



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO CLAVE (3295-12)



TESIS:

ADAPTABILIDAD FAMILIAR DE PACIENTES
GERIÁTRICOS CON DIFERENTES DISCAPACIDADES

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

BARRIOS HERNÁNDEZ YANETH

ASESOR: MED. MEDINA CAMPOS MIGUEL ÁNGEL



México, D.F. 2010



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.

México, D.F. 2010

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
LIC. TOMASA JUÁREZ CAPORAL
SUBDIRECTORA DE SERVICIOS ESCOLARES Y CONTROL

P R E S E N T E.

Adjunto a la presente, me permito enviar a usted la Tesis Profesional:

ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES GERIÁTRICOS
CON DIFERENTES DISCAPACIDADES

Elaborada por:

BARRIOS HERNÁNDEZ YANETH

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentada y defendida en el examen profesional, que sustenta para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

A T E N T A M E N T E

Medico. MIGUEL ÁNGEL MEDINA CAMPOS

AGRADECIMIENTOS:

DIOS:

En tus manos, pongo mis manos y en tu mente mi cerebro. Bendice a mi padre y mis hermanos, a mí familia, a mis amigos y a mi persona. Guíame por un buen camino como hasta ahora AMEN.

A MIS PADRES:

HERNÁNDEZ HUITRÓN JOSEFINA (+)
BARRIOS FRANCO VICTOR.

Quienes me han heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo: AMOR.

PAPÁ:

A quien sin escatimar esfuerzo alguno, ha sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme. A quien la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho. A quien nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo.

A MIS HERMANOS:

BARRIOS HERNÁNDEZ CESAR.
BARRIOS HERNÁNDEZ IVONNE.

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer en esta vida de lucha y superación constante, deseo expresarles que mis ideales, esfuerzos y logros han sido también suyos y constituye el legado más grande que pudiera recibir.

A MIS ABUELOS:

BARRIOS JIMÉNEZ HERIBERTO (+)
FRANCO MONROY ALBERTA.

Porque gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de mis anhelos más grandes de mi vida, fruto del inmenso apoyo, amor y confianza que en mí se depositó y con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales que constituyen el legado más grande que pudiera recibir y por lo cual les viviré eternamente agradecida.

A MIS TÍAS (OS) PATERNOS:

Porque gracias a su apoyo y consejos he llegado a realizar la más grande de mis metas. La cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir y por lo cual les viviré eternamente agradecida por que sin sus consejos no me hubiera impulsado a realizar mis metas asiendo a un lado las cosas negativas y como ustedes siempre me lo dicen todo a su tiempo.

A MI AMIGA:

ROSALÍA.

Gracias: por la oportunidad de existir, por su sacrificio en algún tiempo incomprendido, por su ejemplo de superación incasable, por su comprensión y confianza, por su amor y amistad incondicional, porque sin su apoyo no hubiera sido posible la culminación de mi carrera profesional

A MI ASESOR:

CAMPOS MEDINA MIGUEL ÁNGEL.

Por su asesoramiento científico y estímulo para seguir creciendo intelectualmente, por su predisposición permanente e incondicional en aclarar mis dudas, por sus substanciales sugerencias y por su amistad gracias.

