

89  
2es

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA INTERACCIÓN ADECUADA ENTRE EL  
ANCIANO Y LA FAMILIA

TESIS

QUE PARA ADQUIRIR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARÍA DEL ROCÍO ZARZA MENDOZA



CON LA ASESORÍA DE:

Mtra.. SOFIA DEL CARMEN SANCHEZ PIÑA

MEXICO, D.F. 1998

U. N. A. M.  
ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
COORDINACION DE SERVICIO  
SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES  
DE TITULACION

260351

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.

*ORACIÓN DE LOS ANCIANOS*

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

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

**Bienaventurados aquéllos 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 charla de cosas "sin importancia".**

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

**Ahora que veo terminada una de mis metas, sólo me resta agradecer a los profesores de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia quienes contribuyeron en mi formación profesional, transmitiendo sus conocimientos y experiencias a través de su cariño y dedicación y de las horas de trabajo que nos dedicaron a todos los alumnos que estuvimos con ellos.**

**Así mismo a dos personas en especial, quienes me asesoraron; una en mi Tesis y otra en mi Servicio Social, la primera es la Mtra en Salud Pública Sofía del Carmen Sánchez Piña, por su paciencia, apoyo y comprensión para la realización de éste trabajo. También a la Lic. Gloria Rodríguez Díaz, quien fue mi asesora en el Servicio Social, la cual tuvo la suficiente paciencia, y me brindó parte de su tiempo para terminar este trabajo.**

**G R A C I A S**

### **A Dios:**

**Gracias Dios por lo que me has dado y me das,  
y te pido entereza para conducirme por el camino del bien  
y aceptar a los demás con sus virtudes y limitaciones,  
ya que eso me permitirá corregir mis errores.**

**Deseo me des fuerzas para levantarme,  
soportar los golpes de la vida y mantenerme firme en las derrotas.**

**Concedeme señor, visión para comprender las debilidades humanas  
y afrontar las dificultades que se me pongan en frente  
y de esa manera poder enmendarlas.**

**Y ruego, Señor, que hagas de mí una mujer verdadera,  
beneficiando a los demás a través de las acciones que efectúo,  
tomando en cuenta tus sabias enseñanzas. Que por mi parte,  
tendré serenidad para afrontar la adversidad y te ofrezco  
dejarme guiar por tus manos.**

**Te doy gracias Señor por todo esto y muchas otras cosas más.**

### **A mis padres Felipe y Pilar:**

**A mis padres por darme la vida y tenerme paciencia,  
comprensión, cariño y lo más elemental confianza;  
y el haberme apoyado tanto en las buenas como en las malas,  
porque todavía les falta.**

**GRACIAS**

### **A Joel:**

**Por brindarme su cariño, amor, comprensión, apoyo,  
paciencia y compañía durante el proceso, realización  
y término de éste trabajo.**

**GRACIAS**

**A Enrique:  
Por haberme brindado su amistad  
y el apoyarme en la revisión de este trabajo.**

**GRACIAS**

**A la unidad de Cómputo de la Fac. de Ingeniería, principalmente a  
Sergio Román:  
Este trabajo no hubiese sido posible sin el apoyo de equipo que me brindaron.**

**GRACIAS**

**Y por último, gracias al Grupo de la Tercera Edad  
del Deportivo Guayamilpas y en especial  
a los ancianos y a sus familias  
quienes me abrieron las puertas de sus hogares y  
de sus corazones, y quienes confiaron en mí.**

**MUCHAS GRACIAS**

<b>ÍNDICE</b>	
<b>Introducción</b>	<b>i</b>
<b>I Marco Teórico Conceptual</b>	
1.1. Enfermería familiar	1
1.2. La tercera edad	17
1.3. Calidad de atención	21
<b>II Marco de Referencia</b>	
2.1. La tercera edad en México	30
2.2. Epidemiología	37
2.3. Proceso normal de envejecimiento	44
2.4. Educación para la salud	55
2.5. Salud mental	61
<b>III Planteamiento del Problema</b>	<b>69</b>
<b>IV Justificación</b>	<b>70</b>
<b>V Objetivos</b>	<b>72</b>
<b>VI Metodología</b>	
- Detección de necesidades	73
- Métodos e instrumentos de captación de información	73
- Límites de tiempo y lugar	73
<b>VII Resultados</b>	
- Descripción y análisis de los resultados	75
<b>VIII Justificación de la Intervención</b>	<b>81</b>
<b>IX Programa de Intervención de Enfermería.</b>	<b>83</b>
<b>X Resultados de la Intervención.</b>	<b>115</b>
<b>XI Conclusiones.</b>	<b>118</b>
<b>XII Bibliografía.</b>	<b>124</b>
<b>Anexos</b>	

---

## **Introducción**

El presente trabajo es un proyecto de intervención que muestra un enfoque global de la problemática que sufren los ancianos en nuestros días dentro de las familias mexicanas de zonas urbanas considerando el proceso normal de envejecimiento, así como los trastornos de salud mental, su estado espiritual y su estatus social.

La primera parte de este trabajo lo constituye un marco teórico que aborda aspectos del fomento a la salud, comunicación entre las personas de edad avanzada y sus familiares. Explica la importancia que tiene la enfermera para la interacción adecuada del familiar y su anciano, de esta forma enfoca la importancia que tiene la familia en la sociedad, también los diferentes tipos de familias y sus diferentes etapas evolutivas considerando el proceso normal de envejecimiento en la etapa evolutiva del anciano.

El marco de referencia considera los pasos a seguir en la atención a la salud de personas de edad avanzada. En la parte que corresponde al tema del autocuidado se da una breve reseña sobre la educación que se le debe dar a una persona que ha dejado la etapa del adulto maduro para pasar a la etapa de vejez ya que este tipo de cambio genera en estas personas problemas de tipo psicológico que puede empezar a pensar en que ya no es útil a su familia, considerándose una carga para ellos. Además toda persona que entra a esta etapa de vejez empieza a sufrir enfermedades propias de su edad de la cual los que se dedican al cuidado de éste debe de enseñar que el ejercicio es un factor muy importante para que puedan llevar una vida más saludable y no caigan en el mito de que por el hecho de ser anciano su capacidad física ha disminuido.

Por otro lado se aborda la terapia de resocialización y de la salud mental se hace una referencia a que el anciano no cometa el error de aislarse de su núcleo familiar y de la sociedad ya que eso le puede provocar depresiones, pérdida de memoria y falta de concentración volviendolo uraño e incluso agresivo con su núcleo familiar. Para concluir en lo concerniente de la estimulación de la memoria y a la reminiscencia, las enfermeras que están al cuidado de un anciano deben tener presente que toda persona que se encuentra en la etapa de la vejez tiene problemas emocionales e inclusive perdida de la memoria debido a la poca estimulación que ha tenido por parte de la familia y de la sociedad, por tal motivo toda enfermera debe hacerle recordar cosas, hechos y situaciones vividas para que pueda ejercitar su memoria.

Con esta base se plantea un problema el cual da la idea de intervención, con una justificación que expresa la importancia de la temática para enfermería, y se plantean objetivos a alcanzar.



Posterior a este trabajo se diseñó un proceso de diagnóstico de necesidades, por lo cual se elaboraron dos cuestionarios, uno acerca de las necesidades de los ancianos y otro de las necesidades del familiar del anciano, con estos instrumentos se obtuvieron sus resultados. Por tal motivo se diseñó un programa en la cual se da una orientación general a la familia y al anciano para poder dar un trato digno a éste en la última etapa de su vida. Se le enseña al familiar que toda persona adulta empieza a presentar problemas en su organismo, uno de los cuales y más comunes es la descalcificación de sus huesos provocándole fracturas. A partir de que la persona en edad avanzada empieza a padecer problemas, rápidamente se le debe tratar y anotar todos los padecimientos en una historia clínica en los cuales se deben de tomar en cuenta la naturaleza de la enfermedad, los aspectos físicos y psicosociales ya que a veces las enfermedades son producidas psicológicamente. Una vez determinado lo anterior se preparan diferentes tipos de terapia tales como la estimulación de la memoria, mantenerlo activo físicamente y reintegrarlo a la sociedad. Por último, se toma en cuenta la higiene del anciano encaminado a una mejor nutrición, en los cuales una parte fundamental es evitarle el ayuno y no las comidas, se deben de tomar en cuenta hábitos positivos y eliminando alimentos que sean dañinos a su salud.

El programa se implantó en los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre de 1997, mismo que se dirigirá para el diseño de actividades y tareas del proyecto; una vez aplicado se prosiguió a la monitorización del programa para su evaluación. Esto fue factible dado que el monitoreo lo realizó el responsable del programa, realizando uno a la mitad de la impartición del programa y el otro al final del mismo, con la ayuda de dos cuestionarios más, uno para el anciano y otro para el familiar del mismo para su evaluación, con la finalidad de realizar los ajustes pertinentes y de esta forma se consideró la satisfacción del anciano y de las necesidades de la familia; considerándose como el sistema de información sobre los logros obtenidos en relación al objetivo planeado.

Finalmente se obtuvieron los resultados preliminares sobre la impartición de la aplicación del programa donde se analizó la importancia de la participación de enfermería dentro de la dinámica familiar; por último se presentan las bibliografías consultadas.

### I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

#### 1.1. ENFERMERÍA FAMILIAR

La enfermería en salud comunitaria es la integración de la práctica de enfermería y de salud pública en la promoción y conservación de salud de la población. La enfermería en salud comunitaria se dirige hacia los individuos EN SUS FAMILIAS y grupos, e intrínsecamente se relaciona y contribuye con la salud de la población total. La responsabilidad dominante de la enfermera en salud comunitaria es la población como un todo. El enfoque de la enfermería en salud comunitaria es la prevención de la enfermedad, la promoción y la conservación de la salud.

“La enfermera en salud comunitaria se involucra en la planeación y coordinación de programas y servicios de salud comunitaria, determinando las necesidades de salud del individuo, de la familia y la comunidad; valora el estado de salud; lleva a cabo la planeación de la salud; evalúa la práctica de la salud y proporciona la planeación primaria de salud”<sup>1</sup>.

Niveles de Prevención de Leabel y Clarka (1965).

1.- La prevención primaria involucra la promoción de la salud y medidas preventivas específicas para mantener a la gente libre de enfermedad/accidentes.

2.- La prevención secundaria consiste de la detección temprana-diagnóstica y tratamiento.

3.- La prevención terciaria cubre la etapa de convalecencia y rehabilitación, diseñada para minimizar la incapacidad del cliente y maximizar su nivel de funcionamiento.

Principal objetivo de enfermería familiar en la conservación y la promoción de la salud.

El objetivo más importante es ayudar a la gente (individuos y familias a aprender como ser saludable de una manera natural y divertida).

El personal de salud asesora a los individuos y familiares que están “libres de síntomas” a mejorar su nivel de bienestar. Aún es más interesante, el movimiento actual de promoción de la salud conocido como la “nueva medicina” o atención alternativa de la salud; incluyendo atención holística de la salud, auto-cuidado y entrenamiento de bienestar.

Las necesidades de un cambio en el enfoque es que en nuestro actual sistema de atención a la salud está orientado hacia la crisis, dándose en muchos casos muy poco tratamiento, y muy tarde.

---

<sup>1</sup>. Freedman Marylin, M. Family Nursing, p.2

## I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Consumismo y demandas populares con un mayor auto-cuidado. Los consumidores de la actualidad espera estar informados de los hallazgos de los servicios médicos y de que se les da más auto-control sobre sus vidas.

La falta de accesibilidad y disponibilidad de servicios profesionales de salud- Un favor impetuoso de auto-cuidado puede surgir de situaciones donde los servicios de salud profesionales no están disponibles. Sin embargo esto se relaciona más al uso del auto-cuidado con respecto a tratar problemas comunes de atención primaria más que a las estrategias proporcionales de salud.

Un mayor reconocimiento de la interrelación entre el estrés y la enfermedad.- Se ha estimado que el 80% de todas las enfermedades son producidos por estrés, siendo éste el responsable de agravar todas las enfermedades.

La reducción del estrés se ha convertido en una de las cinco dimensiones principales de entrenamiento de bienes, y quizá la faceta más importante de la atención holística de la salud.

“¿Qué involucra la promoción de la salud prevención primaria?”

El objetivo de la promoción a la salud o prevención primaria es el bienestar de alto nivel como: Un método integrado de funcionamiento que está orientado hacia la maximización del potencial del cual el individuo es capaz dentro del medio ambiente donde se encuentra funcionando. Las palabras claves son: 1) Integrado: es igual funcionar en forma total; 2) La maximación del potencial, connota un estado dinámico en él, una persona está continuamente luchando por creer y mejorar su nivel de bienestar. La jerarquía de necesidades de Abraham Maslow tiene una connotación similar, 3) Dentro de su medio ambiente sugiere que debemos ver a los individuos dentro de sus medios psicosociales y físicos cuando evaluamos su nivel de bienestar.

Travis, un “doctor de bienestar”, explica el significado de bienestar de alto nivel.

-El moverse del centro hacia la izquierda muestra un estado de salud cada vez peor.

-El moverse hacia la derecha del centro muestra mayores niveles de salud y bienestar.

-La medicina tradicional está orientada hacia curar la evidencia de enfermedad, pero normalmente se detiene en el punto medio. La educación de bienestar comienza en cualquier punto sobre la escala sobre el objetivo de ayudar a una persona de moverse hacia la derecha tanto como sea posible<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup>. Freedman Marylin, M. Family Nursing, p.6

### Salud Familiar

“La Organización Mundial de la Salud propone una definición de salud de la familia y escribe que la salud familiar como el agente social primario en la promoción de la salud y bienestar”<sup>3</sup>.

La Salud Mental Familiar significa: que la familia se refiere consistentemente como el estado de los procesos o dinámicas internas familiares tales como sus relaciones interpersonales.

Los sociólogos ven como indicadores de salud familiar las relaciones del rol, las conductas de adaptación, la adaptación funcionamiento familiar y el grado de integración con la comunidad.

### Estilo de Vida de Bienestar

Las familias necesitan un fuerte sentido de responsabilidad para evitar conductas interpersonales (grupales) de alto riesgo, tales como mantener un medio ambiente donde están presentes el estrés y la tensión excesiva.

Las familias se tienen que convencer que su salud están principalmente entre sus manos.

El factor principal que produce una auto-responsabilidad insuficiente es la falta de disponibilidad de una educación de salud orientada hacia la auto-atención.

### Conciencia Nutricional

Hemos llegado al punto donde la nutrición, falta de exceso o calidad de ella, puede ser el problema de salud pública número uno de la nación. Ya que por el tipo de comida, es más probable que los haya obesos, que les produzca alta presión arterial, que les induzca enfermedad cardíaca y cáncer- en resumen, que los mate a largo plazo.

### Manejo del Estrés

“Hans Selye, el padre de la teoría del estrés, señala que los efectos del estrés prolongado, son particularmente peligrosos para el cuerpo, causando dolores de cabeza tipo migraña, úlceras pépticas, ataques cardíacos, hipertensión, enfermedades mentales y suicidio.

---

<sup>3</sup>. Freedman. Op.cit..

## I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Un componente del manejo del estrés involucra el uso de algunas habilidades o técnicas que puedan utilizarse para obtener relación mental en tiempos de crisis. Las familias necesitan ser sensibles a la cantidad de estrés dentro del ambiente familiar y como grupo proporcionar un ambiente y oportunidad para reducir el estrés<sup>4</sup>.

### Bienestar Físico

Los beneficios del ejercicio regular son tan sustanciales y de amplio rango que cada vez más adultos han tomado una gran variedad de deportes.

Los efectos positivos del ejercicio regulan de un estado de estar físicamente en forma; son el incrementar el ánimo, mejores hábitos alimenticios.

### Sensibilidad Ambiental

La sensibilidad ambiental abarca las influencias físicas, sociales y ambientales, - es decir, la manera en que el ambiente motive o disminuya la salud y bienestar.

### Enfoque Preventivo Primario

Las medidas preventivas más específicas incluidas bajo la prevención primaria involucran el mantener y mejorar el nivel de resistencia familiar. También se deben considerar las medidas específicas preventivas. Esto abarca medidas preventivas, tales como inmunización relacionadas con enfermedades específicas.

### Auto-Cuidado de Salud

“Orem es la principal teoría de la enfermería que enfatiza las capacidades de auto-cuidado natural de las personas. Ella llama a los clientes agentes de auto-cuidado y define a éste como “La práctica de actividades que los individuos inician personalmente y desarrollan por su propia cuenta para mantener la vida, salud y bienestar”.

La definición por Goeppinger de auto- cuidado es aquel que “abarca aquellas actividades, continuas y episódicas, volitivas y no intencionadas que la gente puede usar por si misma, individual o colectivamente, y dentro de una variedad de aspectos de salud y enfermedad”<sup>5</sup>

En resumen, no sólo debe ser la promoción de la salud un objeto principal de la enfermería enfocada a la familia, sin que la promoción del auto-cuidado de la salud debe afianzarse de igual manera.

---

<sup>4</sup>.Freedman Marylin,M. Famly Nursing, p.7

<sup>5</sup>. Orem, Teoría de Auto-Cuidado, p.36.

### Prevención Secundaria

Examen físico anual= examen médico.

### Prevención Terciaria

La rehabilitación es el principal enfoque de la prevención terciaria.

La rehabilitación involucra el restablecimiento de los individuos incapacitados por enfermedad o accidente a un funcionamiento óptimo para ellos a su mayor capacidad física-social, emocional y vocacionalmente.

### Roles de la Enfermera Centrada en la Familia

**Educador de Salud:** La enfermera comunitaria centrada en la familia debe ser capaz de enseñar a las familias tanto formal como informalmente. Mas específicamente los propósitos de la adecuación a la salud son:

- Enseñanza de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Ayudar a las familias a desarrollar habilidades para adaptarse con sus problemas y tratamientos de salud actual.

**Coordinador:** La coordinación es uno de los roles principales de la enfermera que trabaja con la familia. La enfermera en la salud comunitaria es con frecuencia la persona clave en la provisión de atención de salud familiar comprensiva y continua.

Es una necesidad particularmente enorme, la promoción continua de la atención a pacientes con enfermedades a largo plazo y crónicas a sus familias.

En resumen la enfermera en salud comunitaria funciona como un puente entre la familia y los diversos servicios informando a la familia sobre los recursos comunitarios disponibles, llevando a cabo la continuidad de servicio y coordinando los servicios que los pacientes están recibiendo.

### Introducción a la Familia

Ahora bien, se define a la familia como la unidad básica de nuestra sociedad, es la institución social que tiene el efecto más marcado sobre sus miembros. Esta unidad básica influye tan fuertemente en el desarrollo de un miembro individual que puede determinar el éxito o fracaso de la vida de esa persona.

La familia debe servir como mediadora de las demandas y deseos de todos los individuos dentro de la unidad y tiene que mediar las necesidades y demandas del miembro familiar con aquellas de la sociedad.

La familia es de una importancia básica ya que cada miembro de la familia pertenece a diversos grupos, pero normalmente solo la familia se preocupa por el individuo en forma total y por todas las facetas de su vida la principal propiedad de la familia es normalmente el bienestar de sus miembros familiares.

El sistema familiar es el principal contexto de aprendizaje para la conducta, pensamientos y sentimientos del individuo. La función mediadora de la familia también protege a los individuos de contacto directo con la sociedad. Por lo tanto la familia tiene una influencia crucial en la formación de la identidad y sentimientos de auto-estima del individuo.

“¿Porqué trabajar con la familia?

1) Existe la creencia que, cualquier disfunción (enfermedad, accidente, etc.) que afecta a uno o más miembros de la familia puede afectar de igual manera a los demás miembros y a la mitad como un total, por ejemplo: los problemas de un individuo se “filtran” y afectan a los demás miembros de la familia y del sistema total.

2) Existe una fuerte interacción entre la familia y el estado de salud de sus miembros de manera que el rol de la familia es crucial.

3) El objetivo del auto-cuidado es elevar el nivel de bienestar de toda la familia, la que a su vez elevará significativamente el nivel de bienestar de cada uno de sus miembros.

4) Encontrar casos: la presencia de problemas de salud en un miembro puede conducir a descubrir enfermedades o factores de riesgo en otros miembros de la familia”<sup>6</sup>.

Pero para poder descubrir enfermedades o factores de riesgo y que se cumpla el objetivo de auto-cuidado es necesario conocer las características más comunes de la familia.

Las características mas comunes de la familia:

1) La familia se compone de personas unidas entre si por lazos tales como matrónimo-la sangre y la adopción.

2) Los miembros de la familia normalmente viven, juntos en un sólo hogar o si viven separados, consideran el lugar como su casa.

3) Los miembros familiares interactúan y se comunican unos con otros en roles sociales, familiares, tales como esposo y esposa, madre y padre, hijo e hija, hermano y hermana.

4) La familia comparte una cultura común que se deriva principalmente de la cultura social, que contiene algunos factores únicos y propios.

Sin embargo, niega la relevancia de las familias de tipo comunal donde no existen lazos legales o hereditarios.

Para comprender mejor se mencionan los tipos de familia tradicionales y las formas variantes de las familias.

---

<sup>6</sup>. Freedman Marylin, M. Introducción a la Familia, p.5

## I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

“Los tipos tradicionales prominentes de las formas familiares variantes que existen en la actualidad son:

- 1) **FAMILIA NUCLEAR:** Dos carreras, esposo, esposa y niños que viven en el mismo hogar (16%)= Tradicional.
- 2) **NUCLEAR FORMADA POR DOS PERSONAS:** Esposo y esposa que viven solos, sin niños o los niños ya no viven en el hogar (10%).
  - A) Una sola carrera
  - B) Dos carreras
    - 1.- La carrera de la esposa es continua
    - 2.- Se interrumpió la carrera de la esposa
- 3) **FAMILIA CON SOLO UN PADRE:** Una sola persona a la cabeza de la familia, como consecuencia, de divorcio, abandono o separación (con una ayuda financiera que raramente la proporciona el segundo padre) y normalmente incluyen niños pre-escolares y/o escolares (16%)
  - A) Carrera
  - B) Sin carrera
- 4) **UN ADULTO QUE VIVE SOLO:** (20%) nuclear
- 5) **FAMILIA DE TRES GENERACIONES:** Puede caracterizarse por cualquier forma de familia variante, 1, 2 ó 3 que viven en un hogar en común (5%)
- 6) **UNA PAREJA DE PERSONAS MAYORES O ANCIANAS:** Siendo el esposo el que proporciona el sustento, la esposa en el hogar ( los niños se han ido al colegio a estudiar una carrera o se han casado), (13%)
- 7) **RED FAMILIAR:** Hogares nucleares o miembros solteros que viven en una proximidad geográfica y operan dentro de un sistema recíproco de intercambios de bienes y servicios
- 8) **FAMILIA CON UNA SEGUNDA CARRERA:** La esposa entra a la fuerza de trabajo cuando los niños están en la escuela

Las formas familiares variantes experimentales (4%) que están surgiendo en la actualidad incluyen:

- 1) **COMUNA FAMILIA:**
  - a) Un hogar con más de una pareja monogámica con niños, compartiendo facilidades, recursos y experiencias comunes; la socialización de los niños es una actitud grupal.
  - b) Un hogar de adultos niños un “grupo matrimonial” , donde todos los individuos están casados unos con otros y todos sus hijos, normalmente tienen un líder carismático.
- 2) **UNA FAMILIA CON UN PADRE SOLTERO Y UN NIÑO:** Normalmente madre y niños, donde el matrimonio no se desea o no es posible.
- 3) **UNA FAMILIA DONDE LA PAREJA NO SE HA CASADO:** Tienen niños normalmente, un tipo legal común de matrimonio donde el niño es hijo biológico o adoptado informalmente.
- 4) **UNA PAREJA O HABITANTE:** Una pareja sin casarse o viven juntos.
- 5) **UNIONES HOMOSEXUALES:** Personas del mismo sexo que viven juntos con



---

### “compañeros maritales” (variantes)”

Dentro de las familias existen modelos; existiendo cuatro modelos de familias, para poder comprender estos modelos primero daré a conocer algunos conceptos:

**CONCEPTO DE FAMILIA:** La familia es vista como un sistema único de los roles interrelacionados que están en constante desarrollo, proporcionando una función personal para cada miembro de la familia y para la sociedad.

Para poder comprender el concepto de estructura y función primero veremos el Enfoque Estructural-Funcional.

### EL ENFOQUE ESTRUCTURAL-FUNCIONAL

“El enfoque estructural-funcional tiene su origen en el área funcionalista de la psicología (particularmente en la psicología de la Gestalt).

La posición Gestalt enfatiza que debemos analizar el total de una unidad y sus partes, explorando la interrelación entre la unidad total y sus partes. Por la misma línea de pensamiento, los antropólogos sociales han concluido que no podemos comprender un aspecto particular de la vida social desprendiéndolo de su medio general.

De aquí que los seguidores de este enfoque vean que la familia (una de las instituciones sociales de una sociedad) es “funcional” para o congruente con una sociedad).

La perspectiva estructural-funcional es un marco de trabajo muy útil para valorar la vida familiar debido a que capacita al sistema familiar para que se analice históricamente (como una unidad), en parte (como subsistema o dimensiones) e inter-accionalmente como un sistema que interactúa con otras instituciones tal como los sistemas educativos y de salud”<sup>8</sup>.

**CONCEPTO DE ESTRUCTURA:** El enfoque estructural-funcional analiza principalmente las características estructurales de la familia. La estructura de la familia se refiere a cómo está organizada la familia, la manera en la cual están distribuidas sus unidades y la manera en la que éstas unidades se relacionan una con otra.

Parad y Caplan, al analizar familias mediante el estilo de vida familiar; nos referieren al estilo de vida familiar al patrón razonablemente estable y armonización familiar subdividido en tres elementos interdependientes, de sistemas de valores, radiocomunicación y sistemas de rol.

---

<sup>7</sup>. Freedman Marylin.,M. Introducción a la Familia, p.26

<sup>8</sup>. Hall Johnson Suzanne, Valoración de la Familia. El Enfoque Estructural-Funcional, p.2.

## I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Las cuatro dimensiones estructurales básicas son: 1) Estructura del rol; 2) Sistema de valores; 3) Proceso de comunicación y 4) Estructura de poder.

La estructura familiar u organización se evalúa esencialmente por la forma en la que la familia es capaz de satisfacer sus funciones familiares, los objetivos que son importantes para sus miembros y la sociedad. La estructura familiar sirve para facilitar el logro de las funciones familiares, ya que la conservación y la asignación de recursos es una tarea principal para la estructura familiar.

**CONCEPTO DE FUNCIÓN:** Las funciones familiares comúnmente se definen como los resultados o consecuencia de la estructura familiar aunque algunos autores utilizan función para significar consecuencias de o, resultados de ella.

Las funciones básicas de la familia satisfacen las necesidades tanto de los miembros individuales de la familia como de la sociedad más amplia. Para considerar la valoración de la familia se tienen cinco funciones.

1) **Función Afectiva;** (mantenimiento de la personalidad): Es una base central que influye directamente en la familia.

2) **Función de Socialización y Colocación de Sociedad:** Para la socialización principal de los niños con el objetivo de hacerlos miembros productivos de la sociedad, así como darles un estado legal sobre los miembros de la familia.

3) **Función de Producción:** Para asegurar la continuidad familiar a través de las generaciones y supervivencia de la sociedad.

4) **Función Económica:** Para proporcionar suficientes recursos económicos y asignarlos efectivamente.

5) **Función de Atención a la Salud:** Provisión de necesidades físicas, comida, vestido, vivienda y atención a la salud.

Con todo lo ya mencionado podemos aplicar los conceptos de la familia que son los cuatro modelos que se mencionarán esquemáticamente:

Las acciones de enfermería relacionadas a la valoración de la familia incluye un repertorio de modelos de la familia, el desarrollo de instrumentos de valoración, la documentación de las observaciones, el desarrollo de un diagnóstico de enfermería, la relación de intervenciones en la familia y la revaloración respecto a cambios en la familia.

Para continuar se hará una presentación de cuidados de la familia y la atención de enfermería.

### PRESENTACIÓN DE CUIDADOS DE LA FAMILIA Y LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Indivisibilidad y División de la Atención

Se ha dicho que la enfermería ha reflejado la ambivalencia de nuestra sociedad respecto al sexo femenino y la atención. Aunque tiene raíces en el trabajo de las mujeres, la

enfermería en las instituciones se volvió rutinaria ya que fue privada parcialmente del aspecto afectivo de la atención y del conocimiento compartido de la experiencia.

### Aspectos Conceptuales y Terminológicos

Se sugiere que la atención demanda tanto amor como labor, tanto identidad como actividad; siendo modelada la naturaleza de las demandas por las relaciones sociales de la sociedad más amplia.

### Literatura de la Atención

"De acuerdo a Mc Farlane la atención significa un sentimiento de interés preocupación, vigilancia con un enfoque hacia la protección. Griffin mantuvo que las actividades, las actitudes y sentimientos son aspectos complementarios de la atención enfermería.

En general, las enfermeras están de acuerdo con el punto de vista de Graham: acerca de la atención, que abarca dos dimensiones entrelazadas: amor y labor. El aspecto afectivo fue descrito por las enfermeras como: la motivación principal; la aplicación de la calidad de la relación enfermera-paciente; y una manera de ser enfermera paciente; y una manera de ser enfermera"<sup>9</sup>.

### Literatura de la Prestación de Cuidados

"Archbold definió el cuidado del padre como la prestación de servicios necesarios para los padres ancianos con funcionamiento deteriorado, y, así se refería al aspecto de trabajo de la atención"<sup>10</sup>.

### Enfoque de Desarrollo

El enfoque de desarrollo se basa en la observación que las familias son grupos que han vivido mucho tiempo con una historia natural, o ciclo de vida, que debe valorarse si las dinámicas de grupo se han interpretado en una forma completa y exacta. Familia con patrón único.

Se piensa que las etapas son periodos de estabilidad relativa que son cualitativas y cuantitativas. La estructura del grupo cambia durante su historia. Cualquier hecho o problema modifica la estructura.

Por lo tanto, el valor, la etapa de desarrollo de la familia y su desarrollo de tareas apropiadas a esta etapa, nos proporcionan guías para analizar el crecimiento de la familia y necesidades de promoción de la salud.

---

<sup>9</sup>. Pepin Jacinthe I. Journal of Nursing Scholarighin, p.8-9

<sup>10</sup>. Pepin Jacinthe I., Journal of Nursing Scholarighin, p.10

### EL CICLO DE LA VIDA FAMILIAR

"La formación más ampliamente utilizada de las etapas de desarrollo de la familia es el ciclo de vida familiar de ocho etapas desarrollado por Duvall Hill"<sup>11</sup>. Se explicarán las primeras V etapas a groso modo y las otras tres restantes se explicaran ampliamente ya que éstas son las que nos interesan por relacionarse a las personas de la tercera edad.

### EL CICLO DE LA VIDA EN OCHO ETAPAS:

- ETAPA I Familias principales (conocida también como la etapa del matrimonio).
- ETAPA II Familia durante la etapa de reproducción (desde que el hijo mayor es bebé hasta que tiene 30 meses).
- ETAPA III Familia con niños en edad pre-escolar cuando el hijo mayor tiene de 2 ½ a 5 años.
- ETAPA IV Familia con niños en edad escolar (cuando el hijo mayor tiene de 6 a 13 años).
- ETAPA V Familia con adolescentes (cuando el hijo mayor tiene 13 a 20 años).
- ETAPA VI Separación de la familia (cubre desde el hijo mayor que deja el hogar hasta la separación del hijo menor). En resumen se puede ver que a medida que los hijos se van, los padres deben aprender de nuevo a independizarse. Al readaptarse, el matrimonio debe de ser viable si se debe continuar satisfaciendo las necesidades de los padres. Los padres tienen que readaptar su relación, relacionarse unos con otros compañeros, maritales más que como padres. Para que esta etapa sea completa, los hijos deben ser independientes, mientras que mantienen lazos y relaciones con sus padres.

### ETAPA VII Familia en edad madura (desde que la pareja se queda sola hasta la jubilación).

Esta inicia cuando el último niño se separa del hogar y termina con la jubilación o muerte de uno de los cónyuges. Esta etapa normalmente empieza cuando los padres tienen aproximadamente de 45 a 50 años de edad y terminan con la jubilación de los cónyuges, normalmente de 16 a 18 años después. Típicamente, la pareja marital en su edad madura constituye una familia nuclear, aunque aún interactúa con sus padres de edad avanzada u otros miembros de su propia familia de origen, así como las nuevas familias de los matrimonios de sus propios hijos y nietos. En la actualidad, normalmente no se aísla la pareja pospaterna; las parejas en edad madura viven su ciclo completo de vida y pasan más tiempo en su fase pospaterna, no siendo de relaciones entre familiares de cuatro generaciones.

---

<sup>11</sup>. Pepin Jacinthe I., *Journal of Nursing Scholarship*, p.12.

Obviamente, no todos se adaptan en las etapas normativas de ciclo de vida familiar. Las variaciones de ciclo de vida familiar incluyen aquellas personas que nunca se casan, las parejas que nunca tienen niños, pero mucho más tarde de lo normal y las uniones homosexuales.

Por último tenemos la ETAPA VIII: Jubilación de la familia y vejez (jubilación y muerte de los cónyuges).

Las percepciones de esta etapa de ciclo de vida difieren significativamente entre las familias de edad avanzada. Algunas personas se sienten en la miseria, mientras que otros sienten que son los mejores años de sus días. Muchos dependen de la suficiencia de recursos financieros, la unidad de mantener un hogar satisfactorio y el estado de salud del individuo. Aquellos que han perdido su independencia debido a la enfermedad normalmente tiene una moral más baja; si la salud física deficiente, con frecuencia es un antecedente para la enfermedad mental entre los ancianos. Contrariamente, aquellos ancianos que han conservado su salud, se han mantenido activos y tienen recursos económicos adecuados representan una propagación substancial de las personas mayores y normalmente se sienten positivas en esta etapa de la vida.

A pesar de las ventajas potenciales y comprendidas en esta etapa, muchas familias de edad avanzada encuentran que es difícil esta etapa del ciclo de vida. La devaluación que hace la sociedad de los ancianos y las muchas pérdidas comunes a la vejez hacen problemático este período de la vida.

### LA DEVALUACIÓN QUE HACE LA SOCIEDAD DE LOS ANCIANOS

“ La vejez siempre ha significado la pérdida del cabello, amigos, aspiraciones y fuerza. Tanto para la comunidad como para las familias individuales, el tratar con los ancianos ha tenido una connotación negativa, una carga con sentido de sufrimiento debido a los problemas impuestos.

Además, la sociedad no siempre ha permitido que los ancianos permanezcan productivos, de esta manera, la valoración negativa que hace la sociedad a las personas ancianas ha afectado negativamente su auto-imagen; por lo tanto es sumamente importante mantener activos a los ancianos.

### PERDIDAS COMUNES A LAS PERSONAS/FAMILIAS EN EDAD AVANZADA

A medida que avanza la edad, la jubilación se hace una realidad, existe una variedad de factores de tensión o pérdidas experimentadas por la mayoría de las personas y parejas en edad avanzada que se desconciertan con la transición del rol. Estas incluyen las siguientes:

**ECONÓMICAS:** Adaptarse a un ingreso substancialmente más reducido; y después quizá adaptarse a una dependencia económica (depender de la familia o del gobierno para obtener subsidio).

**VIVIENDA:** Con frecuencia cambiarse a una residencia mas pequeña y quizá más tarde verse forzados a cambiarse a un medio institucional.

**SOCIAL:** Pérdida (muerte) de hijos, amigos y cónyuges.

**TRABAJO:** Jubilación obligatoria y pérdida del rol de trabajo.

### TAREAS DE DESARROLLO FAMILIAR

Sólo aproximadamente el cinco por ciento de las personas que viven en instituciones se encuentran sanos y los enfermos con frecuencia se ven forzados a ingresar a asilos debido a que carecen de la ayuda en su hogar.

El adaptarse a un ingreso reducido es la segunda tarea de desarrollo para la familia en edad avanzada. Debido a la frecuencia de los problemas de salud a largo plazo, los gastos de salud son una preocupación financiera importante. El seguro de salud ha aliviado indudablemente parte de este problema. En comparación con los grupos jóvenes, los ancianos están conscientes que el morir es parte del proceso normal de la vida.

### INTERESES DE SALUD

Los factores tales como la disminución en el vigor y funciones físicas, los recursos financieros inadecuados, el aislamiento social, la soledad y muchas otras pérdidas que experimenta la persona de edad avanzada. Por lo tanto, existen múltiples intereses de salud. Se requiere ayuda a la pareja o individuo anciano en todas las facetas de una enfermedad crónica, desde la fase aguda hasta la rehabilitación son relevantes aquí las funciones médicas y las funciones de enfermería. La promoción a la salud continúa siendo de importancia crítica, especialmente en las áreas de nutrición, actividad, descanso, visión dental, exámenes de salud y medios de seguridad en el hogar.

El aislamiento social, la depresión y otros problemas psicológicos son intereses de salud serios, particularmente cuando están en combinación física. La valoración y uso de la familia o individuos haga del sistema de apoyo social debe ser una parte integral de la atención a la salud de la familia.

Hay problemas relacionados con la vivienda, con un ingreso apropiado y las facilidades creativas y de atención a la salud adecuadas, afectan adversariamente el estado de salud del anciano.

Los profesionistas de la salud centrados en la familia pueden proporcionar mucha ayuda directa refiriendo a la pareja o individuo anciano; con recursos comunitarios apropiados para mejorar sus problemas, algunos de estos recursos son:

- Centros que ofrecen recreación, programas de educación continua, algunos servicios de salud y legales para personas de edad avanzada.

- Programas nutricionales.<sup>12</sup>

### 1.1.1. COMUNICACIÓN INTERGENERACIONAL

En nuestros tiempos existen diferencias entre padres e hijos. Las tradiciones que durante siglos dieron un rol al anciano dentro del proceso de socialización que ha empezado a decaer con la industrialización, siendo el grupo más afectado el de la tercera edad quien no está preparado para enfrentar sus últimos años.

Como se había mencionado anteriormente en México existen dos grandes grupos de familia y son: la rural y la urbana.

Dentro de la familia rural, por lo regular es de tipo extendida, esto quiere decir que en un mismo hogar viven tres generaciones en el cual se apoyan en una cabeza que por lo regular es la mujer: en este grupo si se cumple estrictamente la socialización, los viejos son respetados obedecidos y sostenidos económicamente hasta sus últimos años: se ha visto que los hijos mayores no se casan por cuidar a los padres, el pequeño inconveniente de esto es que sufren los padres al compartir los problemas de estos.

En las familias urbanas predomina el tipo nuclear, es decir padres e hijos únicamente, madre soltera, ambos profesionistas y trabajan o divorciados. Si llegase haber ancianos, a estos los toman como cuidadores de los niños, como mandaderos, como cocineros, cuidadores de casa, etc, y cuando ya no les es útil buscan el modo de deshacerse de ellos acomodandolos en un asilo o peloteandolos de casa en casa.

En los países desarrollados esto que se explica en las líneas anteriores, los viejos están preparados para su vejez y no dependerán de sus hijos, a ellos si se les toma en cuenta en las opiniones generales del país y de la familia. En México no sucede esto ya que no se les toma en cuenta en esos aspectos, ya que se necesita mano de obra joven para sacar la producción de las industrias; debido a que estas son rápidas y modernas, cosa que las personas grandes se piense erroneamente que no están capacitados, también las personas ancianas se preocupan por la educación de sus hijos, pero se ve con tristeza que paradójicamente mientras mayor sea el grado de educación de los hijos menor es el grado de atención y cuidados para con los ancianos, irónicamente se ha visto que el anciano es mejor atendido en las familias pobres que en las familias de mejores recursos económicos y de preparación universitaria.

### 1.1.2. ENFERMERA COMUNITARIA

La enfermera comunitaria: es la que "conoce las necesidades de cuidado de salud de la población, posee los conocimientos científicos, las habilidades técnicas y la actitud

---

<sup>12</sup>.Pepin Jacinthe I., Journal of Nursing Sclarighin, p.15-20

apropiada para proveerlos a individuos aislados, en familia o en otros colectivos, allá donde viven, donde trabajan o donde se relacionan, o en los centros sanitarios cuando fuera preciso, desde una concepción de la enfermera como miembro de un equipo profesional, que trabaja en coordinación con otras instituciones y abierta a la participación comunitaria<sup>13</sup>.

### 1.1.3. HACIA UNA VEJEZ SALUDABLE

Vivir, se ha convertido en durar, y esto no tiene sentido si la calidad de vida no es buena. En la actualidad el anciano vive una existencia no muy grata, excluyendo aquellos que gozan de una posición económica o familiar buena. En México la posición económica de los ancianos solo les permite sobrevivir y no solamente a ellos sino a los futuros jubilados y pensionados, ya que esta población está creciendo. Es el momento en que la enfermera comunitaria empiece actuar, en esta población para mejorar su calidad de vida.

Por lo tanto la enfermera comunitaria debe asumir el lugar profesional de quien cuida y controla la salud del anciano, de quien la ayuda a convivir con los demás, teniendo en cuenta todas sus necesidades.

La salud del anciano y su equilibrio depende de controles periódicos, si estos no se llevan a cabo empieza a haber desequilibrio y los pequeños problemas se convierten en auténticas catástrofes, ya que anciano, sano o enfermo son términos no claramente definidos, y su salud esta condicionada a cambios de su edad, en muchos casos previsibles y soportables con pequeños cuidados.

### 1.1.4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LA POBLACIÓN ANCIANA

Los cuidados de enfermería iran dirigidos a:

- *Fomentar su salud*, mejorando las condiciones de vida.
- *Prevenir* la enfermedad o detectarla precozmente, así como prevenir los accidentes.
- *Cuidar* al anciano cuando este enfermo o cuando sufre alguna minusvalía.
- *Ayudar a su rehabilitación*, no solo física tras la enfermedad, sino a su participación activa en la sociedad que, en la mayoría de los casos, los margina.

El lugar de la enfermera en los campos de la vejez, es de proporcionar al anciano una vida más saludable.

Ser enfermera geriátrica es ser un profesional que acepte el deterioro físico y psíquico, pero que sigue valorando los aspectos positivos del anciano, se acepta el ritmo más lento, las necesidades de comunicación, el miedo a la soledad, las necesidades de afecto y compañía, la negación de la cercanía de la muerte, y muchas cosas más que difícilmente no se pueden entender sin la formación teórica, o el introducir el contenido científico de nuestro

---

<sup>13</sup>.Antón Nardiz María Victoria, Enfermería y Atención Primaria de Salud, p.24.



## I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

trabajo. Si la enfermera asume el cuidado del anciano del viejo esquema de éste, entonces está aceptando de una persona incapaz de decidir y el cuidado que le provea será una forma de tortura, sin conseguirle la forma de hacerle feliz, ni proporcionarle una vida digna a éste grupo de personas.

### 1.1.5. FOMENTO A LA SALUD

El fomento a la salud depende de dos grandes cambios, el primero que es el Autocuidado y el segundo el cuidado del sistema sanitario. El primero depende de:

- El conocimiento que el anciano tenga de cómo mantener y mejorar su salud.
- La capacidad de actuar.
- La actitud ante la vida.

El cuidado desde el sistema sanitario depende a su vez:

- De los conocimientos sanitarios tengan de la vejez.
- De las capacidades, recursos, programas, personal, etc.
- De la actitud frente a la vejez, aceptación, paternalismo, etc.

En resumen, el *Autocuidado* en el anciano, como en cualquier otro grupo de población, depende de tres grandes factores:

- De saber, entendido como conocimientos de la forma de mantener y mejorar la salud.
- Del querer, como actitud positiva ante la vida, que le lleva a proveerse de los cuidados necesarios para conservarla.
- Del poder, el tener los medios para ser capaces de mejorar su nivel de salud.

De igual forma el cuidado del sistema sanitario está condicionado por:

- El saber, como nivel de conocimiento que los sanitarios tengan de la vejez.
- El querer, como la valoración de la vejez y las posibilidades de mejorar su salud y no solo de recuperar los de la enfermedad.
- El poder, el tener los medios económicos y los programas necesarios para que el derecho a la salud se convierta en una realidad.

Ante este suceso la enfermera y el equipo de salud debe de saber en dónde está parado para poder brindar una buena educación para la salud y poder proveer a las personas ancianas de todos los conocimientos y habilidades para el cuidado de su salud por el resto de sus días.

Ahora bien se puede decir que la enfermera como educadora sanitaria puede ser un elemento favorable para el mejoramiento de la vida y la atención del anciano, y es capaz de entender, comprender y aceptar al anciano como es, entonces podemos decir que el personal de enfermería está capacitado para darle una atención digna al anciano.

Con esto decimos que los campos de acción para la educación sanitaria son infinitos y como ejemplo de ellos tenemos: Alimentación, higiene, ejercicio, prevención de

enfermedades y accidentes, detección precoz de alteraciones propias de la edad, detección precoz de enfermedades, control de patologías crónicas, detección de enfermedades susceptibles de vacunación, prevención de accidentes, cuidado del anciano enfermo, entre otras muchos puntos más.

En resumen la enfermera comunitaria tiene la responsabilidad ante la sociedad y ante ella misma de responder a todas las necesidades del anciano y por ende es recomendable que se prepare más el personal de salud y principalmente la enfermera para poder brindar una excelente atención y calidad de salud y de vida al anciano, y no nada más por ellos sino también en un futuro no muy lejano ella será capaz de atenderse sola para su vejez; a la vez que podrá proporcionar información a los jóvenes que atienden a sus abuelos y también para que cuando ellos lleguen a esa edad puedan tener una vida digna.

