. F. 1982 Pág. 401.
- CIESS "Atención medico social a la tercera edad en América Latina" 1ª edición Edit. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social México D. F. 1993 Pág. 251.
- CIESS "El adulto mayor en América latina, sus necesidades y sus problemas medico sociales." 1ª edición Edit. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México D. F. 1995 Pág. 192.
- NICHOLAS Coni. "Geriatría." Edit. Manual Moderno México 1990 GEMAC. Pág. 124.
- CORBELLÁ. Descubrir la Psicología. Cuadernos sobre el comportamiento humano. "El adulto, vida social del adulto." Cuaderno 21 Edit. Folio Barcelona España 1994 Pág. 39.
- CORBELLÁ Descubrir la Psicología. Cuadernos sobre el comportamiento humano. "La salud y la enfermedad en la tercera edad, trastornos psíquicos." Cuaderno 29 Edit. Folio Barcelona España 1994 Pág. 39.

- CORBELLA Descubrir la Psicología. Cuadernos sobre el comportamiento humano. "Biología y Psicología del envejecimiento, situaciones de crisis." Cuaderno 26 Edit. Folio Pág. 39.
- COWDRY E. V. "El cuidado del paciente geriátrico" edición 1ª Edit. Interamericana México D. F. 1987 Pág. 298.
- CHAVEZ Jesús Bulmaro "Envejecimiento sexual" Edit. Asociación GEMAC. México 1993 Pág. 4
- DARMOUTH "Guía Médica y de Salud para mayores de 50 años" Edit. Trillas México D. F. 1994 Pág. 363
- DREDA A. "Siete claves para la valoración del anciano". University of Alabama Capstone. Marzo 1989 Pág. 55.
- DOMINGUEZ Camargo Ricardo "La familia y el anciano" Edit. GEMAC. México D. F. 1990.
- DURAN Mirón Gloria "Ejercicios en Geriátria". Edit. GEMAC. Pág. 12
- D. F. W. Bionisch "Psiquiatria Geriátrica" Edit. Científico medica Barcelona España 1965 Pág. 45.
- EXTON SMITH A. Norman "Tratado de Geriátria". edición 2ª Edit. Pediatrica - Barcelona. Barcelona España 1988 Pág. 550
- FARIAS Elisa "Acondicionamiento físico en el anciano" Edit. Sociedad de Geriátria y Gerontología 1993 Pág. 12.
- FLAHERTY Channon Davis. "Psiquiatria diagnóstico y tratamiento". Edit. Médica Panamericana Buenos Aires Argentina 1991 Pág. 294.
- GONZÁLES Aragón J. "Manual de autocuidado u salud en el envejecimiento" edición 3ª Edit. Aniversario 50 C. A. Pág. 415.
- HERNÁNDEZ Perez Gudelia "Ciencias de la salud". Edit. Publicaciones Culturales México D. F. 1986 Pág. 244.
- IBAÑEZ A. C. "Angustia y ansiedad". Edit. S. A. Buenos Aires Argentina 1992 Pág. 44.