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	4
BENDICIONES DE UN ANCIANO	6
INTRODUCCIÓN	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
MARCO TEÓRICO	10
CAPÍTULO I ANATOMIA Y FISILOGIA DEL CEREBRO	10
↳ ESTRUCTURA	10
↳ FUNCIONES	10
↳ ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA PROTUBERANCIA	11
↳ BULBO RAQUÍDEO	12
↳ TÁLAMO	14
↳ HIPOTÁLAMO	15
↳ LA SUSTANCIA BLANCA DE LOS HEMISFERIOS	16
↳ FORMACIONES COMISULARES	17
↳ FUNCIÓN CEREBRAL	18
↳ LA MEMORIA	19
↳ CATEGORIAS CUALITATIVAS DE LA MEMORIA	19
↳ CATEGORÍAS TEMPORALES DE LA MEMORIA	19
↳ SISTEMA NERVIOS CENTRAL	22
CAPÍTULO II NERVIOS CRANEALES	24
↳ NERVIOS CRANEALES: DISTRIBUCIÓN DE LAS FIBRAS MOTORAS Y SENSITIVAS	31
CAPÍTULO III EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO	32
↳ CAMBIOS BIOLÓGICOS	32
↳ CAMBIOS FÍSICOS	34
↳ CAMBIOS PSICOLÓGICOS	34
↳ CAMBIOS SOCIALES	34
↳ CAMBIOS DEL ROL EN LA COMUNIDAD	35
CAPÍTULO IV NECESIDADES SOCIALES Y HUMANAS EN EL ENVEJECIMIENTO	36
CAPITULO V LA FAMILIA	41
CAPÍTULO VI ADAPTABILIDAD	44
OBJETIVO GENERAL	47
OBJETIVO ESPECIFICO	47
HIPÓTESIS	48
VARIABLES DEL ESTUDIO	48
ASPECTOS METODOLÓGICOS	50

⇒ UNIDAD DE INVESTIGACIÓN	50
⇒ CRITERIOS DE INCLUSIÓN	50
⇒ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	50
⇒ VARIABLES UNIVERSALES	50
⇒ TIPOS DE ESTUDIO	50
⇒ DISEÑO	50
⇒ MUESTRA	50
⇒ ESCALAS DE MEDICIÓN	50
ASPECTOS ORGANIZANTES	51
⇒ ORGANIZACIÓN	51
⇒ RECURSOS HUMANOS	51
⇒ RECURSOS FINANCIEROS	51
⇒ RECURSOS FÍSICOS	52
⇒ ASIGNACIÓN DE TAREAS.	52
⇒ GRÁFICA DE GANTT	53
RESULTADOS	54
⇒ SEXO	54
⇒ EDADES	55
⇒ ESTADO DE SALUD Y POLIFARMACIA	56
⇒ ESCALA DE KATZ	57
⇒ ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE	58
⇒ FASES III	59
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	61
ANEXOS	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

BENEDICIONES DE UN ANCIANO

- *Bendito de aquellos excusan mi torpeza, y la poca firmeza de mi pulso.*
- *Benditos los que comprenden que ahora mis oídos mucho se esfuerzan para escuchar lo que me dicen.*
- *Benditos aquellos que se dan cuenta de que mis ojos están empañados y limitados al sentido del humor.*
- *Benditos los que disimulan el que alguna vez derrame el café sobre la mesa y no me reprenden.*
- *Benditos los que sonrientes se detienen a charlar conmigo unos instantes y escuchan con interés lo que les digo.*
- *Benditos los que excusan mis olvidos y nunca me dicen, eso ya lo había contado.*

**"ADAPTABILIDAD FAMILIAR
DE PACIENTES GERIÁTRICOS
CON
DIFERENTES
DISCAPACIDADES"**

INTRODUCCIÓN

Las características de las enfermedades en el anciano son pluripatología, cronicidad, presentación atípica y deterioro funcional. Este último es el punto final de muchas enfermedades en los ancianos, desde las más leves, hasta las más graves. Un amplio porcentaje de los ancianos pasa un tiempo más o menos largo de incapacidad previa a la muerte, especialmente las mujeres, cuya esperanza de vida es mayor a expensas de un mayor tiempo de dependencia funcional. En muchas ocasiones no hay una relación directa entre enfermedad y deterioro funcional, ya que un trastorno menor puede resultar en mayor deterioro que una enfermedad de peor pronóstico, más grave o crónica. Sin embargo, la dependencia funcional puede ser el síntoma inicial de un proceso patológico en los pacientes ancianos y, en algunas instancias, puede ser el único síntoma. Este deterioro puede afectar considerablemente la calidad de vida y puede tener influencia en los cuidados futuros.¹