### 1.2. LA TERCERA EDAD

La vida del hombre puede definirse en tres etapas o edades:

- La primera edad es la niñez y adolescencia.
- La segunda es cuando el ser humano alcanza su madurez, cuando llega a adulto con todas sus capacidades y potencialidades.
- La tercera edad se refiere a aquellas personas que cuentan con 60 años o más.

Por lo tanto la vejez es un estado natural, resultante del paso del tiempo, el organismo sufre cambios, pero estos no necesariamente deben convertirse en obstáculos para llevar una vida normal.

### DEMOGRAFÍA

Son mucho los factores que han contribuido al aumento de la proporción de ancianos en el mundo. En parte responde a las mejoras en la educación y en el nivel de vida, el control de las enfermedades transmisibles (y la erradicación de la viruela), el declive de la tuberculosis y el saneamiento de ambientes insalubres. También han sido importantes en los últimos avances de la medicina.

“Pero así mismo se debe a que los gobiernos dan cada vez más importancia a la salud, las mejoras en éste sector repercuten directamente en la productividad agrícola, industrial y comercial. Un país anquilosado por la enfermedad no puede esperar que se mantenga su nivel de desarrollo.

El efecto acumulativo de todos estos factores en la capacidad de salvar vidas, especialmente de los recién nacidos y de sus madres, se dejarán sentir cada vez más en los límites de edad superiores. Habrá más gente que viva más tiempo porque sobrevivirán a los riesgos de la lactancia y la maternidad, hasta entonces responsables de elevadas tasas de

mortalidad”<sup>14</sup>.

### Menos Diferencias

“Los datos de las Naciones Unidas demuestran que tanto hombres como mujeres tiene una vida más larga en el mundo industrializado que en los países menos adelantados, puesto que los factores sociales, ambientales y de salud antes mencionados han tenido más tiempo para dar frutos”<sup>15</sup>. Pero la diferencia entre las esperanzas de vida de unos y otros se va reduciendo poco a poco. Por ello, también los países en desarrollo deberán comenzar ahora hacer frente a los problemas especiales que vayan surgiendo; más de la mitad de los ancianos del mundo viven hoy en países en desarrollo, y en el año 2025 esta proporción alcanzará el 69%. En todas partes y por distintos motivos, las mujeres viven en promedio dos o tres años más que los hombres.

“Actualmente está claro que los países más desarrollados se están convirtiendo en sociedades que envejecen a un ritmo mucho más rápido que otros países que aún se encuentran en proceso de desarrollo. La proporción de ancianos ya ha comenzado a crecer en China, y en el año 2000 alcanzará aproximadamente el mismo nivel que tenía en el Japón en los años sesenta”<sup>16</sup>.

En el año 2010, habrá en todo el mundo unos 1000 millones de personas mayores de 60 años. Y las mujeres, por su mayor esperanza de vida, constituirán una proporción muy importante de la población anciana.

En el mundo desarrollado, el proceso tendrá lugar con mucha mayor rapidez, y cabe esperar que en un plazo de 20 años el número de ancianos se duplique.

### SOCIEDAD

En la historia de la humanidad, la sociedad ha concedido tradicionalmente una atención especial a los ancianos. El anciano de la aldea se consideraba el depositario de la sabiduría y las costumbres locales de la comunidad, la anciana era la que iniciaba a las jóvenes en un papel de esposas y madres. Al mismo tiempo, los propios ancianos siempre han considerado que no debían convertirse en una carga para su comunidad, hasta el punto de que algunas sociedades era corriente que los viejos se ausentasen de la aldea para morir.

En el mundo industrializado, todo individuo puede esperar que, después de trabajar durante 40 o 50 años, podrá jubilarse y disfrutar de una pensión suficiente, con las comodidades y necesidades básicas garantizadas y atendidas. “Se han puesto en marcha

---

<sup>14</sup>. O. M. S., *Demografía*, p.4.

<sup>15</sup>. O. M. S., *op.cit.*

<sup>16</sup>. O. M. S., *Demografía*, p.5.

numerosos servicios específicamente destinados a atender las necesidades de las personas de edad, aunque suelen pasar por alto sus problemas sociales y psicológicos<sup>17</sup>.

Es tradicional que en los países en desarrollo, las personas de edad no dejen de trabajar, pero que sus tareas se vayan haciendo más ligeras con el paso del tiempo y cada vez vayan recibiendo más ayuda de los miembros de su familia, por lo general numerosa.

Pero los tiempos cambian. "Un fenómeno que se ha observado en las últimas décadas ha sido el éxodo masivo (Unos 25 millones de personas al año) emigran del campo a la ciudad. Esto pone a los ancianos en un dilema. Si permanecen en sus aldeas una vez que los jóvenes se han ido a la ciudad, tendrán que valerse por sí mismos cuando sean cada vez menos capaces de hacerlo. Y si siguen a los jóvenes a la ciudad, deberán competir con el espacio de vivienda, a menudo en barrios míseros improvisados, y tendrán escasas oportunidades de encontrar un empleo que se adapten a su capacidad. Si tenemos en cuenta que el año 2030 alrededor del 65% de la humanidad vivirá en ciudades, las perspectivas para las personas de edad se tornan muy sombrías"<sup>18</sup>.

La emigración hacia las ciudades tienen como consecuencia la lenta pérdida de mano de obra joven y activa desde el sector agrícola. Un viejo campesino nunca podrá arar los campos con tanta eficacia como lo habrían hecho sus hijos.

A los gobiernos, los responsables de las políticas y los economistas hay que incitarles a que reconozcan de modo más positivo este dilema que se presenta a las personas de edad y a las que consideren la creciente población de ancianos como un recurso humano en potencia.

### 1.2.1. EL TRATO SOCIAL PARA LOS ANCIANOS

En la historia abundan los ejemplos que prueban que la vejez no implica necesariamente un deterioro de las facultades y la capacidad de la persona. Recordemos a pintores como Ticiano de 80 años, Miguel Ángel de más de 70 años trabajando en la Capilla Paulina de Roma, Pablo Picasso, pleno de energía productiva hasta el día de su muerte a los 91 años. Así hay muchos más, como políticos, escritores, pontífices, etc.

Sería un error dejar de lado a las personas de edad avanzada y no fueran una carga para la familia o la persona dedicada al anciano. Lo importante es garantizar la mejor calidad de vida para el mayor número de ancianos posibles.

---

<sup>17</sup>. O. M. S., *Sociedad*, p.8

<sup>18</sup>. O. M. S., *op. cit.*

## I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

“No obstante, en muchas partes del mundo los ancianos han perdido gran parte del respeto y la autoridad que solían tener. La familia numerosa, que en otros tiempos les garantizaba apoyo y cariño hasta el día de su muerte, se ha visto sustituida por la familia nuclear: una pareja joven con niños pequeños que viven en un diminuto departamento en un edificio de extrarradio de una gran ciudad”<sup>19</sup>; por lo tanto los ancianos de la familia ocupan demasiado espacio en el departamento y no parece que aporten mucho. Su presencia comienza a ser motivo de resentimiento para las generaciones más jóvenes, y sobre todo cuando los empleos escasean y el dinero también.

“El empeoramiento del estado físico y la disminución de la movilidad sólo sirven para acrecentar la sensación de aislamiento que aqueja a los ancianos. La mayoría de las sociedades deben de encontrar formas de asignar a las personas de edad a actividades útiles que beneficiarían a la comunidad, y dedican escasos recursos (o ninguno) a ayudar a los ancianos a mantenerse en forma, y menos aún a adiestrar a personas en métodos sencillos de rehabilitación para los discapacitados. En todo el mundo es necesario invertir sumas importantes, sobretudo en el nivel de los países, para ayudar a los ancianos a vivir bien”<sup>20</sup>.

En muchos lugares las mujeres siguen dependiendo del ingreso de su marido, pero el problema de las mujeres es que suelen vivir más años que el hombre. Es así que las mujeres deben afrontar durante más tiempo los problemas de la sociedad, la falta de ingresos y una insuficiente atención sanitaria.

Por lo tanto la calidad de vida del anciano es otro aspecto de la dinámica social que hasta el momento no se ha resuelto ni estudiado lo suficiente y que está íntimamente ligado a la salud. Cuando se les pregunta a los ancianos cuáles son sus prioridades, estos contestan que en primer lugar se refieren a la seguridad y en segundo la vivienda; por lo tanto la salud sólo ocupa el tercer puesto, esto es a nivel mundial pero en México claro, está en primer sitio. No es de extrañar, que las propias autoridades concedan tan poca importancia a los servicios de salud para las personas de edad avanzada o adiestrar personal de asistencia del tiempo adecuado.

Los ancianos sanos son un recurso humano importante que los economistas y planificadores han descartado con demasiada ligereza. Invertir fondos en garantizar su bienestar continuado y, naturalmente, en estudiar nuevas formas de emplearlos en actividades productivas y creativas, no es malgastar el dinero. Cada anciano representa toda una larga vida de experiencias y conocimientos que se encuentra a disposición de la sociedad para consultarla del mismo modo que consulta un valioso archivo de documentos

---

<sup>19</sup>. O. M. S., Calidad de Vida, p. 10.

<sup>20</sup>. O. M. S., *op.cit.*

o una galería de obras de arte. No desperdiciemos este recurso.

### 1.3. CALIDAD DE ATENCIÓN

LA SITUACIÓN ACTUAL EN EL CAMPO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN  
EL ESTADO DEL ARTE EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA  
EVALUACIÓN A LA MEJORA CONTINUA.

#### DEFINICIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN

De acuerdo con Donabedian; "La calidad es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Esta propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes"<sup>21</sup>.

En la atención a la salud, en donde el servicio se otorga directamente a la persona y en el objetivo central es actuar sobre sus calidades individuales. "En efecto, la relación entre beneficios y riesgos, si bien considera la satisfacción, también se considera el resultado de esa acción sobre el atributo individual que es la salud y que en última instancia se expresa en ese balance entre beneficios y riesgos"<sup>22</sup>.

Se puede deducir que la calidad no es un concepto absoluto sino relativo en el que los beneficios y los riesgos deben ser establecidos de acuerdo con estándares de beneficios factibles y de riesgos prevenibles.

Donabedian distingue tres posibles definiciones del concepto calidad: "Una a la que denomina absoluta, por depender exclusivamente de la perspectiva del prestador del servicio; la otra es llamada industrialista: es decir, aquella definición que es matizada por la percepción y los valores de los pacientes; la tercera, es la definición social de la calidad, en la que el concepto es contextualizado en el marco de los valores y necesidades sociales"<sup>23</sup>. De acuerdo con ésta tercera definición es pues que calidad, accesibilidad y equidad deben considerarse como elementos interdependientes en la definición de las políticas de salud.

---

<sup>21</sup> La Situación Actual en el Campo de la Calidad de Atención a la Salud, p. 158.

<sup>22</sup> El Estado del Arte en la Calidad de Atención a la Salud, p. 156.

<sup>23</sup> Op. Cit.

### CONSIDERACIONES GENERALES ACERCA DE LA CALIDAD

---

Por otra parte, debe destacarse que en el concepto calidad puede distinguirse en dos dimensiones íntimamente relacionadas a las que Donabedian denomina Técnica e Interpersonal. "La primera se refiere a la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la solución del problema de salud del paciente. La segunda alude a la relación personal que se establece entre el proveedor del servicio y el paciente. Dentro de esta segunda dimensión puede concluirse una posible tercera dimensión que se denomina Comunidades es decir, las condiciones físicas en las cuales se otorga el servicio"<sup>24</sup>.

Donabedian, acuñó también el concepto de epidemiología de la calidad para deferirse al hecho de que la calidad se distribuye de manera diferente entre cada uno de dos grupos poblacionales.

Donabedian analizó la relación de cantidad y calidad; cuando la atención es excesiva y dañina, es más costosa y de menor calidad; cuando la atención es excesiva pero no produce daño es también mas costosa pero ese costo no corresponde a los beneficios esperados de acuerdo al costo y ello significa el desperdicio. "Existe, pues una relación beneficios-riesgo-costo en la que el hipotético valor neto de la calidad podría calcularse al restar a los beneficios la suma de los riesgos más los costos. Esta relación en la que se incluyen los costos, Donabedian la denomina el Modelo Unificado de la Cadena"<sup>25</sup>.

"Ullman señala que existe una percepción no totalmente justificada de que la calidad y el control de costos son incompatibles debido a que, por una parte la calidad cuesta y, por otra, los controles de costos afectan la calidad. Este autor demuestra que la aparente incompatibilidad es inexistente como afirmación absoluta"<sup>26</sup>.

Neuhauser, como Becker, Shortell "sugieren que pobre calidad y menos eficiente utilización de recursos van de la mano"<sup>27</sup>. Significa que la reducción de costos no afecta necesariamente la calidad en todos sus aspectos. Pero también significa, que para que esto suceda, la organización debe ser eficiente para aprovechar los recursos de la mejor manera posible. La eficiencia y la calidad son pues, dos componentes indisolubles de la atención a la salud.

---

<sup>24</sup>. El Estado del Arte en la Calidad de Atención a la Salud, p.158.

<sup>25</sup>.El Estado del Arte en la Calidad de Atención a la Salud, p.160.

<sup>26</sup>.El Estado del Arte en la Calidad de Atención a la Salud, p.163.

<sup>27</sup>.El Estado del Arte en la Calidad de Atención a la Salud, p.165.

### EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CAMPO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EVOLUCIÓN

La evolución de la calidad fue y sigue siendo la estrategia de mayor desarrollo en este campo. Esta se enfocó inicialmente en la estructura y los procesos, más recientemente en los resultados. Las principales prácticas de evaluación de la calidad han sido las auditorías médicas, la utilización de resultados adversos, la utilización de resultados para disparar la revisión de procesos específicos, el análisis de decisiones clínicas y el empleo de rastreadores (tracers), y la evaluación del desempeño médico.

Las auditorías médicas han seguido dos formas básicas: "la selección de elementos importantes del desempeño; y la comparación del nivel observado del desempeño con estándares explícitos utilizados por primera vez por Payne y a lo cuál Lembeke denominó la ciencia de la evaluación"<sup>28</sup>.

En el análisis de resultados ha sido utilizado también como una forma de desencadenar la evaluación del proceso de atención y puede considerarse como el punto de transición entre la evaluación y la garantía de la calidad. El ejemplo más evidente es el de Williamson que, "propone priorizar problemas en función del máximo beneficio alcanzable, de la especificidad para cada institución y la población a la que sirve, de que los estudios vayan más allá de las medidas convencionales de morbilidad y mortalidad, y del uso de escalas estandarizadas para medir resultados"<sup>29</sup>.

Otro tipo de evaluación de resultados es el análisis de decisiones clínicas iniciado por Peterson, éste está basado en la teoría de decisiones aplicada a la práctica clínica para evaluar, a través de algoritmos que configuran mapas de criterios, la lógica del proceso decisorio en la atención a los pacientes. Esta estrategia fue desarrollada posteriormente por Greenfield, ofreciendo la oportunidad de evaluar diferentes estrategias alternativas con base en probabilidades subjetivas, así como la inclusión de costos y preferencias de los pacientes.

Finalmente, la evaluación del desempeño médico se ha basado fundamentalmente en la revisión entre pares y la adherencia a criterios explícitos que indiquen niveles adecuados de calidad.

Cabe señalar que uno de los grandes retos de la evaluación de la calidad entre otros, están representados por la dificultad de atribuir a los resultados realmente a la atención proporcionada.

De aquí se deriva también la dificultad de encontrar las interrelaciones que se dan entre

---

<sup>28</sup>.El Estado del Arte en la Calidad de Atención a la Salud, p.165.

<sup>29</sup>. La Situación Actual en el Campo de la Calidad de Atención a la Salud, p.165.



## I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

estructuras, procesos y resultados. A estos se suma otra dificultad que radica en las características propias de las organizaciones de servicios humanos, cuyos objetivos son complejos, no siempre cuantificables y con frecuencia aparecen contradictorios.

### LA GARANTÍA DE CALIDAD

Donabedian define garantía de calidad como "aquellas actividades que periódica o continuamente se dirigen a revisar las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica, ésta es monitorizada y los resultados conseguidos de manera que las deficiencias sean descubiertas y se hagan las correcciones necesarias". Para Donabedian, existen dos elementos centrales para garantizar la calidad: monitorías y un adecuado diseño del sistema de salud<sup>30</sup>.

Otra perspectiva define a la garantía de la calidad como el asegurar las condiciones organizacionales necesarias para cerrar la brecha entre lo alcanzable de manera continua en término de los estándares deseables y factibles de calidad de atención médica. Se ha planteado además que la garantía de calidad debe considerarse como un proceso clínico que parte de la identificación de problemas, la estandarización, la evaluación, el establecimiento de medidas correctivas y la constatación del resultado de las medidas correctivas para reiniciar el ciclo.

Se hizo cada vez más evidente que ni la evaluación, ni la acreditación como elemento central para asegurar la calidad conducía necesaria y automáticamente hacia la corrección del problema que disminuían los beneficios esperados o incrementaban los riesgos evitables. Aún más se hizo evidente que la evaluación y el aseguramiento a través de la acreditación o verificación se habían transformado en fines en sí mismo. Fue así que hasta hace algunos cuantos años comenzó a surgir el concepto de Garantía de Calidad y el de la Mejoría Continua de la Calidad haciendose necesaria la transición de la evaluación a la garantía.

### LA MEJORÍA CONTINUA DE LA CALIDAD Y LA GERENCIA DE CALIDAD TOTAL.

Mc Laughin y Kaluzny dicen que "Los sistemas de salud tendrán que pasar de un predominio de las jerarquías a un enfoque participativo; de un liderazgo exclusivamente gerencial a un liderazgo compartido con los profesionales de la salud que proporcionan los servicios directos a pacientes y familiares, de una responsabilidad compartida por todos los miembros de la organización; de esquemas rígidos de organización y gestión a enfoques flexibles, y de evaluaciones retrospectivas a evaluaciones concurrentes del desempeño de la organización"<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup>. La Situación Actual en el Campo de la Calidad de Atención a la Salud.

<sup>31</sup>.La Situación Actual en el Campo de la Calidad de Atención a la Salud.,p.171.

## I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Este cambio que puede parecer superficial, implica una nueva filosofía en la gerencia de los servicios de salud, que se compone de tres dimensiones: Medición, sistemas de apoyo organizacional y entrenamiento. La medición se orienta fundamentalmente a la evaluación de la satisfacción de los clientes (internos y externos). En cuanto a los sistemas de apoyo organizacional, se rescatan los aspectos de rediseño y desarrollo organizacional; enfatizando el uso de herramientas de gerencia y planeación. Finalmente, el entrenamiento se orienta a entender la necesidad del cambio, a través de enfatizar la importancia de la satisfacción del cliente; entender el proceso de mejora, utilizando el método de investigación aplicada, utilizando el uso de herramientas de medición y la solución analítica del problema.

### 1.3.1 LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN MÉXICO: EVOLUCIÓN

La manifestación más concreta de esfuerzos tendientes a mejorar la calidad de la atención en México se puede identificar en 1956 cuando el Hospital "La Raza" del I. M. S. S. Se inició de manera extraoficial en la revisión de los expedientes clínicos. Después de esto condujo un año después a la creación de la Comisión de la Supervisión Mexicana del I. M. S. S. Que evolucionaría en 1972 para convertirse en un área de Educación Médica.

En la década de los sesenta, y a partir de la experiencia del I. M. S. S. adquiere una mayor relevancia en la evaluación médica, iniciándose con auditorías médicas e iniciándose desarrollos semejantes en el I. S. S. S. T.E. y el D. I. F. Durante éste período aparecen publicaciones sobre auditoría médica, evaluación sobre la evaluación médico paciente, mortalidad como indicador de calidad y otras más, todo ello de autores que laboran en el I. M. S. S. .

Durante los primeros años de la década de los ochenta se continuó el interés por la calidad, caracterizándose por la discusión de estrategias para llevar a cabo evaluaciones integrales, empezándose a hablar de estudios de la satisfacción del usuario y de los trabajadores como aspecto fundamental de la evaluación de la calidad en los diferentes servicios. En el I. M. S. S. Estos esfuerzos fructificaron en la implantación de un sistema de evaluación integral de la calidad de atención que se aplicó a todas las unidades de las jefaturas de los hospitales de Alta Especialidad. En 1987 el I. M. S. S. publicó su material de evaluación de la calidad de atención en las unidades médicas del I. M. S. S., presentando un ciclo de monitorización de la calidad a través de un proceso de autoevaluación y evaluaciones externas a las unidades de diferentes periodos (anuales).

La primera experiencia de garantías de la calidad, se inició en el I. N. P., mediante la implantación de círculos de calidad en 1985; y se da al mismo tiempo en la Secretaría de Salud, a ellos se sumó un énfasis importante en la investigación sobre la calidad a partir del Centro de Investigación en Salud Pública. Estas investigaciones, aunque pocas en su momento, iniciaron una nueva fase en el desarrollo del campo de la calidad de la atención médica en México.

### GARANTÍA DE CALIDAD A LA MEXICANA

Como punto de partida se propuso que los componentes del concepto de garantía de la calidad debían hacerse explícitos en función de las necesidades particulares en este país, surgió así lo que se denomina, la definición desarrollada de la garantía de la Calidad. "De acuerdo con la garantía de la calidad, la atención médica es un conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes, a través de cinco elementos fundamentales: Evaluación, monitoria, diseño, desarrollo y cambios organizacionales"<sup>32</sup>.

En efecto, la evaluación es el pilar fundamental para garantizar la calidad de atención. No es posible mejorar algo cuyo comportamiento se desconoce. "Se trata de establecer continuidad en la observación de proceso de la atención y son resultados con objeto de dar la oportunidad requerida para la identificación de las situaciones que pudieran afectar el proceso. Esto es particularmente relevante a las organizaciones de atención a la salud en virtud de la gran variabilidad y dinamismo de los fenómenos en cuestión. De ésta manera para garantizar la calidad, la evaluación y la monitoria resultan un binomio inseparable"<sup>33</sup>.

El diseño organizacional puede ser definido "como la combinación de los elementos de la estructura organizacional que tiende a asegurar un adecuado desempeño de la propia organización. En el diseño organizacional están comprendidos elementos tales como: Asignación y distribución de autoridad, definición de responsabilidades, mecanismos de comunicación y coordinación, grados de formalización y estandarización de los procesos, mecanismos de control y tipos de incentivos"<sup>34</sup>.

El desarrollo organizacional se define "como el establecimiento de estrategias educativas que permitan a los individuos hacer conciencia explícita de los objetivos de la organización en la que se desempeñan, de la importancia de su propio trabajo y del de los demás para consecución de éstos objetivos, de la manera en la que puedan mejorar su desempeño y el de los demás, y del desarrollo del liderazgo en la organización"<sup>35</sup>.

La definición de garantía de calidad implica necesariamente cambio organizacional, porque no puede haber corrección sin cambio. El cambio puede ser de conducta o de procedimientos, que a su vez, pueden implicar cambios de conducta.

---

<sup>32</sup>. La Situación A.C. Calidad de A. S.

<sup>33</sup>. La Situación A. C. Calidad de A. S.

<sup>34</sup>.Op. cit. P.179.

<sup>35</sup>. Idem

## I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Esta definición se operacionaliza, a través de programas de garantía de calidad que integran los componentes de la definición y se definen como conjunto de acciones sistematizadas para identificar problemas oportunamente, analizándolos objetivamente, proponiendo soluciones factibles y con seguimiento a las acciones propuestas.

La integración de programas de garantía de calidad en nuestras instituciones de salud son muy recientes.

La calidad total o mejoramiento continuo requiere de un serio compromiso del personal involucrado en la presentación de los servicios, para ello es necesario que las decisiones se tomen de la manera más participativamente posible.

Por otro lado, son evidentes los problemas de nuestras instituciones de salud desde el punto de vista organizacional. Es necesario estudiar sus efectos sobre el proceso y los resultados de la atención; ciertas características estructurales, tales como la deficiencia cuantitativa y cualitativa del personal de salud, la falta de incentivos progresivos, la excesiva centralización y burocratización de las actividades, la falta de estandarización de procedimientos la falta de sistemas de mantenimiento preventivo y correctivo entre otras más. Estos aspectos, prácticamente inexplorados, han comenzado a cobrar gran importancia como elementos vitales para el desarrollo de programas de la garantía de calidad. Ya en México se han elaborado varios trabajos dentro de las distintas instituciones donde el tiempo de espera, el trato médico-paciente, el trato enfermera-paciente y otros más son deficientes dando como resultado una mala calidad de atención.

Por lo tanto en México no existe experiencia en el estudio de las relaciones entre los costos y la calidad de la atención. Una de las grandes limitaciones para el desarrollo de éste tipo de estudios es la falta de sistemas de costos de la atención a la salud. La mayor parte de los sistemas están diseñados para el control contable más que para la evaluación económica de los servicios. El estudio de los costos sin duda agregaría solidez, tanto a la evaluación de la calidad como a los programas de mejoramiento continuo en los servicios de salud.

### ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA CALIDAD Y LA EFICIENCIA

El esfuerzo por mejorar la calidad y la eficiencia en los sistemas de salud es uno de los imperativos contemporáneos. La diversidad de las organizaciones que lo desarrollan, y en general la falta de sistematización con la que se lleva a cabo en el sistema en un conjunto, hacen que este esfuerzo se convierta en un proceso de ensayo-error.

Una estrategia Nacional por la Calidad y la Eficiencia (ENCE) es que estén explícitos los objetivos, y su finalidad es: "Evaluar permanentemente los niveles de calidad con eficiencia, mediante de un esfuerzo sistematizado, de manera que la diferencia en la calidad proporcionada por diferentes tipos de proveedores, individuos u organizaciones, sea mínima o en lo posible, inexistente, con objeto de que cualquier tipo de servicio de salud y en

## I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

cualquier región del país, haga efectivo su derecho a la protección de su salud con la seguridad que obtendrá los mayores beneficios con los menos riesgos para la salud<sup>36</sup>.

La ENCE considera la existencia de 13 estrategias específicas, clasificadas en tres grupos:

1. Estrategia Intraorganizacionales.
  - 1.1. Mejoramiento continuo-calidad total.
  - 1.2. Evaluación sistemática de la satisfacción de los usuarios.
  - 1.3. Análisis de la utilización eficiente de los recursos.
  
2. Estrategia de articulación.
  - 2.1. Sistema de Información Comparativa de Referencia.
  - 2.2. Verificación externa de estándares de Calidad y Eficiencia.
  - 2.3. Vínculo Educación-atención a la salud.
  - 2.4. Educación al Consumidor para su autocuidado.
  - 2.5. Participación Social.
  
3. Estrategias de Implantación y Reforzamiento.
  - 3.1. Capacitación específica para el Mejoramiento de la Calidad.
  - 3.2. Gradualismo y Flexibilidad.
  - 3.3. Incentivos para la Calidad con Eficiencia.
  - 3.4. Reforzamiento de la Atención Primera y del Primer Nivel de Atención.
  - 3.5. Investigación Evaluativa de la ENCE.

---

<sup>36</sup>. Enrique Ruelas, Calidad y Eficiencia en las Organizaciones de la Atención a la Salud.

### II MARCO DE REFERENCIA

---

#### 2.1. LA TERCERA EDAD EN MÉXICO

La disminución de la mortalidad ha implicado el crecimiento de la población con edad avanzada, con el consecuente aumento en la esperanza de vida de la población mexicana.

##### CARACTERÍSTICAS GENERALES

La población de la tercera edad, ascendió en marzo de 1990 a casi 5 millones de personas que representan el 6.1% de la población total del país, proporción que supera la alcanzada en 1970, de 5.6%.

Debido que la mortalidad es mayor en los hombres que en las mujeres, en la tercera edad hay 112 mujeres por cada 100 hombres.

Se puede observar que la mayor concentración de la población de más de 60 años se encuentra en el Distrito Federal con 118% del total, le sigue el Estado de México con 9%, Veracruz con un 7.7% y Jalisco con un 7.3%. En otro extremo se ubica en Quintana Roo, Baja California sur, Colima, Campeche y Aguascalientes, con proporciones por debajo del 1%.

Podemos encontrar diversos factores socioeconómicos y culturales que influyen en mayor o menor grado sobre las personas de la tercera edad dentro de el conjunto de los residentes, siendo la variable migración la que más influye en dicha diferencia. Es así que el D.F. tiene 7.1% de su población en grupos de la tercera edad, el Edo. De México sólo tiene 4.6%; el crecimiento de la población de 60 años o más en el resto de las entidades, se dio con tasas que se ubican en el rango de 2.4%.

Dentro de las tasas ó estadísticas prevalecen mas las mujeres que los hombres.

##### CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

###### ANALFABETISMO

En 1990, de la población de 60 años y más, 3.2 millones sabían escribir, en tanto que 1.7 millones eran analfabetas. Estos últimos representan el 35% del total de el grupo de edad, proporción muy superior en 12.4% correspondiente a la población de 15 años o más.

Por grupo de edad se observa que el de 60 a 64 años es menor la población de analfabetas en ambos sexos, que entre el de 65 años y más; en la que las mujeres es más acentuado el analfabetismo que en el hombre.

La diversidad de condiciones socioeconómicas que han prevalecido en las entidades federativas han traído con sígo diferencias considerables en la proporción de personas de la tercera edad que saben leer y escribir encontrando que en el D.F. , Baja California, Chihuahua, Nuevo León, Baja California Sur y Coahuila, con valores que separan el 80%, mientras que en Oaxaca, Guerrero, Chiapas e Hidalgo predomina el analfabetismo.

### NIVEL DE INSTRUCCIÓN

En 1990, de los cerca de 5 millones de personas de la tercera edad que residen en el país, 1.9 millones no tienen instrucción alguna, 1.6 millones no terminaron la primaria, 662 mil sólo la habían concluido y poco más de medio millón tenían algún estudio postprimario.

De este grupo de población, el porcentaje de los que no poseen instrucción es de el 38.9%, significativamente mayor a la que tiene la población de 15 años y más, que es del 13.4%. De hecho casi una de cada tres personas sin instrucción son de la tercera edad.

Los hombres de la tercera edad se caracterizan, por tener un perfil educativo superior al de las mujeres.

Cabe señalar que, de la población de 60 años o más, sólo el 6% curso instrucción postmedia básica y el 2.7% instrucción superior.

El perfil educativo de la población de la tercera edad en las entidades federativas, está asociada con las condiciones socioeconómicas de éstas. Es así que las mayores proporciones de la población sin estudios, se presentan en las entidades que registran situaciones de vida más desfavorables como Guerrero, Oaxaca y Chiapas.

Contrariamente, Las entidades más urbanizadas y con mejores características socioeconómicas, son las que tienen un mayor porcentaje de población de la tercera edad con estudios postprimarios, tal es el caso de el D.F. , Baja California y Nuevo León.

### LENGUAJE INDÍGENA

En 1990 había en el país alrededor de 520,000 personas de la tercera edad que declararon hablar algunas lenguas indígenas. Estas representan el 10.4% del total de las personas de este grupo de edad, frente al 7.5% del total de habitantes del grupo de 5 años y más. Esto significa mayor presencia de indígenas entre la población de la tercera edad que en el conjunto de residentes en el país.

Existe aproximadamente el mismo número de hombres de la tercera edad, hablantes de lengua indígena que de mujeres, 263,000 hombres contra 257,000 mujeres. Proporcionalmente, hay en este grupo 102 hombres por cada 100 mujeres mientras que para el total de 60 años y más, hay 89 hombres por cada 100 mujeres.

La población de la tercera edad que habla igual lengua indígena, está concentrada principalmente en las entidades del Sureste de la República Mexicana, donde alcanza proporciones entre el 70.1% en Yucatán y el 28.1% en Chiapas, contrariamente en Zacatecas, Aguascalientes, Nuevo León, Coahuila, y Colima entre otras, se registraron proporciones poco significativas.

En Yucatán, para la población de la tercera edad es más amplio el grupo de habitantes de lengua indígena, que para el de la población en general. Así, el 70.1% de los que tienen 60 años y más hablan alguna lengua indígena, en tanto que el grupo de 5 años y más la proporción es de 44.2%.

Entre los habitantes de lengua indígena de la tercera edad, a nivel nacional, las lenguas más importantes son el Náhuatl, que es hablado por el 23.2%, seguido por el Maya con un 17.8%, el Zapoteco con 8.9%, el Otomí con 7.2% y el Mixteco con 7.1%; distribución que resulta muy similar a la del grupo de 5 años y más.

### RELIGIÓN

A semejanza del comportamiento que se observa para el total de la población del país, la gran mayoría 91.2%, de los que tiene 60 años y más, declararon profesar la religión católica; en una medida significativamente inferior, 4.7% son protestantes o evangélicos y 2.4% se manifestó sin religión.

En términos generales, no existen diferencias importantes en cuanto al perfil religioso de los hombres y de las mujeres, se observa sólo una menor proporción de mujeres que se declaran sin religión.

### NUMERO DE HIJOS

El Censo de 1990 registró 2.6 millones de mujeres de la tercera edad, y en promedio cada una de ellas tuvo 5.5 hijos nacidos vivos. De las mujeres que tuvieron hijos, 24.2% habían tenido de 4 a 6 hijos, 21.7% de 1 a 3 hijos, 20.8% de 7 a 9 hijos, y solamente 18.6% 10 hijos o más.

El promedio de hijos se relaciona con las condiciones socioeconómicas. Así, las mujeres de 60 años y más que residen en localidades pequeñas (con menos de 2,500 habitantes) tuvieron en promedio 6.2 hijos nacidos vivos, mientras los que habitan en grandes ciudades, el promedio fue de 5.2 hijos.

Así mismo, la descendencia promedio de las mujeres de la tercera edad es diferente según la entidad federativa de residencia. Las entidades de Zacatecas, Durango Guanajuato y Aguascalientes son las que registran las poblaciones femeninas más prolíficas, mientras que en algunas del sureste y el Distrito Federal, su descendencia es menor.



---

### ESTADO CIVIL

El 64.1% de las personas de la tercera edad están casados o viven en unión libre; el 25.0% son viudos; el 6.3% permanecen solteros o solamente un 3.2% se declararon separados o divorciados.

### CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS PARTICIPACIÓN ECONÓMICA

La población de 60 años y más económicamente activa en 1990 es de 1.4 millones de personas que representan el 28.6% del total de la población. Comparando con el porcentaje correspondiente a 1970 resulta una reducción de 12.8 puntos porcentuales en ese período, lo que puede relacionarse con cambios en los patrones de retiro de la actividad económica, o bien en el incremento de su participación en actividades dentro del sector informal de la economía y que no se declara como tal.

La participación económica de los hombres es ocho veces superior a la de la mujer. La reducción en la participación económica entre 1970 y 1990, fue también más acentuada, en el caso de las mujeres en éste último año.

Con respecto a la población económicamente activa de 60 años y más, según tipo de inactividad, destaca en el caso de las mujeres el grupo de quehacer del hogar, con 87.4%, mientras que en los hombres las mayores proporciones corresponden a los jubilados y pensionados, así como a los incapacitados permanentemente para trabajar, con 39.1 y 14.2% respectivamente.

Mención especial requiere la población masculina que no especificó su inactividad y que representa el 40.7% del conjunto.

### SITUACIÓN EN EL TRABAJO

Respecto a la posición en el trabajo de los ocupados de la tercera edad, se destacan los trabajadores por su cuenta, con el 48.3%; seguido o el de empleados u obreros con el 25.7% y el de los jornaleros o peones con el 13.2%, los patrones o empresarios y los trabajadores familiares no remunerados tienen valores inferiores al 4.0%.

En el caso de las mujeres, las ocupaciones son principalmente de trabajadoras por su cuenta y empleadas obreras, con proporciones de 44.5% y 36.8% respectivamente.

### INGRESOS Y HORAS TRABAJADAS

Considerando los ingresos por trabajo en múltiplos de salario mínimo, vigente al 12 de Marzo de 1990, se observa que el 56.8% del total de personas ocupadas de 60 años y más, recibieron dos salarios mínimos o menos; el 15% declararon no recibir ingresos y el 6.3% percibieron más de 5 salarios mínimos.

## II MARCO DE REFERENCIA

---

Proporcionalmente, es mayor el número de hombres que no reciben ingresos (16.1%) que el de mujeres (7.6%). Por el contrario, son las mujeres quienes reciben menos de un salario mínimo, en mayor proporción que los hombres. Mientras en el resto de los grupos de ingreso, las mujeres perciben menos que los hombres.

En cuanto a las horas trabajadas al igual que el total de la población ocupada del país, la mayor parte de los ocupados trabajan jornadas entre 25 y 48 horas semanales, siendo el 61.5% en el total nacional y un 55.3% en la tercera edad. Según el sexo, se observa que las mujeres laboran jornadas más reducidas que los hombres, con frecuencia más alta entre las 25 y 40 horas semanales. Los hombres desarrollan jornadas, en su gran mayoría, entre 41 y 48 horas.

En resumen hay en el país casi 5 millones de personas de la tercera edad, de las cuales poco más de la mitad son mujeres; su distribución en el territorio nacional es muy similar a de la población total y comparada con ésta, ha crecido de manera más rápida, principalmente por el efecto combinado del descenso de la mortalidad y la fecundidad.

Esta población refleja en su perfil educacional, las condiciones adversas de acceso a los servicios educativos en el pasado. Es así que su índice de analfabetismo es del 35.0% y el porcentaje de los que no tiene instrucción es de 38.9%.

Se observa en este grupo de población una mayor presencia de personas que hablan lengua indígena, lo que muestra la mayor integración de los indígenas jóvenes a la cultura mestiza.

La población femenina de la tercera edad es predominantemente católica y muestra un nivel reproductivo elevado (hijos nacidos vivos por mujeres), mayores al de las generaciones jóvenes que ya participan en los programas de planificación familiar.

Se observa en la población de la tercera edad una participación en la actividad económica relativamente baja, la cual puede resultar tanto de un retiro más temprano de la actividad como del ocultamiento de la participación.

Las personas que están ocupadas son predominantemente trabajadores por cuenta propia y empleados u obreros, que perciben ingresos alrededor de un salario mínimo. Su jornada laboral es más reducida que la de la población trabajadora total.

### CONCLUSIONES

En la actualidad la problemática de las personas de la tercera edad es grande, ya que la población anciana está aumentando cada vez más, esto es por el aumento de la población adulto-joven, lo que posteriormente repercutirá en una mayor población anciana en un tiempo no muy lejano. Por lo tanto los tiempos cambian para la persona de la tercera edad y los aspectos sociales, culturales y hasta políticos; que constituyen una

## II MARCO DE REFERENCIA

sensación angustiosa para el anciano; ya que el ser viejo representa una disminución de sus facultades físicas y mentales, dando como resultado la degradación del mismo; tomándolo como un objeto que en algún momento de la vida familiar estorba; y se dice que se piensa que el anciano nada más está de metiche, chismoso, terco, necio, etc. Esto se escucha y salen de los labios de las personas que conviven con los ancianos; aquellas personas que los atienden como ejemplo dentro de mi experiencia personal; en la familia se tiene a una anciana de 102 años aproximadamente, esta persona está aferrada a una idea, la cual dice que está embarazada desde hace 4 ó 5 años, por lo tanto la familia no sabe como tratar ó resolver este problema, como ya lo mencioné este es sólo un pequeño ejemplo y de éstos hay muchos más, con diferentes problemáticas.

Ahora bien, también se ha observado que los ancianos de las zonas urbanas son los que están descuidados, en cambio los ancianos de la zona rural, se les tiene respeto, cariño ya que estas personas siguen trabajando hasta que fallezcan en estas comunidades como en las zonas urbanas la mujer está más dedicada al hogar por eso no siente tanto el "desempleo" y la llegada de la vejez, por otro lado los ancianos en zonas urbanas tienen un tiempo, un día y un año de trabajo, y al esperar su llegada de jubilación es cuando la gran mayoría de los ancianos se preocupan por su futuro ya que la pensión recibida es insuficiente y con instituciones sin capacidad de incrementarlas y en dificultades de ampliaciones ante el aumento de viejos y por lo tanto de derechohabientes.

Por todo esto y más es necesario que se le brinde una orientación o ayuda a los familiares que conviven con éstos, principalmente a los niños, adolescentes y jóvenes; ya que éstos son los que conviven con ellos, porque los adultos tienen otras obligaciones y responsabilidades que los llevan a la separación del anciano.

Esto es un gran reto para la enfermera familiar porque hay muy pocas enfermeras comunitarias, teniendo muchas demandas de estos servicios.

Se puede encontrar casos en que los ancianos sean objeto de atropello por gentes sin escrúpulos, que los despojan de sus bienes o ingresos que conservan para organizar su existencia

Dentro del sector laboral el anciano encuentra muchos obstáculos, por que las demandas laborales son muchas, solicitando a gente joven para poder soportar el ritmo de trabajo que exigen las grandes urbes, el anciano se encuentra desprotegido y desempleado, por lo tanto, se tiene que quedar en casa ya sea de sus familiares, amistades y/o en su propia casa o en dado caso en los asilos.

Cuando los ancianos se encuentran viviendo con algún familiar, éste debe hacerse cargo del anciano pero se ha visto que los familiares, por las necesidades económicas y sociales, no tienen tiempo de brindarles un poco de atención y de su tiempo.

---

La familia, que es la unidad básica de la sociedad e institución que influye fuertemente en el desarrollo individual de cada uno de los miembros de la familia que puede determinar el éxito o el fracaso de la vida de cada persona. De las cuáles se pueden encontrar distintas clases de familias o de integración familiar como: padre, madre e hijos(as) con abuelos o el abuelo en otra casa contigua; padre, madre e hijos(as) con los abuelos en la misma casa; madre soltera o padre soltero con anciano en casa; o ancianos solos en una casa o cuarto; se puede comprender que cada familia o miembro de la familia tienen sus propios problemas y diferencias al tener un anciano en casa, es un problema más en esa familia, ya que la gran mayoría de las personas toman al anciano como un estorbo y como resultado se tiene el descuido y una mala atención en la salud para el anciano; como consecuencia se tiene el aislamiento y su auto-estima se encuentra demasiado baja, creando en ellos mismos ideas o situaciones incómodas para la misma familia.

### RETOS PARA MÉXICO

Los cambios demográficos que ha sufrido la República Mexicana han traído consigo el envejecimiento de la población. Con la disminución del índice de la natalidad reduciendo paulatinamente la proporción de niños y jóvenes; con el aumento de la esperanza de vida, la proporción de personas es cada vez mayor alcanzando la edad adulta y avanzada.

Estos operan en el mismo sentido, ocasionando que el aumento gradual de la proporción en edades adultas crezcan a un mayor ritmo que la población joven.

Es importante señalar, que entre más rápida y adecuada sea la transición demográfica, más acelerado y marcado será el envejecimiento de la población.

“El envejecimiento no es un mero aspecto numérico del cambio demográfico. Sino que lo acompañan una serie de condiciones y particularidades sociales que son las que le otorgan la relevancia políticas y sociales. Se puede decir que existe un envejecimiento más marcado desde la perspectiva de los hogares que desde la población”<sup>1</sup>.

Es bueno destacar que, del total de las familias con un jefe de edad avanzada, se dice que el 34% se componen de hogares donde el anciano vive sin parientes que no son sus hijos. Esta convicción sugiere grados considerables de desviaciones en la creencia de que los ancianos viven realmente con sus hijos.

A diferencia de los cambios demográficos y epidemiológicos que son determinantes para México, ya que el contexto en el que se tendrá que resolver hasta en la forma para avanzar positivamente y en la función de la satisfacción de las futuras demandas de salud de la población.

---

<sup>37</sup>. INEGI, La Tercera Edad en México, p.3

---

"Por el lado del cambio demográfico, el futuro próximo encierra un aumento considerable de la demanda de atención.

Por el cambio epidemiológico, en la medida en que se profundice en el control de las enfermedades transmisibles, veremos aumentar la prevalencia de las afecciones crónico degenerativas en la vejez"<sup>2</sup>.

### 2.2. EPIDEMIOLOGIA CONCEPTO DE EPIDEMIOLOGIA

La epidemiología, palabra que lleva tres raíces griegas (epi=sobre; demos=el pueblo, la gente, y logos=estudio, tratado); indica el estudio de algo que cae sobre la gente ó el estudio de todo aquello que afecta a la comunidad .

#### ESTILO DE VIDA Y SALUD

La salud de vida de la vejez es el reflejo de las condiciones en las que se han desarrollado su vida.

Uno de los cambios más importantes que se haya dado en relación con la salud de la población adulta y principalmente envejecida es el aumento de las enfermedades, la incapacidad y la muerte debido a los trastornos crónico degenerativos, es así que en la actualidad las cuatro primeras causas de muerte para la población de 65 años y son más los padecimientos del corazón, tumores malignos, diabetes y enfermedades cerebro vasculares.

"Entre los factores que predisponen a las personas envejecidas hacia este tipo de enfermedades, ocupan un lugar muy importante los relacionados con los estilos de vida como son: una dieta inadecuada (aporte excesivo de calorías, alto consumo de sal, carbohidratos y grasas); consumo de tabaco y alcohol; uso de drogas; sedentarismo y estrés entre otros"<sup>3</sup>.

Lo anterior permite destacar la naturaleza variada de los determinantes de salud, así como la necesidad de realizar una vigilancia estrecha sobre ellos, modificando los estilos de vida y las condiciones adversas para el logro del inevitable envejecimiento y que tengan una etapa más feliz posible.

---

<sup>2</sup>. INEGI, Op. Cit.

<sup>3</sup>.Zetima L. Guadalupe, Observador Internacional, p.36

---

### LA SALUD DEL ANCIANO MORTALIDAD

" En gran medida la mayor duración de la vida es el resultado directo de un mejoramiento en la lucha contra las enfermedades infecciosas y parasitarias, sobre todo las que contribuyen a defunciones tempranas"<sup>40</sup>.