- ITURRIAGA Ramírez José "Sexualidad en la tercera edad" Edit. Sociedad de Geriátria y Gerontología de México A. C. 1993 Pág. 10
- KRAUSE "Nutrición y Dietoterapia" Edit. Interamericana Mc. Graw - Hill México D. F. 1995 Pág. 947
- KROEGER Axel "Atención primaria a la salud" edición 1ª Edit. Cesarman México D. F. 1990 Pág. 642.
- KRUSEN K. "Medicina física y rehabilitación" Edit. Panamericana GEMAC Buenos Aires Argentina 1990
- LANGARICA Salazar Raquel "Gerontología y Geriátria" edición 1ª Edit. Interamericana México D. F. 1987 Pág. 298
- LOZANO Cardosa Arturo "Introducción a la Geriátria" Edit. Méndez México D. F. 1992 Pág. 309
- MENDOZA Perez Rosa Elia "Intervenciones de Enfermería en Geronto - Geriátria a nivel comunitario San Luis Tlaxiátemalco" Xochimilco D. F. 1995.
- MERK "El manual de Merk de Geriátria" Edit. DOYMA Barcelona España 1992 Pág. 1321.
- NAVARRO Ortiz Felicitas. "Aplicación de los conocimientos de Enfermería en los cuidados y prevención del paciente Geriátrico " Edit. Sociedad de Geriátria y Gerontología México D. F. 1990 Pág. 10
- OMS/OPS "Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud" Edit. Organización para la salud, OMS, Washington D. C. 1990.
- OPS/OMS "Administración de Enfermería para la APS en Enfermeras" Revista del Colegio nacional de Enfermeras Año XXIX, Enero - Abril México 1990 Pág. 16.
- OREM E. Dorothea "Modelo de Orem Conceptos de Enfermería en la Práctica" Edit. Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. Barcelona España 1993 Pág. 293.

- ORTIZ García Luis. Características propias del anciano. Edit. Sociedad de Geriatria y Gerontología de México A. C. 1994 Pág. 11.
- PAILLAT Paul "Sociología de la vejez" Edit. Oikos - Tau GEMAC Barcelona España 1985 Pág. 90.
- PAREÑO R. J. "Tercera edad sana, ejercicios preventivos y terapéuticos". Edit. Instituto Nacional de Servicios Sociales de España GEMAC. 1990.
- PERLADO Fernando "Geriatria" Edit. Cientifico Medica Barcelona España 1980 Pág. 516.
- PRIETO De Nicola "Geriatria" edición 1ª Edit. El Manual Moderno México D. F. 1995 Pág. 304.
- RIEUX Gernez "Medicina preventiva, salud pública e higiene" Edit. Limusa México D. F. 1985 Pág. 534.
- ROSZORMENY Ivan "Terapia familiar intensiva, aspectos teóricos y prácticos" Edit. Trillas GEMAC México 1976 Pág. 120.
- ROTHSCHILD Henry "Factores de riesgo en la edad avanzada" Edit. La Prensa Medica Mexicana S. A. GEMAC México 1984 Pág. 140.
- SALGADO Alberto "Manual de Geriatria" Edit. Salvat México 1994 Pág. 596.
- SANCHEZ I. y MAYA Manuel "La enfermera y Atención Primaria en enfermeras" Revista del Colegio Nacional de Enfermeras Año XXIX Septiembre - Diciembre 1990 Pág. 22
- SHERSTACK R. "Manual de fisioterapia" edición. 3ª Edit. Manual Moderno GEMAC México 1985.
- SONIS Abraam "Medicina Sanitaria y Administración de Salud" Edit. Ateneo. México D. F. 1986 Pág. 850
- SONIS Abraam "Atención a la Salud" Edit. Ateneo México D. F. 1986 Pág. 857.
- SOSA Ana Luisa. "Algunas características de las depresiones durante el envejecimiento" Edit. Ateneo. México D. F. 1988. Pág. 83.

- WISSCARZ Stuart Gail. Enfermería Psiquiátrica" edición 2ª Edit. Interamericana Mc. Graw - Gill Pág. 127.
- TOMEY Marriner "Modelos y Teorías en Enfermería" edición 1ª Edit. DOYMA Libros México D. F. 1994 Pág. 530
- UNAM Facultad de Medicina "2º curso de Especialización en Gerontología y Geriatría" Edit. UNAM. México D. F. 1989 Pág. 76.
- VAZQUEZ González Martha. "Conceptos actuales sobre alimentación y nutrición en la senectud" Edit. GEMAC. 1989 Pág. 56.
- WILLIAM Davison Nicholas "Geriatría" Edit. Manual Moderno México D. F. 1980 Pág. 260
- WILLIAM Reichel "Aspectos clínicos del envejecimiento" Edit. Librería el Ateneo México D. F. 1981 Pág. 474.