Cerebrovascular. En 2007 las defunciones aumentaron a 224 068 en el mismo grupo de edad, cuyas causas principales de mortalidad en general fueron las enfermedades cardíacas, los tumores malignos, la diabetes mellitus, fractura de cadera, los accidentes, las enfermedades hepáticas y cerebrovascular que, en su conjunto, representaban 60% de los decesos. La esperanza de vida en México ha aumentado y junto con ella la prevalencia de las enfermedades crónicas. No conocemos la repercusión funcional de estas últimas; sin embargo, tomando en cuenta los reportes de mortalidad en 2005 y 2007, podríamos afirmar que el impacto funcional de las mismas no es una cifra despreciable; que constituyen un problema de salud; aumentan los gastos en los servicios médicos, y, peor aún, provocan una mala calidad de vida en los adultos mayores de 65 años. Por lo tanto, es necesario conocer las enfermedades crónicas e incidir tempranamente en ellas.²

¹ . Jentoft-Cruz AJ. Asistencia médica al paciente geriátrico. Medicine 2003;8:5772-5777

² Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2000. Salud Pública México 2002; 44(3):266-282

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El anciano sufre procesos dinámicos e inevitables que podrían ser el resultado de cambios biológicos, socioculturales y psicológicos, así mismo cabe mencionar que estos cambios pueden ser cerebrales sufriendo diferentes discapacidades. El Núcleo familiar presenta problemas los cuales ocasionan un rompimiento en su cohesión y su adaptabilidad se ve modificada por los cambios biopsicosociales del anciano.

POR LO QUE CUESTIONO:

¿Cuáles son los cambios que sufre la adaptabilidad familiar del paciente geriátrico con diferentes discapacidades?

MARCO TEÓRICO
CAPITULO I
ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL CEREBRO

El cerebelo es la porción del encéfalo que ocupa la parte posterior inferior de la cavidad craneal. Pesa alrededor de 140 grs, y mide unos 10 cm de ancho, 5 de alto y 6 de largo.

Está ubicado debajo de la parte posterior de los hemisferios cerebrales, y encima del bulbo raquídeo y el puente de Varolio. Tiene forma de mariposa con las alas extendidas.

ESTRUCTURA

Formado por dos masas laterales llamadas hemisferios cerebelosos separados por una estructura alargada llamada vermis.

En su parte externa, está formado por una sustancia gris y en la interna por una sustancia blanca.

Al realizar un corte vertical que pasa a lo largo del "vermis" se puede observar que la sustancia blanca se ubica en la parte media y presenta ramificaciones que en su entorno se denominan "árbol de la vida". La sustancia gris se encuentra alrededor de la sustancia blanca formando la corteza cerebelosa.

El cerebelo se une al cerebro por los llamados "pedúnculos cerebelosos superiores", se une a la protuberancia anular por los "pedúnculos cerebelosos medios" y al bulbo y la médula espinal por los "pedúnculos cerebelosos inferiores". Estos pedúnculos no son más que haces de fibras nerviosas que llevan información hacia y desde el cerebelo.

FUNCIONES:

- Coordina la actividad muscular del cuerpo.
- Mantenimiento el equilibrio y control de la postura.
- Mantiene el tono de los músculos voluntarios.
- Controla movimientos musculares amplios -motricidad gruesa- como caminar, y otros más específicos -motricidad fina- como poner la llave en la cerradura o enhebrar una aguja.
- Asume un papel en el desarrollo emocional, modulando las sensaciones de ira y placer

ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DE LA PROTUBERANCIA

La protuberancia es un órgano de conducción en forma de cubo y un centro funcional
Se encuentra entre el mesencéfalo y el bulbo raquídeo.

ESTRUCTURA

Formada por un núcleo y fibras blancas presentes como vías que están bastante dispersas.

Las fibras longitudinales de la protuberancia pertenecen a las vías sensitivas y motoras.

Contiene los núcleos de origen para ciertos pares craneales (IV, V, VI, VII, VIII)

Conformación externa:

1.- La cara anterior es convexa y presenta un surco medio. Descansa sobre la apófisis basilar del occipital. A los lados se desprenden los trigéminos.