"En la República Mexicana las principales causas de defunciones en el anciano se refiere principalmente a padecimientos crónico degenerativos, aunque aún están presentes como importantes causas de muerte las enfermedades infecciosas intestinales (tasa de 206 por 100,000 h) y los accidentes (112 X 100,000 h)"<sup>41</sup>.

Se puede decir que con el aumento de la esperanza de vida en nuestro país las causas de muerte más importantes son los padecimientos crónico-degenerativos; siguiendo los padecimientos infecto-contagiosos.

"Por otra parte, se observa en México que la participación porcentual de las muertes de los ancianos en relación a las defunciones totales, ha ido aumentando constantemente en los últimos años. En 1960, ésta fue de 19.8% mientras que para 1981 había subido a 31.78%. Este aumento se debe en gran medida a la disminución de la mortalidad en los otros grupos sedentarios, sin embargo no deja de ser preocupante el incremento porcentual de la mortalidad en el anciano"<sup>42</sup>.

El Instituto Nacional de Estadísticas Geográfica i Informática (INEGI) en su última publicación se encuentra registrado que la mortalidad de la tercera edad son las siguientes:

---

<sup>40</sup>. OMS. Aplicaciones de la Epidemiología al Estudio del Anciano (706) 1984. pp.7-90.

<sup>41</sup>. Moreno. A. Laura, F.R. en la Comunidad I. P.259.

<sup>42</sup>. Moreno , Op. Cit.

*Estados Unidos Mexicanos*  
*Defunciones Registradas por Grupos de Edad 1976-1992.*

EDAD	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	Total
60-64	18620	18326	18265	18459	19531	20519	21840	22353	21697	179610
65-69	23749	23678	23055	24662	23653	22401	21840	22353	21697	207088
70-74	25522	24677	24966	25209	26738	27524	27516	28849	29674	240675
75-79	25889	26185	27316	29257	28103	26676	26812	27858	27551	245647
80-84	17954	17075	17829	18376	23177	25205	26646	29550	32044	207856
85 Y más	34260	31717	31841	32580	34312	33040	33435	36216	36281	303682
no específico	6479	6030	13302	5867	5168	5525	5518	4936	5306	58131
Total	152473	147688	156574	154410	160682	160890	163607	172115	174250	1442689

*Estados Unidos Mexicanos*  
*Defunciones Registradas por Grupos de Edad 1976-1992*

Edad Total	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	Total
60-64	23102	22861	23370	24119	24729	24424	25644	26475	194724
65-69	23701	24230	25315	26851	27993	27884	28679	29216	213869
70-74	28375	26056	26376	27098	20972	27501	29582	30778	216738
75-79	29830	30806	31465	33144	33561	32195	30258	30254	251513
80-84	30157	28431	29251	30723	30423	31567	32809	33564	246925
85 y más	42294	44782	47500	50812	50977	52516	53960	54241	397082
no especificado	4092	3167	3024	2860	2748	2831	2622	2558	23902
Total	181551	180333	186301	195607	191403	198918	203554	207086	363102

*Estados Unidos Mexicanos*

*Defunción Registrada por Grupos de Edad 1976-1992*

Edad Hombres	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	Total
60-64	9851	10315	10332	11274	11677	11628	11521	11614	11225	99437
65-69	12940	12808	12613	13685	13132	12279	12076	12341	11847	113721
70-74	13475	13036	13274	13279	14328	14804	14783	15414	15865	128258
75-79	13653	13825	14222	15348	14571	13849	13927	14307	14189	127891
80-84	8259	7880	8235	8666	11167	12219	12974	14220	15587	99207
85 y +	14313	12741	12923	13330	13898	13437	13686	14506	14628	123462
No Especificados	3778	3672	7973	3639	3251	3424	3499	3074	3172	35482
Total	76269	74277	79572	79221	82024	81640	82466	85476	86513	727458

*Estados Unidos Mexicanos*

*Defunción Registrada por Grupos de Edad 1976-1992*

Edad Hombres	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	Total
60-64	13182	12928	13122	13604	13949	13830	14672	14967	110254
65-69	13087	13169	13691	14891	15655	15442	15862	16169	117966
70-74	14903	13778	14060	14597	14453	14796	16143	16732	119462
75-79	15311	15874	16351	17246	17422	16852	15576	15741	130373
80-84	14669	13612	14043	15022	14649	15385	16033	16492	119905
85 y +	17314	18679	19780	21924	21930	22777	22954	23321	168679
No Especificados	2262	1827	1746	1708	1677	1711	1660	1650	14241
Total	90728	89867	92793	98992	99735	100793	102900	105072	780880



*Estados Unidos Mexicanos*

*Defunciones Registradas por Grupos de Edad 1976-1992*

Edad Mujeres	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	TOTAL
60-64	8170	7928	7770	7708	8306	8682	8923	9395	9875	76757
65-69	10749	10795	10378	10892	10468	10040	9689	9949	9753	92713
70-74	11986	11557	11633	11858	12339	12639	12637	13340	13682	111671
75-79	12192	12268	12995	13814	13464	12744	12778	13448	13250	116953
80-84	9663	9126	9527	9647	11968	12918	13578	15231	16329	107989
85 y +	19884	18865	18799	19140	20311	19477	19618	21568	21477	179139
No Especificado	2326	2038	4983	1918	1654	1775	1748	1551	1739	19732
Total	74970	72579	76085	74977	78510	78275	78971	84482	86105	704954

*Estados Unidos Mexicanos*

*Defunciones Registradas por Grupo de Edad 1976-1992*

Edad Mujeres	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	Total
60-64	9811	9824	10176	10451	10717	10550	10953	11495	83977
65-69	10501	10956	11539	11893	12270	12401	12788	13039	95387
70-74	13322	12146	12224	12440	12453	12666	13414	14040	102705
75-79	14374	14769	15025	15830	16065	15306	14860	14505	120534
80-84	15331	14683	15100	15624	15702	16144	16747	17058	126389
85 y +	24736	25857	27522	28761	28912	29650	30940	30901	227279
No especificado	1654	1202	1137	1014	970	997	879	819	8672
Total	89729	89437	92723	96013	97089	97714	100381	101857	764943

**MORBILIDAD**

La morbilidad de la población envejecida presenta una mayor complejidad respecto de las de otros grupos, principalmente porque el estado de salud de dicha población es un reflejo de toda una vida, acumulándose los efectos de varios procesos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Según la OMS; el "envejecimiento es un proceso físico que se inicia en el momento de la concepción haciéndose más evidente después de la madurez. En el se producen cambios cuya resultante es una limitación de la adaptabilidad del organismos a su entorno"<sup>7</sup>.

<sup>43</sup>. Roca Bruno y Prieto 1992.p. 99.

---

Dentro de sus características de esta población con respecto a la salud; se tienen las siguientes:

- 1) Mayor fragilidad y susceptibilidad ante el entorno en que viven como: social, económico y físico emocional, espiritual, etc.
- 2) Se combina el efecto de envejecimiento con los procesos patológicos.
- 3) La variedad de padecimientos en un mismo individuo (multimorbilidad).
- 4) La diversidad de enfermedades no transmisibles como: diabetes, hipertensión, cáncer entre otros como la combinación de enfermedades transmisibles (infecciones intestinales, infecciones respiratorias agudas entre otras) y los accidentes principales fracturas de cadera.

“En los países industrializados las tres principales causas en esta población son: demencia, accidentes cerebro vasculares y fracturas de cuello de fémur”<sup>8</sup>.

Por otro lado en México las principales causas incluyen enfermedades no transmisibles como transmisibles.

Otro problema de salud importante de las personas de la tercera edad son los accidentes y principalmente las caídas mismas que poco se han tomado en cuenta. Viendo que los programas preventivos podrían reducir considerablemente las caídas. Los factores que favorecen las caídas son muy diversas; como un estado de salud deficiente, como las enfermedades crónicas, movilidad y estabilidad con deterioro, antecedentes de caídas previas, edad muy avanzada, entre otras. Para evitar este tipo de percances( a este grupo de personas) se hacen algunas recomendaciones como: a) Hacer ejercicio para fortalecer los músculos y la flexibilidad o elasticidad también agudizando los reflejos; b) tener cuidado de la ingestión de medicamentos y alcohol y saber los efectos colaterales de éstos; c) toma de los signos vitales; d) prevención de la osteoporosis; entre otros.

De lo mencionado anteriormente se pueden obtener las necesidades del grupo de la tercera edad y estas son:

- 1) Atención primaria a la salud.
- 2) Educación continua.
- 3) Programas voluntarios.

Estas son importantes ya que el viejo percibe sus necesidades y éste los prioriza. Para poder mencionar las necesidades es de menester explicar que se realizó una encuesta de Necesidades de los ancianos en Mexicanos urbanos y rurales, donde se estudió el estado de salud del anciano por aparatos y sistemas; dentro de éstos se estudió “el aparato respiratorio; en el área urbana un 68% y un 77% en la suburbana relación con más de 4 personas.

---

<sup>8</sup>.OMS, Aplicación de la Epidemiología al Estudio del Anciano (706): 1984.p.7-90

**Aparato Cardiovascular:** los síntomas investigados fueron cefaleas, mareos, fosfenos, acufenos, calambres y disneas, el más prevalente es la disnea, 51% en área urbana y el 59% en la sub-urbana .

**Digestivo:** se investigaron los problemas odontológicos, nutricionales.

**Odontológicos:** alteraciones frecuentes, falta de dientes urbana 47% y suburbana 37%.

**Dificultades para masticar:** urbana 26%, sub-urbana 32%.

**Ausencia de piezas dentarias:** con dificultad para masticar y dolor de tipo periodental: urbana 16%, Sub-urbana 22%.

**Problemas nutricionales** (falta de recursos, deficiente accesibilidad de los alimentos, calidad de los mismos y problemas de manifestación); **Síntomas:** del aparato digestivo fueron: anorexia, pirosis, diarrea y constipación. La anorexia se presentó urbana 24%, sub-urbana 30%.

**Aparato locomotor:** problemas de tipo muscular y articular, urbana 50% su-urbana 56%. Relacionado con el aparato locomotor tenemos los accidentes. Esta fenómeno observado frecuente mente por las personas mayores de 60 años en otros países.

**Organos de los sentidos; vista y oído.**

La población que usa lentes fue 55% urbana y 33% sub-urbana, problemas de visión lejana que es la más frecuente afecta a 28% urbana y 32% sub-urbana. Dificultad de visión nocturna 28% urbana y 25% sub-urbana visión cercana 13% en ambas y acudieron al oculista 17% urbana y 9% sub-urbana en el último año. La agudeza auditiva va con relación a al edad.

**Tiempo libre:** Independiente de su tiempo libre todos los entrevistados en forma directa querían realizar alguna otra actividad aparte de la que realizan actualmente<sup>49</sup>.

Podemos observar que las intenciones de la tercera edad, preguntandoles por medio de programas; manifestando por este medio que sus necesidades eran, en el área urbana son:

- Atención médica 60%.
- Centros de recreación y educativos 12%
- Programas voluntarios de ayuda 8%

---

<sup>49</sup>.Salud Pública de México, Encuesta de las Necesidades de los Ancianos en México

En la zona sub-urbana:

Atención médica 62%

Programas voluntarios 11%

Educación continua sobre la vejez con énfasis en preparación y prevención  
11%

Llegando a la conclusión que las personas de la tercera edad perciben correctamente sus necesidades prioritariamente se tiene: la atención médica que trae consigo las necesidades de aumentar la accesibilidad de los servicios médicos; capacitar al personal y educándolos continuamente para conocer los procesos normales y anormales del envejecimiento, para conocer las medidas prácticas para darles solución.

En un futuro no muy lejano la prevalencia de vida se eleva cada vez más permitiendo ver la importancia de desarrollo político, actividades y programas en beneficio para la incorporación .

Recomendando el crear oportunidades de ocupación para el sesente como opciones tales como trabajo de medio tiempo o como consultores en su ramo. Dejar participar a las personas mayores en el desarrollo del país; Desarrollar un programa nacional que de a todos el derecho de una jubilación; contribuyendo desde jóvenes a un fondo para el retiro para la aseguración de una pensión a la edad opcional de 60 años; Capacitar no sólo a los profesionales de salud si no principalmente a la persona encargada de atender al aciano dentro del núcleo familiar y al anciano; Educar a la comunidad en general con respeto a la vejez en todo sus aspectos; por ejemplo difundiendo por radio y televisión, breves comentarios acerca de la salud pública, tocando temas como nutrición, salud y prevención en casa.

### 2.3. PROCESO NORMAL DE ENVEJECIMIENTO

La salud de la población de la tercera edad es el resultado del paso del tiempo y con ello implícito los cambios biológicos "normal" del individuo, los culturales, los sociales, económicos y religiosos. Estos últimos pueden retardar o adelantar el deterioro del individuo, que se verán reflejados en la calidad y esperanza de vida de la población.

C a r a c t e r í s t í c a s	S o c i e c o n ó m i c o s	y	C U L T U R A L E S	Indicadores	Discapacidad o Invalidez
				Cambios Fisiológicos Producto por Salud del Anciano	
				Presencia de Enfermedades Y sus secuelas	Muerte
				Estado nutricional	

Juan José García García. *Proceso del Envejecimiento.*

### 2.3.1. BIOLÓGICOS

El envejecimiento es un proceso dinámico progresivo irreversible en el que intervienen los siguientes factores: biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Podemos decir que desde el anciano hasta el adulto maduro, pasando por las demás etapas de vida sufren cambios biológicos que van en sentido de avanzar y desarrollarse; al llegar a la vejez empieza la involución y el deterioro por lo tanto las enfermedades interactúan en el proceso de la evolución y es menester conocer y entender los cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales de la tercera edad.

Existen variadas definiciones sobre el envejecimiento. "Marcel Archad comenta que un viejo es alguien que tiene diez años más que uno mismo; en el modo de enfocarlo lo expresa de una manera clara.

Para Frolkis se trataría de un proceso biológico multifactorial, que comienza mucho tiempo antes que la vejez, y que evoluciona de forma continua siendo un curso determinado por las propias características intrínsecas.

Los continuadores de la Escuela de Versar la definen como un fenómeno de desaparición paulatina del individuo, regalado por un desplazamiento del colágeno y unido a un descenso global del metabolismos, se mantendría estable la cantidad total de colágeno, disminuyendo en piel y hueso, por ejemplo, y aumentando en los órganos parenquimatosos.

---

Para Brocklehurst el envejecimiento es un proceso progresivo de desadaptación del individuo al medio que le rodea, que termina con la muerte. Se trata de un tinte sociológico del envejecimiento, que además no solo se cumple estrictamente.

La definición de Binety Bourlière dice que todas las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos<sup>10</sup>.

Ahora bien nos adentraremos en la Teoría Molecular-celular, donde nuestro organismo está conformado por millones y millones(trillones) de células, y éstas están formadas por tres partes fundamentales que es la membrana, citoplasma y núcleo.

La membrana está conformada por sustancias, fundamentalmente fosfolípidos, colesterol, calcio, etc, conformando elementos vitales y a través de ellas se realizan el intercambio de sustancias nutritivas y desechos, así como funciones de despolarización y repolarización tendientes a mantener estable el medio intracelular.

El citoplasma es una máquina líquida en donde se encuentran los ribosomas , mitocondrias, el aparato de Golgi que participa en la síntesis de proteínas y el metabolismo celular.

El núcleo está constituido por el DNA, en donde encontramos reunidas todas las características genéticas o hereditarias de los seres vivos en este caso del ser humano.

Metabolismo celular; las células respiran oxígeno, convirtiendolo en energía, el ADN funciona como sistema duplicador para la elaboración de proteínas; se forma al ARN sobre las cadenas de aminoácidos del ADN, el ARN lo encontramos como ARNt, ARNm, ARNr, al llegar RNAr al ADN da lugar a las proteínas que necesitan la célula para su función vital.

Este ADN se formó por la mitad del óvulo y la otra mitad del espermatozoide al unirse estas dos células formando un nuevo ser, éste, nace, crece, se reproduce, envejece y muere. Para poder explicar el proceso de envejecimiento y muerte, se han realizado una serie de teorías que hasta hoy son arriba de 120 de todas éstas son cinco las más importantes.

- 1.- Teoría del error o de los mecanismos reparadores.
- 2.- Teoría de los radicales libres.
- 3.- Teoría de los enlaces transversos.
- 4.- Falla del marcapaso cerebral.

---

<sup>46</sup>. Guillen Llera F. , Biología de Envejecimiento. Envejecimiento Celular y Molecular Teoría del Envejecimiento, p.4

---

### 5.- Teoría de la auto inmunidad.

*Teoría del error o de los cambios reparadores:* "Esta teoría se basa en que durante todo el proceso vital ocurren continuamente reacciones químicas que pueden tener errores al producir ADN, proteínas o ARN y que factores como los radicales, el ambiente; etc, tienen influencias, sin embargo existen mecanismos de reparación molecular que destruyen las moléculas defectuosas o reparan las dañadas. Se considera por esto que una de las soluciones para el anciano puede ser la corrección de éstos errores y de sus consecuencias por manipulación genética mejorando la eficiencia de éstos mecanismos reparadores"<sup>11</sup>.

*Teoría de los radicales libres:* Durante el metabolismo se producen radicales libres, que son moléculas que se enlazan con otras; éstas son útiles en la oxidación energética, al acumularse con enzimas o con sustancias que forman parte del mecanismo normal metabólico. La solución de éstos, son los agentes antioxidantes que favorecen en la neutralización del exceso de radicales libres.

*Teoría de los enlaces transversos:* "El cartílago como la piel se pueden curtir por la formación de puentes químicos (enlaces transversos) entre las proteínas que no se pueden desintegrar por las enzimas reparadoras; también el ADN puede ser atacado por los enlaces transversos. Ciertas sustancias como el plomo y el humo del tabaco determinan un gran número de enlaces transversos interproteicos que no se pueden romper; se dice que el endurecimiento de la piel, arterias y los problemas reumáticos se explican de esta manera"<sup>12</sup>.

*Teoría neuro-endocrina:* Para que el cuerpo esté sincronizado depende de que las células del organismo estén bañadas de líquido llamado medio interno; de éste depende la vida estable manteniendo en equilibrio constante las condiciones del organismo, denominándole a éste fenómeno homeostasis. Para poderla mantener se necesita una actividad coordinada del sistema nervioso y del sistema endócrino lográndose a través de las hormonas que son las reguladoras del metabolismo corporal y celular.

Entre ellas tenemos a las glándulas maestras regidoras del funcionamiento de nuestro sistema glandular como son: tiroides, páncreas, paratiroides, suprarrenales, ovarios en la mujer, testículos en el hombre todo esto maneja la hipófisis. La hipófisis depende del hipotálamo que es el centro nervioso responsable del sueño, sed, hambre, impulso sexual, ciclo menstrual, reacción de defensa, temperatura, presión arterial, equilibrio hidro-

---

<sup>11</sup>. González Aragón J. G., Manual de Autocuidado y Salud en el Envejecimiento, p 31-32.

<sup>12</sup>. González Aragón J.G., Manual de Autocuidado y Salud en el Envejecimiento, p.31-32.

electrolítico, ácido base y de las funciones hormonales. Durante el envejecimiento anatomofisiológico del ser humano se muestra la incapacidad para mantener el control del centro endócrino y nervioso mostrando un declive y decadencia del hipotálamo, trayendo como consecuencia los siguientes padecimientos: Hipotiroidismo, diabetes, enfermedades de Cushing entre otros. Este desperfecto no ocurre en las glándulas endócrinas, si no en el hipotálamo, ya que se le pueden proporcionar sustancias al individuo y éstas pueden mejorar el funcionamiento hipotalámico corrigiéndose los desequilibrios endocrinos; denominándose al hipotálamo, aunque éstas aumentan las secreciones hormonales de la hipófisis corrigiéndose los desequilibrios endocrinos; denominan doce a la hipotálamo como el marcapaso del envejecimiento de causa hormonal o centro cerebral en el envejecimiento.

En el hipotálamo encontramos sustancias denominadas neuro-transmisoras como son: la noradrenalina que responde a la función motora; la serotonina que responde a la vigilancia, del aprendizaje y la dopamina que responde a la conducta. Dentro del metabolismo bioquímico de los neurotransmisores en donde se encuentra la clave del progreso en la neuroendocrinología y del envejecimiento relacionados con trastornos mentales, demencias y envejecimiento cerebral.

*Teoría de la autoinmunidad:* En nuestro cuerpo tenemos un sistema de autoinmunidad que es el responsable de proteger al organismo contra las infecciones y el cáncer; también encontramos los mecanismos reparadores y de reconocimiento de las células propias del organismo entre los elementos principales se encuentran:

a) Linfocitos B: que son los encargados de la inmunidad humoral o inmediata; este sistema que es liberado de anticuerpos que son los encargados de combatir a la bacterias y virus, siendo también los responsables de los fenómenos alérgicos.

B) Linfocitos T; responsables de la inmunidad celular o inmunidad tardía, su función es la destrucción de células extrañas, células cancerosas y sustancias agresoras.

“Con el envejecimiento el sistema inmune sufre una serie de alteraciones sobre todo la disminución de la hormona llamada timosina que mantiene el funcionamiento de los linfocitos T y que también influye en las funciones de los linfocitos B. Esta disminución con la edad podría ser la causa de la vejez, el cáncer y también de las enfermedades autoinmunes, es un hecho muy conocido que con la vejez aumenta la incidencia de estos padecimientos como son la artritis reumatoide y el lupus eritematoso.

Por mecanismos aún no bien conocidos el sistema de defensa encargado de destruir sustancias nocivas, células cancerosas y bacterias o virus desconoce las células propias del organismo y procede a atacar y a destruirlas. Esta falla en nuestro sistema inmune, puede estar influida por la dieta, por las radiaciones y por una serie de factores entre los que se pueden mencionar también los ambientales, psicológicos y genéticos; se dice que el envejecimiento, el cáncer, la función inmune, los mecanismos de defensa, las



## II MARCO DE REFERENCIA

enfermedades autoinmunes y el control genético están ligados siendo el mediador entre estos procesos el sistema inmune<sup>13</sup>.

Algunas otras teorías son las denominadas cambios en la actividad física; de las cuales podemos mencionar las siguientes.

*Sistema Cardiovascular.* Dentro del corazón podemos encontrar las presbocardias que es la predisposición del corazón envejecido a desarrollar arritmias y fallas en condiciones de estrés. Prolongándose el tiempo de contracción y de relajación del músculo cardíaco, reduciéndose la capacidad ventricular izquierda disminuyendo la respuesta simpática. Aumentando en los ancianos asintomáticos un 69% de arritmia ventricular, 10% en bradicardias sinusal, 6% de fibrilación auricular paroxística.

En los ancianos hay una disminución de elasticidad en las paredes de las grandes arterias, aumentando la presión arterial sistólica y la labilidad del control vasopresor. Alterándose la perfusión de varios organismos como:

ÓRGANOS	% DE DISMINUCIÓN
Corazón	10
Cerebro	15
Hígado	35
Riñón	40

*Sistema Pulmonar.* Son tres los elementos básicos del envejecimiento pulmonar; disminución de la elasticidad pulmonar, aumento de la rigidez de la pared torácica y disminución de la fortaleza de la musculatura respiratoria.

"La reducción de la elasticidad lleva a una disminución del retroceso elástico-pulmonar con volúmenes altos. El volumen de cierre aumenta también por la pérdida de la elasticidad pulmonar, originando un desequilibrio V/Q por la reducción de la presión arterial del oxígeno. Se puede calcular el volumen de cierre porcentual:  $19.38 + (0.5 \text{ por edad en años})$ . La disminución de la presión arterial del oxígeno produce un incremento del gradiente alveolo/arterial.

La capacidad funcional residual ( CFR.. ) aumenta.

---

<sup>49</sup>. González Aragón G.J., Manual de Auto-cuidado y Salud en el Envejecimiento, p. 33-34.

---

$$\text{CFR. - VC (Vol. de cierre)} = 195 - (0.303 \times \text{años de edad})^{14}$$

**Sistema Músculo-Esquelético y Óseo:** La pérdida ósea se manifiesta a partir de la quinta década de la vida.

**Cerebro:** Con el paso del tiempo disminuyen las neuronas, lo que provoca en algunos casos la aparición de lagunas mentales, esto se debe a que entre los 20 y los 90 años el cerebro disminuye un 10% de su masa total.

**Cambios en la Termorregulación:** Una de las funciones que va perdiendo la piel es la sensibilidad al frío o al calor, al tacto y a la eliminación de sustancias, por eso muchas personas de edad avanzada no sienten una leve quemadura o el frío del hielo, no pueden sostener cosas porque no sienten que las estén "tocando", la firmeza de la piel se pierde, porque va perdiendo sustancias como el colágeno.

**Riñón:** Como con el cerebro, por lo que la dilución y la concentración disminuyen y provoca la deshidratación del anciano, pero si el anciano es sano puede tener un buen equilibrio hidroelectrolítico y ácido-básico.

**Tracto gastrointestinal:** Con la pérdida de los dientes, los ancianos tiene una mala alimentación porque ya no pueden masticar bien, por lo tanto la secreción de saliva es menor ya que las glándulas salivales se atrofian dando como consecuencia una mala deglución de los alimentos decreciendo la actividad enzimática y una mala motilidad y el vaciamiento gástrico disminuye progresivamente por la edad, elevando el pH gástrico ocasionando gastritis ó úlceras gástricas en casos extremos.

**Hígado:** El tamaño hepático y el flujo sanguíneo disminuyen atrofiándose este órgano.

**Visión:** "La presbiopía se debe a la menor elasticidad del cristalino para aumentar la curvatura, y su paulatino engrosamiento. Existe una reducción del tamaño pupilar con miosis persistente, disminución de la transparencia de los medios, y esclerosis nuclear que, cuando es extrema, se transforma en catarata (la agudeza visual con la eliminación de una página baja en un 30% de los 20 a los 60 años de edad).

Todo esto conduce a una disminución de la adaptación a la oscuridad, y la percepción de la luz es mejor en rojo final del espectro. También se reduce la secreción lacrimal<sup>15</sup>.

**Audición:** "La presbiacusia es definida como una disminución de la función auditiva

---

<sup>10</sup>. Morales M. F., Aspectos Biológicos del Envejecimiento, p. 51-52.

<sup>11</sup>. Leighon DA: Special. Seseng-Aging of the Eye En: Brocklehurst J, p.474.

relacionada con la edad. Un 30 a 40% de la población de 70 años y más tienen pérdidas apreciables de la audición (mayores de 5 decibeles). Hay, además, otras dificultades en el procesamiento auditivo, como la disminución de la agudeza para ciertos tonos altos y la discriminación del lenguaje<sup>16</sup>.

Es necesario tener presente que hay mucho por investigar y conocer los procesos de envejecimiento para poder saber todas las respuestas a muchas incógnitas. Podemos comprender que los cambios estructurales y el funcionamiento del organismo y principalmente músculo-esquelético y nervioso en los ancianos hay una pérdida de capacidad y de funcionalidad en relación con las actividades cotidianas por lo tanto aumenta la dependencia de éstos en las familias o en la persona que los atiende.

### 2.3.2. PSICOLÓGICOS

#### PSICOLOGÍA

La Psicología es el estudio de la conducta humana, abarcando: inteligencia, personalidad, conducta anormal, ambiente social, etc. Por otro lado el envejecimiento se entiende a la transformación de un organismo, en este caso al ser humano, con el paso del tiempo bajo determinadas condiciones ambientales.

Entonces la psicología del envejecimiento es la ciencia que estudia los cambios en la conducta pero los que ocurren después del adulto mayor.

Por otro lado también se tienen a la gerontopsicología: Que estudia los cambios psíquicos que traen como consecuencia la declinación de la capacidad de actividad y creatividad esto da como consecuencia la depresión y las actividades negativas y baja de auto-estima del anciano que a su vez se convertirá en factores aceleradores del envejecimiento.

La gerontopsicología es parte de la psicología y es la que se encarga de estudiar, explicar, describir y predecir la consistencia y variabilidad de la conducta y las vivencias en el envejecimiento.

Se sabe que los factores psicológicos, conductuales e intelectuales, son decisivos en el envejecimiento como en la calidad de vida en la vejez.

Dentro de los factores encontramos los negativos que son los que van a acelerar el proceso de envejecimiento afectando la calidad de vida del anciano. Estos factores pueden ser problemas, tensiones, estrés, entre otros muchos más. Pero si la persona sabe enfrentar su triste realidad y resolver sus propios problemas se empiezan a disminuir

---

<sup>16</sup> Kennedy R, Clamis J. The Geriatric Auditory and Vestibular System, p.23-26.

sabe enfrentar su triste realidad y resolver sus propios problemas se empiezan a disminuir los efectos negativos del envejecimiento habiendo una mejoría en la calidad de vida del anciano.

Las características más importantes del anciano son las siguientes:

- Se encuentra en desventaja para poder subsistir en el medio ambiente donde se empieza con la incapacidad física que comprende disminución de la fuerza con dificultad de movimiento y de desplazamiento; problemas en los órganos de los sentidos como son : los visuales, auditivos, de gusto, tacto, etc.
- Hay una decreción de aptitudes y capacidad intelectual habiendo también una confrontación con las nuevas generaciones por las habilidades y costumbres de éstos.
- Conflictos emocionales principalmente por las pérdidas de parientes y amigos y en las áreas urbanas, de trabajo y la jubilación.

Se dice que las personas parecen mostrar que el envejecimiento natural no necesariamente significa un decaimiento cognitivo y que se puede conservar su salud pero también se realizan pequeños cambios substanciales en las funciones intelectuales del anciano; no obstante el decline en la vejez no es irreversible pudiendo prevenir esta situación con una buena alimentación y una buena calidad de vida.

Dentro del aprendizaje; se dice que está ligado en los conceptos de memoria, el aprendizaje no disminuye con el envejecimiento incluso es posible mejorar esta capacidad por medio de la organización, codificación y entrenamiento.

La memoria es un proceso algo complicado y está comprendido por diferentes etapas.

- 1) Percepción sensorial (oído, gusto, olfato, vista, etc.).
- 2) Atención.
- 3) Archivar información.
- 4) Procesar la información.
- 5) Almacenar.
- 6) Recuperar la información.

Es importante saber que la información se puede alterar por tensiones, que pueden impedir el registro de datos nuevos.

Podemos clasificar a la memoria como:

- *Memoria Inmediata* que es la que se da en el momento y que se recuerda en el momento en un corto periodo de tiempo.
- *Memoria Reciente*: información de tiempo.
- *Memoria Tardía*: es la que se da a largo plazo como son las fechas y acontecimientos históricos, entre otros.

---

La pérdida de la memoria puede empezar en una edad media pero se acentúa o se agudiza entre los 60 y 70 años.

La memoria inmediata y la tardía parece que poco se afecta en el proceso de envejecimiento. Ya que los ancianos conservan sólo cosas del pasado que sirve como estrategia para evitar la vergüenza de no poder recordar la información actual.

Pero también hay que estudiar las repercusiones de la niñez a la vejez, para poder entender esto se tiene que estudiar la personalidad del individuo esto es la resultante del temperamento son los rasgos heredados condicionantes de la forma de ser del individuo; el carácter son una serie de normas, valores y actividades que se adquirieron a través de la influencia del medio ambiente y principalmente de la forma de vida que llevó en el pasado y la sociedad en la que estuvo. El resultado de la suma de éstas es la personalidad que en el sello distintivo que explica las conductas y las vivencias del ser humano es la personalidad que no cambia con el envejecimiento; solamente no son ni mejores ni peores, si no que son mas ellos mismos todo ello por un tendencia mayor a la introversión. Pero si llega a afectar al envejecimiento: la conducta, los hábitos y los estilos de vida tiene influencia positiva o negativa determinante para la vejez.

### 2. 3.3. SOCIAL

#### ÁMBITOS Y COSTUMBRES

Es menester saber que las personas ancianas se vuelven introvertidas, intolerantes, desconfiadas y tienden a excluir los estímulos que no le interesan concentrándose en algunos intereses que se le importen, reforzando lo que ellos quieren y prefieren (dinero, religión, salud, etc.). Todo esto difiere de la imagen de dulzura, tranquilidad y paciencia en el anciano. Curiosamente uno de los focos problemáticos que alteran el carácter del viejo son los propios familiares y principalmente los hijos, haciéndoles participar en los conflictos, frustraciones o bien indirectamente por un cumplir con su responsabilidad, la cual sería de los familiares y de los mismos ancianos, ser conflictivos (los familiares) ya sea por el trabajo o en la familia, o tener vicios; hace que los ancianos sufran serias alteraciones. Sólo en aquellos casos en los que se encuentran rodeados de cariño y comprensión y que estos se hallan preparado para todas arbitrariedades del entorno en donde viven, podemos decir que se ha encontrado una verdadera serenidad y tranquilidad; siendo dignos de admiración y como ejemplo.

#### ENVEJECIMIENTO Y SOCIEDAD

Una de las cosas que se ven afectadas en las relaciones sociales del anciano con las demás personas de su entorno, ya sea grupos familiares que es el principal lugar, siguiendo los grupos laborales, políticos, escolares, deportivos, filantrópicos entre otros,

en donde solían realizar diferentes labores. Hoy en día algunos promocionales televisivos nos muestran la cruda realidad del anciano; éstos tratan de reubicar la posición del anciano en la sociedad y que en las diferentes labores siga participando en la medida en que sus condiciones de salud lo permitan.

Desafortunadamente en nuestra sociedad encontramos una serie de conductas humillantes para con el anciano, que la sociedad alaba y que son los valores individuales los conceptos de productividad, de consumismo, juventud, belleza, de automatización y de vitalidad hacen que el anciano sea rechazado considerándolo inútil e improductivo; a todo esto se suma el abandono familiar, la incomunicación, la falta de participación social, y la baja y escasa calidad de asistencia médica que por o regular se le ofrece a este vulnerable grupo de individuos dando como resultado una mala calidad de vida y de atención hacia ellos.

En la mayoría de los países y principalmente en México se piensa que la discapacidad y al enfermedad son sinónimos de vejez, o que estas van de la mano. Sin embargo no debemos de pensar así; sí es cierto que el envejecimiento es universal, pero la discapacidad no lo es, pero tampoco no es forzosamente irreversible. Además la discapacidad no solamente es de proceso biológico sino que también influyen los factores biológicos, sociales, psicológicos y de conducta. También es cierto que el anciano se enfrenta con más frecuencia a los jóvenes y que estos son más vulnerables a las enfermedades crónicas.

Muchos de los cambios conductuales y sociales que se presentan en el anciano son producto de una etapa relativamente temprana de su vida que posteriormente repercutirá en su vejez, pero esto se puede controlar y modificar, se ha mostrado que es posible retroceder los procesos de discapacitación. Tomando en cuenta que la salud es la riqueza de la vida y un equilibrio en cualquier espera que forman parte del mundo de las personas ancianas y la responsabilidad de este equilibrio es del personal de enfermería, ya que es el encargado de resolver estos desequilibrios en caso de enfermedad en el grado que se adapte al entorno, y ésta deberá de ayudar a desarrollar sus capacidades y potencialidades reconociendo su experiencia, sabiduría y utilidad.

Si la salud es como la riqueza de la vida cotidiana, entonces un desequilibrio en su vida puede provocar que la persona pase de la salud a la enfermedad en el grado e intensidad en el cual la persona perciba su entorno. La enfermera gerontológica debe de tratar de restaurar el desequilibrio del anciano ayudándolo a recuperar su integridad como ser humano.

La sociedad ejerce una gran influencia en el proceso del envejecimiento siguiendo los siguientes factores:

- El ambiente sociocultural y psicológico donde vive el anciano.

- 
- Los cambios que afectan su comportamiento y su autopercepción.
  - La familia y los contactos sociales que la sirven de apoyo.
  - La identificación con grupos étnicos o religiosos que le brindan apoyo social.
  - El efecto del incremento de la población adulta mayor sobre la sociedad.
  - La salud como determinante del bienestar.

Durante la vejez ocurren cambios tanto físicos como psicológicos, estos los afecta de tal manera que al momento de enfrentar las crisis y los cambios en la adultez, estos nos dirán que tipo de vejez alcanzará esa persona.

La capacidad de adaptación del anciano se ve afectada por los cambios sociales, físicos, económicos y laborales, todos éstos factores estresantes dejan huella en los jóvenes y éstos pueden envejecer prematuramente por consecuencias del estrés y las crisis que se tiene habitualmente.

Las condiciones sociales y económicas son las encargadas del deterioro lento o acelerado del envejecimiento. Por lo tanto es menester saber que la sociedad, y, principalmente el familiar que atiende al anciano debe reconocer y aceptar a éste grupo que tienen los mismos derechos y obligaciones como cualquier otro individuo, pero con diferentes necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, económicas y espirituales las cuales deberán ser atendidas de acuerdo a las necesidades y circunstancias.

Algunas, investigaciones realizadas en personas de 65 años y más; han demostrado que no bastan el amor y las buenas intenciones para curar a los ancianos; se necesitan de profesionistas, técnicos y auxiliares capacitados y con conocimientos sobre el proceso de envejecimiento, sus patologías y los cambios que sufren las personas para poder atenderlos eficazmente proporcionándoles una mejor calidad de atención y de vida.

### 2.4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

#### LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR

La promoción de la salud es proporcionar a las comunidades los medios necesarios para mejorar la salud ejerciendo un mayor control sobre la misma. Para así poder alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social; ya que el individuo deberá ser capaz de poder identificar y realizar sus metas y aspiraciones, para poder satisfacer sus necesidades para su adaptación al medio ambiente.

Para tener salud se tienen ciertos requisitos y condiciones como son: la paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, justicia social, entre otros. Todo esto da "una buena salud siendo el mejor recurso para el progreso personal, económico y social dando dimensiones demasiado amplias en la calidad de vida". Este concepto plantea la multifactoriedad de los eventos y los elementos que salen a relucir en la con las consecuencias obligatorias de la situación del país.

---

Todos éstos factores se dicen que son aplicables a todos los individuos sin recriminar ninguna edad. Pero es válido apuntar que los adultos mayores en otras palabras los viejos lo conforman actualmente y los seguirán haciendo por razones demográficas y es uno de los grupos donde se realizaran modificaciones en las políticas y acciones de salud, de esta manera se trata de cumplir el compromiso de "Salud para todos para el año 2000".

### 2.4.1. AUTOCUIDADO

El autocuidado es la aceptación de la responsabilidad personal de su propia salud, hoy en día existe mucha gente que lo practica, sin la ayuda del personal profesional, para autocuidarse se necesita de un poco de entrenamiento para que resulte un estilo de vida saludable, con buenos hábitos y costumbres de salud, nutricionales y de ejercicios sencillos como de relajación, éstos se pueden realizar teniendo el apoyo de nuestra o nuestras familias, amigos vecinos o alguna otra persona que nos estime.

El autocuidado es saber aprender a quererse uno mismo y el poder realizar cambios para que las cosas salgan como uno quiere, entre otros estos cambios debemos de empezar por los antecedentes patológicos y no patológicos de los familiares actuales y pasados, aprendiendo a realizar una pequeña y simple historia clínica, guardando y archivando los datos de laboratorio, aprender a tomarse la presión arterial o chequeos constantes de la misma, entre otros.

"Dentro del autocuidado se encuentran los siguientes principios:

- Convertirse en un especialista de uno mismo, conocer y escuchar nuestro cuerpo; quien mejor que nosotros somos sus dueños.
- Dar a nuestro cuerpo la oportunidad de trabajar bien, cuidandole y proporcionándole las prácticas buenas como el ejercicio y la relajación.
- Llevar un expediente de nuestra vida y de nuestros problemas de salud, no hay que olvidar muchas veces que el pasado puede guiar al futuro.
- No aceptar tratamientos que no conoce, autorrecetarse a tomar medicinas que hicieron bien a otros familiares.
- Usted es el principal jefe de salud, todas las decisiones importantes necesarias, usted las debe de tomar.
- Salud es más que la ausencia de la enfermedad, salud no es sólo no tener dolor, sino un alto nivel de bienestar, satisfacción personal, energía, ánimo por la vida y también de felicidad.
- Salud es un modo de ser, una forma de vivir, una manera de obtener una vida digna<sup>17</sup>.

---

<sup>53</sup>. Gonzalez Aragón J.G.; Manual de Autocuidado y Salud en el Envejecimiento, p.106.



---

Actualmente es indiscutible el rechazo sobre la participación del anciano en los programas de salud del sector público y privado de las cuales se pueden realizar programas de autocuidado para mejorar los conocimientos de salud, control y disminución de factores de riesgo, para la promoción del autocuidado, dando como resultado una producción de ancianos sanos.

Uno de los pilares de la profesión de enfermería es el convencimiento de la capacidad de aprendizaje del ser humano, independientemente de su edad, raza y credo, por lo tanto la capacidad de las personas mayores de edad de ser capaces de incorporar a su vida diaria conductas de salud física, mentales, sociales y espirituales que favorezcan su bienestar, así como el poder abandonar los estilos de vida que pudieran perjudicarlo.

Larry C. Coppard y colaboradores definen autocuidado como "todas aquellas acciones y decisiones que toma un individuo para prevenir, diagnosticar y tratar su situación personal de enfermedad; todas las acciones individuales dirigidas a mantener y mejorar su salud; y las decisiones referidas a usar tanto los sistemas de apoyo informal, como los de apoyo formal que son los médicos"<sup>18</sup>.

En la mayoría de las personas ancianas se tiene la capacidad física y mental para realizar adecuadamente algunas sino es que todas las actividades de autocuidado y enseñar éstas habilidades a otras personas; ya que éstas en su mayoría son aprendidas con el transcurso del tiempo dejan de éstas experiencias a los ancianos y resolviendo de esta manera las situaciones que puedan afectar su salud y la de los demás individuos y principalmente la de sus seres queridos.

El autocuidado no sólo es llevado a cabo por los profesionales de la salud si no que también es llevado o involucra a los ancianos, a sus familias, a los vecinos, a los grupos de voluntarios y a la comunidad en general. Cabe señalar, que el autocuidado no sólo significa el cuidado de la salud física y mental, sino que también abarca todas las esferas de la vida que forman la escala de necesidades básicas del hombre. Por lo tanto los adultos mayores poseen el potencial para convertirse en sus propios agentes de autocuidado. El autocuidado convierte al anciano en el motor de su propio bienestar y con el apoyo familiar y la participación de los recursos de la comunidad, podrán encontrar las soluciones de la mayoría de sus problemas. Y así la comunidad debe de tomar parte de activa de la promoción de la autosuficiencia, con el fin de reducir la situación de dependencia del anciano.

### 2.4.2. IMPORTANCIA DEL EJERCICIO

Si los beneficios de la actividad física son cada vez más aceptados para la población

---

<sup>18</sup>. Azola Pérez Elías, *Enfermería Gerontológica: Concepto para la Práctica*, p.27.

---

en general, aparece todavía más evidente en la población de la tercera edad.

Dentro de una comparación burda, se puede decir que el cuerpo humano es como una máquina que si no se utiliza ni se engrasa, con el paso del tiempo se va estropeando y oxidando, por lo tanto es más difícil moverse, terminando éste por deteriorarse.

Es indiscutible que el funcionamiento del cuerpo humano, se avería por falta de uso; por eso es necesario moverlo y engrasarlo para que no se oxide. Si nos limitamos a que el movimiento del organismo solamente sea el cotidiano, nosotros sólo lo vamos atrofiando y por lo tanto se van a ir limitando todos los movimientos. Si la actividad física es adecuada, entonces se le dará a las articulaciones la capacidad de movimiento que merece, se reforzarán los músculos y ligamentos y éstos aumentarán la capacidad de oxigenación de los pulmones, por lo tanto la circulación sanguínea tendrá un mejor retorno, con esto se ayudará al retardo de la fatiga del anciano si se realizan los movimientos adecuados y aptos para este grupo de personas, en otras palabras si las personas mayores de sesenta años y más realizan actividades físicas alargarán su vida. Por lo tanto hay que considerar la importancia de la actividad física a cierta edad en la cual ciertas funciones empiezan a declinar y necesitan de mantenimiento para poder seguir funcionando como por ejemplo: el sistema nervioso, muscular, óseo-muscular, etc.

En cualquier momento de la vida se puede practicar deporte, es falsa la idea de que a cierta edad no se puede practicar, por lo grande(viejo) que el ser humano se hace , y sólo se debe de realizar la actividad adecuada a cada edad.

Desde hace algunos años, se están llevando a cabo campañas encaminadas a realizar ejercicios y que se puedan ver los beneficios del mismo. Un aspecto muy importante que se debe de tomar en cuenta es el tiempo del que disponen los ancianos ya que al aumentar su tiempo libre aumenta el tiempo de ocio, por lo tanto se sugiere que ese tiempo se llene o se complemente con actividades beneficiosas y saludables y aún es más recomendable cuando el individuo llega a su jubilación.

### ¿PARA QUÉ HACER ACTIVIDAD FÍSICA?

La mayoría de las personas quieren vivir mucho, pero no quieren llegar a viejos, pero al llegar a ésta edad existen modificaciones por las cuales poco de éstas personas están preparadas, ya que en su mayoría, en la etapa del adulto maduro solamente se dedicaron al trabajo olvidándose del ejercicio, tendiendo así a provocar deficiencias en el organismo, esto se puede evitar si desde la infancia se hayan realizado algún tipo de ejercicio y que sirven para:

- Prevenir
- Dar mantenimiento
- Rehabilitar
- Recrearnos

## II MARCO DE REFERENCIA

Y al juntar estas actividades podrán prevenir problemas crónico degenerativos como los del corazón; ya que al realizar el ejercicio se le brindará mantenimiento al organismo, y por tanto ayuda a la rehabilitación en alguna enfermedad o padecimiento, también el realizar actividades físicas se tornan divertidas y recrean al individuo.

Dentro del rubro de la prevención se tiene que las actividades físicas ayudan en los problemas y deficiencias físicos y psíquicos; siempre y cuando se realicen periódicamente y se puedan adaptar a las posibilidades de cada persona. Con la actividad física no se pretende retardar el envejecimiento sino a prevenir posibles problemas que se produzcan en ésta etapa. Las investigaciones indican que el ejercicio puede por lo menos retardar algunas de las modificaciones atribuidas al proceso de envejecimiento. Como se mencionó en renglones anteriores, se recomienda que el ejercicio se realice lo más pronto posible, mientras más temprano se empieza, mayores serán los beneficios preventivos en la tercera edad.

**Mantenimiento:** Es el hecho de que los ancianos realicen actividades físicas, en la medida que puedan mantener estable y en óptimas condiciones su estado psíquico y físico. Esto es con el fin de que el anciano se sienta bien física y mentalmente, al realizar sus ejercicios fuera del hogar también hará y conformará sus relaciones sociales manteniendo su autoestima en alto al saber que les útil a su comunidad y a él mismo.

“La práctica de actividades físicas ayuda a:

- Mantener la forma, las cualidades y las capacidades físicas en óptimas condiciones.
- Mantener la autonomía física y psíquica y la capacidad de funcionar sin ayuda de otra persona.
- Mantener en lo posible la memoria, la capacidad de atención y retención.
- Mantener la movilidad del aparato locomotor: Huesos, músculos, ligamentos y tendones.
- Mantener las funciones orgánicas en óptimas condiciones.
- Para ayudar a envejecer en mejores óptimas condiciones físicas y psíquicas evitando en lo posible la toma de medicamentos adicionales.
- Ayudar a mantener activas nuestras capacidades intelectuales”<sup>19</sup>.

**Rehabilitación:** Este concepto se toma generalmente cuando una persona ha tenido alguna complicación física y que va unida a una terapia continua de movimientos adecuada a cada complicación; al conjunto de todo esto se le llama rehabilitación.

Uno de los objetivos del ejercicio físico es quedar como ejercicio terapéutico que queda en manos de especialistas como médicos, fisioterapeutas y profesionales de educación

---

<sup>19</sup>.Pont Geis, Pilar, Tercera Edad. Actividad Física y Salud, p.64.

## II MARCO DE REFERENCIA

a la salud incluyendo la enfermería. Todos estos elaboran programas de actividades físicas específicos para cada persona, teniendo en cuenta su estado físico y mental de cada individuo que lo requiere.

Una actividad física adecuada y controlada, puede tener un claro valor terapéutico como ejemplo de ellos tenemos: La rehabilitación de patologías como osteoarticulares, neurológicas ,cardiovasculares entre otras, dando como resultado grandes beneficios a los ancianos.

El objetivo principal en la rehabilitación es el de llevar un proceso integral.

Los aspectos de la rehabilitación para el envejecimiento son los siguientes:

- Para recuperarse después de un estado de fatiga.
- Para recuperarse después de una enfermedad.
- Para recuperarse después de una época de inactividad.
- Para recuperarse después de una lesión y/o de un accidente.
- Para recuperar la autonomía física y psíquica(dependiendo siempre del grado de no-autonomía a que se haya llegado).
- Para solucionar problemas del envejecimiento.
- Para solucionar problemas cardiovasculares, circulatorios, asmáticos ,reumáticos ,problemas musculares.
- Para recuperar problemas surgidos de las malas condiciones de trabajo.

Recreación: Todas aquellas actividades se les dice que son recreativas con el fin de pasarlo bien y divertirse tienen como finalidad ocupar el tiempo libre y se pueden hacer sin técnicas ni regla y nos da la posibilidad de utilizar espacios y materiales no convencionales.

Las reglas para llevar una práctica recreativa son las siguientes:

- Para llenar el tiempo libre con actividades de ocio.
- Para sentirse integrado a un grupo social.
- Para pasarlo bien y divertirse, etc.
- Porque resulta gratificante este tipo de actividades.

La mayoría de las actividades físicas se pueden realizar: en espacios cubiertos y/o espacios descubiertos(aire libre).

En resumen el ejercicio asume muchas formas, desde el ánimo de las actividades de la vida diaria hasta clases formales.

En muchas regiones se dan hoy en día clases sobre las técnicas de ejercicios para ancianos. Puede planearse para conservar la movilidad articular y el envejecimiento normal. Es esencial compartir el punto de vista de la actividad del grupo organizado.

Algunas actitudes hacia el ejercicio en grupo son las siguientes:

- El ejercicio es divertido.
- Se crea una situación social y se alienta la interacción. El ejercicio se puede hacer sentado, acostado o en cama.
- Cada persona compite sólo consigo mismo.
- Pueden usarse utensilios como ligas, pelotas y varas como juguetes para adultos.
- Haga sólo lo que usted piense que puede hacer.
- Practique por lo menos tres veces a la semana.
- Repita el ejercicio sólo cuatro veces.
- Todo mundo puede inventar un ejercicio.

Los objetivos del ejercicio son psicológicos y fisiológicos que fortalecen y aumentan el tono muscular, mejoran el arco de movimiento o flexibilidad, alivia el aburrimiento y reduce el aislamiento social.

Algunos movimientos que pueden enseñarse son los siguientes:

1. Levantamiento: Movimiento en contra de la gravedad.
2. Oscilaciones: Movimientos en vaivén que se originan en una articulación grande.
3. Torsiones: Movimientos de volvimientos o giratorios.
4. Estiramientos: Movimiento que producen tracción.
5. Círculos: Movimiento giratorio pleno.

### TIPOS DE EJERCICIO

1. *Ejercicios isotónicos*: Sirven para dar fuerza, ayuda a mantener la condición muscular y previene los problemas articulares.
2. *Ejercicios isométricos o de flexibilidad*: Ayuda a mantener el movimiento; con la edad los músculos pierden elasticidad y las articulaciones se endurecen, este tipo de ejercicios tratan de retardar o reinvertir el proceso evitando así el desarrollo de artrosis y permitiendo al organismo moverse libremente en todas direcciones.
3. *Ejercicios aeróbicos*: Este tipo de ejercicios sirven para fortalecer el sistema circulatorio y respiratorio. Los ejercicios típicos son: caminar, andar bailar trotar y andar en bicicleta.
4. *Gimnasia*: Son los movimientos que sirven para dar elasticidad a cuerpo.

## 2.5. SALUD MENTAL

### 2.5.1. MANEJO DE TERAPIA DE RESOCIALIZACIÓN

Concepto de Resocialización: Es el proceso que reconstruye las relaciones sociales del individuo que estuvieron rotas por muchos años de los roles establecidos por la sociedad como: marido o mujer, madre o trabajador, padre e hijo, etc. Y conforme el tiempo pasa éstos roles van cambiando, obligando al individuo a aprender o cambiar las obligaciones y los derechos de los nuevos roles como son: abuelo, abuela, viudo, viuda divorciado, divorciada, dejado, dejada etc.

---

La adaptación social del anciano empieza en la reducción de actividades o de la capacidad y el tiempo que realiza sus actividades esto pasa con las personas que viven en zonas rurales; a este grupo de personas con el paso del tiempo al realizar sus actividades en el campo, empiezan a notar que su rendimiento y su productividad por día es menor que cuando eran jóvenes, pero ellos siguen laborando hasta su muerte, sin preocuparse de sus limitantes. En cambio el individuo de la zona urbana al llegar al término de su trabajo (jubilación) sus actividades se reducen, y como consecuencia no saben que hacer con ese tiempo. Para evitar ese problema se trata de buscar o de darle una solución, orientándolo a que se anime para que realice otra actividad que le llame más la atención como puede ser: tomar alguna clase de danza, como danzón, mambo, tango, y otras actividades más.

El envejecimiento como proceso biológico también se concibe como proceso social, ya que ésta es la que predispone el promedio de años de vida y la calidad de vida de este grupo.

La concepción del envejecimiento como proceso social admite diversos enfoques. Entre ellos se encuentra el enfoque sociológico destacando el estudio de la sociedad, la cual permite al anciano diferentes oportunidades de realizar diferentes actividades en la sociedad. La socialización comienza desde el momento de nacer hasta la muerte. Por lo tanto la socialización no es solamente un proceso del niño o del adolescente sino que jala con todas las etapas de la vida y principalmente la del anciano, ya que éste sufre cambios, posiciones o roles sociales dentro de la propia familia y de la sociedad y por lo tanto existen diversos factores que influyen en la pérdida de la socialización del anciano como son:

*El Aislamiento:* que es el estado o situación de desvinculación de la sociedad y que tiende a la soledad o el retraimiento de algunos ancianos.

*El Abandono Familiar.* Es el constante movimiento y las diferentes actividades que tiene cada uno de los integrantes de una familia urbana, y dejando en segundo término la convivencia familiar. Otro de los grandes problemas que son frecuentes es la *Barrera Arquitectónica*; que son los conjuntos de zonas departamentales que son espacios pequeños y en donde viven por lo regular en los últimos pisos. Impidiendo de ésta manera la convivencia del anciano con sus amigos o con el entorno que los rodea, causandoles un cierto aislamiento.

*La Depresión:* Es el resultado de la soledad de un anciano viudo o de la muerte de alguna persona ayegada que estimaba o con algún otro problema.

*La Discapacidad Física:* Es otro de los factores determinantes para que el anciano no conviva con la sociedad.

*El Factor Económicos* de gran importancia ya que sin éste no se puede trasladar de un lugar a otro y apenas si les alcanza para sobrevivir. Por otro lado si el anciano no se acepta tal y como es, al ver que se está deteriorando, su autoestima empieza a decaer provocando el aislamiento y esto se debe por la *Falta de Aceptación de su Edad*.

*La Jubilación* es un factor que trae consigo muchas consecuencias como la pérdida del

trabajo o actividades acostumbradas a realizar en un día laboral y trae como consecuencia la pérdida de compañeros de equipo de trabajo, entre otras cosas más. También se tiene la Pérdida Gradual de los Sentidos: las pérdidas juegan un papel importante en el anciano ya que pierde comunicación con la sociedad; por la disminución paulatina del oído, vista, olfato se atrofian; el gusto y el tacto disminuyen, y esto hace que los ancianos se aislen y se empiezan a sentirse solos, (soledad).

Para tratar de que la vida del anciano sea digna es necesario saber que existe la resocialización y saber la función de ésta como es:

- a) Estimular al anciano en lo biológico, psicológico, social y espiritual, para estimular al anciano es necesario que se relacione, con amigos, parientes, vecinos y demás miembros de la comunidad en donde vive, relacionándose también con diferentes personas, para así tener intercambios de ideas y experiencias, para que así el anciano se sienta y tenga una mejor calidad de vida.
- b) Elevar la autoestima: Esta aumenta o disminuye con el paso del tiempo. Para poder aumentar su autoestima es necesario reconocer su capacidad física y psíquica y también aceptar decisiones, consejos, explicaciones, comentarios y sugerencias como también su experiencia al aceptar todo esto uno aprende a escuchar y comprender su forma de vida y de pensar.
- c) Mantenimiento de la capacidad psicomotora en buen estado general y funcional. Esto se refiere a que el anciano sea capaz de adaptarse y de autocuidarse, para que el no se sienta inútil, para evitar esto se le recomienda realizar actividades físicas, intelectuales y espirituales. El tipo de actividad dependerá de la edad, y de su condición física.

Para resocializar al anciano existen diferentes tipos de actividades como:

- Actividades Físicas y Manuales.
- Actividades Sensoriales.
- Actividades Psíquicas.
- Actividades Sociales.
- Actividades Recreativas.
- Actividades Deportivas.
- Actividades Educativas y Culturales.
- Actividades Ecológicas.
- Actividades de Servicio Social Comunitario Voluntario.
- Actividades Espirituales y Religiosas.

### 2.5.2. ORIENTACIÓN A LA REALIDAD

Orientación a la Realidad: Es el proceso en el cual el individuo se sitúa en sus tres esferas(tiempo, espacio y persona).

El objetivo de este método es mantener en contacto a la persona con el medio en que lo rodea y su triste realidad; vasandose éstas en:

- 1) *Orientación Básica e Informal de la Realidad*: Le informa al anciano que todavía es útil y que hace falta en esta vida.
- 2) *Orientación Intensiva de la Realidad*: Este método le hace ver al anciano que todavía es útil y a cada rato se le menciona y saca al anciano de su aislamiento acercándolo más a su realidad.
- 3) *Terapia de Actividades*: Se encarga de volver a la realidad al anciano diciéndole que es útil y mostrándole sus capacidades físicas e intelectuales.

La enfermera geronto geriátrica debe de ser capaz de distinguir y detectar si un anciano presenta signos de demencia y/o depresión, y debe de poder ayudarlos para que salgan adelante.

### 2.5.3.FUNCIÓN SENSORIAL EN EL ADULTO MAYOR

El envejecimiento es un proceso dinámico progresivo e irreversible en el que intervienen diversos factores biopsicosociales. Uno de los efectos del envejecimiento se encuentra en el sistema nervioso central en donde se empiezan a perder neuronas y se sabe que éstas no son regenerables (reparables) ocasionando que los impulsos nerviosos hacia y desde el cerebro se vayan disminuyendo. Por lo tanto la velocidad de conducción disminuye y los movimientos motores voluntarios son más lentos y se incrementa el tiempo para los músculos esqueléticos. Los reflejos profundos pueden disminuir y los superficiales pueden o no estar ausentes.

Todos estos cambios a nivel cerebral interfieren de una manera determinante en la función sensitiva, alterando la vista, el oído, el gusto, el olfato y el tacto.

La disminución de la capacidad sensorial predispone a los ancianos a situaciones de alto riesgo, desde cosas tan triviales como una desadaptación del medio ambiente hasta alteraciones mentales manifestados por cambios de comportamiento y de personalidad; dado que se presenta una frustración al desarrollar las actividades cotidianas en este grupo de edad ya que su capacidad física y psíquica van decayendo.

Para poder comprender estas actitudes se repasarán los pares craneales y el funcionamiento sensorial.

Los pares craneales son doce y se originan en el encéfalo a partir de los núcleos de sustancia gris que existe en los lóbulos y en las protuberancias y terminan en órganos distintos. Se designan por un nombre propio y por un número romano. Por su función se divide en tres grandes grupos: sensorial, motor y mixto.

Nervios sensoriales o aferentes: llevan la corriente nerviosa a los centros coordinadores.

I. El nervio olfativo que recoge y recibe la sensación olfatoria.

II. Nervio óptico recoge y recibe las impresiones visuales.

VIII. Nervio auditivo capta y transmite las impresiones sonoras.



**Nervios motores:** son los que transmiten las órdenes de los centros coordinadores a los órganos efectores.

III. Nervio motor ocular común que estimula el movimiento de varios músculos de la órbita ocular.

IV. Nervio patético es el que estimula el movimiento del músculo oblicuo mayor del ojo.

VI. Nervio motor ocular externo es el que estimula el movimiento del músculo externo del ojo.

XI. Nervio espinal es el que gobierna el movimiento del velo del paladar, la laringe y la faringe, interviene también para dar movimiento al músculo esternocleidomastoideo.

XII. Nervio hipogloso mayor es el que controla los movimientos de los músculos de la lengua.

**Nervios mixtos:** son los que tienen raíces sensitivas y motores.

V. Nervio trigémino tiene relación con la sensibilidad de las fosas nasales y de las órbitas oculares, controla el movimiento de los músculos masticadores.

VII. Nervio facial tiene relación con la sensibilidad de la mucosa de la lengua, y las glándulas submaxilar y sublinguales, así como la del oído. Su porción motora gobierna el movimiento de los músculos cutáneos de la cabeza y del cuello.

IX. Nervio glossofaríngeo capta los estímulos de la mucosa de la faringe y el tercio posterior del dorso de la lengua, recoge por tanto, las sensaciones gustativas y sus fibras motoras tienen relación con el movimiento de la faringe y parte del velo del paladar.

X. Nervio neumogástrico es el que se extiende hasta el abdomen y sus ramas van a las vísceras intestinales y a los pulmones.

### 2.5.3.1. VALORACIÓN DE LOS PARES CRANEALES.

*Primer par.* identificar olores.

*Segundo par.* valoración con carta Sneller o un periódico y valorar campos visuales.

*Tercero, cuarto y sexto par.* se valora con movimientos oculares, con la ayuda de una lámpara, observando cualquier desviación. Debe investigarse la acomodación y los reflejos directos y consensual ante la luz.

*Quinto par.* para su valoración se le pide al paciente que cierre los ojos, haciéndole pasar por el rostro cosas suaves y ásperas. Tocando después a la córnea suavemente con un algodón; también se le pide que realice fuerza en la mandíbula, mientras se palpan los músculos temporales y los maseteros bilaterales. Se le introduce una abatelenguas en la cavidad oral del paciente para que éste la muerda y así comprobar la fuerza del maxilar.

*Séptimo par.* para valorar, se pide al paciente que sonría y que muestre los dientes así como inflar las mejillas; se le pide también que identifique diversos sabores.

*Octavo par.* este par se evalúa con las pruebas de Weber y de Rinneo Schawabach.

Solicite que un audiólogo realice pruebas calóricas para poder evaluar la porción vestibular.

*Noveno y décimo par.* el noveno controla la deglución y brinda sensibilidad a la mucosa faríngea, también se encarga de percibir los sabores el tercio posterior de la lengua y de

la salivación. El décimo par es el vago o el neumogástrico, que brinda sensibilidad a la mucuosa faringe al paladar blando, a las amígdalas y a vísceras torácicas y abdominales. Para elaborar, se identifican sabores en la base de la lengua, posteriormente se revisa el paladar blando tocando a éste con un hisopo para provocar el reflejo palatino. Para provocar el reflejo nauseoso, se estimula la faringe con abatelenguas.

*Décimo primer par.* para valorar se le pide al paciente que extienda los brazos al frente.  
*Décimo segundo par.* para valorar se le pide al paciente que muestre la lengua y que la mueva a todas direcciones y que realice fuerza en el abatelenguas.

### 2.5.3.2. PRINCIPALES PROBLEMAS FUNCIONALES QUE PRESENTAN LOS ÓRGANOS SENSITIVOS EN EL ANCIANO.

#### Ojo

- Agudeza visual disminuye con la edad.
- El principal cambio fisiológico en el envejecimiento, es el cambio progresivo en El punto cercano de acomodación.
- El cristalino se vuelve más rígido (a los 45 años) y el músculo ciliar del iris se Hace más débil, por lo tanto, se forman cataratas.

#### Oído, nariz y boca

- Se degeneran las células ciliadas del órgano de Corti (50 años y más).
- Se atrofia la red capilar que secreta endolinfa que promueve la sensibilidad de de las células ciliadas de la cóclea.
- Se pueden encontrar depósitos excesivos de células óseas a lo largo de la Cadena de huesecillos como provocando la fijación del estribo en la ventana oval.
- La membrana del tímpano se hace más translúcida y esclerótica.
- Se agranda la nariz y el pabellón auricular por la formación de cartílago.
- El tejido gingival es menos elástico y más vulnerable a los traumatismos y la lengua sufre fisuras. El anciano puede ver alterada la función motora de su lengua y que conlleva a problemas de deglución.
- La audición se va perdiendo conforme pasa la edad.

#### Tacto

- La sensibilidad y el sentido de ubicación a menudo se altera en el anciano y requiere de estímulos mayores para detectar sensaciones.
- Los reflejos se vuelven más lentos y en algunas personas se observa la ausencia o dificultad para provocar los reflejos aquiliano y plantar, y también pueden desaparecer los reflejos superficiales.

### 2.5.4. ESTIMULACIÓN DE LA MEMORIA

Memoria es la facultad psíquica de reproducir ideas o impresiones pasadas. No es un simple depósito para guardar información, es un sistema de trabajo y comunicación, a través de ésta podemos: fijar, conservar, reproducir, reconocer y localizar estados de

conciencia.

Uno de los cambios manifestados en la cognición durante la senectud es la disminución del rendimiento físico y mental. Para frenarlo un poco se debe de reforzar y estimular la memoria del anciano, ya que la mayoría piensa que ea perder la memoria, ya no van a realizar sus actividades porque piensan que dependerán de sus familiares y amigos. Por esto y muchas razones más es importante estimular y reforzar la memoria del anciano mediante la “estimulación de la Memoria” para que pueda ejercer un mejor control en su vida.

### 2.5.5. REMINISCENCIA

Reminiscencia en la vejez: Es una actividad mental que actúa bajo control del yo y varía según la estructura de personalidad; sus hábitos de pensar en sus propias experiencias pasadas o relatadas en especial las que se consideran más particularmente significativas.

La participación de enfermería dentro de la reminiscencia es:

1) Saber escuchar; cuando el anciano está recordando, no se debe interrumpir su relato sino que al contrario hay que animarlo a que continúe con su platica, ya para él es un momento de suma importancia al revivir los recuerdos.

-Una fecha; como el aniversario de bodas, cumpleaños, entrega de un diploma, una medalla, cuando logró pasar la frontera o el nacimiento de su primer hijo o del último.

- Un viaje; irse de aventón de un lugar a otro o el lugar de su primer intimidad.

-Una fragancia; el perfume delicado de su novia o la colonia de su pretendiente, el aroma de el guisado preferido, el tabaco de su preferencia , el aroma del café que más le agrada, etc.

- Un amanecer o atardecer; en compañía de algún ser querido, etc.

-Una melodía, un vals, un danzón, etc.

2) Reintegrarlos a la sociedad como personas cronistas de su experiencia y participadoras de ésta.

3) Si va a ingresar a algún centro hospitalario se le debe de permitir que traiga consigo algún objeto personal que le traigan recuerdos agradables.

4) De la manera más atenta se le pide de favor que se observe en un espejo y que describa lo que observa y como es.

5) Planear reuniones para que conviva con parientes y amigos y que pueda recordar momentos agradables de su pasado.

6) Elevar su autoestima, ayudandole a contribuir de manera significativa con la sociedad, ya que las reminiscencias sirven de eslabón entre el pasado y el presente.

Las técnicas de reminiscencia en el anciano son las siguientes:

1) Identificar las necesidades de la reminiscencia en el anciano.

- 2) Proporcionarle un ambiente agradable al anciano.
- 3) Explicarle al anciano lo que se va a hacer.
- 4) Establecer el diálogo enfermera-anciano.
- 5) Estimular al anciano a través del contacto físico.
- 6) Dedicarle toda nuestra atención al anciano de lo que está comentando.
- 7) Una vez teniendo la confianza del anciano se procede a:
  - a) Estimular al anciano a que recuerde cosas del pasado, y tratando que sean cosas agradables para elevar su autoestima.
  - b) Hacer de este recordatorio una terapia recreativa.
  - c) Proporcionarle al anciano alguno de sus objetos personales que le ayuden en la reminiscencia como: álbumes fotográficos, juguetes, libros, etc.
  - d) Animarlo a que comente lo sentido, sobre los objetos anteriores.
- e) Orientarlo y ubicarlo en la realidad.  
Esta técnica se llevará a cabo por sesiones.

La oportunidad para que viva largo tiempo dependerá de :

- a) Prestar atención a la historia familiar.
- b) Llevar una dieta balanceada.
- c) Mantener un récord de ejercicio.
- d) Dar o mantener un estilo de vida saludable, al beber o fumar hacerlo con moderación.
- e) Proporcionar un descanso y por consiguiente un relajamiento, mantener en el hogar un ambiente estable y seguro y no perder las actividades de recreación que incluyan la risa y la diversión.
- f) Vivir con actitudes correctas, ser positivo.
- g) Tomar nutrientes como complemento vitamínicos.

Para ayudar al paciente con terapias de reminiscencia se debe de: seleccionar un lugar con ambiente tranquilo; Sentarse donde la luz le ilumine la cara para que pueda leerle los labios; Utilizar ampliamente el contacto físico; calcular el grado de visión y audición del paciente; hablar despacio en voz baja y pronunciar claramente las palabras; escriba las instrucciones usando papel blanco o pluma; no apresurarlo y darle tiempo al paciente para que comprenda y entienda lo que se le pregunta para una buena contestación.

Los grupos de terapia tiene como finalidad establecer mejores relaciones de interrelación, estimulando así la memoria, para que recuerde los momentos más significativos de su pasado, y estableciendo así los vínculos por el cual las relaciones humanas son desarrolladas y mantenidas, para que tengan una vida digna y una mejor calidad de atención por parte de familiares y amigos dentro de su comunidad.

### III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

#### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Dentro del total de la población se tiene un grupo que es el de la tercera edad; en México la gran mayoría tiende al rechazo de los ancianos debido a que se consideran personas inútiles y estorbosas, por lo tanto todas estas personas terminan recluidas en asilos o peor aún como un objeto en la casa de algún familiar.

Entre las razones de rechazo y la aceptación del anciano, es la mayoría de estas personas y debido a su edad se les crea mal carácter por la declinación de cambios fisiológicos y psíquicos que se tiene al llegar a esta edad, otro factor es la sociedad en la que estamos ya que cada vez va rechazando a éstos siendo que ellos con sus experiencias no sean tomados en cuenta dentro de su entorno social en que están y son desplazados por los jóvenes que se dice que son fuertes y llenos de vida ya que en las zonas urbanas se necesita éste tipo de personas y esto es por la tecnología tan avanzada que hoy en día existe y por lo tanto no se requiere de la contribución de las personas de edad avanzada.

Se debe contemplar el hecho de personas de edad avanzada que requieran algún cuidado especial el cual requieran de la asistencia de servicios médicos, así como terapias ocupacionales, terapias recreativas, terapias físicas, etc. Que se puedan llevar a cabo en el hogar con ayuda de familiares y personal de salud capacitado.

Otro de los factores es el abandono del familiar hacia el anciano dentro el núcleo familiar, el cual se considera como alguien que no existe, y por lo tanto no se le toma en cuenta aquí y en los demás puntos tratados.

Para mejorar el trato de este grupo de personas es necesario que el personal de enfermería esté capacitado para una digna atención al paciente (cliente) geriátrico y no nada más a las personas de sesenta años y más sino que también a los familiares, amigos, vecinos o conocidos que conviven con el anciano, proporcionándoles información adecuada para cada tipo y situación de la persona, ya que cada caso es distinto y este requiere de atenciones específicas para una buena y mejor calidad de vida y de atención.

#### III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuáles son los factores que determinan la calidad del trato y atención al anciano, en la familia, que son susceptibles de modificar por la intervención de enfermería.

### III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

#### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Dentro del total de la población se tiene un grupo que es el de la tercera edad; en México la gran mayoría tiende al rechazo de los ancianos debido a que se consideran personas inútiles y estorbosas, por lo tanto todas estas personas terminan recluidas en asilos o peor aún como un objeto en la casa de algún familiar.

Entre las razones de rechazo y la aceptación del anciano, es la mayoría de estas personas y debido a su edad se les crea mal carácter por la declinación de cambios fisiológicos y psíquicos que se tiene al llegar a esta edad, otro factor es la sociedad en la que estamos ya que cada vez va rechazando a éstos siendo que ellos con sus experiencias no sean tomados en cuenta dentro de su entorno social en que están y son desplazados por los jóvenes que se dice que son fuertes y llenos de vida ya que en las zonas urbanas se necesita éste tipo de personas y esto es por la tecnología tan avanzada que hoy en día existe y por lo tanto no se requiere de la contribución de las personas de edad avanzada.

Se debe contemplar el hecho de personas de edad avanzada que requieran algún cuidado especial el cual requieran de la asistencia de servicios médicos, así como terapias ocupacionales, terapias recreativas, terapias físicas, etc. Que se puedan llevar a cabo en el hogar con ayuda de familiares y personal de salud capacitado.

Otro de los factores es el abandono del familiar hacia el anciano dentro el núcleo familiar, el cual se considera como alguien que no existe, y por lo tanto no se le toma en cuenta aquí y en los demás puntos tratados.

Para mejorar el trato de este grupo de personas es necesario que el personal de enfermería esté capacitado para una digna atención al paciente (cliente) geriátrico y no nada más a las personas de sesenta años y más sino que también a los familiares, amigos, vecinos o conocidos que conviven con el anciano, proporcionándoles información adecuada para cada tipo y situación de la persona, ya que cada caso es distinto y este requiere de atenciones específicas para una buena y mejor calidad de vida y de atención.

#### III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuáles son los factores que determinan la calidad del trato y atención al anciano, en la familia, que son susceptibles de modificar por la intervención de enfermería.

### IV JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo pretende estudiar la problemática familiar al tener un anciano en casa y el trato de este dentro del núcleo familiar, ya que México ha sufrido muchos cambios sociales, culturales, políticos, económicos y morales en el transcurso de los años.

En la época prehispánica el anciano, no implicaba necesariamente un estado de decrepitud, pérdida de las facultades por efecto de la edad, ya que el promedio de vida era de 52 años en adelante. A estas personas se les reconocían varios atributos, primeramente por su larga experiencia que se les descubre donde se encontraba la raíz de su sabiduría. Permitiéndole dar consejos, amonestar en el seno familiar, etc. En nuestros días se han ido perdiendo todos éstos atributos que se les daba a los ancianos, perdiéndoles el respeto, principalmente las nuevas generaciones; ya que estos son los que dan el nuevo trato directo a los ancianos generalmente.

En México podemos hacer notar diferencias entre la población rural y urbana, ya que en este último se tiene un menor porcentaje de personas envejecidas que laboran mientras que en el campo el porcentaje es elevado.

Una explicación de este fenómeno es la naturaleza del trabajo y de el retiro en uno y otro medio. Mientras que en el campo, las labores continúan en donde el tiempo cambia la intensidad de la actividad laboral conforme la edad avanza, sin contar con esquemas de seguridad social, que recaiga en una pensión sustituta de ingreso. Esto no sucede para los ancianos urbanos; por otro lado el retiro es un evento, que tiene una fecha un tiempo establecido de finalizar su trabajo laboral y por lo tanto viene la jubilación. Esto implica que el anciano en zonas urbanas al llegar la jubilación se encuentra en el dilema del ¿Qué haré más adelante o qué voy hacer?, existiendo la preocupación por su situación financiera. Encontrándose obligado el anciano en ir con algún familiar porque su pensión no le alcanza. Ahí es donde está la responsabilidad familiar. Por otro lado estas familias tienen múltiples ocupaciones abandonando así al anciano, relevando esta responsabilidad al adolescente.

Por ello es necesario empezar a orientar a estas familias para que puedan atender y entender al anciano, procurando mantener una buena calidad de vida para con ellos.

Es necesario orientar a los familiares que tienen un anciano en casa para que lo puedan atender adecuadamente, procurando mantener una mejor calidad de vida para

#### IV JUSTIFICACIÓN

con ellos. Por estas razones y otras tantas es bueno que el personal de enfermería aborde los problemas que aquejan al anciano; por una simple razón de ser, ya que el personal de enfermería tiene la capacidad y el conocimiento para la atención de éste grupo de personas a nivel familiar (comunitario); siendo capaz de realizar diversos programas a nivel comunitario regional y/o nacional; y no nada más programas sino que también está capacitada para realizar investigación para el beneficio de la población anciana del territorio nacional y porqué no internacional.



**V OBJETIVO GENERAL**

-Diseñar un programa de atención dirigido a mejorar la calidad de vida del anciano dentro del ámbito familiar, basado en la intervención de enfermería, como estrategia en la mayoría de las relaciones interpersonales y con ello favorecer la solución de problemas.

**OBJETIVOS**

- Orientar al familiar que convive con el anciano para un trato digno hacia ellos.
- Brindar información a los familiares y a los ancianos para que se puedan relacionar entre sí, llevando una vida placentera por ambas partes.
- Interactuar con ambas partes para que el personal de enfermería pueda coadyuvar a la solución de algunos problemas por medio de una adecuada orientación al familiar encargado del anciano.

## VI METODOLOGÍA

Para la selección del Universo de Trabajo me llevó a la tarea de investigar la ubicación de los club's de la tercera edad dentro de la delegación de Coyoacán, buscando uno que fuese accesible para la intervención ; de esta forma, se contempló su ubicación, accesibilidad de transporte y cercanía de éste; el seleccionado fue el Deportivo Huayamilpas, que es uno de los club's que cubre con los requisitos ya mencionados.

Para obtener el permiso de trabajar el programa en dicha comunidad fue necesario entrevistarme con la Sra Psicóloga C. M. Cruz Hernández y la Srta. Lic en Trabajo Social Adriana Almaraz que son las coordinadoras de los club's de la tercera edad de la Delegación de Coyoacán; sus oficinas están ubicadas en Pacífico # 181 "Centro de Trabajo Anamaría Hernández" quienes me pidieron tramitar un afasia por parte del departamento de Servicio Social de la ENEO - UNAM dirigido a la Sra Olga Contreras Rangel Subdelegada de Desarrollo Social de la Delegación de Coyoacán, con el fin de poder implementar y evaluar el programa propuesto.

Ya hecha la entrevista y entregado los documentos oficiales; y aceptada la propuesta se prosiguió a la coordinación de actividades con las autoridades de la Delegación de Coyoacán y de la Casa de la Tercera Edad del Deportivo Huayamilpas; informando las actividades a realizar.

Se tomó como universo de trabajo a 42 ancianos que asisten a la casa de la Tercera Edad del Deportivo Huayamilpas.

De ellos se seleccionó una muestra bajo el criterio de aceptación de trabajo familiar, cercanía domiciliaria al centro Huayamilpas y disposición al trabajo con la enfermera responsable del programa la muestra fue de 5 familias .

### *Limites*

Tiempo - Junio 97 a Enero de 1998..

Lugar - Delegación Coyoacán.

### *Métodos e Instrumentos*

Como fase previa a la intervención se realizó un diagnóstico de necesidades explorando a la familia y la relación del anciano y su familia, para lo cual se consideran como efectos de valoración :

- Relación intergeneracional
- Relación familiar anciano
- Condición de vida en lo Social y Cultural

### - Conocimientos sobre el proceso normal del envejecimiento

Considerado lo anterior se diseñaron 2 instrumentos una para el anciano y otro para el familiar, con los puntos ya mencionados en líneas anteriores.

Tiempo de aplicación de Encuestas 6 Semanas.

#### *Resultados*

Se pudieron realizar 42 encuestas a ancianos y 15 encuestas a los familiares las causas de ésta baja cobertura fueron por: la poca comunicación que tienen los ancianos hacia sus familiares, ya que no tiene tiempo por las diversas actividades y múltiples ocupaciones que tiene éstos y el poco tiempo que tienen se lo dedican a sus hijos o no se ven en todo el día hasta la noche, y como los familiares llegan agotados por el trabajo se van a descansar dejando en segundo término las actividades del anciano y olvidándose de ellas por completo al siguiente día.

**RESULTADOS  
DE LAS ENCUESTAS ACERCA DE LAS  
NECESIDADES DE LOS ANCIANOS.**

**VII Resultados****DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE LAS NECESIDADES EXPRESADAS POR LOS ANCIANOS****1.- Cómo y con quién vive?**

Descripción: De una población total de 70 ancianos, se tomaron 42 ancianos al azar como muestra representativa de los ancianos que asisten a la Casa de la Tercera Edad del Deportivo Huayamilpas de la Delegación de Coyoacán; donde se observan que tienen casa propia con hijos es de 71.43%; un 9.52% viven con los hijos; 7.14% viven con algún familiar al igual al igual que viven con sus hijos pero en un cuarto aparte.

Análisis: Se puede observar que en un gran porcentaje (71.43%) de los ancianos viven en casa propia y convive con su familia; y en menor porcentaje viven solos.

**2.- Depende de alguien?**

Descripción: Este cuadro nos refleja que el 80.95% si dependen de alguien y los otros 19.05% no.

Análisis: Este resultado nos dice que existe una fuerte relación económica-afectiva de los familiares hacia los ancianos y viceversa, pero analizando la gráfica anterior, nos damos cuenta de que es más "amor y cariño", ya que la mayoría vive en casa propia.

**3.- La persona que lo cuida trabaja?**

Descripción: Como dice la pregunta; la persona que lo cuida trabaja; un 52.38% de los familiares trabaja todo el día; el 26.19% se queda en casa y el 21.43% trabaja por la mañana o por las noches.

Análisis: Para la realización de las visitas domiciliarias, estas se pueden realizar por las tardes cuando el anciano y el familiar se encuentran en convivencia. Y se puede afirmar, que la mayoría de los ancianos son autónomos para poder realizar todas sus actividades cotidianas.

**4.- Cuanto tiempo le dedica cuando trabaja?**

Descripción: el 28.57% no puede; 26.19% por las tardes; el 21.43% un rato; el 19.05 % por las noches y un 4.76% por las mañanas.

Análisis: Esto nos indica que la mayoría del tiempo, el anciano está solo en su casa, y sólo convive con su familia por las tardes, por lo que hace propicio la ocasión para realizar las visitas domiciliarias en la tarde.

**5.- Si no trabaja, cuanto tiempo le dedica?**

Descripción: Los familiares le dedican un 72.73% al anciano de su tiempo y un 27.27% no les dedican tiempo.

Análisis: Podemos ver, que en los casos en los cuales los familiares no trabajan,

le dedican más tiempo a sus ancianos y sólo un mínimo porcentaje no le dedican nada de su tiempo

### 6.- Cómo lo trata?

Descripción: los ancianos refieren que un 38.10% los tratan muy bien; el 35.71% bien; el 19.05% regular; un 4.76% indiferentes y un 2.38% dicen que los tratan muy mal.

Análisis: Podemos ver que el trato va de regular a muy bueno, pues son los porcentajes mayores, pero el 4.76% tratan al anciano indiferentemente. Aquí es importante la intervención de enfermería para tratar de que se lleven mejor entre ambas partes.

### 7.- Qué le gustaría recibir de sus familiares?

Descripción: el 23.17% refiere más comunicación, un 20.73% demanda cariño, el 17.07% afecto, el 12.20% demanda atención, 10.98% apoyo emocional, el 8.54% demandan cuidados, 7.32% apoyo económico.

Análisis: Lo que los ancianos más demandan es comunicación, cariño y afecto, esto nos dice que la familia convive con ellos pero no les demuestra cariño, ni afecto y no tratan con ellos sus problemas personales.

### 8.- Existe adolescentes en su casa?

Descripción: un 66.67% dicen que sí y el 33.33% dicen que no.

Análisis: Hay un gran porcentaje de adolescentes en casa de los ancianos, pero vemos que a los ancianos no los toman en cuenta para contarles sus problemas, y lo que quieren de ellos es afecto y cariño.

### 9.-Cuál es su parentesco?

Descripción: Un 66.67% son nietos, el 20.00% son hijos, el 13.34% son sobrinos o bisnietos.

Análisis: El mayor porcentaje corresponde a los nietos, pero falta saber que edades tienen para saber si el anciano los puede tomar en cuenta para un consejo y que el anciano tenga la confianza en que este consejo les ayudara, en el caso en que no sea así, es necesario la intervención de la enfermera para ayudarlos tanto al anciano como a su familia.

### 10.- Qué edad tiene?

Descripción: El 52.94% de 16 a 20 años y el 47.06% de 12 a 15 años.

Análisis: La mayoría tiene de 16 a 20 años, esta es la edad en el que el adolescente no le toma importancia a los problemas del anciano porque empiezan a trabajar o pasan más tiempo en la escuela, aquí es importante la intervención de la enfermera, para ayudarle al anciano a comprender los problemas de la vejez.

### 11.- Convive con ellos?

Descripción: El 83.33% refiere que sí y los restantes que no.

Análisis: Se ve que un alto porcentaje sí convive con los adolescentes, pero esto es de manera superficial, ya que sólo platican o hacen cosas de la edad del adolescente, pero no platican a fondo los problemas del anciano.

### 12.- Cómo es su relación?

Descripción: El 48.28% refiere que es buena, el 27.59% muy buena, el 12.24% regular, y el 6.90% refiere que el trato es de indiferencia o agresiva hacia ellos.

Análisis: Se refleja una buena relación familiar con los adolescentes, pero es sólo superficial, ya que la mayoría puede que trabaje o esté en la escuela y sólo dedica parte de su tiempo a convivir con su abuelo, lo que puede indicar una buena relación ; ya que ninguno se mete en la vida del otro afondo.

### 13.- Trato del adolescente hacia el anciano.

Descripción: El 37.7% refiere que lo traten con respeto, un 33.33% con cariño; el 15.56% con atención y el 13.35% con interes.

Análisis: La mayoría no lo trata con respeto y algo de cariño reflejando una mala relación, pero tambien nos dice que no existe una relación profunda entre ancianos y adolescentes para platicar de los problemas de éste.

### 14.- Realiza alguna actividad en el hogar?

Descripción: El 92.86% dice que sí y el 7.19% dice que no.

Análisis: La mayoría si realiza alguna actividad en el hogar, posiblemente para no aburrirse en el tiempo que esté sólo.

### 15.- Qué sabe usted del envejecimiento?

Descripción: 79.07% de los ancianos refieren que es algo normal, el 16.25% dicen no saber nada y el 4.65% restante no le interesa saber sobre el envejecimiento.

Análisis: La mayoría dice que es normal, pero no sabe mucho sobre como sobrellevar la vejez con la familia.

### 16.- Qué quiere saber sobre el envejecimiento?

Descripción: El 59.17% quisieran saber como afrontarlo?, el 27.08% porque és?, y el 18.75% no quiere saber nada.

Análisis: La mayoría de los ancianos quieren saber cómo afrontarlo?, cómo sobrellevarlo y por énde cómo hablar con la familia?

### 17.- Visitas domiciliarias \*le gustaría que una enfermera lo visitara?

Descripción: El 90.48% de los ancianos sí aceptan que una enfermera vaya a sus casas para orientarlos y el 9.52% no aceptan que una enfermera los visite.

**Análisis:** La mayoría , por no decir que todos si aceptan las visitas domiciliarias, esto nos dá a entender que si estan interesados en que se les brinde orientación para la vejez.

### 18.- Que le gustaría saber del envejecimiento?

**Descripción:** El 40.82% de los ancianos quieren orientación en general; el 22.45% de ellos quisieran saber acerca de terapias, el 18.37% sobre aspectos clínicos, el 12.24% sobre aspectos sociales, y el 6.12% sobre cuidados.

**Análisis:** Por las respuestas anteriores, se puede decir que a la mayoría le gustaría saber cómo es y porque se dá?, cómo hablar con la familia y que la familia lo entienda?

### 19.- Creé que su familia aceptaría la visita de una enfermera?

**Descripción:** El 85.71% dice que sí, el 14.29% dice que no.

**Análisis:** Se le nota un alto índice de personas que desean una visita domiciliaria, en relación a la orientación sobre el anciano.

### 20.- Sexo

**Descripción:** El 71.41% de los entrevistados son mujeres y el 28.57% son hombres.

**Análisis:** La población de la Casa dela Tercera Edad del Deportivo Huayamilpas es más de mujeres que de hombres.

### 21.- Estado Civil

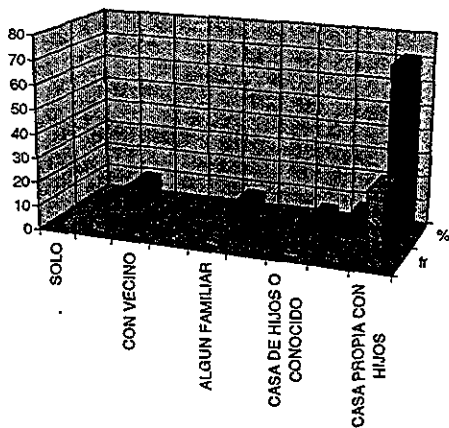
**Descripción:** el 85.72% son solteros y viudos hombres y mujeres, el 9.52% son divorciados, el 2.38% son solteroso y el 2.38% se encuentran en unión libre.

**Análisis:** Se tiene una mayor incidencia de solteros y viudos que de unión libre o solteros, y los primeros son los que conviven con sus hijos o con sus familiares que los segundos.



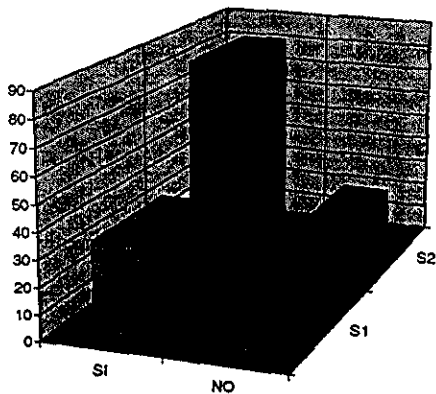
COMO Y CON QUIEN VIVE		
	fr	%
SOLO	0	0.00
CON HIJOS	4	9.52
CON VECINO	0	0.00
CON CONOCIDO	0	0.00
ALGUN FAMILIAR	3	7.14
CASA PROPIA Y SOLO	0	0.00
CASA DE HIJOS O CONOCIDO	2	4.76
CASA DE HIJO EN CUARTO APARTE	3	7.14
CASA PROPIA CON HIJOS	30	71.43
TOTAL	42	100.00

COMO Y CON QUIEN VIVE



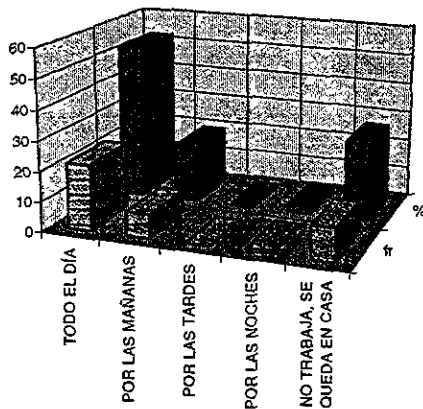
DEPENDE DE ALGUIEN?		
	fr	%
SI	34	80.95
NO	8	19.05
TOTAL	42	100.00

DEPENDE DE ALGUIEN?