2.- La cara posterior forma la mitad superior del piso del IV ventrículo.

3.- En las caras laterales se ven los pedúnculos cerebelosos medios que relacionan la protuberancia en el cerebelo.

4.- La cara superior está en relación con los pedúnculos cerebrales, y la inferior se continúa con el bulbo.

Conformación interna:

En un corte de la protuberancia se ven:

* Fibras longitudinales, que son la continuación de las pirámides anteriores, es decir, del haz piramidal motor y de la cinta de Riel sensitiva.

* Fibras bilaterales, que van de un hemisferio a otro del cerebelo.

* Fibras unilaterales, que van de un hemisferio cerebeloso a la sustancia gris del puente para seguir después por los pedúnculos cerebrales.

La **sustancia gris** de la protuberancia se presenta, como en el bulbo en forma de núcleos y comprende:

➤ La continuación de los núcleos del bulbo;

➤ Y algunos núcleos propios de la protuberancia, diseminados en la sustancia blanca.

FUNCIÓN

Es el centro reflejo de las expresiones fuertes como el llanto y la risa.

Control de los movimientos de los ojos con respecto a los músculos oblicuos (IV) y rectos superior, inferior, e interno (III) y el recto externo (VI). Los músculos de la mímica que desarrollan las diferentes expresiones de llanto, risa, alegría emoción con el (VII) y las cintillas de Reil o cintillas acústicas, que ayudan a desarrollar el sentido de la audición, los cuales se encuentran relacionados con el VIII par craneal el cual tiene su núcleo en el oído interno.

BULBO RAQUÍDEO.

Es el centro de la estación y de asociación que interviene en las emociones y determina los fenómenos fisiológicos que las acompañan como la aceleración del pulso, de la respiración.

Conduce impulsos dentro del cerebro y entre otras partes del cerebro y la medula espinal.

Área pneumotaxica y apneustica que junto con el bulbo raquídeo ayudan a controlar la respiración.

Aunque el cerebro sólo supone un 2% del peso del cuerpo, su actividad metabólica es tan elevada que consume el 20% del oxígeno. Se divide en dos hemisferios cerebrales, separados por una profunda fisura longitudinal, pero unidos por su parte inferior por un haz de fibras nerviosas de unos 10 cm llamada corona radiada que forma parte del cuerpo caloso, que permite la comunicación entre ambos hemisferios, estos se supone que forman cerca del 85% del peso cerebral y su gran superficie y su complejo desarrollo justifican el nivel superior de inteligencia del hombre si se compara con el de otros animales.

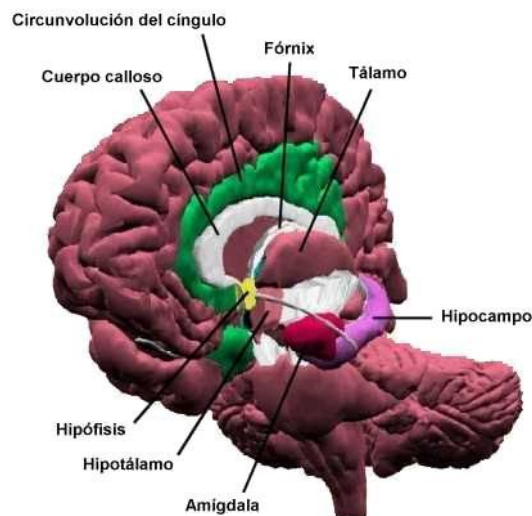
Los ventrículos son dos espacios bien definidos y llenos de líquido, el cual es producido por los plexos coroideos que se encuentran en cada uno de los cuatro ventrículos. Los ventrículos laterales se conectan con un tercer ventrículo localizado entre ambos hemisferios, a través de pequeños orificios que constituyen los agujeros de Monro o forámenes interventriculares. El tercer ventrículo desemboca en el cuarto ventrículo, a través de un canal fino llamado acueducto de Silvio.

El líquido cefalorraquídeo que circula en el interior de estos ventrículos y además rodea al sistema nervioso central sirve para proteger la parte interna del cerebro de cambios bruscos de presión y golpes, también para transportar sustancias químicas y nutrientes.