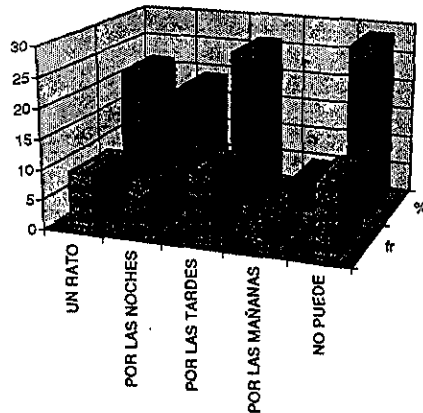
LA PERSONA QUE LO CUIDA TRABAJA		
	fr	%
TODO EL DIA	22	52.38
POR LAS MAÑANAS	8	19.05
POR LAS TARDES	0	0.00
POR LAS NOCHES	1	2.38
NO TRABAJA, SE QUEDA EN CASA	11	26.19
TOTAL	42	100.00

LA PERSONA QUE LO CUIDA TRABAJA...



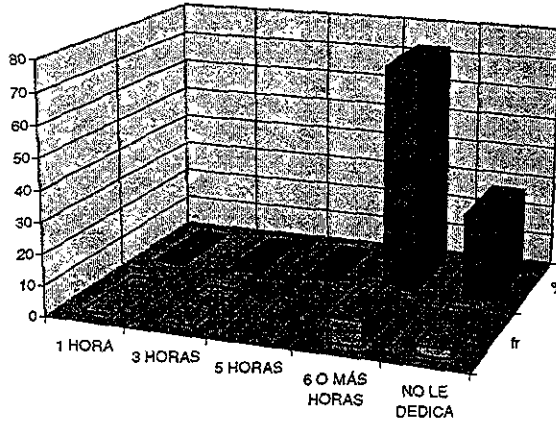
CUANTO TIEMPO LE DEDICA CUANDO TRABAJA?		
	fr	%
UN RATO	9	21.43
POR LAS NOCHES	8	19.05
POR LAS TARDES	11	26.19
POR LAS MAÑANAS	2	4.76
NO PUEDE	12	28.57
TOTAL	42	100.00

CUANTO TIEMPO LE DEDICA CUANDO TRABAJA?



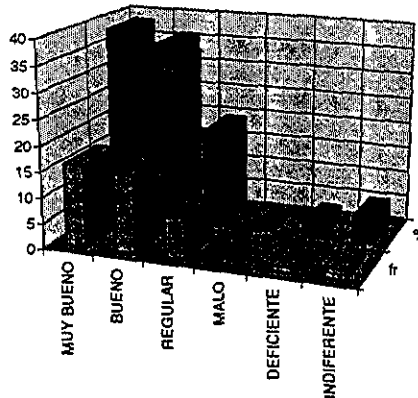
SI NO TRABAJA, CUANTO TIEMPO LE DEDICA		
	fr	%
1 HORA	0	0.00
3 HORAS	0	0.00
5 HORAS	0	0.00
6 O MAS HORAS	8	72.73
NO LE DEDICA	3	27.27
TOTAL	11	100.00

SI NO TRABAJA, CUANTO TIEMPO LE DEDICA



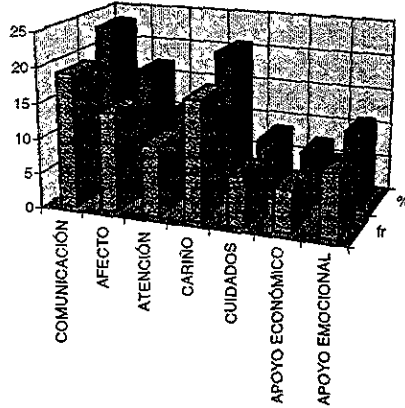
COMO LO TRATA		
	fr	%
MUY BUENO	16	38.10
BUENO	15	35.71
REGULAR	8	19.05
MALO	0	0.00
DEFICIENTE	1	2.38
INDIFERENTE	2	4.76
TOTAL	42	100.00

COMO LO TRATA



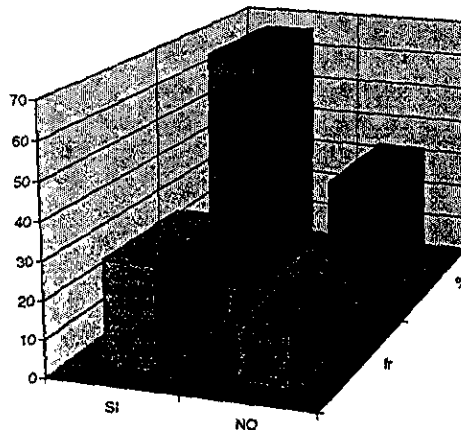
QUE LE GUSTARÍA RECIBIR DE SUS FAMILIARES		
	fr	%
COMUNICACION	19	23.17
AFECTO	14	17.07
ATENCIÓN	10	12.20
CARINO	17	20.73
CUIDADOS	7	8.54
APOYO ECONOMICO	6	7.32
APOYO EMOCIONAL	9	10.98
TOTAL	82	100.00

QUE LE GUSTARÍA RECIBIR DE SUS FAMILIARES



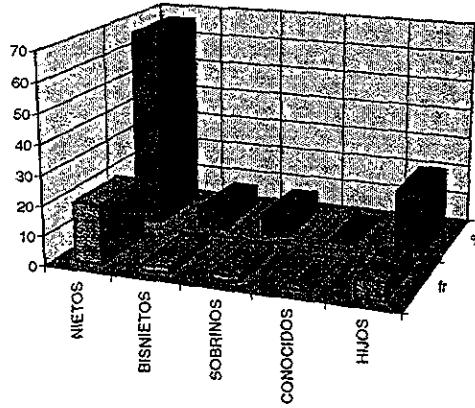
EXISTEN ADOLESCENTES EN SU CASA?		
	fr	%
SI	28	66.67
NO	14	33.33
TOTAL	42	100.00

EXISTEN ADOLESCENTES EN SU CASA?



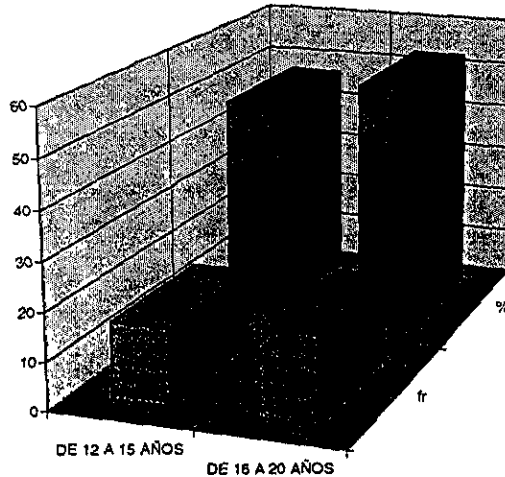
CUÁL ES SU PARENTESCO?		
	fr	%
NIETOS	20	66.67
BISNIETOS	2	6.67
SOBRINOS	2	6.67
CONOCIDOS	0	0.00
HIJOS	6	20.00
TOTAL	30	100.00

CUÁL ES SU PARENTESCO?



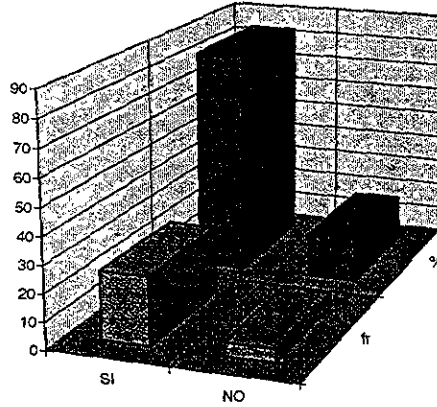
QUE EDAD TIENEN?		
	fr	%
DE 12 A 15 AÑOS	16	47.06
DE 16 A 20 AÑOS	18	52.94
TOTAL	34	100.00

QUE EDAD TIENEN?



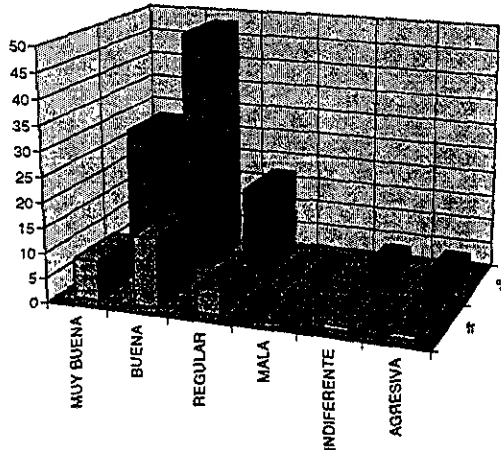
CONVIVE CON ELLOS?		
	fr	%
SI	25	83.33
NO	5	16.67
TOTAL	30	100.00

CONVIVE CON ELLOS?



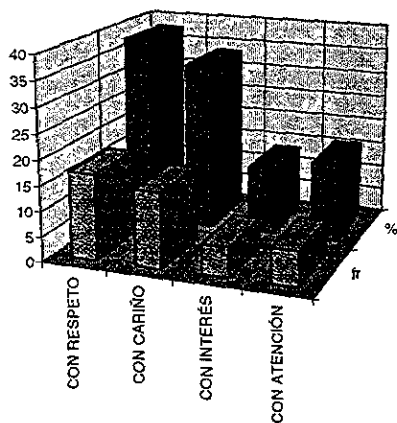
COMO ES SU RELACION?		
	fr	%
MUY BUENA	8	27.59
BUENA	14	48.28
REGULAR	5	17.24
MALA	0	0.00
INDIFERENTE	1	3.45
AGRESIVA	1	3.45
TOTAL	29	100.00

COMO ES SU RELACION?



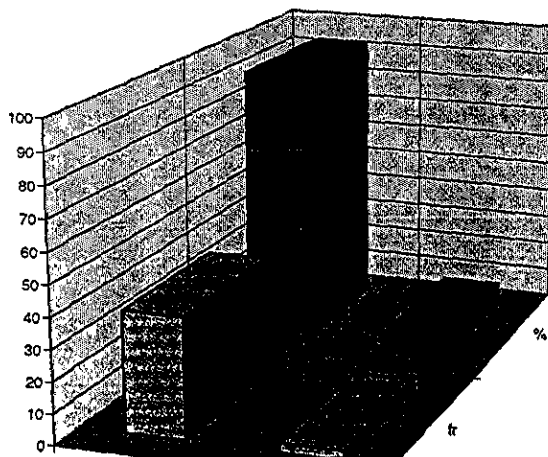
TRATO DEL ADOLESCENTE HACIA EL ANCIANO		
	fr	%
CON RESPETO	17	37.78
CON CARINO	15	33.33
CON INTERÉS	6	13.33
CON ATENCION	7	15.56
TOTAL	45	100.00

TRATO DEL ADOLESCENTE HACIA EL ANCIANO



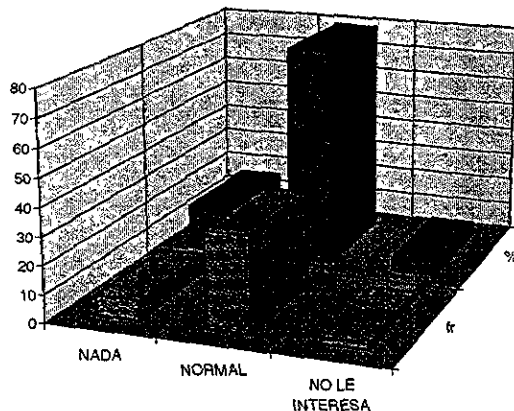
REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD EN EL HOGAR?		
	fr	%
SI	39	92.86
NO	3	7.14
TOTAL	42	100.00

REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD EN EL HOGAR?



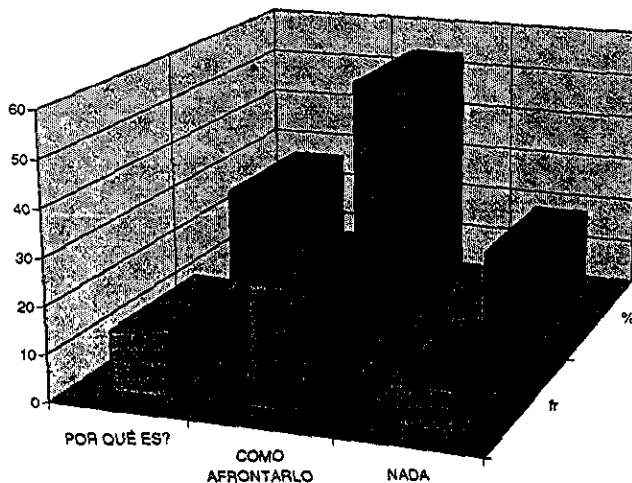
QUE SABE USTED DEL ENVEJECIMIENTO?		
	fr	%
NADA	7	16.28
NORMAL	34	79.07
NO LE INTERESA	2	4.65
TOTAL	43	100.00

QUE SABE USTED DEL ENVEJECIMIENTO?



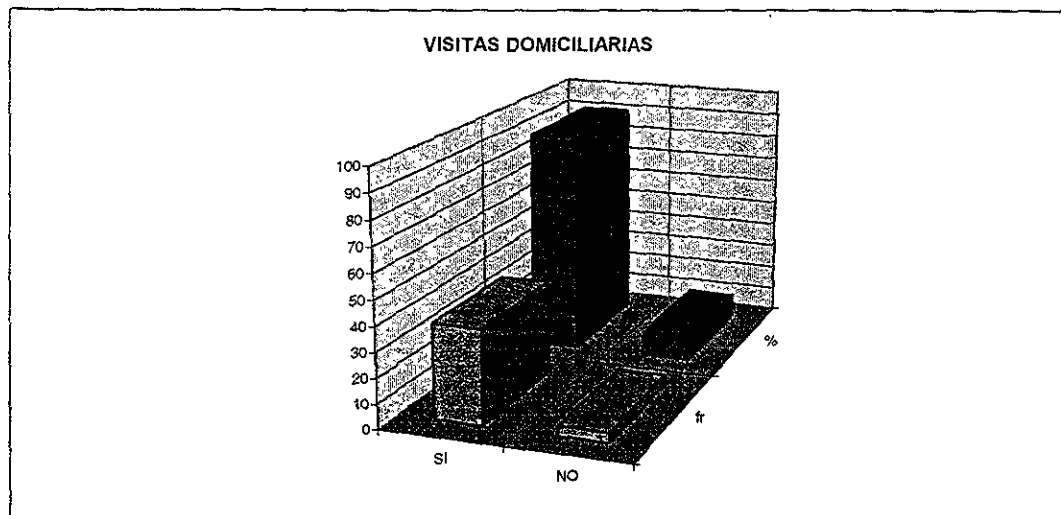
QUE QUIERE SABER DEL ENVEJECIMIENTO		
	fr	%
POR QUE ES?	13	27.08
COMO AFRONTARLO	26	54.17
NADA	9	18.75
TOTAL	48	100.00

QUE QUIERE SABER DEL ENVEJECIMIENTO

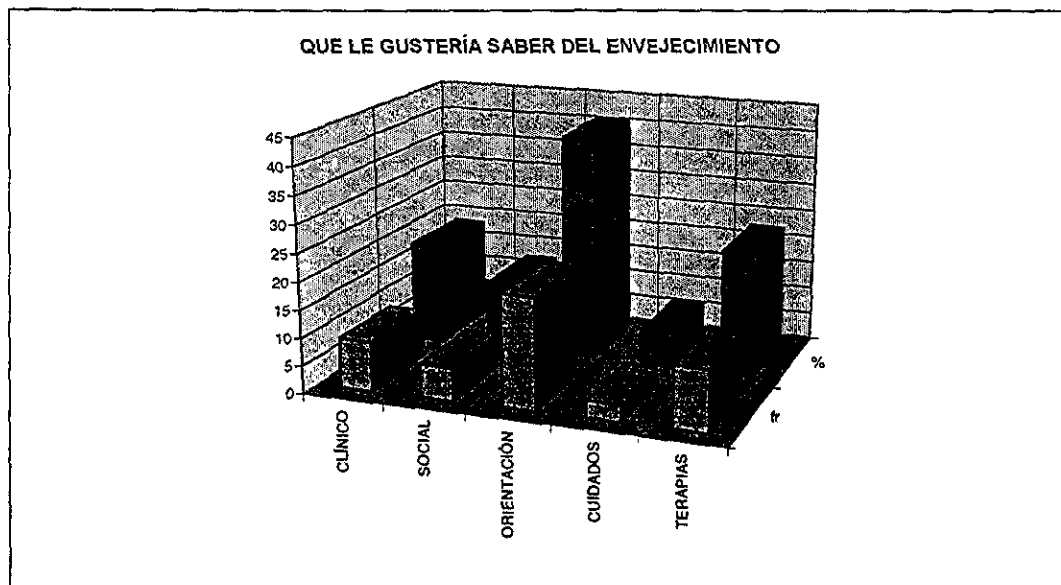




VISITAS DOMICILIARIAS		
	fr	%
SI	38	90.48
NO	4	9.52
TOTAL	42	100.00

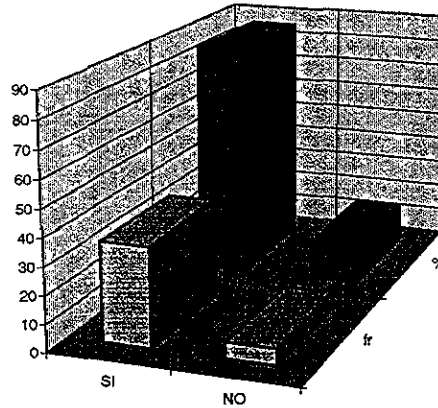


QUE LE GUSTARIA SABER DEL ENVEJECIMIENTO?		
	fr	%
CLINICO	9	18.37
SOCIAL	6	12.24
ORIENTACION	20	40.82
CUIDADOS	3	6.12
TERAPIAS	11	22.45
TOTAL	49	100.00



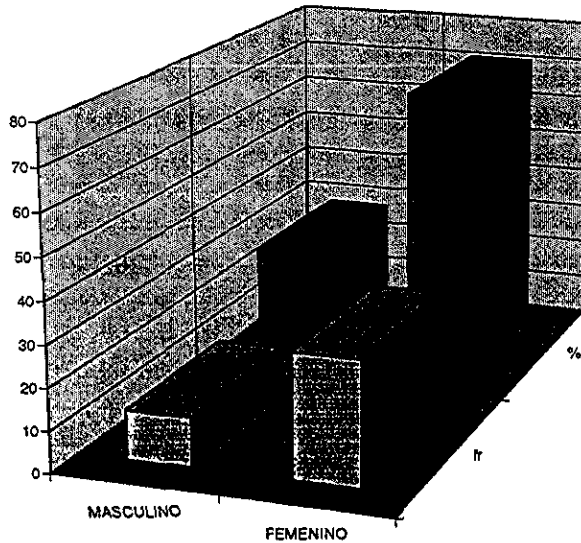
CREE QUE SU FAMILIA ACEPTA LA VISITA DE UNA ENFERMERA?		
	fr	%
SI	36	85.71
NO	6	14.29
TOTAL	42	100.00

CREE QUE SU FAMILIA ACEPTA LA VISITA DE UNA ENFERMERA?

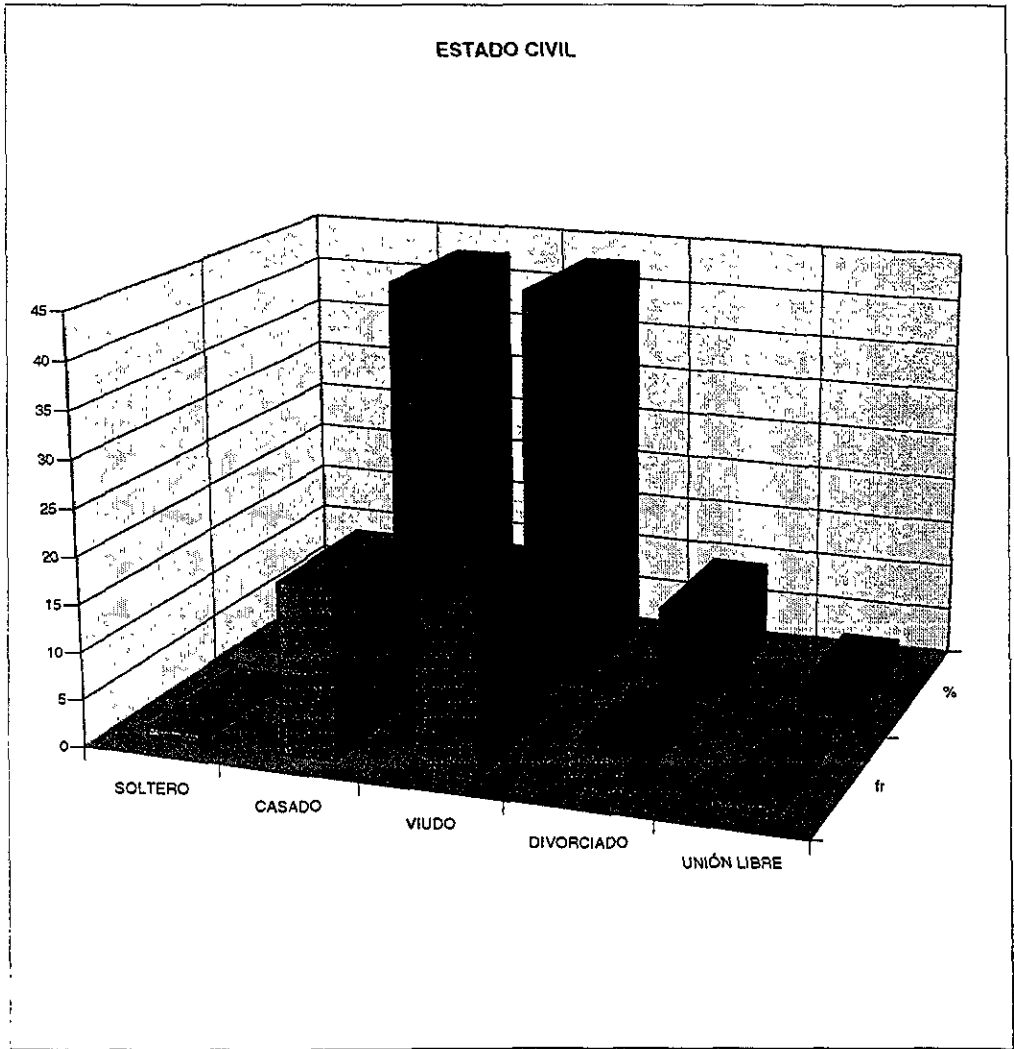


SEXO		
	fr	%
MASCULINO	12	28.57
FEMENINO	30	71.43
TOTAL	42	100.00

SEXO



ESTADO CIVIL		
	fr	%
SOLTERO	1	2.38
CASADO	18	42.86
VIUDO	18	42.86
DIVORCIADO	4	9.52
UNION LIBRE	1	2.38
TOTAL	42	100.00



**RESULTADOS  
DE LAS ENCUESTAS DE DETECCIÓN  
DE NECESIDADES DEL FAMILIAR DEL  
ANCIANO.**

### DESCRIPCIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE LAS NECESIDADES DEL FAMILIAR DEL ANCIANO.

Se distribuyeron 42 ejemplares de encuestas para los familiares; de éstos sólo 15 fueron los que respondieron.

1. Con respuesta a la primera pregunta sobre si se hacen cargo del anciano el 60% respondieron que sí, y el 40 % respondieron que no.

2. La segunda pregunta fué: Relación del anciano y el familiar?

Descripción: El 73.33% de los familiares refieren que su relación con el anciano es buena; el 13.33% refiere que es muy buena y los otros 13.33% refieren ser regular.

3. Actividades con el anciano?

Descripción: El 44.00% de los familiares refieren que hay convivencia con sus ancianos; el 8.00% lo distrae.

Análisis: Por lo que se ve con respecto a la pregunta anterior y ésta, se puede observar que la relación de ambos es buena ya que hay convivencia entre ambas partes.

4. Saber del envejecimiento?

Descripción: El 66.67% de los familiares refieren saber poco acerca del proceso normal de envejecimiento y el 33.33% refieren no saber.

Análisis: Aunque se lleven "bien" los familiares con sus ancianos se puede observar que saben muy poco acerca de los cambios que sufre el anciano, por lo tanto no existe una buena comunicación, por ambas partes.

5. Qué quiere saber del envejecimiento?

Descripción: El 93.33% de los encuestados refirieron saber algo sobre el proceso normal de envejecimiento y los 6.67% restantes no quieren saber acerca del proceso normal de envejecimiento.

Análisis: Según los familiares se preocupan por su anciano pero la verdad es otra ya que éstos están muy ocupados por atender otras cosas y su casa.

6. Le gustaría que una enfermera realizara visitas a su casa?

Descripción: El 73.33% de los encuestados refieren que si y los 26.67% restantes que no.

7. Qué le gustaría saber sobre el envejecimiento?

Descripción: El 24.14% de los entrevistados refieren saber acerca de las relaciones sociales, tendiendo a saber sobre las actitudes en un 10.34%.

Análisis: Con esta pregunta nos damos cuenta de que no hay una buena relación y comprensión entre el familiar y el anciano.

### 8. Sabe sobre la terapia de rehabilitación de la memoria?

Descripción: El 80% de los entrevistados no saben acerca de ésta terapia y sólo el 20% saben algo o tiene una idea.

### 9. Terapia de resocialización?

Descripción: El 86.67% de los entrevistados no saben acerca de ésta terapia, tendiendo a que el 13.33% saben algo o que alguna vez la escucharon.

### 10. Tipos de ejercicios.

Descripción: El 60% de los entrevistados refieren saber acerca de los ejercicios que pueden realizar sus ancianos y el 40% no lo saben.

### 11. Instituciones para el anciano.

Descripción: El 73.33% de los entrevistados afirman saber acerca de las instituciones para los ancianos y el 26.67% de los familiares restantes no saben.

### 12. Participación de los ancianos en grupos de la tercera edad.

Descripción: El 80% de los familiares refieren saber que sus ancianos que asisten a grupos de la tercera edad y que además saben de estos grupos, por otro lado el 20% no lo saben.

Análisis: Aquí nos damos cuenta que desde la pregunta número siete hasta ésta, la relación que llevan los familiares con sus ancianos no es muy buena y aparentan ser una familia unida pero, el interés que tienen hacia ellos es nulo o es mínimo ya que éstos trabajan por las mañanas y por las tardes están en sus casa realizando otras actividades como: el quehacer de la casa, cuidar a los niños o a sus hijos y/o nietos, pero muy poco caso y atención le brindan a sus ancianos.

### 13. Limitaciones del anciano.

Descripción: Las limitaciones que reflejan los familiares acerca de sus ancianos son las siguientes: Un 30% y 30% de oído y de vista; un 25% de carácter, un 10% de gusto; con tendencia de la pérdida del olfato en un 5%.

Análisis: Podemos observar que estas limitaciones de oído, vista y demás son normales en una persona de más de 60 años, ya que todo poco a poco se va acabando.

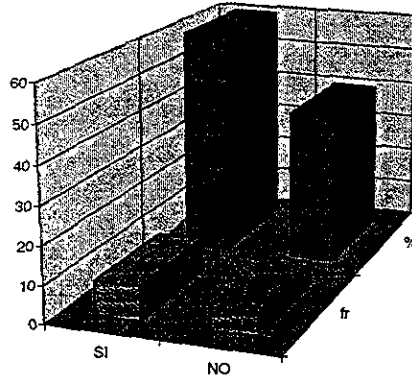
### 14. Dificultad para atender al anciano.

Descripción: El 75% de los familiares refieren no tener ninguna dificultad para con sus ancianos

Análisis: Las únicas dificultades que se tienen con los ancianos son de carácter y que el anciano no quiere ir al médico y por lo tanto no quiere hacer caso de las recomendaciones que el médico le dice al anciano, ya que éste es un poco terco y desconfiado, este se entiende por la misma edad.

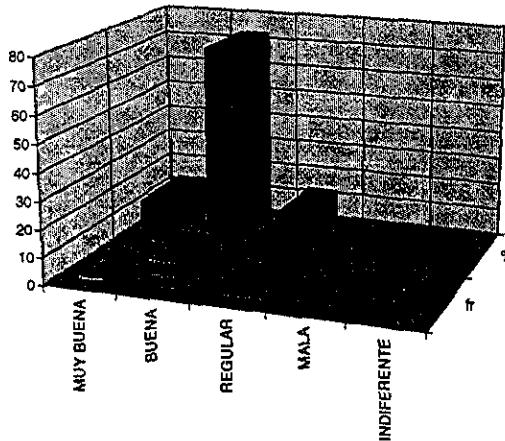
USTED SE HACE CARGO DEL ANCIANO?		
	fr	%
SI	9	60.00
NO	6	40.00
TOTAL	15	100

USTED SE HACE CARGO DEL ANCIANO?



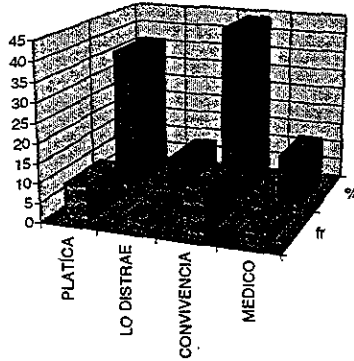
RELACIÓN DEL ANCIANO Y EL FAMILIAR		
	fr	%
MUY BUENA	2	13.33
BUENA	11	73.33
REGULAR	2	13.33
MALA	0	0.00
INDIFERENTE	0	0.00
TOTAL	15	100.00

RELACIÓN DEL ANCIANO Y EL FAMILIAR



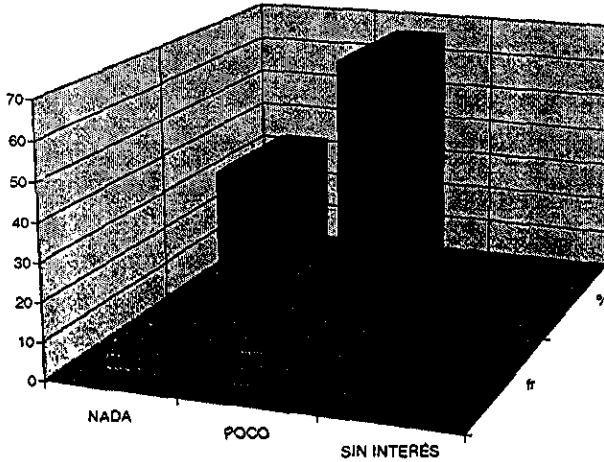
ACTIVIDADES CON EL ANCIANO		
	fr	%
PLATICA	9	36.00
LO DISTRAE	2	8.00
CONVIVENCIA	11	44.00
MEDICO	3	12.00
TOTAL	25	100.00

### ACTIVIDADES CON EL ANCIANO



SABER DEL ENVEJECIMIENTO		
	fr	%
NADA	5	33.33
POCO	10	66.67
SIN INTERÉS	0	0.00
TOTAL	15	100.00

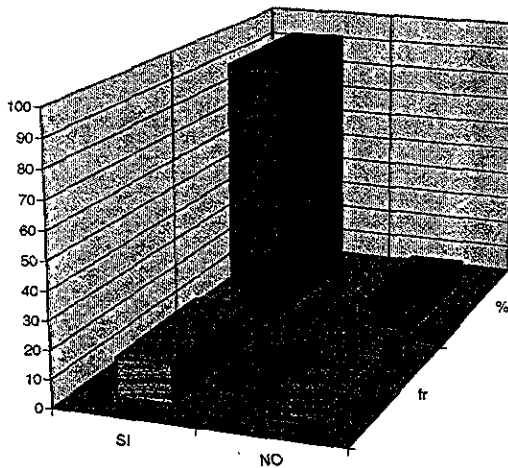
### SABER DEL ENVEJECIMIENTO





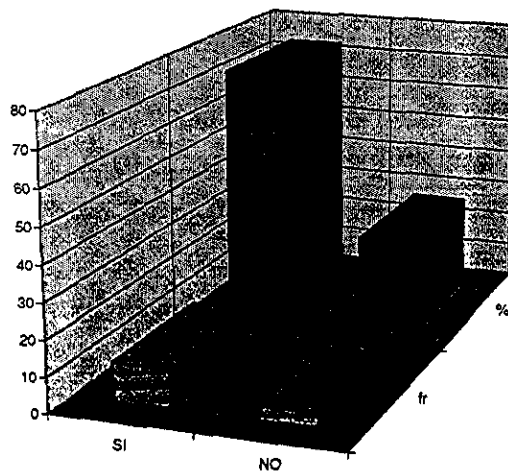
QUERER SABER DEL ENVEJECIMIENTO		
	fr	%
SI	14	93.33
NO	1	6.67
TOTAL	15	100.00

QUERER SABER DEL ENVEJECIMIENTO



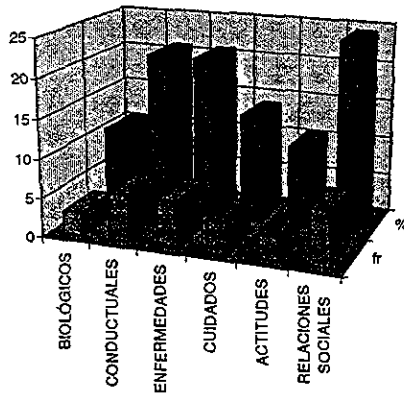
VISITAS DOMICILIARIAS		
	fr	%
SI	11	73.33
NO	4	26.67
TOTAL	15	100.00

VISITAS DOMICILIARIAS



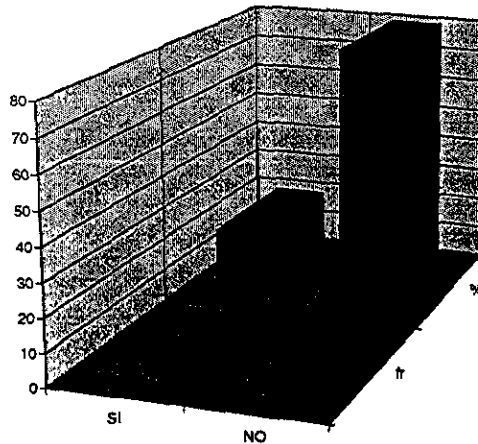
LE GUSTARÍA SABER?		
	fr	%
BIOLOGICOS	3	10.34
CONDUCTUALES	6	20.69
ENFERMEDADES	6	20.69
CUIDADOS	4	13.79
ACTITUDES	3	10.34
RELACIONES SOCIALES	7	24.14
TOTAL	29	100.00

LE GUSTARÍA SABER?



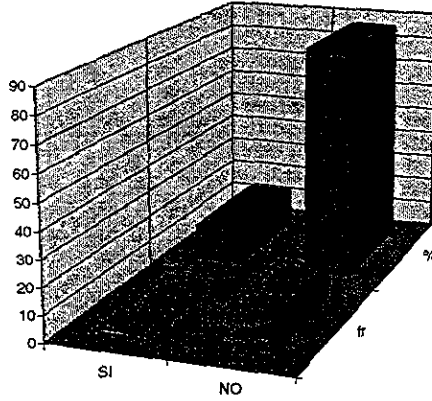
TERAPIA DE REHABILITACIÓN, MEMORIA		
	fr	%
SI	3	20.00
NO	12	80.00
TOTAL	15	100.00

TERAPIA DE REHABILITACIÓN, MEMORIA



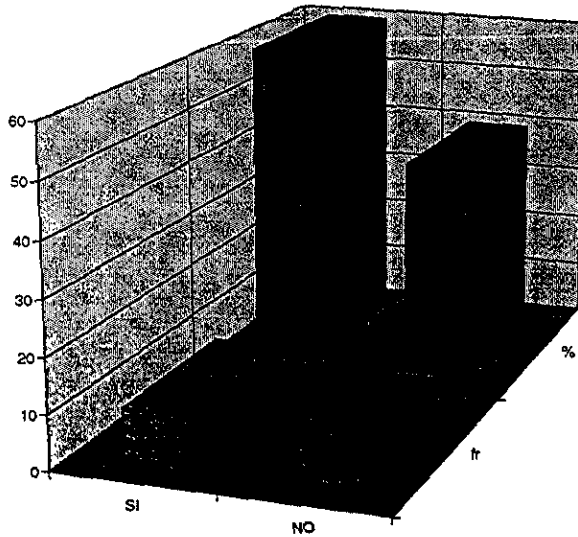
TERAPIA DE RESOCIALIZACIÓN		
	fr	%
SI	2	13.33
NO	13	86.67
TOTAL	15	100.00

TERAPIA DE RESOCIALIZACIÓN



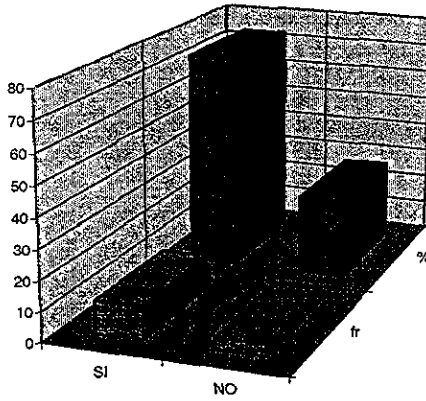
TIPO DE EJERCICIO		
	fr	%
SI	9	60.00
NO	6	40.00
TOTAL	15	100.00

TIPO DE EJERCICIO



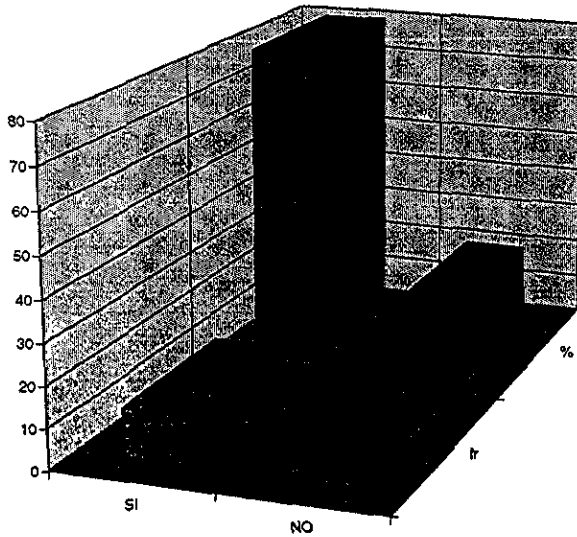
INSTITUCIONES PARA EL ANCIANO		
	fr	%
SI	11	73.33
NO	4	26.67
TOTAL	15	100.00

INSTITUCIONES PARA EL ANCIANO



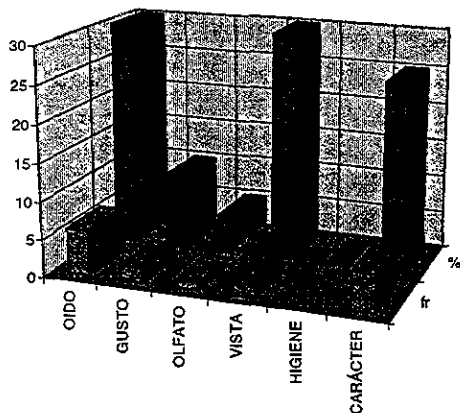
PARTICIPACION DEL GRUPO DE LA 3a EDAD		
	fr	%
SI	12	80.00
NO	3	20.00
TOTAL	15	100.00

PARTICIPACIÓN DEL GRUPO DE LA 3a EDAD



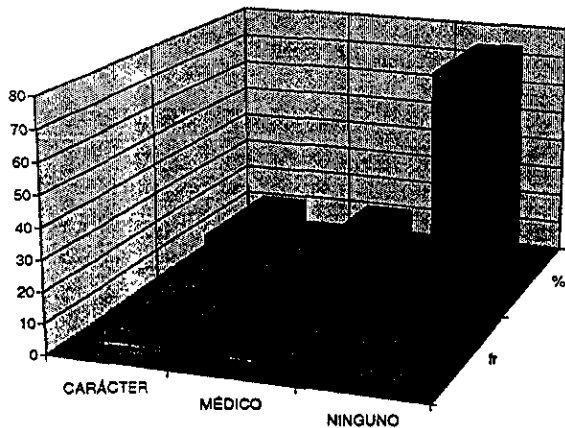
LIMITACIONES DEL ANCIANO		
	fr	%
OIDO	6	30.00
GUSTO	2	10.00
OLFATO	1	5.00
VISTA	6	30.00
HIGIENE	0	0.00
CARACTER	5	25.00
TOTAL	20	100.00

LIMITACIONES DEL ANCIANO



DIFICULTAD PARA ATENDER AL ANCIANO		
	fr	%
CARACTER	2	12.50
MEDICO	2	12.50
NINGUNO	12	75.00
TOTAL	16	100.00

DIFICULTADES PARA ATENDER AL ANCIANO



## VIII JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

### **VIII JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA INTERACCIÓN ADECUADA ENTRE EL ANCIANO Y EL FAMILIAR**

Con el diagnóstico situacional que se realizó en la Casa de la Tercera Edad del Deportivo Huayamilpas con la elaboración, aplicación, recolección y análisis de los datos arrojados por los cuestionarios que fueron uno para la Detección de Necesidades del Familiar del Anciano y el otro que fue la Encuesta Acerca de las Necesidades de los Ancianos. Donde se puede explicar el; porqué es necesario que el personal de enfermería intervenga en la interacción adecuada entre el anciano y el familiar.

Aparentemente el familiar refiere llevarse bien con el anciano en casa y éste a la vez refiere lo mismo, ya que el primero trabaja por las mañanas (en su mayoría) y el anciano queda solo por ese lapso de tiempo; el anciano al quedarse solo en casa se siente solo; Qué es lo que hace éste al sentirse solo?, éste al sentirse solo recurre a la Casa de la Tercera Edad, y por las tardes convive de seis a cuatro ó menos horas con sus familiares.

Ahora bien la mayoría de los ancianos tiene casa propia y más de dos hijos viven con sus familias en la casa del anciano, por lo tanto la relación que lleva el anciano con sus familias es más distante por las múltiples ocupaciones que tiene los hijos o hijas al llegar del trabajo a casa como son: atender la casa e hijos y además la mayoría de estos hijos no son niños recién nacidos, ni niños de seis a diez años sino que son de doce a veinte ó más años. Complicandosele al anciano la relación con los adolescentes ya que éstos los tratan indiferentemente, por otro lado este mismo anciano está deseoso de que lo traten con respeto, cariño y atención.

El papel de la enfermera consistirá en concientizar a los familiares y a los ancianos.

A los familiares ya sean adolescentes o adultos maduros para lo que ellos sepan sobre el proceso normal de envejecimiento, lo reafirmen y lo que no conozcan se informen o se aclaren las dudas que se tengan; ya que en un momento dado ellos pasarán a hacer anciano en un futuro no muy lejano.

Y solamente de esta forma se dejara la semilla en los familiares del anciano como por ejemplo: el cómo afrontar la edad y el envejecimiento?, y como buen ser humano no todos aceptamos la vejez y así el mismo se preocupará para llegar a hacer un feliz anciano. Por otro lado también se tiene que en muchas familias tiene personas mayores de edad en su casa y solamente así podrán sobrellevar a ese anciano, tratando de llevar una buena relación inter-familiar. Y a los ancianos para que ellos mismos se comprendan ya que pasan por una etapa; yo pienso que es la etapa más difícil a diferencia de la adolescencia, ya que ésta es pasajera y la vejez es hasta que concluya su vida (muerte) como dice una definición: "El envejecimiento es un proceso dinámico que empieza en la

## VIII JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

concepción y termina con la muerte".<sup>1</sup>

Lo anterior y la tendencia a incrementar estos grupos de edad hacen importante la elaboración de programas de participación familiar en un intento de recuperar valores, de estabilidad familiar y coadyuvar al desarrollo social. La enfermería como una disciplina del cuidado puede favorecer estos conjuntos. Y ofrecer alternativas tanto a la familia como a los ancianos.

---

<sup>1</sup>. BERNARD SCHREHELER.

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA  
INTERACCIÓN ADECUADA ENTRE EL ANCIANO Y EL  
FAMILIAR**

**ELABORADO POR:  
MARÍA DEL ROCÍO ZARZA MENDOZA**



**CONTENIDO DEL PROGRAMA**

- \*Orientación hacia el proceso normal del envejecimiento(envejecimiento por órganos)
  - Piel
  - Esqueleto y músculo
  - Vista
  - Oído
  - Olfato y Gusto
  - Aparato circulatorio Corazón
  - Tubo digestivo
  - Hígado y Páncreas
  - Riñones y Vías Urinarias
  - Pulmones
  - Sistema Nerviosa
- \* Valoración clínica de anciano(valoración geriátrica)
  - Relación entre los aspectos físicos y psicosociales del envejecimiento
  - Naturaleza de la enfermedad, incapacidad sobre el estado funcional
  - Eficacia reducida de los mecanismos hemostáticos
  - Falta de normas para definir salud y enfermedad en el anciano
  - Modificación en la presentación y respuesta a determinadas enfermedades
  - Deterioro cognoscitivo del anciano(memoria)
- \*Tipos de Terapias
  - Estimulación de la memoria
    - Manténgase mentalmente activo(programas)
  - Reminiscencia
  - Importancia del ejercicio
    - Para que hacer actividad física?
    - Tipos de ejercicio
    - Modelo de programa
  - Salud mental
    - Manejo de terapia de resocialización
- \*Higiene del anciano
- \*Orientación nutricional del anciano
  - Evite el ayuno y no evite comidas
  - Hábitos positivos
  - Dieta completa
  - Disminuir y eliminar alimentos libres y las bebidas permitidas
  - Secretos para optimizar sus logros
  - Recomendaciones por si no se llega a cumplir
  - Ejemplo de dieta de 1200 calorías
- \*Plan de cuidados de enfermería para el anciano.

## CONTENIDO DEL PROGRAMA DE ORIENTACIÓN A LOS ASPECTOS GENERALES DE ENVEJECIMIENTO

### \*ORIENTACIÓN HACIA EL PROCESO NORMAL DEL ENVEJECIMIENTO

Por qué envejecemos?

El envejecimiento es un proceso dinámico que empieza en la concepción y termina con la muerte.

El grado de envejecimiento depende de la destrucción y regeneración de células, tejido y moléculas del individuo. Y por lo tanto la capacidad de reparación se va perdiendo con los años y por ende las funciones declinan; y es un hecho que el grado de envejecimiento aumenta conforme el tiempo avanza.

### ENVEJECIMIENTO POR ÓRGANOS

**PIEL:** La piel del anciano tiende a hiperpigmentarse en algunas zonas y en otras zonas pierde color. Existe atrofia en glándulas sudoríparas y de folículos pilosos; por ende existe una disminución de sudor por lo que el cuerpo del anciano es difícil controlar la temperatura corporal y este tiende a aumentar su temperatura corporal, un ejemplo es el realizar ejercicio.

La piel tiende a perder su elasticidad por la pérdida y degeneración de colágeno; la piel empieza a presentar deshidratación, para evitar esto es necesario usar cremas rehidratantes y exponerse menos al sol.

Las uñas se vuelven más frágiles y su crecimiento es lento. Y el pelo pierde el pigmento natural, tendiendo a caerse más rápido y salen las canas.

**ESQUELETO Y MUSCULO:** Hay una disminución de la velocidad de la contracción muscular, atrofiándose las fibras musculares, habiendo más pérdida de masa muscular total. Y de esta manera disminuye la fuerza y la capacidad de trabajo.

Los huesos pierden minerales dado la fragilidad de los huesos (osteoporosis). Para tratar de evitar la aceleración de este proceso, es necesario tener una buena alimentación nutricional, teniendo un mejor aporte calórico y realización de ejercicio para mantener los huesos y los músculos en forma.

A nivel articular, los cambios degenerativos y la falta de uso supondrán limitaciones para la movilidad. Para evitar esto es necesario realizar un buen programa de ejercicios de flexión y extensión de extremidades superiores e inferiores.

**VISTA:** Existe pérdida de grasa alrededor del globo ocular que hace que el ojo se vea unido. Hay disminución de lágrimas y por lo tanto una disminución de agudeza visual.

En el cristalino aparecen discontinuidades o cataratas por lo tanto el anciano ve opaco y trae como consecuencia una disminución de la agudeza visual.

**OÍDO:** La piel del conducto auditivo externo se descama y se atrofia favoreciendo la formación y acumulación de cerumen provocando tapones de cera y la hipoacusia secundaria.

También debido a múltiples causas hay degeneración en los elementos del oído interno, y el anciano percibirá ruidos molestos (acúfenos), disminuye la capacidad de discriminación de sonidos (oye pero no entiende) y existe la pérdida de la percepción de sonidos agudos.

**OLFATO Y GUSTO:** Con la edad hay disminución de papilas gustativas y terminaciones gustatorias. El anciano tendrá umbral para los sabores y olores aumentados. Por esta razón se dice que el anciano es más goloso encontrando los alimentos más sosos. Lo que ocurre es que para encontrar el mismo sabor necesita más cantidad de dulce y de sal. La disminución del gusto y olfato tiende a acarrear una mayor inapetencia y una dieta monótona por lo tanto hay un déficit nutricional.

**APARATO CIRCULATORIO:** A nivel circulatorio disminuye el retorno venoso debido a una disminución de las válvulas (valvas) venosas principalmente de extremidades; esto da lugar a la várices y edema en extremidades inferiores, riñón, cerebro, etc.

**CORAZÓN:** Hay una disminución de la contractibilidad de la musculatura cardíaca. También se encuentran trastornos eléctricos cardíacos con diferentes grados de bloqueo y arritmias. Las válvulas del corazón se pueden calcificar produciendo estenosis o en su defecto insuficiencia valvular.

**TUBO DIGESTIVO:** La caída de dientes es un fenómeno común en los ancianos, por lo tanto hay problemas al masticar los alimentos y estos pasan casi enteros lo que le va a causar más trabajo al estómago e intestinos en la degradación de los alimentos.

La saliva disminuye y los jugos gástricos también, la motilidad de los intestinos disminuye tendiendo a la abulia por consiguiente provoca el estreñimiento.

**HÍGADO Y PANCREAS:** Existe una disminución del peso global del hígado y el número de células funcionales disminuye. Hay disminución de sales biliares con consecuencias digestivas, tales como una menor tolerancia del anciano a las transgresiones diabéticas.

El páncreas también sufre cambios en relación al envejecimiento y los tejidos funcionales serán sustituidos por tejidos fibrosos y adiposos con consecuencias para la

digestión de los alimentos como en la producción de insulina.

**RIÑONES Y VÍAS URINARIAS:** La cantidad de sangre que llega a los riñones disminuye hasta en un 50%. Hay disminución de la capacidad filtración glomerular y hay una disminución de reabsorción de tubos renales para la compensación de éstos y la cantidad total de orina se mantendrá constante.

En varones existe hipertrófia benigna de próstata produciendo una disminución en la fuerza del chorro. En la mujer existe incontinencia urinaria esto es porque la uretra es más pequeña.

**PULMONES:** Hay disminución de superficie alveolar. Dado que también disminuye el área capilar y la superficie destinada al intercambio gaseoso y éste será menor durante la respiración.

Los bronquios tenderán poco a poco a la obstrucción.

La caja torácica se vuelve más rígida, debido al proceso degenerativo a nivel osteo-articular. Por lo tanto habrá un menor flujo de aire, con una menor adaptación respiratoria al esfuerzo. En éste aspecto el anciano tendrá que hacer un mayor esfuerzo.

**SISTEMA NERVIOSO:** Entre los 45 y 85 años el peso del cerebro disminuye en un 12%, ésto no está relacionado con la función.

En las personas ancianas empieza haber deterioro en la capacidad de memoria sobre todo para los hechos recientes y se observa también una mayor lentitud en sus reflejos.

Con la edad también hay pérdida del número de neuronas sobre todo en los lóbulos frontales y temporales. Por lo tanto hay menos velocidad de aprendizaje y disminución de la capacidad de evocación, apreciándose también una disminución global en las funciones sensitivo-motores. Esto dá como resultado una dificultad en aprender series de ejercicios combinados y en llevar a cabo coordinaciones que requieran un alto nivel de atención y memoria.

Dentro de los desórdenes mentales que son muchos y antes de llegar a éstos es bueno saber como poder ayudar a que el anciano no decaiga su SNC y para ésto tenemos las siguientes terapias:

De Resocialización , de orientación a la realidad, estimulación de la memoria y reminiscencia.

### **\*VALORACIÓN CLÍNICA DEL ANCIANO (VALORACIÓN GERIÁTRICA)**

La valoración clínica de enfermería de un cliente o paciente geriátrico un proceso complejo y exige los siguientes puntos.

*\*Relación entre los aspectos físicos y psicosociales del envejecimiento.*

Las personas mayores empiezan a tener una reducida capacidad para reaccionar ante un estímulo como el stress, aumentando poco a poco con el paso del tiempo, estos cambios se pueden combinar de tal forma, que el sesente sea de alto riesgo en cuanto a la pérdida de capacidad funcional refiriéndose en las variables físicas y psicológicas que puedan comprometer seriamente la autonomía de una persona en este caso del anciano.

*\*Naturaleza de la enfermedad, incapacidad y efectos sobre el estado funcional.*

El envejecimiento no siempre termina en enfermedad e incapacidad.

La valoración de las funciones psico-físicas nos pueden proporcionar valiosa información en cuanto al estado funcional y de salud del sesente. Si encontramos signos no muy definidos y síntomas como: letargia, incontinencia, confusión o agitación, pérdida de peso y caídas pueden ser indicativos de deterioro funcional.

Se sabe con la vejez las reservas, así como el funcionamiento de los órganos y sistemas vayan disminuyendo. Dichos cambios que son normales al paso del tiempo en el individuo, pueden hacer que el cuerpo sea más vulnerable a la enfermedad e incapacidad. Por eso es importante que la enfermera y no nada más ella sino que también el familiar o cuidador del anciano sepa de los cambios que sufre el individuo con el paso del tiempo, para su diagnóstico y tratamiento oportuno .

*\*Eficacia reducida de los mecanismos homeostáticos.*

En las personas mayores el volver a la situación previa de stress le va a ser más difícil resolver sus conflictos por lo tanto su capacidad de hacer frente de pérdidas de seres queridos de su trabajo, de alguna infección, etc... Se deben de valorar todos los elementos que se encuentran dentro del entorno del sesente y ver las causas de stress que dan como resultado signos y síntomas físicos y emocionales,

*\*Falta de normas para definir salud y enfermedad en el anciano.*

En el sesente es difícil el estado de salud y enfermedad para dicho grupo de edad. Ya que por ejemplo una glucosa sanguínea en ayunas de 70 mg/100ml puede ser normal en un joven pero en una persona mayor puede estar cursando con una hipoglucemia importante.

### *\*Modificación en la presentación y respuesta a determinadas enfermedades.*

Conforme pasan los años, el cuerpo humano tiende a responder muy lentamente ante una enfermedad o agresión. Por lo tanto las personas sesentes no siempre presentan los signos y síntomas esperados como las de un individuo joven.. Estos signos y síntomas son mermados o totalmente atípicos.

### *\*Deterioro cognoscitivo del anciano (memoria).*

Con el transcurso de los años se pueden presentar trastornos del S.N.C. y por ende de memoria como el delirio que es una manifestación común en la vejez. Esto es un cambio repentino en la función intelectual, por lo tanto podemos observar más a menudo la consecuencia de una enfermedad que es del proceso normal de envejecimiento. Otro es la demencia, que es un deterioro global y sostenido de la función cognoscitiva; entre las enfermedades asociadas a la demencia encontramos el Alzheimer, el Pick y el accidente vascular cerebral o infarto (demencia multi-infarto), donde podemos observar las alteraciones de juicio, afasia, apraxia, agnosia y cambios de la personalidad del individuo sesente.

## **\*TIPO DE TERAPIAS**

### **ESTIMULACIÓN DE LA MEMORIA**

Memoria es la facultad psíquica de reproducir ideas o impresiones pasadas. No es un simple depósito para guardar información, es un sistema de trabajo y comunicación, a través de ésta podemos: fijar, conservar, reproducir, reconocer y localizar estados de conciencia.

Uno de los cambios manifestados en la cognición durante la senectud es la disminución del rendimiento físico y mental. Para frenarlo un poco se debe de reforzar y estimular la memoria del anciano, ya que la mayoría piensan que el perder la memoria, ya no van ha realizar sus actividades porque piensan que dependerán de sus familiares y amigos. Por esto y muchas razones más es importante estimular y reforzar la memoria del anciano mediante la "estimulación de la Memoria" para que pueda ejercer un mejor control en su vida.

## **MANTENGASE MENTALMENTE ACTIVO PROGRAMA DE TERAPIAS (VER ANEXO)**

### **REMINISCENCIA**

Reminiscencia en la vejez: Es una actividad mental que actúa bajo control del yo y varía según la estructura de personalidad; sus hábitos de pensar en sus propias experiencias pasadas o relatadas en especial las que se consideran más particularmente significativas.

La participación de enfermería dentro de la reminiscencia es:

1) Saber escuchar, cuando el anciano está recordando, no se debe interrumpir su relato sino que al contrario hay que animarlo a que continúe con su plática, ya que para él es un momento de suma importancia al revivir los recuerdos.

-Una fecha; como el aniversario de bodas, cumpleaños, entrega de un diploma, una medalla, cuando logró pasar la frontera o el nacimiento de su primer hijo o del último.

- Un viaje; irse de aventón de un lugar a otro o el lugar de su primer intimidad.

-Una fragancia; el perfume delicado de su novia o la colonia de su pretendiente, el aroma del guisado preferido, el tabaco de su preferencia, el aroma del café que más le agrada, etc.

- Un amanecer o atardecer, en compañía de algún ser querido, etc.

-Una melodía, un vals, un danzón, etc.

2) Reintegrarlos a la sociedad como personas cronistas de su experiencia y participadoras de ésta.

3) Si va a ingresar a algún centro hospitalario se le debe de permitir que traiga consigo algún objeto personal que le traigan recuerdos agradables.

4) De la manera más atenta se le pide de favor que se observe en un espejo y que describa lo que observa y como es.

5) Planear reuniones para que conviva con parientes y amigos y que pueda recordar momentos agradables de su pasado.

6) Elevar su autoestima, ayudándole a contribuir de manera significativa con la sociedad, ya que las reminiscencias sirven de eslabón entre el pasado y el presente.

Las técnicas de reminiscencia en el anciano son las siguientes:

1) Identificar las necesidades de la reminiscencia en el anciano.

2) Proporcionarle un ambiente agradable al anciano.

3) Explicarle al anciano lo que se va a hacer.

4) Establecer el diálogo enfermera-anciano.

5) Estimular al anciano través del contacto físico.

6) Dedicarle toda nuestra atención al anciano de lo que está comentando.

7) Una vez teniendo la confianza del anciano se procede a:

a) Estimular al anciano a que recuerde cosas del pasado, y tratando que sean cosas agradables para elevar su autoestima.

b) Hacer de éste recordatorio una terapia recreativa.

c) Proporcionarle al anciano alguno de sus objetos personales que le ayuden en la reminiscencia como: albuens fotográficos, juguetes, libros, etc.

d) Animarlo a que comente lo sentido, sobre los objetos anteriores.

e) Orientarlo y ubicarlo en la realidad.

Esta técnica se llevará a cabo por secciones.

La oportunidad para que viva largo tiempo dependerá de :

a) Prestar atención a la historia familiar.

b) Llevar una dieta balanceada.

- c) Mantener un récord de ejercicio.
- d) Dar o mantener un estilo de vida saludable, al beber o fumar hacerlo con moderación.
- e) Proporcionar un descanso y por consiguiente un relajamiento, mantener en el hogar un ambiente estable y seguro y no perder las actividades de recreación que incluye la risa y la diversión.
- f) Vivir con actitudes correctas, ser positivo.
- g) Tomar nutrientes como complemento vitamínicos.

Para ayudar al paciente con terapias de reminiscencias debe de: seleccionar un lugar con ambiente tranquilo; Sentarse donde la luz le ilumine la cara para que pueda leerle los labios; Utilizar ampliamente el contacto físico; calcular el grado de visión y audición del paciente; hablar despacio en voz baja y pronunciar claramente las palabras; escriba las instrucciones usando papel blanco o pluma; no apresurarlo y darle tiempo al paciente para que comprenda y entienda lo que se le pregunta para una buena contestación.

Los grupos de terapia tiene como finalidad establecer mejores relaciones de interrelación, estimulando así la memoria, para que recuerde los momentos más significativos de su pasado, y estableciendo así los vínculos por el cual las relaciones humanas son desarrolladas y mantenidas, para que tengan una vida digna y una mejor calidad de atención por parte de familiares y amigos dentro de su comunidad.

### IMPORTANCIA DEL EJERCICIO

Si los beneficios de la actividad física son cada vez más aceptados para la población en general, aparece todavía más evidente en la población de la tercera edad.

Dentro de una comparación burda, se puede decir que el cuerpo humano es como una máquina que si no se utiliza ni se engrasa, con el paso del tiempo se va estropiando y oxidando, por lo tanto se es más difícil moverse, terminando éste deteriorándose.

Es indiscutible que el funcionamiento del cuerpo humano trabaja, se avería por falta de uso; por eso es necesario moverlo y engrasarlo para que no se oxide. Si nos limitamos a que el movimiento del organismo solamente sea el cotidiano, nosotros sólo lo vamos atrofiando y por lo tanto se va a ir limitando todos los movimientos. Si la actividad física es adecuada, entonces se le dará a las articulaciones la capacidad de movimiento que merece, se reforzarán los músculos y ligamentos y éstos aumentaran la capacidad de oxigenación de los pulmones, por lo tanto la circulación sanguínea tendrá un mejor retorno, con esto se ayudará al retardo de la fatiga del anciano si se realizan los movimientos adecuados y áptos para este grupo de personas, en otras palabras si las personas mayores de sesenta años y más realizan actividades físicas alargarán su vida. Por lo tanto hay que considerar la importancia de la actividad física a cierta edad en la cual ciertas funciones empiezan a declinar y necesitan de mantenimiento para poder seguir funcionando como por ejemplo: el sistema nervioso, muscular, óseo-muscular, etc.



En cualquier momento de la vida se puede practicar deporte, es falsa la idea de que a cierta edad no se puede practicar, por lo grande(viejo) que el ser humano se hace , y sólo se debe de realizar la actividad adecuada a cada edad.

Desde hace algunos años, se estan llevando a cabo campañas encaminadas a realizar ejercicios y que se puedan ver los beneficios del mismo. Un aspecto muy importante que se debe de tomar en cuenta es el tiempo del que disponen los ancianos ya que al aumentar su tiempo libre aumenta el tiempo de ocio, por lo tanto se sugiere que ese tiempo se llene o se complemente con actividades beneficiosas y saludables y aún es más recomendable cuando el individuo llega a su jubilación.

### ¿PARA QUÉ HACER ACTIVIDAD FÍSICA?

La mayoría de las personas quieren vivir mucho, pero no quieren llegar a viejos, pero al llegar a ésta edad existen modificaciones por las cuales pocas de éstas personas están preparadas, ya que en su mayoría, en la etapa del adulto maduro solamente se dedicaron al trabajo olvidándose del ejercicio, tendiendo así a provocar deficiencias en e organismo, ésto se puede evitar si desde la infancia se ha realizado algún tipo de ejercicio y que sirven para:

- Prevenir
- Dar mantenimiento
- Rehabilitar
- Recrearnos

Y al juntar éstas actividades podrán prevenir problemas crónico degenerativos como los del corazón; ya que al realizar el ejercicio se le brindará mantenimiento al organismo, y por tanto ayuda a la rehabilitación en alguna enfermedad o padecimiento, también el realizar actividades físicas se tornan divertidas y recrea al individuo.

Dentro del rubro de la prevención se tiene que las actividades físicas ayudan en los problemas y deficiencias físicos y psíquicos; siempre y cuando se realicen periódicamente y se puedan adaptar a las posibilidades de cada persona. Con la actividad física no se pretende retardar el envejecimiento sino a prevenir posibles problemas que se produzcan en ésta etapa. Las investigaciones indican que el ejercicio puede por lo menos retardar algunas de las modificaciones atribuidas al proceso de envejecimiento. Como se mencionó en renglones anteriores, se recomienda que el ejercicio se realice lo más pronto posible, mientras más temprano se empieza, mayores serán los beneficios preventivos en la tercera edad.

**Mantenimiento:** Es el hecho de que los ancianos realicen actividades físicas, en la medida que se puedan mantener estable y en óptimas condiciones su estado psíquico y físico. Esto es con el fin de que el anciano se sienta bien física y mentalmente, al realizar sus ejercicios fuera del hogar también hará y conformará sus relaciones sociales manteniendo su autoestima en alto al saber que le es útil a su comunidad y a él mismo.

“La práctica de actividades físicas ayuda a:

- Mantener la forma, las cualidades y las capacidades físicas en óptimas

condiciones.

- Mantener la autonomía física y psíquica y la capacidad de funcionar sin ayuda de otra persona.
- Mantener en lo posible la memoria, la capacidad de atención y retención.
- Mantener la movilidad del aparato locomotor: Huesos, músculos, ligamentos y tendones.
- Mantener las funciones orgánicas en óptimas condiciones.
- Para ayudar a envejecer en mejores óptimas condiciones físicas y psíquicas evitando en lo posible la toma de medicamentos adicionales.
- Ayudar a mantener activas nuestras capacidades intelectuales<sup>1</sup>.

**Rehabilitación:** Este concepto se toma generalmente cuando una persona ha tenido alguna complicación física y que va unida a una terapia continua de movimientos adecuada a cada complicación; al conjunto de todo esto se le llama rehabilitación.

Uno de los objetivos del ejercicio físico es quedar como ejercicio terapéutico que queda en manos de especialistas como médicos, fisioterapeutas y profesionales de educación a la salud incluyendo la enfermería. Todos estos elaboran programas de actividades físicas específicos para cada persona, teniendo en cuenta su estado físico y mental de cada individuo que lo requiere.

Una actividad física adecuada y controlada, puede tener un claro valor terapéutico como ejemplo de ellos tenemos: La rehabilitación de patologías como osteoarticulares, neurológicas, cardiovasculares entre otras, dando como resultados grandes beneficios a los ancianos.

El objetivo principal en la rehabilitación es el de llevar un proceso integral.

Los aspectos de la rehabilitación para el envejecimiento son los siguientes:

- Para recuperarse después de un estado de fatiga.
- Para recuperarse después de una enfermedad.
- Para recuperarse después de una época de inactividad.
- Para recuperarse después de una lesión y/o de un accidente.
- Para recuperar la autonomía física y psíquica (dependiendo siempre del grado de no-autonomía a que se haya llegado).
- Para solucionar problemas del envejecimiento.
- Para solucionar problemas cardiovasculares, circulatorios, asmáticos, reumáticos, problemas musculares.
- Para recuperar problemas surgidos de las malas condiciones de trabajo.

**Recreación:** Todas aquellas actividades se les dice que son recreativas con el fin de pasarlo bien y divertirse y tiene como finalidad ocupar el tiempo libre y se puede hacer sin

---

<sup>1</sup>. Pont Geis Pilar, Tercera Edad. Actividad Física y Salud, p.64.

técnicas ni regla y nos da la posibilidad de utilizar espacio y materiales no convencionales.

Las regla para llevar una práctica recreativa son las siguientes:

- Para llenar el tiempo libre con actividades de ocio.
- Para sentirse integrado a un grupo social.
- Para pasarlo bien y divertirse, etc.
- Porque resultan gratificantes este tipo de actividades.

La mayoría de las actividades físicas se pueden realizar: en espacios cubiertos y/o espacios descubiertos (aire libre).

En resumen el ejercicio asume muchas formas, desde el ánimo de las actividades de la vida diaria hasta clases formales.

En muchas regiones se dán hoy en día clases sobre las técnicas de ejercicios para ancianos. Puede planearse para conservar la movilidad articular y el envejecimiento normal. Es esencial compartir el punto de vista de la actividad del grupo organizado. Algunas actitudes hacia el ejercicio en grupo son las siguientes:

- El ejercicio es divertido.
- Se crea una situación social y se alienta la interacción. El ejercicio se puede hacer sentado, acostado o en cama.
- Cada persona compite sólo consigo mismo.
- Pueden usarse utensilios como ligas, pelotas y varas como juguetes para adultos.
- Haga sólo lo que usted piense que puede hacer.
- Practique por lo menos tres veces a la semana.
- Repita el ejercicio sólo cuatro veces.
- Todo mundo puede inventar un ejercicio.

Los objetivos del ejercicio son psicológicos y fisiológicos que fortalecen y aumentan el tono muscular, mejoran el arco de movimiento o flexibilidad, alivia el aburrimiento y reduce el aislamiento social.

Algunos movimientos que pueden enseñarse son los siguientes:

1. Levantamiento: Movimiento en contra de la gravedad.
2. Oscilaciones: Movimientos en vaivén que se originan en una articulación grande.
3. Torciones: Movimientos de volvimientos o giratorios.
4. Estiramientos: Movimiento que producen tracción.
5. Círculos: Movimiento giratorio pleno.

### TIPOS DE EJERCICIOS

1. *Ejercicios isotónicos*: Sirven para dar fuerza, ayudan a mantener la condición muscular y previenen los problemas articulares.
2. *Ejercicios isométricos o de flexibilidad*: Ayuda a mantener el movimiento; con la edad

los musculos pierden elasticidad y las articulaciones se endurecen, este tipo de ejercicios tratan de retardar o reinvertir el proceso y así evitando el desarrollo de artrosis y permitiendo al organismo moverse libremente en todas direcciones.

3. *Ejercicios aeróbicos:* Este tipo de ejercicios sirve para fortalecer el sistema circulatorio y respiratorio. Los ejercicios típicos son: caminar, andar bailar trotar y andar en bicicleta.

4. *Gimnasia:* Son los movimientos que sirven para dar elasticidad a cuerpo.



**MODELO DE PROGRAMA** Lo ideal de un programa es que se ejerciten todos los músculos de nuestro cuerpo, los siguientes ejercicios van a combinar tanto de tipo isotónico como isométrico, así como para fortalecer el corazón y los pulmones. El éxito



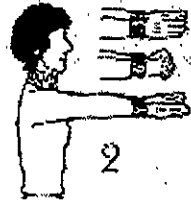
1



del programa es que se aplique a cada ejercicio cierto grado de tensión, fuerza y energía. Repita cada ejercicio aumentando gradualmente su frecuencia según su capacidad de adaptación de 2, 5, 10, 20 a 30 veces.

*Ejercicio 1:* Para fortalecer cuello, siéntese comfortable y rote la cabeza a la izquierda, regrésela al centro; lentamente rótele a la derecha, regrese a la posición del principio; lentamente doble la cabeza hacia atrás lo más que pueda y lentamente hacia adelante hasta que la barba toque el pecho, no olvide usar un cierto grado de tensión en sus movimientos; repítalo varias veces desde dos hasta 10 veces.

*Ejercicio 2.-* Para fortalecer los dedos de las manos: Extienda los brazos en frente a la altura del hombro con las palmas abajo, junte los dedos lentamente, y aflójelos; voltee las manos hacia arriba, apriete los dedos, aflójelos; cierre el puño, aflójelo, ábralo lo más posible; extienda los brazos hacia el frente, abra y cierre los brazos.



2



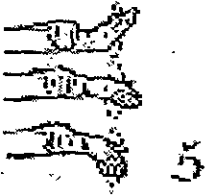
*Ejercicio 3.-* Extienda los brazos hacia adelante y ponga las puntas de los dedos tocándose, apunte con sus dedos hacia el cielo levantando los brazos lo más posible, apunte los dedos hacia el piso, repita este ejercicio varias veces.



4

*Ejercicio 4.-* Para dar tono a los hombros y a la espalda: Forme un

puño y. apóyelo sobre la mano del brazo contrario, apriete, empuje con su puño y trate de oponer resistencia con la palma de la otra mano; cambie de posición y repítalo, haciendo fuerza en este caso con el brazo izquierdo sobre el derecho, levante los brazos y haga el ejercicio a la altura de su cara, del cuello y del tórax.



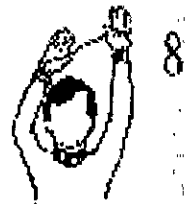
*Ejercicio 5:* Ejercicio de las muñecas: Debe rotar las muñecas con los brazos abiertos en dirección de las manecillas del reloj y regresarlas nuevamente contra las manecillas del reloj.

*Ejercicio 6:* De pie levante los dos brazos y rótelos desde los hombros en pequeños círculos hacia adelante y hacia atrás, como si estuviera nadando, al principio círculos muy pequeños y después mayores.



*Ejercicio 7.-* Para el tobillo y para el pie: Siéntese, cruce la pierna sobre la rodilla opuesta, rote el pie lentamente haciendo círculos completos lo más grandes posible.

*Ejercicio 8.-* Ejercicios de flexibilidad: Para estos ejercicios necesitamos una liga gruesa del tipo ligadura que usan las enfermeras para la aplicación de inyecciones intravenosas (consígala de aproximadamente un metro y medio) vamos a usarla en varios modos:



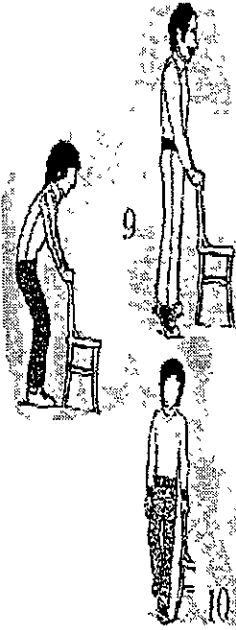
- a) En el primer caso en toda su extensión sin anudarla, ante los brazos sobre la cabeza con las manos apuntando hacia el techo y tome la liga y trate con una mano de elevarla y con la otra de bajarla, estirando la liga una vez hacia arriba y otra hacia abajo; cambie de brazo una vez hacia arriba y otra hacia abajo.
- b) Levante las dos manos con la liga muy bien sujeta y trate de separar los brazos haciendo presión y extendiendo la liga.
- c) Levante ambos brazos por atrás de la cabeza, con la liga por detrás haga tensión, trate de estirar la liga abriendo los brazos. Estos ejercicios van a fortalecer los hombros, los codos y las muñecas.
- d) Poniendo nuevamente el brazo y la mano por detrás del cuello trate de estirar el brazo contrario con su liga, al grado de abrirla sin mover uno de los brazos, cambie de posición.
- e) Levante los brazos por delante del pecho a nivel de los hombros con los codos doblados y tome su liga, ponga la mano izquierda al centro del pecho y tomando la liga trate de extender el brazo derecho a toda su extensión; cambie de brazo.

f) Para fortalecer la parte baja de los brazos: Ponga los brazos a la altura de la cadera tomando la liga y trate de abrirla lo más posible.

g) Para los brazos y músculos de la espalda: Siéntese en una silla y encorvándose hacia adelante acomode la liga por debajo del arco del pie derecho, teniendo el pie firmemente fijo en el piso, trate de levantarse hacia su posición erecta, cámbiese y repita con el pie izquierdo.

h) Para dar flexibilidad a la pierna: Teniendo igual la liga por debajo del pie, siéntese erecto y eleve su pierna hasta que la rodilla esté derecha, repita con la otra pierna,

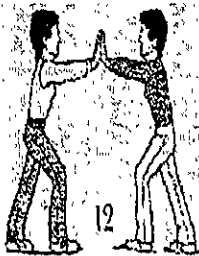
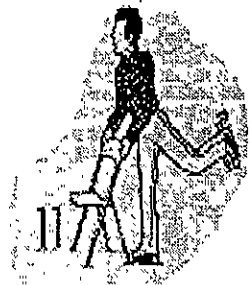




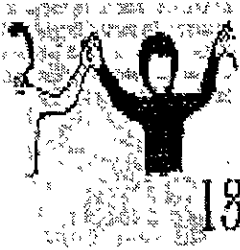
**Ejercicio 9.-** Para fortalecer la parte interior de las piernas y los tobillos: Pongase de pie en posición erecta detrás de una silla y ponga sus manos en el respaldo, doble las rodillas hasta que esté en cucullas y levántese apoyándose en los dedos de los pies, póngase de puntas hasta que se enderece propiamente, repita esto diez veces.

**Ejercicio 10.-** Para fortalecer los flexores de la cadera y la parte inferior: De pie, erecto, con una mano a un lado de la silla y con la otra en el respaldo; levante la rodilla izquierda hacia el pecho lo más que sea posible, sostenga unos momentos la posición (es un ejercicio tipo de marcha de los soldados), una rodilla y luego la otra lo más posible.

**Ejercicio 11:** Para fortalecer la columna y los músculos glúteos: De pie, erecto, detrás de una silla, con los pies juntos y las manos sobre el respaldo; levante una pierna hacia atrás lo más lejos posible con la rodilla no flexionada, regrese a la posición y repita.



**Ejercicio 12.-** Para fortalecer brazos, piernas, espalda: Párese de frente a una pared con la pierna derecha hacia adelante y la izquierda atrás; extienda los brazos tocando los dedos y las palmas juntas, empuje la pared como si tratara de derribarla (ejercicio de fuerza).



*Ejercicio 13.-* Es un ejercicio que debe ser combinado con otras personas: Se ponen en línea, se levantan los brazos a los lados al nivel del hombro y se tocan las palmas y los dedos como los de la persona al lado, se empuja haciendo presión y descansando alternadamente; realiza los mismos movimientos la otra persona.

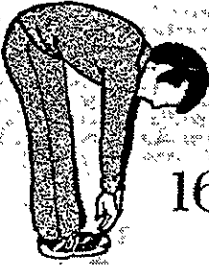


*Ejercicio 14:* Para hombro y flanco: De pie, con los pies abiertos para balancearse levante el brazo derecho sobre la cabeza dejando el brazo izquierdo de lado; dóblese hacia la izquierda, levantando el brazo derecho; cambie de brazo y repítalo cinco veces



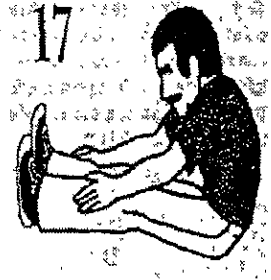
*Ejercicio 15.-* Para los hombros, brazada de nado: Con los dos





pies abiertos y los brazos en posición de nadar, doble las rodillas y alternadamente como si estuviera nadando gire sus brazos hacia adelante y luego hacia atrás.

*Ejercicio 16.-* Para flexibilidad de la columna y las piernas: De pie con los brazos juntos y a los lados, lentamente dóblese hacia adelante lo más posible como si intentara tocar los pies.



*Ejercicio 17.-* Para fortalecer la parte de la columna y las piernas: Siéntese en el piso con las piernas extendidas hacia adelante y las rodillas juntas; dóblese hacia adelante lentamente y poniendo las manos hacia los tobillos buscando que las manos lleguen a los tobillos, trate de tocar con la barba las rodillas sin doblar las piernas, regrese a la posición e inhale profundamente cada vez que lo haga.

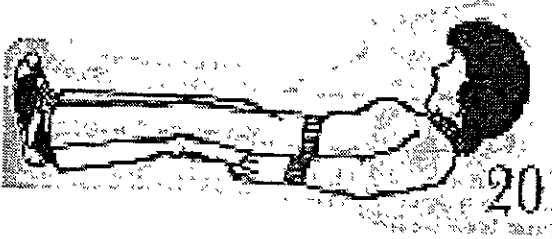


*Ejercicio 18.-* Para incrementar la flexibilidad de la espalda: Sentado y con las piernas separadas ponga las manos en el piso para que se apoye; dóblese hacia adelante lentamente y extienda los brazos entre las piernas.

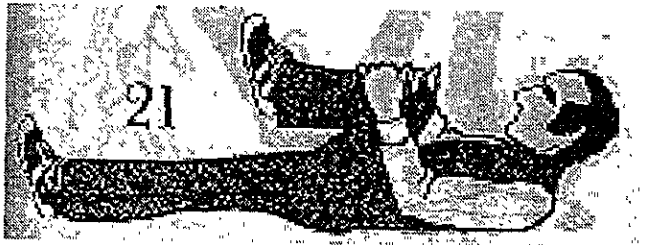


*Ejercicio 19.-* Para fortalecer los músculos del estómago:

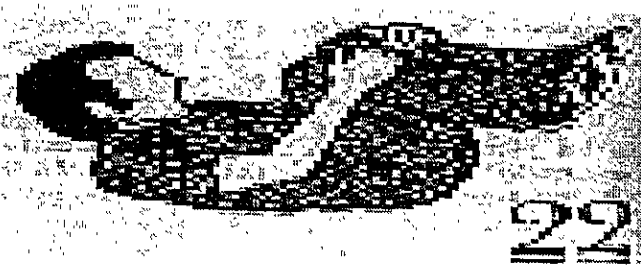
Siéntese con las rodillas dobladas, las piernas separadas, los pies en el piso y los brazos a los lados; doble el cuerpo en una posición hacia arriba y estire los brazos hacia adelante buscando las rodillas mientras exhala y regrese hacia la posición del principio inhalando.



*Ejercicio 20.* Para afirmar los músculos del estómago y los de la parte anterior del cuello: Acostado con las piernas rectas y los brazos a los lados; dóblese hacia adelante y separe los hombros del piso, aguante en esta posición contando hasta el número cinco y regrese a la posición del principio.



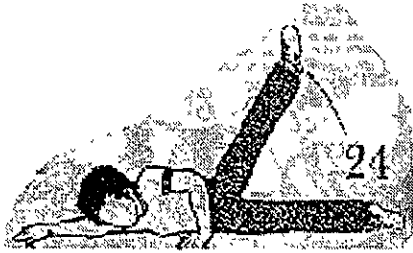
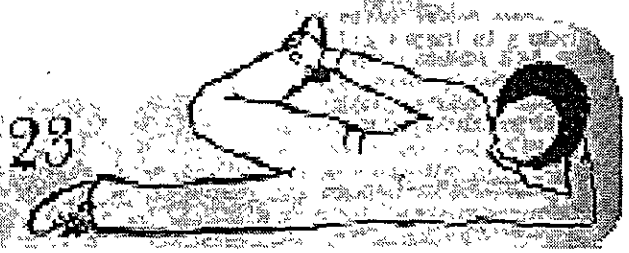
*Ejercicio 21:* Para fortalecer la parte posterior de la espalda y de la pierna: Recuéstese con las manos a los lados; jale una pierna hacia el pecho, sosténgala con ambos brazos y cuente hasta cinco, repita con la pierna opuesta.



*Ejercicio 22.* Mismo ejercicio, pero con las dos piernas hacia el pecho, sosténgalas con los brazos arriba de las piernas; trate de levantar un poco las asentaderas del piso como si se diera un empujoncito hasta atrás, esto

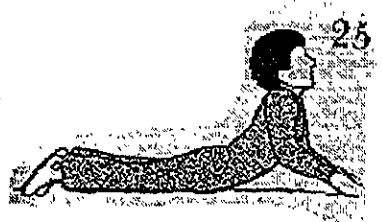
fortalece los músculos glúteos.

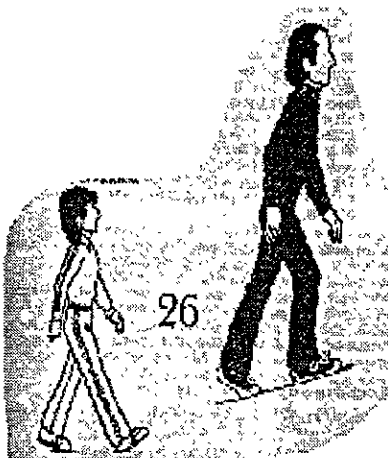
**Ejercicio 23.-** Para fortalecer la parte superior de la pelvis y el área de la ingle: Recuéstese sobre un lado, sostenga el tobillo con el brazo correspondiente (tobillo y pie derecho con la mano derecha), y ligeramente arquéese hacia atrás, aguante contando hasta 10.



**Ejercicio 24:** Para fortalecer la parte exterior de la pelvis y músculos de la cadera: Acuéstese de lado con las piernas extendidas; levante la pierna, sosténgala arriba lo más alto posible, bájela a la posición, cambie de pierna.

**Ejercicio 25:** Para fortalecer la pared abdominal, pecho y parte del cuello: Recuéstese boca abajo con los pies extendidos, apoyado en la punta de los dedos del pie; mientras saca el aire lentamente, enderécese sobre sus brazos y arquéese hacia atrás, sostenga la posición contando hasta 10 y regrese a la posición mientras toma el aire profundamente





*Ejercicio 26: Caminar como ejercicio:* Los programas para caminar tienen como función principal mantener la capacidad del corazón y del pulmón, también tienen algunas ventajas sobre otras formas de ejercicio, no requiere instrucción previa, puede ser hecho casi donde quiera, a cualquier hora, no cuesta, no necesita equipo y tiene las menores posibilidades de lastimarse que cualquier otra forma de ejercicio.

#### **\*SALUD MENTAL**

##### **MANEJO DE TERAPIA DE RESOCIALIZACIÓN**

Concepto de Resocialización: Es el proceso que reconstruye las relaciones sociales del individuo que estuvieron rotas por muchos años de los roles establecidos por la sociedad como: marido o mujer, madre o trabajador, padre e hijo, etc. Y conforme el tiempo pasa éstos roles van cambiando, obligando al individuo a aprender o cambiar las obligaciones y los derechos de los nuevos roles como son: abuelo, abuela, viudo, viuda divorciado, divorciada, dejado, dejada etc.

La adaptación social del anciano empieza en la reducción de actividades o de la capacidad y el tiempo que realiza sus actividades, esto pasa con las personas que viven en zonas rurales; a este grupo de personas con el paso del tiempo al realizar sus actividades en el campo, empiezan a notar que su rendimiento y su productividad por día es menor que cuando eran jóvenes, pero ellos siguen laborando hasta su muerte, sin preocuparse de sus limitantes. En cambio el individuo de la zona urbana al llegar al término de su trabajo (jubilación) sus actividades se reducen, y como consecuencia no saben que hacer con ese tiempo. Para evitar ese problema se trata de buscar o de darle una solución, orientándolo a que se anime para que realice otra actividad que le llame más la atención como puede ser: tomar alguna clase de danza, como danzón, mambo, tango, y otras actividades más.

El envejecimiento como proceso biológico también se concibe como proceso social, ya que ésta es la que predispone el promedio de años de vida y la calidad de vida de este grupo.

La concepción del envejecimiento como proceso social admite diversos enfoques. Entre ellos se encuentra el enfoque sociológico destacando el estudio de la sociedad, la cual permite al anciano diferentes oportunidades de realizar diferentes actividades en la sociedad. La socialización comienza desde el momento de nacer hasta la muerte. Por lo tanto la socialización no es solamente un proceso del niño o del adolescente sino que jala con todas las etapas de la vida y principalmente la del anciano, ya que éste sufre cambios, posiciones o roles sociales dentro de la propia familia y de la sociedad y por lo tanto existen diversos factores que influyen en la pérdida de la socialización del anciano como son:

*El Aislamiento:* Estado o situación de desvinculación de la sociedad y que tiende a la soledad o el retraimiento de algunos ancianos.

*El Abandono Familiar:* Es el constante movimiento y las diferentes actividades que tiene cada uno de los integrantes de una familia urbana, y dejando en segundo término la convivencia familiar. Otro de los grandes problemas que son frecuentes es la *Barrera Arquitectónica*; que son los conjuntos de zonas departamentales que son espacios pequeños y en donde viven por lo regular en los últimos pisos. Impidiendo de ésta manera la convivencia del anciano con sus amigos o con el entorno que los rodea, causandoles un cierto aislamiento.

*La Depresión:* Es el resultado de la soledad de un anciano viudo o de la muerte de alguna persona allegada que estimaba o con algún otro problema.

*La Discapacidad Física:* Es otro de los factores determinantes para que el anciano no conviva con la sociedad.

*El Factor Económico* es de gran importancia ya que sin éste no se puede trasladar de un lugar a otro y apenas si les alcanza para sobrevivir. Por otro lado si el anciano no se acepta tal y como es, al ver que se está deteriorando su autoestima empieza a decaer provocando el aislamiento y esto se debe por la *Falta de Aceptación de su Edad*.

*La Jubilación* es un factor que trae consigo muchas consecuencias como la pérdida del trabajo o actividades acostumbradas a realizar en un día laboral y trae como consecuencia la pérdida de compañeros de equipo de trabajo, entre otras cosas más. También se tiene la Pérdida Gradual de los Sentidos: las pérdidas juegan un papel importante en el anciano ya que pierde comunicación con la sociedad; por la disminución paulatina del oído, vista, olfato se atrofian; el gusto y el tacto disminuyen, y esto hace que los ancianos se aislen y se empiezan a sentirse solos, (soledad).

Para tratar de que la vida del anciano sea digna es necesario saber que existe la resocialización y saber la función de ésta como es:

a) Estimular al anciano en lo biológico, psicológico, social y espiritual, para estimular al anciano es necesario que se relacione, con amigos, parientes, vecinos y demás miembros de la comunidad en donde vive, relacionándose también con diferentes personas, para

así tener intercambios de ideas y experiencias, para que el anciano sienta y tenga una mayor calidad de vida.

b) Elevar la autoestima: Esta aumenta o disminuye con el paso del tiempo. Para poder aumentar su autoestima es necesario reconocer su capacidad física y psíquica y también aceptar decisiones, consejos, explicaciones, comentarios y sugerencias como también su experiencia al aceptar todo esto uno aprende a escuchar y comprender su forma de vida y de pensar.

c) Mantenimiento de la capacidad psicomotora en buen estado general y funcional. Esto se refiere a que el anciano sea capaz de adaptarse y de autocuidarse, para que él no se sienta inútil, para evitar esto se le recomienda realizar actividades físicas, intelectuales y espirituales. El tipo de actividad dependerá de la edad, y de su condición física.

Para resocializar al anciano existen diferentes tipos de actividades como:

- Actividades Físicas y Manuales.
- Actividades Sensoriales.
- Actividades Psíquicas.
- Actividades Sociales.
- Actividades Recreativas.
- Actividades Deportivas.
- Actividades Educativas y Culturales.
- Actividades Ecológicas.
- Actividades de Servicio Social Comunitario Voluntario.
- Actividades Espirituales y Religiosas.

### 2.5.2. ORIENTACION A LA REALIDAD

Orientación a la Realidad: Es el proceso en el cual el individuo se sitúa en sus tres esferas(tiempo, espacio y persona).

El objetivo de éste método es mantener en contacto a la persona con el medio en que lo rodea y su triste realidad; usando éstas en:

- 1) *Orientación Básica e Informal de la Realidad:* Le informa al anciano que todavía es útil y que hace falta en esta vida.
- 2) *Orientación Intenciva de la Realidad:* Este método le hace ver al anciano que todavía es útil y a cada rato se le menciona y saca al anciano de su aislamiento acercándolo más a su realidad.
- 3) *Terapia de Actividades:* Se encarga de volver a la realidad al anciano diciéndole que es útil y mostrándole sus capacidades físicas e intelectuales.