En cada hemisferio se distinguen:

- **La corteza cerebral o sustancia gris:** De unos 2 ó 3 mm de espesor, formada por capas de células amielínicas (sin vaina de mielina que las recubra). Debido a los numerosos pliegues que presenta, la superficie cerebral es unas 30 veces mayor que la superficie del cráneo. Estos pliegues forman las circunvoluciones cerebrales, surcos y fisuras y delimitan áreas con funciones determinadas, divididas en cinco lóbulos. Cuatro de los lóbulos se denominan frontal, parietal, temporal y occipital. El quinto lóbulo, la ínsula, no es visible desde fuera del cerebro y está localizado en el fondo de la cisura de Silvio. Los lóbulos frontal y parietal están situados delante y detrás, respectivamente, de la cisura de Rolando. La cisura parieto-occipital separa el lóbulo parietal del occipital y el lóbulo temporal se encuentra por debajo de la cisura de Silvio. # Aéreas 9 10 y 11 de Broca que se encuentran en el lóbulo frontal encontrándose la memoria.
- **La sustancia blanca:** Más interna constituida sobre todo por fibras nerviosas amielínicas que llegan a la corteza.
- **Cuerpo calloso:** Desde aquí miles de fibras se ramifican por dentro de la sustancia blanca. Si se interrumpen los hemisferios se vuelven funcionalmente independientes.

El diencefalo origina el tálamo y el hipotálamo:



TÁLAMO:

Es una estructura neuronal que se origina en el diencéfalo (división del prosencéfalo en el embrión), siendo la estructura más voluminosa de esta zona. Se halla en el centro del cerebro, encima del hipotálamo y separado de éste por el surco hipotalámico de Monroe.

Su localización es muy importante ya que si ésta sufriera algún daño no podríamos recibir ciertos estímulos, por este motivo está en el centro de nuestro encéfalo.

Los estímulos sensoriales que llegan al cerebro, con excepción del olfato (debido a que las vías olfatorias se desarrollan en el embrión antes que el tálamo), deberán pasar previamente por el tálamo. Se trata de un derivado de unos 80 núcleos neuronales agrupados en territorios.

Los estímulos de sentimientos se encuentran en el tálamo y van relacionados a la cantidad de oxitocina secretada por el cerebro de cada individuo así como la ingesta de productos derivados del chocolate el cual realiza la secreción de la antes mencionada hormona de oxitocina.

Los estímulos dirigidos a la corteza cerebral son filtrados en el tálamo, quien decide si siguen o terminan su camino, calificándolos de triviales. Pero no únicamente hace esta función, sino que también, al estar conectado a la corteza cerebral, por la vía córtico-talámica son interconectores. Si hay una disfunción en el tálamo afecta a la corteza.

El tálamo presenta una orientación anteromedial y, en su parte posterior, dos núcleos cuerpos geniculados y el pulvinar. La lámina medular interna que tiene forma de "Y", define los territorios anterior, medial, ventral y posterior (o pulvinar). Esta lámina se compone de sustancia blanca. El tálamo presenta 3 tipos principales de núcleos:

1. núcleos de conexión específica,
2. núcleos de conexión inespecífica, y
3. núcleos de asociación.

Núcleos de conexión específica: Reciben neuronas aferentes con información sensorial no discriminativa. A su paso por el tálamo, esta información es filtrada y solo se reenvía el componente discriminativo, que es enviado hacia áreas del cortex cerebral en relación con la procedencia de la señal.

Vías que utilizan los núcleos de conexión específica:

Vía óptica: a través del cuerpo geniculado lateral (hacia el área 17).

Vía auditiva: a través del cuerpo geniculado medial (hacia las áreas 41-42).

Señales sensoriales del hemicuerpo contralateral: a través del VPL (hacia 3-1-2).