La enfermera geronto geriátrica debe de ser capaz de distinguir y detectar si un anciano presenta signos de demencia y/o depresión, y debe de poder ayudarlos para que salgan adelante.

**\*HIGIENE  
ASPECTO PERSONAL (HIGIENE)**

Pelo limpio, peinado; uñas arregladas y limpias; éstas pueden estar desilustradas y quebradizas. Ropa adecuada y limpia; no existen olores.

### DESVIACIONES

Pelo sin peinar y sucio; uñas rasgadas y sucias; combinaciones de ropa extraña e inapropiada; olores corporales y nauseabundos; aliento fético olor de acetona o de amoníaco.

### **\*Orientación nutricional del anciano**

Nútrase bien y baje tallas

Sistema de Control de peso

Es aceptado sin excepción que existe una correlación directa entre los hábitos alimentarios y la salud y calidad de vida. Es preocupación constante de médicos e investigadores encontrar la relación entre dieta y enfermedades, o de la obesidad como trastorno metabólico, por sus implicaciones físicas y psicosociales.

Mantenerse en forma aumenta la autoestima y disminuye los riesgos de enfermedad, controlar el peso debe ser una actitud positiva de amor hacia uno mismo. No pensar la dieta para llegar a determinado peso, sino un proyecto de vida a largo plazo asociado a calidad de vida y figura saludable.

El sistema de control de peso que expondremos a continuación no es una dieta, sino un sistema de vida basado científicamente en investigaciones médicas y endocrinológicas. Para explicarla expondremos sus principios básicos:

No plantearse la dieta para llegar a determinado peso.

Bajar de peso debe ser un proyecto a largo plazo asociado a calidad de vida, amor a uno mismo cambio de hábitos equivocados en la alimentación y la rutina diaria.

Autovigilancia cotidiana para evitar comer inconscientemente (por estrés, costumbre, nerviosismo, por todo y por nada)

Analizar pretextos: 'porque somos gorditos en la familia'; 'por mi trabajo', 'por las reuniones sociales', etc.

**EVITE EL AYUNO Y NO OMITA COMIDAS.**

Esté comprobado que cuando se ayuna o se omiten comidas el cuerpo 'ahorra energía' no quema grasa, en previsión de malos tiempos. El metabolismo se hace más lento y se produce una hormona que propicia que haya reservas en el organismo en previsión del ayuno. La hipoglicemia, o baja de glucosa en sangre, dispara el hipotálamo. Este es el motivo por el que las dietas engordan, pues ante una falta temporal de comida el organismo por instinto de supervivencia almacena grasas y aumenta la absorción del tubo digestivo;



## PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

aumenta la lipoproteínas lipasa (que acumula grasa); disminuye la acción de la hormona tiroidea, y con ello el metabolismo. Ante ayunos prolongados o dietas parciales se pierde hueso y músculos causando estados de desnutrición, pese a la obesidad.

### EVITE LA BÁSCULA.

Pesarse es angustiante y doloroso y no especifica la pérdida de grasa, pues una persona puede mantener o subir su peso formando músculo y eliminando grasa; para mayor precisión use la cinta métrica.

### HABITOS POSITIVOS

- " Nunca saltarse una comida (Siempre desayunar, comer y cenar)
  - " No ayunar ni dejar de comer.
  - \* Planear 6 comidas al día: 3 fuertes y 3 ligeras (bocadillos). El último bocadillo tomarlo antes de dormirse.
  - " No pesarse, pero sí medirse cada semana, a la misma hora, en ropa interior y sin falsear: busto, cintura, cadera, muslo.
  - " Tomar un mínimo de 8 vasos de líquidos diariamente (sin azúcar)
- Caminar de 15 a 30 minutos diariamente (no agitarse ni sudar)

### DIETA COMPLETA

Para evitar el incierto apetito por carencias nutricionales deben incluirse todos los nutrientes en el menú: carbohidratos (50-60%), proteínas (20-25%) y grasas (15-20%).

**Los carbohidratos**, - tienen valor de 4 calorías por gramo y se encuentran en productos de grano (pan, cereales, pastas), arroz, trigo, avena, que además tienen vitaminas fibra; en vegetales (calabaza, papa, chícharos). Los carbohidratos simples, como azúcar refinada, golosinas, postres, chocolates, conservas, etc., no ofrecen beneficios nutricionales, sólo energéticos.

**Las proteínas** - con valor de 4 calorías por gramo -, se encuentran en alimentos de origen animal y en sus derivados: huevos, queso leche; en leguminosas (frijoles, lentejas,

garbanzos y pastas).

**Las grasas** - con valor de 9 calorías por gramo -, se subdividen en saturadas (las que se mantienen sólidas a temperatura ambiente) y se encuentran en carne grasosa, embutidos, lácteos grasos, crema, mantequilla y, en los vegetales, en el aceite de coco. Las grasas monosaturadas, son líquidas o semisólidas y se hallan en aguacate, aceite de oliva (no son dañinas) y, las grasas polisaturadas son líquidas (grasas de pescado, de pollo y de mariscos; aceites vegetales - maíz, cártamo, girasol -, nada recomendables).

**Agua:** valor calórico = 0. Consumo diario recomendado 8 a 12 vasos. Entre otras maravillas, el agua quita el hambre (entre comidas), da energía y sensación de bienestar, hidrata el cutis y toda la piel, ayuda a descomponer las grasas, limpia de toxinas y productos de desecho.

**De fibra:** se recomiendan de 15 a 20 gramos por día, y se encuentra en granos integrales, frutas y verduras en general. Entre sus beneficios mencionaremos que evita la constipación, controla el colesterol y reduce riesgos de divertículos y de cáncer.

**Las vitaminas**, indispensables para el buen funcionamiento del organismo, se hallan en todas las frutas y verduras: vitamina C: en los cítricos, frutas en general, fresas, chile.

Vitamina A (beta caroteno) en frutas y verduras de color anaranjado, amarillo y rojo (melón, la zanahoria, duraznos, betabel; también en verduras de color verde intenso como espinaca, brócoli, acelga, col.

Vitamina E: la contiene el huevo, el hígado y el pan integral.

Complejo B, se encuentran especialmente en productos de grano, en arroz, trigo, maíz, etc., así como en carnes y pescados.

### DISMINUIR:

Consumo de sal, alcohol, café y refrescos.

### ELIMINAR:

\*Grasas: aceite, crema, mantequilla, manteca, quesos grasos, margarina.

\*Azúcares: postres, dulces, pan de dulce, galletas golosinas.

\*Cerdo: carnitas, chicharrón, chorizo, tocino, salchichas, jamón, pizzas.

\*Frituras y fritangas: botanas cacahuetes, pepitas, sabritas, doritos.

\*Quesos: amarillo, manchego, doble crema, Chihuahua.

\*Crema: helado de crema.

### ALIMENTOS LIBRES

consomé, gelatina, mermelada sin azúcar, miel dietética, mostaza, vinagre, salsa inglesa, jugo maggi, aderezos light, apio, pepino, ajo, limón, salsa de chile, nopales, rábanos, berros, lechuga, perejil, especias.

### BEBIDAS PERMITIDAS

Nescafé, decafé, té caliente o helado, refresco dietético, agua de frutas - endulzar con canderel -, agua natural; whisky, ron, brandy, vodka, tequila, ginebra ( con moderación, pues el alcohol tiene 7 calorías por gramo y, al actuar como desinhibidor, después de dos copas se comen más alimentos.) La cerveza equivale a dos raciones de grasa y una de granos.

### EL EJERCICIO

Hacer ejercicio es la mejor vacuna para estar sano. Es necesario hacer un hábito placentero de la actividad física. El mejor ejercicio es la caminata (se recomienda 30 minutos diarios a una hora fija); pero no se torture, si no puede hacerlo así y sólo cambie algunos actos de rutina:

\*Estaciones en la parte más alejada o baje del autobús dos paradas antes; utilice la escalera en lugar del elevador; cuando tenga que esperar, procure caminar, en lugar de buscar un asiento. Otros agradables ejercicios son bailar, usar bicicleta, trabajar en el jardín, sacar al perro, jugar boliche, etc. No piense en el ejercicio como entrenamiento agotador, sino como algo agradable para bajar de peso, mejorar la condición física y prevenir enfermedades, escoja el que más le agrade.

\*Establezca objetivos razonables en la disminución de peso, ejerza autocontrol y busque que sus familiares y amigos lo alienten, invítelos y sea un buen ejemplo para ellos. Asista a las fiestas a conocer gente, a bailar, no a comer.

### SECRETOS PARA OPTIMIZAR SUS LOGROS

Cuando vaya a un restaurante ordene que haya cambios en el plato que usted elija. En la mayoría de los restaurantes aceptan hacer los cambios que usted solicite; por ejemplo,

## PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

pida que le cambien las papas fritas por tomate; ordene su ensalada con vinagre en lugar de los aderezos; salsas de tomate en lugar de cremas, pida que le sirvan media porción o si va acompañada comparta su plato principal.

En las fiestas al llegar al bufete, tome los platos y cucharas más pequeñas; pase al último; sírvase y no regrese. Prepárese para cuando le ofrezcan bebidas alcohólicas, prefiera un agua mineral con limón, huya de las personas necias que insisten imprudentemente en que se tome un trago.

### SI FALLA EN SU DIETA

Si hay alguna falla en estos consejos prácticos, no se angustie, intente analizar primero por qué fallo, perdonase a sí mismo, tenga pensamientos positivos en relación a usted y planee una nueva estrategia.

\*Piense con quién estaba y de qué hablaba en el momento de quebrantar la dieta.

\*Procure estar con una compañía entusiasta que le estimule a continuar su dieta, sobre todo en las horas de comer.

\*Lleve diariamente una sencilla ficha de autocontrol en donde especifique:  
Cuantos vasos de agua tomó. qué desayunó: la hora, el lugar y la compañía, % nutritivo.  
qué comió: la hora, el lugar y la compañía, % nutritivo. qué cenó: la hora, el lugar y la compañía, % nutritivo. qué alimentos eligió entre las comidas, % nutritivo.

Esto le ayudará a visualizar mejor su dieta y alguna falla que cometa dentro de la misma, además reforzará su comportamiento porque se dará cuenta de que puede conseguir una mejor figura y una alimentación adecuada.

Su grado de autoestima y consistencia le hará cambiar los malos hábitos. Disfrute cada felicitación que le hagan, (pues su trabajo le ha costado). Recuerde que el amor a uno mismo es el secreto del éxito.

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

**EJEMPLO DE DIETA DE 1200 CALORIAS**  
(para aumentar a 1500 calorías agregue una fruta o dos granos)

DR a	Desayuno 8:00 A.M.	Bocadillo 12:00 A.M.	Comida 3:00 P.M.	Bocadillo 6:00 P.M.	Cena 9:00 P.M.	Bocadillo 10:00 P.M.
Lun.	1 Taza de fruta 30 gr. De queso Panela 1 pan tostado 1 cuch. De margarina café o te	1 Yoghurt descremado light	1 taza de sopa de verdura 120 gr. de carne de res asada con ensalada de nopales con jitomate 1/2 taza de arroz 1 tortilla	1 manzana	2 enchiladas con 30 gr. de pollo y lechuga 1 chuch. queso Parnesano 1 ensalada de ejotes 1 taza de leche descremada 1 taza de fruta	1 mango
Mar	1 taza de fruta 2 hot cakes 1 Cuch. de margarina 1 vaso de leche descremada	1 mango	Crema de zanahoria 1 20 gr. de fajitas de pollo con pimiento morrón y 1 taza de champiñones Ensalada de lechuga 2 tortillas de harina 1 gr. de atún o fruta	1 plato de pepinos	1 taza de espagueti con 80 gr. de atún 1 chuch. de mayonesa 1 taza de brócoli café o te.	1 (cuadro de leche des- cremada con un plátano o fresas
MiJ	1 taza de fruta con Yoghurt light 1 huevo con 2 claras y 2 taza de ejotes cocidos 2 tortillas 1/2 panes Bimbo con 1/2 de aguate	1 fruta	1 taza de sopa de fideos 1 20 gr., de carne a la tampiqueza (1 enchilada, rejas de poblano, nopales 2 taza de frijoles) 1 rebanada de piZZa	1 plato de zanahorias con una chuch. de mayonesa	1 taza de cereal base de 1 leche descremada 1 plátano	1 gelatina Gloria
Jue	1 plato de sandía 2 enfrijoladas 1 taza de leche descremada	1 rebanada de piZZa	1 taza de sopa de verduras 120 Grs. de pechuga de pollo asado con ensalada de lechuga y cebolla 1 taza calabacitas en blanco 2 tasa de arroz blanco	1 plátano	80Grs. de atún (jitomate, cebolla, lechuga, chile) 1 bolillo con 1 chuch. de margarina 1 licuado de fresa con leche descremada	4 galletas habaneras
Vie.	2 bolillo en mollete 1 cuch. de margarina 1 chuch. de mermelada light. 1 taza de leche descremada	1 pera	Caldo de pollo con verduras 120 Grs. de carne de res 1 reb. de queso Panela (80 Grs) 1 pan (hamburguesas) 2 tasas de ensalada de verduras crudas	1 durazno	1 fruta 1 pan tostado 1 rebanada de jamón 1 chuch. de mostaza y mayonesa 1 Yoghurt Ensalada de nopales	1 manzana
Sáb.	1 taza de papaya 2 molletes con frijoles 1 taza de leche descremada	1 plátano	Sopa de verduras 1 tasa de tallerín o de espagueti cocido con salsa de jitomate 120 Grs. De carne molida 1 gelatina 1 tasa de espinacas hervidas	15 uvas	1 quesadilla con tortilla de harina café o te 1 mango 2 taza de ejotes cocidos con espárragos y jitomate	1 Yoghurt light
Dom.	2 quesadillas de queso (80 g res) 1 taza de leche descremada 1 plato de fruta mixta	1 taza de melón	1 plato de caldo de pollo Mole de olla con verduras y 120 Grs. de carne de res 1 gelatina Ensalada de pepinos	1 plato de verdura cocida con una cuch. mayonesa	1 pan tostado con mermelada sin azúcar 1 chuch. de margarina café o te con Canderel 1 taza de brócoli	1 licuado de leche des- cremada con un plata

## **ACTIVIDADES**

### **A) ATENCIÓN**

- A<sub>1</sub> Valoración clínica del anciano
- A<sub>2</sub> Control de T/A
- A<sub>3</sub> Control de peso
- A<sub>4</sub> Control de azúcar

### **B ORIENTACIÓN FAMILIAR**

- B<sub>1</sub> Plática sobre el proceso normal de envejecimiento
- B<sub>2</sub> Plática sobre la valoración clínica del anciano
- B<sub>3</sub> Plática sobre los tipos de terapias
- B<sub>4</sub> Plática sobre la higiene del anciano
- B<sub>5</sub> Plática sobre orientación nutricional del anciano
- B<sub>6</sub> Plan de cuidados de enfermería para el anciano

## Recursos

- **Material**
  - Forma de historia clínica
  - Estuche de diagnóstico
  - Estetoscopio
  - Baumanómetro
  - Lámpara para ver reflejos pupilares
  - Abatelenguas
  - Cinta métrica
  - Báscula
  - Papel sanitario
  - Pluma
  - Lápiz
  - Papel
  - Goma
  - Esquemas

### OPERACIONALIZACIÓN DEL PROGRAMA

Se aplicará el programa a cinco familias en promedio, se evaluará el programa con secciones de trabajo con el anciano y la familia en frecuencia de una vez por semana durante tres meses.

		Tiempo																														
		Septiembre																														
Familia		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																

		Tiempo																															
		Octubre																															
Familia		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
1																																	
2																																	
3																																	
4																																	
5																																	

		Tiempo																															
		Noviembre																															
Familia		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
1																																	
2																																	
3																																	
4																																	
5																																	

- cila
- orientación al proceso normal de envejecimiento
- valoración clínica
- tipo de terapias
- orientación nutricional
- higiene del anciano
- evaluación del programa



## PLAN DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Considerando la importancia de hacer adecuaciones a la implementación del programa, se ha seleccionado el tipo de evaluación formativo o monitoreo, para la evaluación del proceso.

Esto es factible dado que el monitoreo será realizado por quien efectúe el programa se ha considerado como elementos de esta evaluación:

- La información sobre la calidad y operación de métodos y las actividades, la evaluación se hará cada dos semanas, para realizar los ajustes pertinentes se considerará el nivel de satisfacción del anciano así como la satisfacción de las necesidades de la familia.

Se cuenta con la asesoría de profesores con amplia experiencia en el trabajo domiciliario, lo que servirá de apoyo para las modificaciones inmediatas del programa.

El diseño de la evaluación del proceso considera el sistema de información sobre los logros obtenidos en relación al objetivo planeado.

Finalmente se podrá tener un resultado preliminar sobre el imparto de la aplicación del programa y analizar la importancia la participación de enfermería en la dinámica familiar .

## **Plan de evaluación de la intervención**

### **1.- REVISIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES**

Revisión del diagnóstico de necesidades, como labor de información con la que se compara si existen cambios; es importante porque los cambios que se esperan deben quedar evidentes.

### **2.- OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE EVALUACIÓN**

- Mejorar la interacción entre el anciano y la familia (generar satisfacción).
- Mejorar los cambios de vida del anciano dentro del núcleo familiar. Dando una mejor calidad de vida.
- Reducir la ansiedad de la familia generada por el desconocimiento del proceso normal de envejecimiento.

### **3.- IDENTIFICACIÓN DE RECURSOS Y LÍMITES**

Dentro de los recursos se tiene a la pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia quien ha encontrado limitaciones de tiempo, distancia, lugar, transporte, recursos económicos y disponibilidad de las persona.

- **Limitante de tiempo:**  
Normalmente la salida del Servicio Social es a las 14:00 hrs., pero existen días en los que sale más tarde.
- **Limitante de distancia, lugar y transporte:**  
Estas tres se conjuntan, ya que la distancia recorrida no es mucha pero el transporte es escaso y el lugar es algo conflictivo. Me refiero a conflictivo por el tipo de personas que habitan en la zona, no tanto por las familias sino por las bandas que existen en este lugar; por lo tanto el transporte a muy temprana hora empieza a escasear.
- **Limitante de recursos económicos:**  
La pasante no percibe sueldo alguno por el servicio prestado a la comunidad, y por estos motivos tiene que ahorrar el poco dinero que tiene para poder realizar las visitas y comprar su material de apoyo.
- **Limitante de la disponibilidad de las personas:**  
Este punto se refiere a que el familiar por lo general realiza otras actividades sociales y no puede estar en casa.

<b>OBJETIVOS DEL PROCESO</b>	<b>METAS</b>	<b>EFFECTOS</b>
Calidad de vida del anciano	Mejorar	Adecuados
Interacción del anciano en la familia	Mejorar	Adecuados
Orientación del proceso normal de envejecimiento	Reducir ansiedad	Adecuados

**4.- ESPECIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SE OBTENDRA.**

**Meta:** incrementar y favorecer al interacción entre el anciano y la familia, generando satisfacciones

**Pregunta:** Contribuyó el programa en la interacción entre el anciano y la familia?

**Indicador:** Anciano y familia de la comunidad registrado en el diagnóstico de necesidades con el que se realizará en la encuesta de la evaluación.

**Meta:** Favorecer los cambios de la vida del anciano dentro de la vida y la sociedad.

**Pregunta:** Contribuyó el programa en el mejoramiento de los cambios de la vida del anciano dentro de la familia y la sociedad, para una mejor calidad de vida?

**Indicador:** Calidad de vida en el anciano de la comunidad registrada en el diagnóstico de necesidades con el que se registrará en la encuesta de evaluación.

**Meta:** Reducir la ansiedad de la familia generada por el desconocimiento del envejecimiento.

**Pregunta:** Contribuyo el programa en el conocimiento del proceso normal de envejecimiento?

**Indicador:** Conocimiento del proceso normal de envejecimiento registrada en el diagnóstico de necesidades con el que se registrará en la encuesta de la evaluación.

**5.- ELECCION DE DISEÑO DE EVALUACION.**

La elección del diseño de evaluación en este caso se realizará por la posmedición, ya que los participantes seerán evaluados por medio de encuestas y observación hasta el término del programa.

**6.-SELECCION DE METODOS PARA RECABAR LA INFORMACION.**

La recolección de datos se llevará a cabo por medio de un anecdotario y de una encuesta o cuestionario.

El anecdotario se realiza con forme se exponen los temas del programa con cada una de las familias.

**7.- RECOLECCION DE LA INFORMACION.**

Conforme se recaba la información se irá revisando, para no omitir algún punto o información.

**8.- ANALISIS DE LA INFORMACION**

Al término de la recabación de los datos ésta se procesará en forma cuantitativa llegando al análisis de dicha información escribiendo observaciones y sugerencias y presentando el informe final de la evaluación del programa.

# RESULTADOS

DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA  
DE LA ENCUESTA PARA EL ANCIANO

**DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA PARA EL ANCIANO**

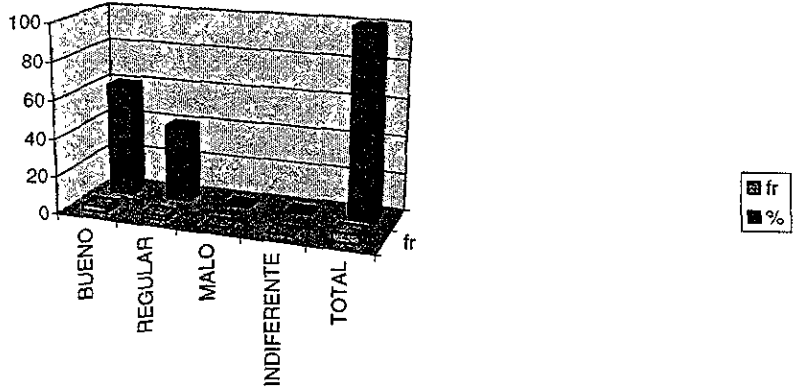
1. El cuadro del estado de ánimo actual con relacion al trato familiar de las cinco familias a las que se les aplicó el programa y con sus respectivos ancianos: se encuentran con un 60% de un buen estado de ánimo con relacion al trato familiar, y un 40 % dicen encontrarse regular. Esto es por la presencia de la enfermera les da confianza.
2. En la pregunta de "la convivencia entre usted y su familia", encontramos que un 60% es bueno y un 40% es regular. Podemos observar que en estas familias, los ancianos no pasan de 75 años y se puede decir que siguen siendo jóvenes, entendiendo a los jóvenes de esta manera, ya que mientras más edad tenga la persona, más tendencia tiene a ser rebelde.
3. En la pregunta "¿ Ha sentido algún cambio de actitud de sus familiares, desde que una enfermera entró a su casa?". En contramos que el 80% de los ancianos sí percibieron cambios hacia ellos y sólo el 20% les fué indiferente la presencia de la enfermera en casa. Ellos refieren que la enfermera les brindó apoyo, principalmente moral y en los demás aspectos de su vida.
4. Dentro de las respuestas de esa misma pregunta, refieren sentirse cómodos el 100% con respecto a la presencia de la enfermera.
5. En la pregunta "¿Si le gustaría que la enfermera siguiera visitándolos?" . Se puede observar que el 100% aceptó, porque es un apoyo más para ellos.
6. En la pregunta "¿Si el programa contribuyó de alguna forma en la relación entre usted y su familia?". El cien por ciento estuvo de acuerdo porque la actitud de los adolescentes hacia ellos si influyó en el trato, ya que mejoró notablemente.
7. En la pregunta "¿El programa contribuyó en el mejoramiento de su vida cotidiana dentro del núcleo familiar?". El cien por ciento estuvo de acuerdo, porque además el hijo y las otras personas que viven en la casa conviven más y entienden sus preocupaciones.
8. En la última pregunta, "¿El programa contribuyó en la información sobre el proceso normal de envejecimiento?". El 80% dijo que sí y el 20% restante contestaron regular. Algunos contestarán que eso ya lo habían apreendido durante su vida, pero la gran mayoría, aunque tenían la experiencia, aprendieron nuevas cosas.

SU ESTADO DE ANIMO ACTUAL CON RELACION AL TRATO FAMILIAR ES:

	fr	%
BUENO	3	60.00
REGULAR	2	40.00
MALO	0	0.00
INDIFERENTE	0	0.00
TOTAL	5	100.00

FAMILIA II-1

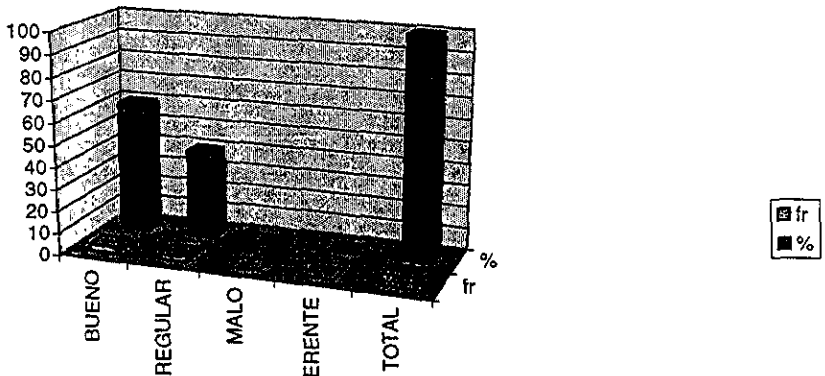
SU ESTADO DE ANIMO ACTUAL CON RELACION AL TRATO FAMILIAR



LA CONVIVENCIA ENTRE USTED Y SU FAMILIA ES:

	fr	%
BUENO	3	60.00
REGULAR	2	40.00
MALO	0	0.00
INDIFERENTE	0	0.00
TOTAL	5	100.00

LA CONVIVENCIA ENTRE USTED Y SU FAMILIA

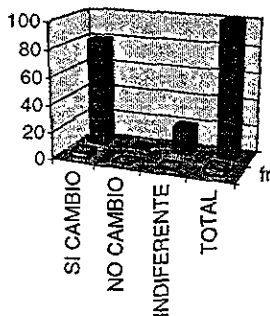


**CAMBIO DE ACTITUD EN SUS FAMILIARES DESDE QUE UNA ENFERMERA ENTRÓ A SU CASA:**

	fr	%
SI CAMBIO	4	80.00
NO CAMBIO	0	0.00
INDIFERENTE	1	20.00
TOTAL	5	100.00

FAMILIA II-1

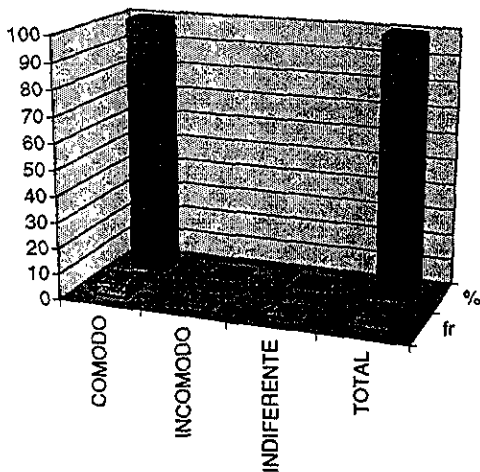
**CAMBIO DE ACTITUD EN SUS FAMILIARES DESDE QUE UNA ENFERMERA ENTRÓ A SU CASA**



**COMO SE SIENTE CON LA PRESENCIA DE UNA ENFERMERA EN SU HOGAR:**

	fr	%
COMODO	5	100.00
INCOMODO	0	0.00
INDIFERENTE	0	0.00
TOTAL	5	100.00

**COMO SE SIENTE CON LA PRESENCIA DE UNA ENFERMERA EN SU HOGAR**



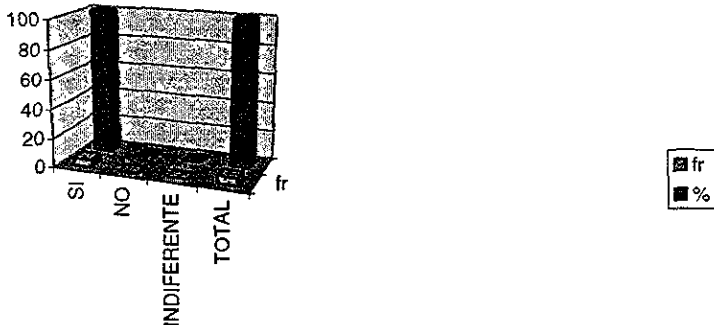


LE GUSTARIA QUE LA ENFERMERA SIGUIERA CON LAS VISITAS DOMICILIARIAS

FAMILIA II-1

	fr	%
SI	5	100.00
NO	0	0.00
INDIFERENTE	0	0.00
TOTAL	5	100.00

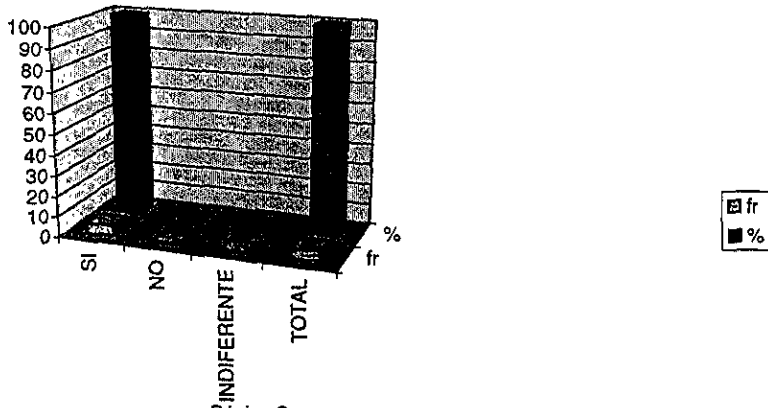
LE GUSTARIA QUE LA ENFERMERA SIGUIERA CON LAS VISITAS DOMICILIARIAS?



CONTRIBUYO DE ALGUNA FORMA EL PROGRAMA EN LA RELACION ENTRE USTED Y SU FAMILIA

	fr	%
SI	5	100.00
NO	0	0.00
INDIFERENTE	0	0.00
TOTAL	5	100.00

CONTRIBUYO EN ALGUNA FORMA EL PROGRAMA EN LA RELACION ENTRE USTED Y SU FAMILIA

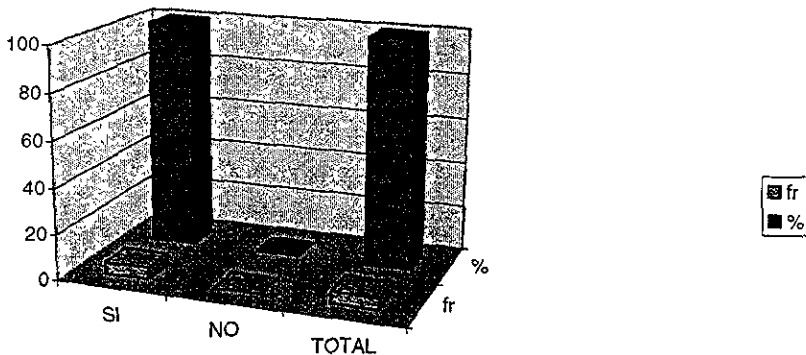


**CONTRIBUYO EL PROGRAMA EN EL MEJORAMIENTO DE SU VIDA COTIDIANA DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR**

FAMILIA II-1

	fr	%
SI	5	100.00
NO	0	0.00
TOTAL	5	100.00

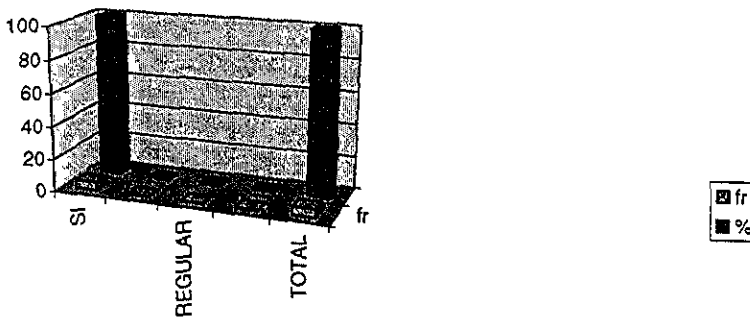
**CONTRIBUYO EL PROGRAMA EN EL MEJORAMIENTO DE SU VIDA COTIDIANA DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR**



**CONTRIBUYO EL PROGRAMA EN EL CONOCIMIENTO DEL PROCESO NORMAL DE ENVEJECIMIENTO**

	fr	%
SI	5	100.00
NO	0	0.00
REGULAR	0	0.00
DESAPERC	0	0.00
TOTAL	5	100.00

**CONTRIBUYO EL PROGRAMA EN EL CONOCIMIENTO DEL PROCESO NORMAL DE ENVEJECIMIENTO**



# RESULTADOS

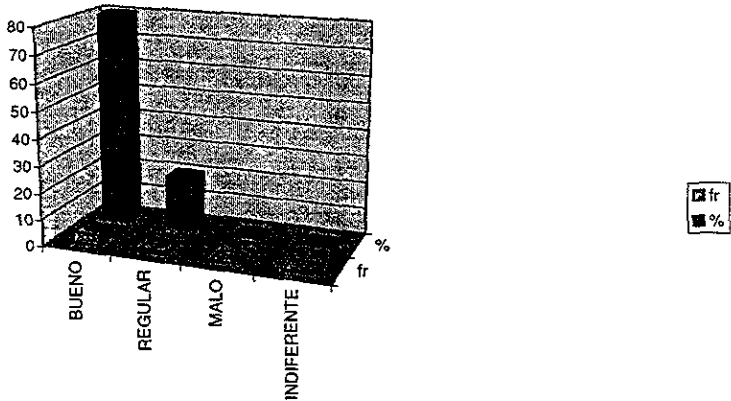
DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA  
DE LA ENCUESTA PARA EL FAMILIAR

**DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA PARA LA FAMILIA**

1. En la pregunta "¿Qué relación tiene actualmente con su anciano?". EL 80% respondió que era buena, y el resto regular. Inferimos que las actividades cotidianas de los familiares no interfieren con la relación hacia el anciano.
2. En la pregunta "¿La convivencia entre usted y el anciano es actualmente?" El 80% buena y el 20% regular. Por las mismas razones de la pregunta anterior.
3. En la pregunta "¿Con relación de una enfermera en casa?" El 80% de los familiares encuestados refieren ser bueno y el 20% restante refiere sentirse mal al estar la enfermera en casa. Esto se debe a que la enfermera fué mediadora entre el anciano y la familia, ya que se tuvo una reflexión por ambas partes en cuanto a su comportamiento.
4. Con relación que si le gustaría que siguiera realizando la enfermera las visitas domiciliarias a su casa, el 100% estuvo de acuerdo. Ya que el apoyo que les brindo fué muy grato a las familias.
5. Con respecto a que si el programa contribuyó de alguna forma en la relación entre el anciano y su familia, refirieron que sí, el 100%, ya que comprendieron más al anciano y no les gustaría que cuando ellos lleguen a esta edad se les trate de igual forma.
6. Con respecto si contribuyó de alguna forma el programa en el mejoramiento de la vida del anciano dentro de su núcleo familiar, el 100% estuvo de acuerdo, debido a que, con los programas que se les brindaron, las personas vieron que el anciano es importante dentro de sus vidas, es la persona que los educó desde pequeños y les ayudo, tanto en las buenas como en las malas, y les ayuda con la educación de los nietos.
7. Y en la última cuestión dónde refiere si el programa contribuyó en el conocimiento del proceso normal del envejecimiento, el 100% estuvo de acuerdo. Las dudas quedaron resueltas y algunas otras cosas que ya sabían se reafirmaron con respecto al envejecimiento. Surgieron más preguntas de las planteadas por la necesidad de saber más sobre este tema.

LA RELACION QUE TIENE CON SUS ANCIANO ES:		
	fr	%
BUENO	4	80.00
REGULAR	1	20.00
MALO	0	0.00
INDIFERENTE	0	0.00
TOTAL	5	100.00

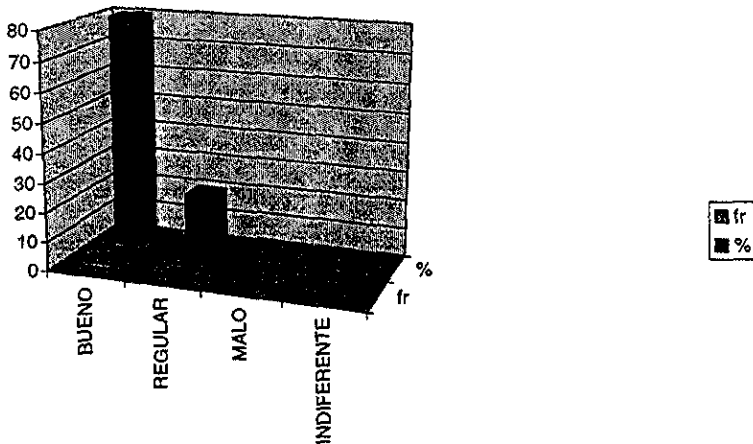
LA RELACION QUE TIENE CON SU ANCIANO ES:



LA CONVIVENCIA ENTRE USTED Y EL ANCIANO ACTUALMENTE ES:

	fr	%
BUENO	4	80.00
REGULAR	1	20.00
MALO	0	0.00
INDIFERENTE	0	0.00
TOTAL	5	100.00

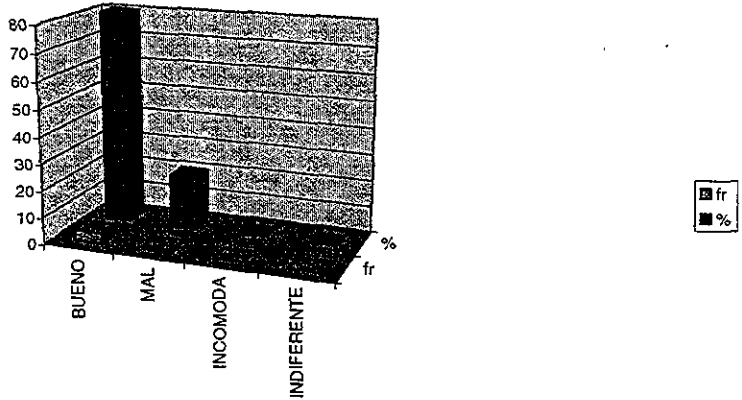
LA CONVIVENCIA ENTRE USTED Y EL ANCIANO ACTUALMENTE ES:



**COMO SE SIENTE CON LA PRESENCIA DE UNA ENFERMERA EN CASA**

	fr	%
BUENO	4	80.00
MAL	1	20.00
INCOMODA	0	0.00
INDIFERENTE	0	0.00
TOTAL	5	100.00

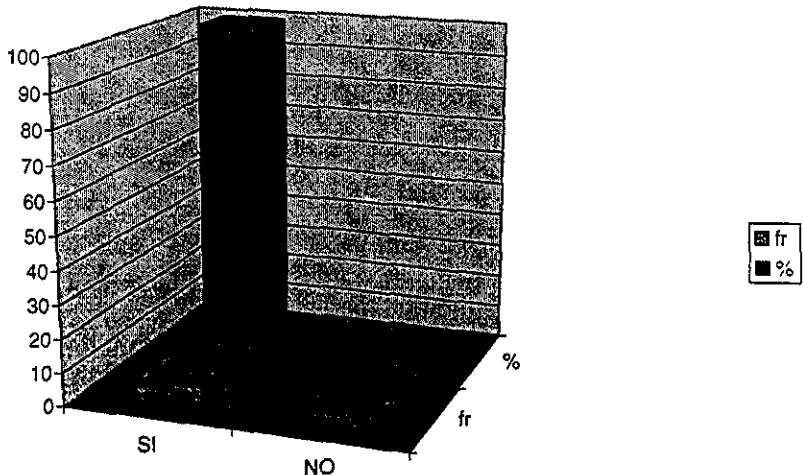
**COMO SE SIENTE CON LA PRESENCIA DE UNA ENFERMERA EN CASA**



**LE GUSTARIA QUE SIGUIERA VINIENDO LA ENFERMERA A SU CASA**

	fr	%
SI	5	100.00
NO	0	0.00
TOTAL	5	100.00

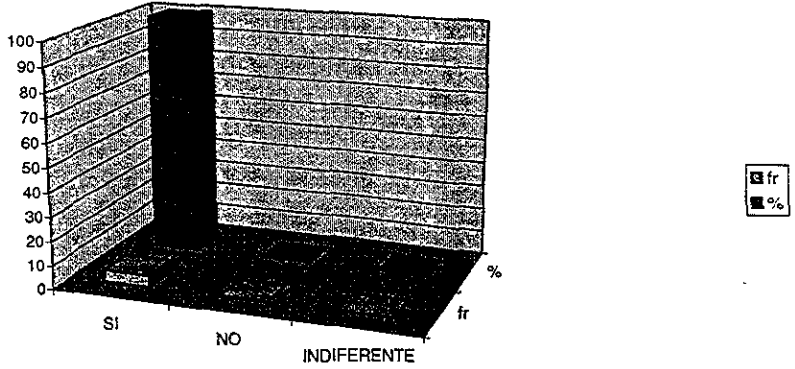
**LE GUSTARIA QUE SIGUIERA VINIENDO LA ENFERMERA A SU CASA**



**CONTRIBUYO DE ALGUNA FORMA EL PROGRAMA EN LA RELACION ENTRE EL ANCIANO Y SU FAMILIA**

	fr	%
SI	5	100.00
NO	0	0.00
INDIFERENTE	0	0.00
TOTAL	5	100.00

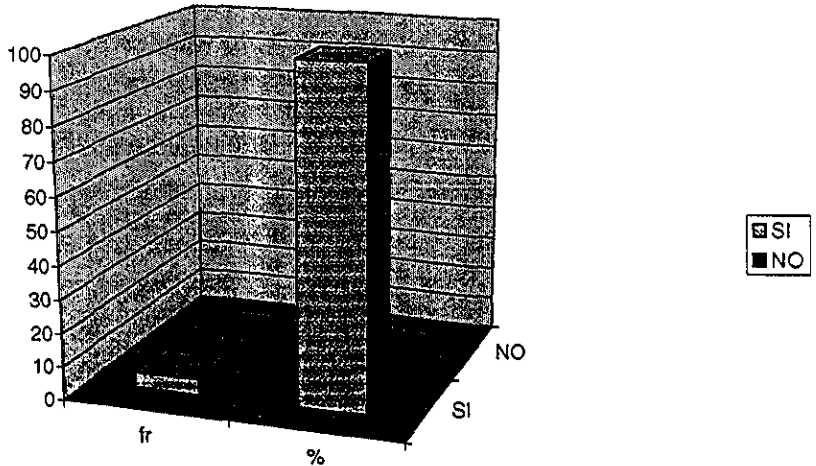
**CONTRIBUYO DE ALGUNA FORMA EL PROGRAMA EN LA RELACION ENTRE EL ANCIANO Y SU FAMILIA**



**CONTRIBUYO EL PROGRAMA EN EL MEJORAMIENTO DE SU VIDA COTIDIANA DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR**

	fr	%
SI	5	100.00
NO	0	0.00
TOTAL	5	100.00

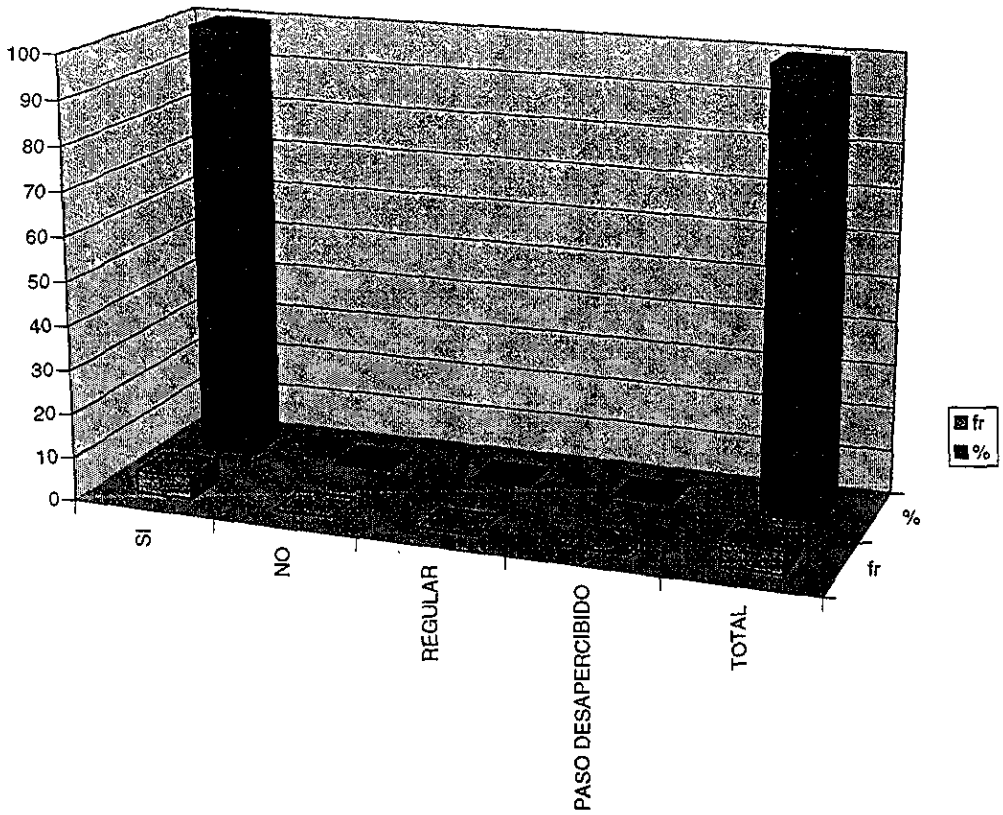
**CONTRIBUYO EL PROGRAMA EN EL MEJORAMIENTO DE SU VIDA COTIDIANA DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR**



**CONTRIBUYO EL PROGRAMA EN EL CONOCIMIENTO DEL PROCESO NORMAL DE ENVEJECIMIENTO**

	fr	%
SI	5	100.00
NO	0	0.00
REGULAR	0	0.00
PASO DESAPERCIBIDO	0	0.00
TOTAL	5	100.00

**CONTRIBUYO EL PROGRAMA EN EL CONOCIMIENTO DEL PROCESO NORMAL DE ENVEJECIMIENTO**





### ANALISIS DEL DIAGNOSTICO DE NECESIDADES DEL ANCIANO Y SU FAMILIA Y DE LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCION DE LA ENFERMERA

Como nos reflejan los resultados arrojados en la primera encuesta, los hijos, adultos maduros, siguen viviendo con sus padres (ancianos).