Señales sensoriales de la hemicara contralateral: a través de VPM (hacia 3-1-2)

El Tálamo se encarga de recibir las señales de la sensibilidad propioceptiva, esteroceptiva. Por lo tanto se encarga de captar la información de toda la piel, de frío y calor, temperatura, sensibilidad como tacto, presión y cambio en las articulaciones de posición. Y lo último que se ha encontrado es que se encuentra la información del enamoramiento y sexualidad en el tálamo y va relacionado con la secreción de oxitocina del cerebro tanto en mujeres como en hombres.

Núcleos de conexión inespecífica: En este caso, el tálamo no reenvía la información a áreas definidas del córtex, sino que la envía a grandes superficies corticales. Estos núcleos (núcleos reticulares, núcleos intralaminares, LD, LP, CM, pulvinar) reciben información de la sustancia reticular (un sistema polisináptico localizado en el tronco del encéfalo).

Núcleos de asociación: La información hace escala en un (o varios) núcleos previos. Desde este núcleo se reenvía la información (parcialmente filtrada) hacia el tálamo, que acaba de filtrarla y la reenvía hacia el córtex. Así pues se intercala la comunicación con el tálamo con un circuito corticosubcortical (cuantos más núcleos previos haya, más elaborada estará la información). Vías que utilizan los núcleos de asociación:

- Cerebelo y pálido: a través de VA/VL (hacia el área 6).
- Cuerpos mamilares: a través de NA (hacia el girus cinguli).

HIPOTALAMO

El hipotálamo es una compleja zona de sustancia gris que se extiende, en cada hemisferio, por debajo del tálamo; observado por la superficie inferior del cerebro, llega a comprender el quiasma óptico, por delante y los tubérculos mamilares, por detrás.

Se divide en varios núcleos: núcleo paraventricular, núcleo preóptico, núcleo supraóptico, núcleo ventromedial, núcleo dorsomedial, núcleos laterales, núcleo del tuber, núcleo posterior y núcleo del cuerpo mamilar, etc. Estos núcleos están conectados mediante fibras, aferente, o eferentes, con la corteza cerebral, la hipófisis, el tálamo, el tronco encefálico y, quizá, con la médula espinal. El hipotálamo está considerado como un importante centro regulador de muchas funciones vegetativas:

- ✓ Regulación del equilibrio hídrico: el núcleo supraóptico y el paraventricular, en conexión con el lóbulo posterior de la hipófisis, serían responsables de la producción de la hormona antidiurética, que regula la eliminación de orina; la falta de estímulo por parte del hipotálamo a la secreción de esta hormona hipofisaria, conduce a la diabetes insípida, una enfermedad caracterizada por exceso de eliminación de orina (hasta 20 litros al día)
- ✓ Regulación del metabolismo de los hidratos de carbono, de las grasas y de las proteínas: provoca la sensación de hambre. La lesión de ciertas partes del hipotálamo conduce a la pérdida completa del apetito, mientras que la lesión de otras zonas acentúa la sensación de hambre, provocando un engorde exagerado;
- ✓ Regulación de la temperatura: una lesión hipotalámica puede producir la imposibilidad de difundir el calor, un exceso de sudoración o hiperpnea (respiración frecuente) y, por lo tanto, excesiva difusión del calor.
- ✓ Regulación del sueño: cuando falta el control hipotalámico, aparece un estado de gran apatía y somnolencia o insomnio.
- ✓ Regulación hormonal: controla la producción de hormonas por parte del lóbulo anterior de la hipófisis, influyendo en el crecimiento corporal, en las funciones sexuales, etc.
- ✓ El hipotálamo desempeña un papel importante en algunas funciones psíquicas y psicomotoras: ciertos estados de hiperexcitabilidad o de depresión se deberían a trastornos funcionales de los centros hipotalámicos, y también dependerían de estos mismos centros los efectos colaterales,

representados por palpitaciones, lagrimeo, salivación, vómito, rubor, etc., que acompañan a los estados emotivos.

- ✓ El hipotálamo representa finalmente un centro intercalado en el curso de las vías olfatorias, puesto que los pilares anteriores del fórnix, que son haces de fibras conectadas con los centros olfatorios, terminan en los tubérculos mamilares.