Nos damos cuenta que la casa es del anciano, siendo ésta casa propia. La mayoría son jubilados y amas de casa.

Se puede observar que el tiempo que le dedica el familiar es relativamente corto, dándose más en los fines de semana. Entre semana el anciano se encuentra rodeado de niños (nietos, sobrinos, etc) siendo éste el centro de atracción, sin embargo cuando el anciano se encuentra rodeado con adolescentes, la presencia de éste es inadvertida, y su relación es aparentemente buena.

Antes de aplicar el programa se podía observar que la comprensión de la familia hacia el anciano era mínima; después de haber recibido la explicación del programa, compuesto por los siguientes temas: "Proceso normal de envejecimiento", "Valoración geriátrica", "Tipo de terapias", "Orientación nutricional" e "Higiene del anciano"; comprendieron sus actitudes y su forma de vida en esta sociedad, principalmente en su hogar en donde convive diariamente con sus familiares y ambos pueden preguntarse el ¿porqué? de sus actitudes pasadas y también poder prevenir y resolver actitudes que se pudiesen presentar en un futuro, dando de esta forma una mejor comunicación interfamiliar.

El familiar refiere que si ha mejorado su relación con el anciano después de la intervención de la enfermera, la cual les proporcionó el programa; con esto obtuvieron una mejor comunicación y un mejor trato para ambos, especialmente el anciano, y resolvieron dudas, recordando que todos los seres humanos valen de igual forma, todos contamos en esta sociedad y, se sienten más tranquilos porque se preocupan de la salud del anciano como el anciano por su familia.

## **CONCLUSIONES**

Es conveniente que el profesional de enfermería siga realizando visitas domiciliarias y siga superándose en el primer nivel de atención; dado que la respuesta de las familias atendidas por la enfermera fué favorable, porque la enfermera fué bien recibida y todas las familias brindaron su confianza, ya que a la enfermera le abrieron las puertas de sus casas, contándole los problemas que tenían.

Como se sabe, en la actualidad, el anciano que vive en zonas urbanas, como la Ciudad de México, no se le tiene respeto tanto físicamente, moralmente, espiritualmente ni mentalmente, y aún si el anciano vive con sus familiares.

En un principio costó trabajo entrar en el núcleo familiar, ya que las familias siempre tienen desconfianza de alguien que quiere penetrar en sus vidas, ellos dicen sentirse como objetos de experimentación, se refieren a este término porque los van a visitar otros estudiantes de diversas carreras como trabajo social, medicina y enfermería, entre otras; éstas son algunas de las razones por las cuales las familias tienen desconfianza de alguien que visita su casa por vez primera, y también pasó lo mismo durante las dos primeras visitas que se realizaron, en las que se le preguntó al anciano y a su familia la forma de convivencia que tenía, creo que es algo inapropiado al principio, ya que no se tiene la confianza necesaria, aún así podemos ver en las respuestas de las familias que si se tiene más desconfianza al principio; ahora bien, la presencia de la enfermera favoreció o mejor dicho, repercutió en la educación de la familia, principalmente en los niños de primaria y secundaria, porque cambió su forma de ver al anciano, ya que le tienen mayor respeto, cariño, amor, comprensión y atención; con respecto a los adolescentes, el cambio fué un poco más difícil, ya que se encuentran en una edad en la cual los cambios fisiológicos y psicológicos repercuten en su conducta; además todos los principios se tienen que dar cuando el individuo es pequeño, que es durante los siete primeros años de vida, y es la etapa de formación de la persona que repercute en el resto de su vida y en la mayoría de los casos no se fomenta una cultura de amor y comprensión al anciano

Para los adultos es un poco más difícil, ya que ellos tienen su forma de ser y es difícil cambiarla y que comprendan el proceso normal de envejecimiento y todas sus consecuencias, en esta etapa es cuando los adultos tienen una mayor experiencia laboral y tienen todo su tiempo ocupado, tienen casa propia, mantienen a su familia, etc. todo lo que los adultos maduros desean tener en la vida; por otra parte, se olvidan de las personas de edad avanzada que viven con ellos.

La intervención de la enfermera fue asertiva en ese momento, en el cual les ayudó para que tuvieran una mejor perspectiva de la vida, reflexionaron sobre varias cosas,

una de las más importantes es que ellos van a llegar a esa etapa de la vida y no les gustaría que los trataran de forma similar.

Para que las personas puedan seguir desarrollando actividades fue necesario crear un programa en donde la enfermera intervino y la interacción fué adecuada entre el anciano y su familia, cabe hacer mención que es difícil cambiar sus actitudes y forma de pensar.

En México, podemos ver que los miembros de una familia tienen sus propios roles; la mujer casada y la anciana se ocupan principalmente de la cocina y la crianza de los niños; el hombre casado y el anciano se dedican principalmente a su oficio, los niños en algunas ocasiones, tienen la oportunidad de estudiar, o se dedican a aprender el oficio del padre.

En las familias estudiadas se vio que el padre trabaja en empresas, fabricas, instituciones, etc.; la mujer tiene dos opciones, quedarse en casa a realizar las labores del hogar o, trabajar y atender la casa junto con la crianza de los niños, el padre también ayuda a la crianza de los niños, y estos últimos van a la escuela.

En México existen principalmente dos tipos de familia, la familia nuclear (núcleo) y la familia extendida; dentro de las familias estudiadas el 80% son familias extendidas y el restante, que es el 20% son familias nucleares, en donde se observa que en la mayoría de las familias el anciano es el que aporta el dinero para la sustentación de la familia y como la casa es del anciano, también en ella habitan los hijos y, en ocasiones, si los hijos son casados la familia de éste vive también en la casa del anciano.

Dentro de las familias se encontraron diferentes situaciones de tipo social y moral que es lo que mas les afecta, la intervención de la enfermera es importante porque les ayuda a comprender mejor su situación y cómo va evolucionando el adulto maduro para convertirse en anciano.

Al diseñar el programa se trató de orientar a la familia y al anciano para que tuvieran una mejor relación familiar, se les brindo la orientación necesaria para una mejor atención del anciano, aproximadamente en el 80% de los casos se cumplió y se cubrieron los objetivos, con lo que resultó favorable esa comparación y la relación que se buscaba.

Dentro del trabajo podemos encontrar información valiosa que no existe en libros o revistas del comportamiento de la familia en la zona urbana. Además de problemas que sufre el anciano, la mayoría de ellos son tratados por su medico de cabecera, por todo esto y muchas cosas mas, nos damos una idea global de la participación de la enfermera a nivel domiciliario, ya que son pocas las personas que se dedican profesionalmente a

esta práctica.

Trabajar con familias con problemas múltiples puede ser emocional y físicamente agotador para la enfermera de salud comunitaria.

La enfermera de salud comunitaria está en una situación única. No tiene que esperar hasta que las familias estén en problemas para buscarlas. Estas enfermeras tienen la oportunidad de llegar a éstas familias y la ventaja de valorarlas de manera holística en su propio terreno.

La intervención de la enfermera en la población anciana se llevó a cabo dentro de los cuidados de enfermería; como se pudo observar en el marco teórico de éste trabajo el enfoque que le damos es, en un sentido estricto, solo de valoración; no se le enseña a la familia ni al anciano nada nuevo, solo se reafirma su confianza en ellos mismos, la cual han ido perdiendo con el tiempo.

También se hizo referencia con respecto al cuidado de él mismo (auto-cuidado) concientizado al familiar que él dentro de un tiempo no muy lejano llegará a hacer viejo y; Quién lo va a cuidar, si no son ellos mismos? Y en Qué forma?; bueno de ésta forma la enfermera realizó un programa en el cual explica Cuál es el proceso normal de envejecimiento?, dentro de éste punto se mencionó las características físicas, psíquicas, sociales, culturales, anatómicas, fisiológicas y porque no también las espirituales del anciano mexicano en general, al revisar todos éstos aspectos dl individuo con la ayuda de la familia se prosiguió con la explicación y la elaboración de la valoración clínica del anciano en el cual se ven los datos generales del individuo, el apoyo económico el tipo de vivienda con lo que cuenta el anciano, se discuten y también se ven en el marco teórico los patrones del anciano mexicano en la vida cotidiana, retomando algunos datos del estado de salud anterior y su estado de salud actual en donde se puede corroborar los acercamientos de los escritos de los diversos documentos que fundamentan el marco teórico conceptual y referencial de éste trabajo.

Encontrándose problemas de tipo psico-sociales como son los problemas inter-generacionales entre otros en donde también se puede ver su estado de depresión y su nivel de independecia y por último el estado de memoria del anciano del individuo en este caso del anciano. No es necesario al anciano y a la familia realizar una enseñanza-aprendizaje si no un aprendizaje significativo que es un proceso de pensamiento en donde se tiene un tema de discusión y es donde se evaluará la discusión comprensiva que va a dar a un razonamiento y/o una alta valoración funcional , profundizando al máximo su comprensión y de ésta forma se exploraron las posibles relaciones e interconexiones con conocimientos previos y experiencias personales y esto da como resultado a la construcción de significados y estos significados nos dieron una compleja serie de

interacciones que son: el anciano, la familia y la principal intervención que es la de la enfermera. Por último para fortalecer esa memoria en el anciano se realizaron pequeños ejercicios para la ejercitación y estimulación de la misma.

Con respecto al papel de las instituciones de salud a nivel comunitario el secretario de salud el Dr. Juan Ramón de la Fuente quien con ayuda de su cuerpo de trabajo dio a conocer once programas de salud prioritario y entre ellos se encuentra "Salud del Adulto y del Anciano". Este programa consta de cinco puntos o elementos que son:

- Hipertensión
- Diabetes Mellitus
- Cirrosis Hepática
- Neoplasias Malignas
- Vacunación del Adulto (Esquema: Completar ésta, Hepatitis B, Tétanos y Difteria)

De las cuales el programa de hipertensión y el de diabetes mellitus se realizaron en Abril de 1997 y en agosto y/o octubre del mismo año comenzaron a funcionar; todo esto es a nivel Nacional y en todas las Instituciones ya sean gubernamentales y no gubernamentales.

El trabajo realizado dejó más inquietudes, ya que faltan cosas por hacer y estudiar en la comunidad, este trabajo implica escuchar problemas familiares que no son únicamente del anciano sino también de la familia, es aquí donde se requiere la elaboración de propuestas de solución u orientación para ambas partes; ya que hasta este momento no se tiene la experiencia para poder dar solución a dichos problemas, debido a la falta de elementos, porque se sigue dando el proceso de enseñanza aprendizaje en el cual uno sigue creciendo y desenvolviéndose profesionalmente para así dar una orientación adecuada y efectiva para la resolución de los problemas.

La profesión de enfermería tiene un amplio campo de acción en todas las áreas habidas y por haber entre ellas se encuentra la salud comunitaria en donde se pueden realizar seguimientos de casos, investigación de los mismos y en general para enfermería, evaluación de programas, realización de los mismos, valoraciones de enfermería, y como tal las visitas domiciliarias para un cuidado integral en este caso hacia el anciano y su familia realizando los diagnósticos situacionales de las poblaciones y de las familias en particular, detectando las necesidades de los mismos y de ésta manera poder realizar el plan de atención de enfermería para el anciano y su familia y porque no de la comunidad en general. La enfermera también puede intervenir en aspectos políticos, legales, sociales, psicológicos, etc, dando su punto de vista y su opinión.

# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## Referencias bibliográficas

1. M. Freedman Marilyn, Family Nursing, p.2.
2. M. Freedman Marilyn, Family Nursing, p.6.
3. M. Freedman Marilyn, Family Nursing, p.6.
4. M. Freedman Marilyn, Family Nursing, p.7.
5. Orem, Teoría de Auto-Cuidado, p.36.
6. M. Freedman Marilyn, Introducción a al Familia, p.5.
- 7.M. Freedman Marilyn, Introducción a al Familia, p.26.
8. Hall Johnson Suzanne, Valoración de la Familia. El Enfoque Estructural - Funcional, p.2.
9. I. Pepin Jacinthe, Journal of Nursing Scholarighin, p.8-9.
10. I. Pepin Jacinthe, Journal of Nursing Scholarighin, p.10.
- 11.I. Pepin Jacinthe, Journal of Nursing Scholarighin, p.12.
12. I. Pepin Jacinthe, Journal of Nursing Scholarighin, p.15-20.
13. Antón Nardiz María Victoria, Enfermería y Atención Primaria de Salud, p. 24.
14. O. M. S., Demografía, p. 4.
15. O. M. S., Demografía, p. 4.
16. O. M. S., Demografía, p. 5.
17. O. M. S., Sociedad, p. 8.
18. O. M. S., Sociedad, p. 8.
19. O. M. S., Calidad de Vida, p. 10.
20. O. M. S., Calidad de Vida, p. 10.
21. La Situación Actual en el Campo de la Calidad de Atención a la Salud, p.158
22. El Estado del Arte en la Calidad de Atención a la Salud, p.156
23. El Estado del Arte en la Calidad de Atención a la Salud
24. El Estado del Arte en la Calidad de Atención a la Salud, p.158
25. El Estado del Arte en la Calidad de Atención a la Salud, p.160
26. El Estado del Arte en la Calidad de Atención a la Salud, p.163
27. El Estado del Arte en la Calidad de Atención a la Salud, p.165
28. El Estado del Arte en la Calidad de Atención a la Salud
29. La Situación Acual en el Campo de la Calidad de Atención a la Salud, p.165

30. La Situación Actual en el Campo de la Calidad de Atención a la Salud
31. La Situación Actual en el Campo de la Calidad de Atención a la Salud, p.171
32. La Situación Actual en el Campo de la Calidad de Atención a la Salud
33. La Situación Actual en el Campo de la Calidad de Atención a la Salud
34. La Situación Actual en el Campo de la Calidad de Atención a la Salud, p.179
35. La Situación Actual en el Campo de la Calidad de Atención a la Salud
36. Enrique Ruelas, Calidad y Eficiencia en las Organizaciones de la Atención a la Salud.
37. INEGI, La Tercera Edad en México, p.3
38. INEGI, La Tercera Edad en México
39. Zetima L. Guadalupe, Observador Internacional, p.36
40. OMS. Aplicaciones de la Epidemiología al Estudio del Anciano (706) 1984, pp. 7-9
41. Moreno. A. Laura, F.R. en la Comunidad I. P. 259
42. Moreno. A. Laura, F.R. en la Comunidad I.
43. Roca Bruno y Prieto 1992. P.99
44. OMS, Aplicación de la Epidemiología al Estudio del Anciano (706); 1984. P. 7-90
45. Salud Pública de México, Encuesta de las Necesidades de los Ancianos en México
46. F. Guillen Llera, Biología del Envejecimiento. Envejecimiento Celular y Molecular Teorías del Envejecimiento, p. 4
47. González Aragón J. G., Manual de Autocuidado y Salud en el Envejecimiento, p.31-32
48. González Aragón J. G., Manual de Autocuidado y Salud en el Envejecimiento, p.31-32
49. González Aragón J. G., Manual de Autocuidado y Salud en el Envejecimiento, p.33-34
50. Morales M. F., Aspectos Biológicos del Envejecimiento, p. 51-52
51. Leighon DA: Special. Seseng-Aging of the Eye En: Brocklehurst J, p.474
52. Kennedy R, Clamis J. The Geriatric Auditory and Vestibular System, p. 23-26
53. González Aragón J. G., Manual de Autocuidado y Salud en el



Envejecimiento, p27

54. Azola Pérez Elías, Enfermería Gerontológica: Concepto para la Práctica,  
p. 27
55. Pont Geis Pilar, Tercera Edad, Actividad Física y Salud, p. 64
56. Pont Geis Pilar, Tercera Edad, Actividad Física y Salud,

## BIBLIOGRAFÍAS

ACADEMIA DE FUNDAMENTOS; Antología de Atención a la Salud en México; Edit: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; U.N.A.M., México, 1992.

ALBEE EDWARD, Tres Mujeres Altas, E.U. A. 1994.

ANZOLA PEREZ ELÍAS, Enfermera Gerontológica: Conceptos para la Práctica, Ed: Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América, 1993.

ASILI NELIDIA, LAZCANO MARIO, GALVANOVSKIS AGRIS, REIG ENRIQUE; Psicología y Envejecimiento; Editorial Revista Psicológica; México D. F. Marzo de 1995.

BAENA GULLERMINA; Manual para Elaborar Trabajos de Investigación Documental; Edit: Editores Mexicanos Unidos, México, 1991.

BLEGER JOSE, Temas de Psicología (Entrevista y Grupos), Ediciones Nueva Visión Buenos Aires, 1997.

CARNEVAL; D.L., PATRICK M. Tratado de Geriatria y Gerontología, 2. Edición; Edit: Interamericana España, 1988.

COLL SALVADOR CESAR, Aprendizaje Escolar y Construcción del Conocimiento, 1997.

DEL CASTILLO CUEVAS HERMELINDA, MARTINEZ ANDRADE Ma DEL ROCÍO; Resocialización; Div de Estudios Superiores ENEO-UNAM. México Abril de 1996.

D. BRINDIS CAIRE, DR. PH, LASKI LURA, M.D., PH, Evaluación de Programas de Salud, Ed: Mc Graw Hill-Interamericana, México, 1997.

ENRIQUE RUELAS, JULIO QUEROL; Calidad y Eficiencia en las Organizaciones de Atención a la Salud; México, Fundación Mexicana para la Salud, A.C. 1984, p.81.

GONZÁLEZ ARAGÓN G. JOAQUÍN; Aprendamos a Envejecer Sanos. Manual de Autocuidado y Salud en el Envejecimiento; 3. ed.; Edit: Costa - Amic Editores, México, 1994.

LUECKENOTTE ANNETT; Valoración Geriátrica. Guías Profesionales Enfermeras GPE; Edit: Interamericana MC Graw - Hill; España, 1992.

MORENO ALTAMIRANO LAURA, GÜEMEZ SANDOVAL CUAUHTEMOC LÓPEZ MORENO SERGIO, Factores de Riesgo en la Comunidad I; Elementos para el Estudio de la Salud Colectiva;

UNAM, México, 1990.

MORALES M.F; Aspectos Biológicos del Envejecimiento; En: Anzola F, Galinsky D. Morales F, Salas A.R, Sanchez M. Editores.

PAZ, OCTAVIO, El Laberinto de la Soledad, Ed: Fondo de Cultura Económica, México, 1989.

PONT GEIS PILAR; Tercera Edad. Actividad Física y Salud. Teoría y Práctica; 2. ed.; Editorial Paidotribo; Barcelona, 1992.

SANTOYO SANCHEZ RAFAEL, Apuntes Para una Didáctica Grupal, Talleres de Litografía Cultural, México, 1985.

## HEMEROGRAFÍAS

Ahorrar para el Futuro; OBSERVADOR INTERNACIONAL; Revista mensual; Año 1 N° 12; México, 4 de Octubre 1993.

Análisis de las Etapas del Ciclo de un Proyecto; INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA; No 5.

Auditory and Vestibular System; Otolaryngol Clin North Am 1990; p. 23-26: 1075-1082.

Calidad de Vida; UN PLANETA QUE ENVEJECE; Organización Mundial de la Salud; Anual; Ginebra, Suiza.

Calidad de Vida en los Ancianos; REVISTA ROL DE ENFERMERÍA; Mensual; N° 165.

Comprehensive Geriatric Assessment in Medicare Managed care: The Geriatrician's Calling Card; THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE; Mensual; Vol. 100 Abril 1996.

Comprehensive Geriatric Assessment in a Day Hospital; AMERICANS GERIATRICS SOCIETY; Mensual; N° 42; USA 1994.

Defunción en los Estados Unidos Mexicanos 1976-1992; México ISBN970 - 13 - 0098X No Catálogo 430264.

Demografía; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALU; Ginebra, Suiza 1995.

Demografía de la Vejez; DESARROLLO CIENTÍFICO DE LA ENFERMERA; Mensual; Vol. 2 No 3; Marzo 1994.

Dignificación Social de la Vejez; GERUSIA 2; Trimestral; Año I Ene - Feb - Mar. México 1997.

El Enfoque de Sistemas en el Análisis Familiar; GUIAS PARA EVALUACIÓN DE LA FAMILIA; Anual; Mayo 1986.

El Envejecimiento: una Nueva Dimensión de la Salud; SALUD PÚBLICA DE MÉXICO, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA; Bimestral; Vol 38, No 6 ISSN 0036 - 3634; Nov - Dic 1996 México.

El Mejor Ejercicio: Caminar; GERUSIA 2; Trimestral; Año I Ene - Feb - Mar, México 1997.

El Problema de la Vejez: en Busca de Soluciones Nuevas; REVISTA ILUSTRADA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; Mensual; Vol II; Abril 1972.

El Proceso del Envejecimiento; GACETA MÉDICA DE MÉXICO; Bimestral; Vol. 131 No 2; Marzo - Abril 1995; ISSN 0016 3813.

Encuesta de las Necesidades de los Ancianos en México; REVISTA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO; Mensual; Vol XXV; Enero - Febrero de 1983.

Envejecimiento: Suceso Inevitable; OBSERVADOR INTERNACIONAL; Mensual; Año I No 12; México 4 de Octubre de 1993.

Estilo de Vida y Salud; OBSERVADOR INTERNACIONAL; Mensual; Año I No 12; México 4 de Octubre 1993.

Estrategias de Intervención con Familias con Problemas Múltiples; UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN, FACULTAD DE ENFERMERÍA; Lic. Virginia López Casados; Monterrey N. L. Febrero de 1996.

Evaluación Geriátrica en n Asilo; REVISTA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO; Mensual; Vol 34 N5 487 - 590; Sep - octubre 1992, México.

Fortaleza Articulaciones y Músculos; GERUSIA 1; Trimestral Año 1; Oct - Nov - Dic, México 1996.

Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social; CUADERNO No 12 INEGI MÉXICO; Catálogo 470302; ISSN 0186 - 565 X.

Instituto Nacional de la Senectud y Co Autores; ASOCIACIÓN Y PROYECCIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD; México 1982.

Introducción a la Familia; UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN, FACULTAD DE ENFERMERÍA; Marilyn M. Freedman; Monterrey N.L. Agosto 1992.

La Atención de los Ancianos: Un desafío para los Años noventa; PUBLICACIÓN CIENTÍFICA, No 546; Washington; Organización Panamericana de la Salud: 1994; p 45-56.

La Lucha Contra el Envejecimiento; REVISTA ILUSTRADA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; Mensual; Vol II; Abril 1972.

La Tercera Edad en el México Antiguo; GERUSIA 1; Trimestral; Año 1 Oct - Nov - Dic. México 1996.

La Tercera Edad en México; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRÁFICA INFORMATIVA; Anual; México 1995.

La Sociedad y los Problemas de la Vejez; REVISTA ILISTRADA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; Mensual; Vol II; Abril 1972.

Leighon DA, Special Senses - Aging of the Eye; EN BROCKLEHURST J; Edit: Textogy of Geriatric Medicine and Gerontology; New York: Churchill Living Stone; 1985: p. 474 - 483.

Manual dela Tercera Edad; INSEN; Anual; Marzo 1994 México D.F.

Mortalidad en Pacientes Geriátricos; REVISTA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO; ISSM 0036 - 3634; Mensual, Vol 35 No 4 335-434; Jul - Agost 1993 México.

Mujer, Vocación y Profesión; DESARROLLO CIENTÍFICO DE LA ENFERMERA; Mensua; Vol 2 No 3 Marzo 1994.

Nutrase Bien y Baje Tallas; GERUSIA 2; Trimestral; Año 1 Ene - Feb - Mar; México 1997.

Physician Implementation of and Patient Adherence to Recommendations From Comprehensive Geriatric Assessment; THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE; Mensual; Vol 100; Abril 1996.

Planificación de Sistemas de Salud en el Marco de la Atención Primaria a la Salud; INSP/CGC/1995.

Presentación de Cuidados de la Familia y La Atención de Enfermería; Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería; Lic López Casados Virginia; Monterrey Nuevo León, Marzo 1993.

Prespectivas para el Desarrollo en Pacientes en Geriatría en México; Revista Salud Pública de México; Mensual; Vol 32 No6 621 - 756, Nov - Dic 1990.

Por qué Envejecemos?; GERUSIA 2; Trimestral; Año 1 Ene - Feb - Mar; México 1997.

Qué Hago con mis Abuelos?; GERUSIA 1; Trimestral Año 1; Oct - Nov - Dic. México 1996.

Quién trabaja? Envejece la Población Mundial; OBSERVADOR INTERNACIONAL; Mensual Año 1 No 12: México, 4 de Octubre de 1993.

Radiografía del Envejecimiento; OBSERVADOR INTERNACIONAL; Mensual; Año 1 No12; México, 4 de Octubre 1993.

Retos para México; OBSERVADOR INTERNACIONAL; Mensual Año 1 No 12; México, 4 de Octubre 1993.

Riesgo de la Tercera Edad; OBSERVADOR INTERNACIONAL; Mensual; Año 1 No 12; México, 4 de Octubre 1993.

Seguridad Económica; OBSERVADOR INTERNACIONAL; Mensual; Año 1 No 12; México, 4 de Octubre 1993.

Sociedad; UN PLANETA QUE ENVEJECE, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; Anual Ginebra Suiza.

Teoría Social del Envejecimiento; GERUSIA 1; Trimestral; Año 1; Oct - Nov - Dic México 1996.

The Relationship of Chronic Diseases and Health Status to the Health Services Utilization of Older Americans; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY; Mensual No 42; USA 1994.

Understanding the Relationship Between Disease and Disability; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY; Mensual; No 42 USA 1994.

Valoración de la Familia; UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN, FACULTAD DE ENFERMERÍA; López Casados Virginia; Monterrey N.L. Agosto 1992.

Vejez Digna y Activa; OBSERVADOR INTERNACIONAL; Mensual; Año 1 No 12; México, 4 de Octubre 1993.

Vejez y Juventud: Encuentros y Desencuentros; GERUSIA 2; Trimestral Año 1 Ene - Feb - Mar; México 1997.

## **Instrumentos**

- 1) Detección de necesidades de los ancianos
- 2) Detección de necesidades de el familiar del anciano
- 3) Valoración geriátrica de enfermería
- 4) Encuesta de evaluación para el anciano
- 5) Encuesta de evaluación para la familia



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ENCUESTA ACERCA DE LAS NECESIDADES DE LOS ANCIANOS

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ COL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.- De las siguientes preguntas escoja una:

- \_\_\_\_\_ ¿Vive sólo?
- \_\_\_\_\_ ¿Vive con sus hijos?
- \_\_\_\_\_ ¿Vive con un vecino?
- \_\_\_\_\_ ¿Vive con algún conocido?
- \_\_\_\_\_ ¿Vive con algún familiar?

2.- ¿Depende de alguien?

- \_\_\_\_\_ Sí
- \_\_\_\_\_ No ¿De quién? \_\_\_\_\_

3.- La persona que se hace cargo de usted:

- \_\_\_\_\_ Trabaja todo el día
- \_\_\_\_\_ Trabaja por las mañanas
- \_\_\_\_\_ Trabaja por las tardes
- \_\_\_\_\_ Trabaja por las noches
- \_\_\_\_\_ No trabaja y se queda en casa

4.- ¿Si trabaja cuánto tiempo le dedica a usted para poder atenderlo?

- \_\_\_\_\_ Un rato
- \_\_\_\_\_ Por las noches
- \_\_\_\_\_ Por las tardes
- \_\_\_\_\_ Por las mañanas
- \_\_\_\_\_ No puede

5.- ¿ Si no trabaja cuanto tiempo le dedica para atenderlo durante el día?

- 1 hora
- 3 horas
- 5 horas
- 6 horas o más
- No le dedica tiempo

6.- ¿Cómo es el trato que le brinda la persona que lo atiende?

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Deficiente
- Indiferente

7.- ¿Qué es lo que le gustaría recibir de sus familiares?(puede mencionar más de una)

- Comunicación
- Afecto
- Atención
- Cariño
- Cuidados
- Apoyo económico
- Apoyo emocional

8.- ¿En la casa donde usted vive hay adolescentes?

- Sí
- No

9.- ¿Cuál es su parentesco?

- Nietos
- Bisnietos
- Sobrinos
- Conocidos

10.- ¿De que edades son y cuántos son?

- 12 - 15 años
- 16 - 20 años

11.- ¿Convive con ellos?

- Sí
- No

12.- ¿Cómo es su relación?

- Muy buena
- Buena
- Más o menos buena
- Mala
- Indiferente
- Agresiva

13.- ¿Cómo le gustaría que lo(a) trataran los adolescentes?

- Con respeto
- Con cariño
- Con interés
- Con atención

14.- ¿Usted realiza alguna actividad en el hogar?

- Sí
- No

15.- ¿Qué sabe usted del envejecimiento?

- Nada
- Que es normal
- No me importa

16.- ¿Qué le gustaría saber acerca del envejecimiento?

- ¿Por qué es?
- ¿Cómo afrontarlo?
- Nada

Alguna otra cosa \_\_\_\_\_

17.- ¿Le gustaría que una enfermera viniera a visitarlo y les brindara orientación a usted y a su familiar?

- Sí
- No

qué? \_\_\_\_\_

¿ P o r

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18.- ¿Qué tipo de orientación o plática le gustaría saber?

- Clínico
- Social
- Orientación
- Sobre cuidados
- Alguna terapia

Otros \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19.- ¿Cree que su familiar aceptaría la visita de una enfermera?

- Sí
- No

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DETECCIÓN DE NECESIDADES DE EL FAMILIA DEL ANCIANO

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL \_\_\_\_\_  
TRABAJO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ COL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

1.- ¿Usted se hace cargo del anciano?

2.- La relación que lleva usted y el anciano es:

- \_\_\_\_ Muy buena
- \_\_\_\_ Buena
- \_\_\_\_ Más o menos buena
- \_\_\_\_ Mala
- \_\_\_\_ Indiferente

3.- ¿Cuánto tiempo le dedica al cuidado del anciano que depende de usted?

4.- ¿Qué actividades realiza con el anciano?

- \_\_\_\_ Platica
- \_\_\_\_ Lo distrae
- \_\_\_\_ Convive con él
- \_\_\_\_ Lo lleva al médico

5.- ¿Qué sabe usted del envejecimiento?

- \_\_\_\_ Nada
- \_\_\_\_ Poco
- \_\_\_\_ No me interesa

6.- ¿Le gustaría saber algo sobre el envejecimiento?

- \_\_\_\_ Sí
- \_\_\_\_ No

¿Qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.- ¿ Le gustaría que una enfermera viniera a visitarlo para brindarles orientación a usted y al anciano; para una mejor relación inter-familiar?

Sí  
 No

8.- ¿Sobre qué le gustaría saber?

Cambios biológicos  
 Cambios de conducta  
 Enfermedades  
 Sobre cuidados  
 Sobre actitud  
 Como mejorar la relación con el anciano

9.- ¿Sabe usted algún tipo de terapia para ayudar o rehabilitar la memoria de su anciano?

Sí  
 No

10.- ¿Sabe usted alguna terapia para la resocialización del anciano?

Sí  
 No

11.- ¿Sabe usted que tipo de ejercicio puede realizar el anciano para mantener su buena condición física?

Sí  
 No

12.- ¿Conoce alguna institución o centro de salud y/o recreativa para el anciano?

Sí  
 N o

¿Cuál? \_\_\_\_\_

13.- ¿Su anciano participa en algún grupo de la tercera edad?

Sí  
 N o

¿Cuál? \_\_\_\_\_



# VALORACIÓN GERIÁTRICA DE ENFERMERÍA

INSTITUCIÓN : \_\_\_\_\_

## I DATOS GENERALES :

*Nombre :*

*Edad:*

*Sexo :*

*Estado civil :*

*Religión :*

*Lugar de nacimiento :*

*¿Tiene derecho a algún servicio de salud ? :*

## II APOYOS CON QUE CUENTA :

*Con quien vive :*

*Trabajo anterior :*

*Profesión u oficio de donde obtiene sus ingresos :*

*¿Cubre sus necesidades ? Si : No :*

*¿Cuenta con algún apoyo comunitario ? :*

*¿Pertenece a algún grupo ? :*

*¿Dispone de algún transporte cuando necesita salir de su hogar ? :*

*Nombre del familiar más cercano :*

*Teléfono :*

*Dirección :*

## III TIPO DE VIVIENDA (entorno vital) :

*Es propia :*

*Rentada :*

*Otros :*

*¿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 u algo que de seguridad al anciano ? :*

*¿El piso esta libre de alfombras, cables u objetos dispersos ? :*

*¿Que condiciones de higiene tiene la vivienda ? :*

#### IV PATRONES DE LA VIDA COTIDIANA :

*Hábitos alimenticios y horarios :*

*Número de horas de sueño de descanso :*

*Eliminación : Vesical No. de veces :*  
*Intestinales No. de veces :*

*Horario laboral :*

*Tabaquismo :*

*Alcoholismo :*

*Drogadicción :*

#### V ESTADO DE SALUD ANTERIOR :

*¿En los últimos años cuales han sido sus principales problemas de salud ? :*

*¿Lo han hospitalizado últimamente ? (motivo y fecha) :*

*¿Tiene alguna enfermedad crónico-degenerativa ? :*

*¿Ha tenido algún traumatismo ? :*

*¿En los últimos 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 frecuentes :si : no :*

*Si existe algún problema psiquiátrico anotarlo :*

*Capacidad para llevar a cabo las actividades del vivir diario (anexar las escalas de valoración) : si : no :*

*¿Con qué frecuencia asiste al médico ?*



Revisión por aparatos y sistemas

<i>Problemas de :</i>	<i>Signos y Síntomas</i>	<i>Fecha de Inicio</i>
<i>Piel</i>		
<i>Sistema Hematopoyético</i>		
<i>Cabeza</i>		
<i>Ojos</i>		
<i>Oídos</i>		
<i>Nariz y senos</i>		
<i>Boca y Garganta</i>		
<i>Cuello</i>		
<i>Mamas</i>		
<i>Sistema Respiratorio</i>		
<i>Sistema Cardiovascular</i>		
<i>Sistema Digestivo</i>		
<i>Sistema Urinario</i>		
<i>Sistema Reproductor</i>		
<i>Sistema Músculo esquelético</i>		
<i>Sistema Nervioso Central</i>		
<i>Inmunología</i>		
<i>Sistema Endócrino</i>		

VII MEDICAMENTOS : Prescritos, no prescritos o medicina tradicional

Nombre del Fármaco	Dosis	Frecuencia	desde Cuando	Ultima Toma	Reacción Alérgica

¿Sabe porqué toma cada uno de los medicamentos ? : si : no :  
 ¿Nota algún cambio en su salud desde que inició a tomar estos 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 ? si : no :

¿Ha cuántos médicos o farmacéuticos frecuentemente visita ?(o personas que curan con medicina tradicional)

¿Tiene problemas para obtener sus medicamentos ? :si : no :

VIII PROBLEMAS PSICOSOCIALES

¿Tiene problemas de ansiedad ?  
 Depresión (anexar escala de valoración) si : no : Otro :  
 ¿Tiene problema de insomnio ?  
 ¿Le causa algún problema tomar decisiones ?  
 ¿Tiene algún miedo ?  
 ¿Se siente nervioso ?  
 Valoración mental (anexar escala de valoración, si es necesaria) : si : no :  
 ¿Dificultad para concentrarse ?  
 Situación general de satisfacción frustración :  
 ¿Problemas familiares que le preocupen actualmente ?  
 ¿Cuáles son los sentimientos que tiene hacia su familia ?  
 ¿Cuáles son los mecanismos de adaptación habitual ?



## ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. <i>¿Está usted satisfecho con su vida ?</i>                                     | No | Si |
| 2. <i>¿Ha abandonado usted, mucho de sus intereses y actividades ?</i>             | No | Si |
| 3. <i>¿Siente usted que su vida está vacía ?</i>                                   | No | Si |
| 4. <i>¿Se aburre usted con frecuencia ?</i>  | No | Si |
| 5. <i>¿Tiene usted esperanza en el futuro ?</i>                                    | No | Si |
| 6. <i>¿Está usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente ?</i>   | No | Si |
| 7. <i>¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo ?</i>                    | No | Si |
| 8. <i>¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder ?</i>                  | No | Si |
| 9. <i>¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo ?</i>                    | No | Si |
| 10. <i>¿Se siente usted frecuentemente desamparado ?</i>                           | No | Si |
| 11. <i>¿Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia ?</i>                | No | Si |
| 12. <i>¿Prefiere usted quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas ?</i> | No | Si |
| 13. <i>¿Se preocupa usted frecuentemente por el futuro ?</i>                       | No | Si |
| 14. <i>¿Cree usted que tiene más problemas de memoria que lo demás ?</i>           | No | Si |
| 15. <i>¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora ?</i>                     | No | Si |
| 16. <i>¿Se siente usted desanimado y triste con frecuencia ?</i>                   | No | Si |
| 17. <i>¿Siente usted que nadie lo aprecia ?</i>                                    | No | Si |
| 18. <i>¿Se preocupa usted mucho por el pasado ?</i>                                | No | Si |
| 19. <i>¿Cree usted que la vida es muy emocionante ?</i>                            | No | Si |
| 20. <i>¿Le es difícil a usted comenzar nuevos proyectos ?</i>                      | No | Si |
| 21. <i>Se siente usted lleno de energía ?</i>                                      | No | Si |
| 22. <i>Siente usted que su situación es desesperante ?</i>                         | No | Si |
| 23. <i>¿Cree usted que los demás están mejor que usted ?</i>                       | No | Si |
| 24. <i>¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia ?</i>                  | No | Si |
| 25. <i>¿Tiene usted ganas de llorar con frecuencia ?</i>                           | No | Si |
| 26. <i>¿Tiene usted problemas para concentrarse ?</i>                              | No | Si |
| 27. <i>¿Disfruta usted al levantarse por las mañanas ?</i>                         | No | Si |
| 28. <i>¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales ?</i>                         | No | Si |
| 29. <i>¿Es fácil para usted tomar decisiones ?</i>                                 | No | Si |
| 30. <i>¿Está su mente tan clara como solía estar antes ?</i>                       | No | Si |

### TOTAL DE PUNTOS

NOMBRE : \_\_\_\_\_ EDAD : \_\_\_\_\_ SEXO : \_\_\_\_\_

FECHA DE LA EVALUACION : \_\_\_\_\_

## CALIFICACION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA

### PARA CALIFICAR :

Las Preguntas : 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30.

Para que se les otorgue un punto deben de contestarse NO .

Las demás preguntas deben ser contestadas SI, para que se les otorgue un punto.

### RESULTADO DE LA VALORACION :

Normal :	de cero a 10
Leve :	de 11 a 20
Grave :	de 21 y más.

## NIVEL DE IDEPENDENCIA DEL ANCIANO

NOMBRE : \_\_\_\_\_ EDAD : \_\_\_\_\_  
 SEXO : \_\_\_\_\_ FECHA DE EVALUACION : \_\_\_\_\_

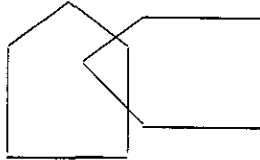
ACTIVIDADES DEL VIVIR DIARIO	PUEDE HACERLO SOLO	CON AYUDA	INCAPAZ DE HACERLO
1. Beber de una taza	4	0	0
2. Alimentarse	6	0	0
3. Vestirse parte superior	5	3	0
4. Vestirse parte inferior	7	4	0
5. Colocarse una prótesis	2	0	0
6. Arreglo personal	6	0	0
7. Aseo y baño	6	0	0
8. Control de micción	10	5	0
9.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

TOTAL DE PUNTOS : \_\_\_\_\_

MAXIMO VALOR 100 PUNTOS = INDEPENDENCIA  
 60 PUNTOS = INTERDEPENDIENTE  
 MINIMO VALOR 40 PUNTOS O MENOS = DEPENDIENTE

VERIFICACION DE EL ESTADO DE SU MEMORIA

- 5 \_\_\_\_\_ ¿Que fecha es hoy ? (años, estación, mes, día, fecha completa).  
 5 \_\_\_\_\_ ¿En donde estamos ? (piso, hospital, ciudad, estado, país.)  
 3 \_\_\_\_\_ Nombre 3 objetos (1 por segundo) Pida al sujeto que los repita  
 5 \_\_\_\_\_ Que reste empezando en 100 de 7 en 7 (o desde 20, de 3 en 3), hasta 5 respuestas.  
 3 \_\_\_\_\_ Pregunte por los 3 objetos aprendidos.  
 2 \_\_\_\_\_ Muestre una pluma y un reloj y pida que los identifique.  
 1 \_\_\_\_\_ Que repita la frase "tres tristes tigres".  
 3 \_\_\_\_\_ Que cumpla la siguiente orden verbal : Tome una hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y colóquela en el piso.  
 1 \_\_\_\_\_ Que lea la frase : "cierre los ojos".  
 1 \_\_\_\_\_ Que escriba una oración.  
 1 \_\_\_\_\_ Que copie un diseño gráfico (pentágonos cruzados) :



TOTAL 1 ( ) ( )  
 TOTAL 2 ( ) ( )  
 TOTAL 3 ( ) ( )

>21 CONTINUE CON LA SIGUIENTE SECCION ;  
 DE 13 A 19 PREGUNTE ESCOLARIDAD, SI ES ANALFABETA CONTINUE  
 SI < 13, O BIEN 13.19 CON ESCOLARIDAD PRIMARIA O SUPERIOR, CONTINUE  
 CON LA AYUDA DE UN INFORME .

- A.\* ¿ Cuantos años tiene Usted ? \_\_\_\_\_  
 B.\* ¿En qué año nació ? (año exacto) \_\_\_\_\_  
 C ¿En qué año estamos ? (año exacto) \_\_\_\_\_  
 D ¿En qué mes estamos ? (mes exacto) \_\_\_\_\_  
 E.\* ¿Qué comió en su última comida ? \_\_\_\_\_  
 F ¿Qué lugar es éste ? (nombre o descripción) \_\_\_\_\_  
 G.\* ¿Cuál es su dirección ? \_\_\_\_\_  
 H ¿Qué día de la semana es hoy ? \_\_\_\_\_  
 I.\* ¿Quién es el presidente del país ? \_\_\_\_\_  
 J ¿Cuenta del 20 al 1 (para atrás) \_\_\_\_\_

TOTAL 1 ( ) ( )  
 TOTAL 2 ( ) ( )  
 TOTAL 3 ( ) ( )

0-3 MUY CONFUSO                      4-7 MODERADAMENTE CONFUSO  
 7-8 LEVEMENTE CONFUSO            9-10 LÚCIDO Y ALERTA

**CIERRE LOS**

**OJOS**



## ENCUESTA PARA EL ANCIANO

- 1.- Su estado de ánimo actual con relación al trato familiar es:  
a) bueno    b) regular    c) malo    d) indiferente
- 2.- La convivencia entre usted y su familia es:  
a) bueno    b) regular    c) malo    d) indiferente
- 3.- ¿Usted sintió algún cambio de actitud de su familia y/o (ar) desde que una enfermera entró a su casa?  
a) sí cambió    b) no cambió    c) le es indiferente la presencia de una enfermera
- 4.- ¿Cómo se siente usted con la presencia de una enfermera en su hogar?  
a) cómodo    b) incómodo    c) indiferente
- 5.- ¿Legustaría que la enfermera siguiera con las visitas domiciliarias?  
a) sí    b) no    c) le es indiferente
- 6.- ¿Contribuyó de alguna forma el programa en la relación entre usted y su familia?  
a) sí    b) no    c) le fue indiferente
- 7.- Contribuyó el programa en el mejoramiento de su vida cotidiana dentro del núcleo familiar?  
a) sí    b) no  
¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 8.- ¿Contribuyó el programa en el conocimiento del proceso normal de envejecimiento?  
a) sí    b) no    c) mas o menos    d) pasó desapercibido

## ENCUESTA PARA LA FAMILIA

1.- La relación que tiene con su anciano actualmente es:

- a) buena    b) mala    c) regular    d) indiferente

2.- La convivencia entre usted y el anciano actualmente es:

- a) buena    b) mala    c) regular    d) deficiente    e) indiferente

3.- ¿Cómo se siente con la presencia de una enfermera en casa?

- a) bien    b) mal    c) incómoda    d) indiferente

4.- ¿Le gustaría que siguiera viniendo la enfermera a su casa?

- a) sí    b) no

¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.- ¿Contribuyó de alguna forma el programa en la relación entre el anciano y su familia?

- a) sí    b) no    c) le es indiferente

6.- ¿Contribuyó de alguna forma el programa en el mejoramiento de la vida del anciano dentro de su núcleo familiar?

- a) sí    b) no

¿por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.- ¿Contribuyó el programa en el conocimiento del proceso normal de envejecimiento?

- a) sí    b) no    c) mas o menos    d) pasó desapercibido