LA SUSTANCIA BLANCA DE LOS HEMISFERIOS

La sustancia blanca está representada por sistemas de fibras que conectan entre sí diversos puntos de la corteza cerebral o la corteza con los distintos núcleos del neuroeje. Se espesa en determinadas zonas del cerebro: se extiende uniformemente bajo la corteza cerebral entre ésta y los núcleos centrales, formando el centro oval de Vieussens; además, se distribuye en láminas, aproximadamente verticales, que se interponen entre los núcleos centrales y entre éstos y la corteza, formando la cápsula interna, la cápsula externa y la cápsula extrema.

La cápsula interna es una espesa lámina de sustancia blanca, situada por fuera del tálamo óptico; está compuesta por fibras que se irradian desde el tálamo a la corteza cerebral y por otras que, desde la misma corteza, descienden a los núcleos grises del cerebro y de otras partes del neuroeje. Está formada de varios segmentos: el brazo anterior, la rodilla, el brazo posterior y la porción retrolenticular.

La cápsula externa es una amplia lámina vertical, situada entre el núcleo lenticular y el antemuro. La cápsula extrema está comprendida entre el antemuro y la corteza de la ínsula.

LAS FORMACIONES COMISURALES

Son sistemas de fibras mielínicas que conectan un hemisferio con el contralateral, es decir, el del lado opuesto. Están representadas por el cuerpo caloso, el fórnix o trígono, la comisura blanca anterior y el septum lucidum.

El cuerpo caloso se compone de una parte media, o tronco del cuerpo caloso, y dos extremos: el anterior se dobla hacia abajo, formando la rodilla del cuerpo caloso y termina adelgazándose, recibiendo el nombre de pico del cuerpo caloso; el extremo posterior, redondeado, se llama esplenio o rodete del cuerpo caloso.

Por debajo del cuerpo caloso se encuentra otra formación comisural, llamada trígono o fórnix. El trígono aparece constituido por una porción central, llamada cuerpo del trígono que, en su parte posterior, está íntimamente unida al cuerpo caloso suprayacente. De la extremidad anterior del cuerpo del trígono parten dos prolongaciones acintadas, llamadas columnas o pilares anteriores del trígono, que se repliegan hacia abajo, rodeando el polo anterior del tálamo óptico (con el que delimitan el agujero interventricular de Monroe), y llegan hasta la superficie inferior del hipotálamo.

Por delante de las columnas del trígono, a nivel de la pared anterior del III ventrículo, se encuentra una lámina de sustancia blanca que une los centros olfatorios de los dos hemisferios, denominada comisura blanca anterior.

De los ángulos posteriores del cuerpo del trígono parten otras dos prolongaciones, los pilares posteriores que, separándose hacia abajo y hacia fuera, rodean el polo posterior del tálamo óptico y terminan, inferiormente, en la zona de la circunvolución del hipocampo.

En su parte anterior, el cuerpo caloso y el trígono están separados, formando un ángulo abierto hacia delante, ocupado por dos delgadas láminas de sustancia nerviosa, dispuestas sagitalmente a lo largo de la línea media. Estas dos láminas emparejadas; constituyen el septum lucidum, y separan las dos partes frontales de los ventrículos laterales.³

FUNCIÓN CEREBRAL

El cerebro contiene varios billones de células, de las que unos 100.000 millones de neuronas y posee casi 100 trillones de interconexiones en serie y en paralelo que proporcionan la base física que permite el funcionamiento cerebral. Gracias a los circuitos formados por las células nerviosas o neuronas, es capaz de procesar información sensorial procedente del mundo exterior y del propio cuerpo.

El cerebro desempeña funciones sensoriales, funciones motoras y funciones de integración menos definidas asociadas con diversas actividades mentales. Algunos procesos que están controlados por el cerebro son la memoria, el lenguaje, la escritura y la respuesta emocional.

³ TORTORA Gerard J. Principios de anatomía y Fisiología. Novena Edición. Editorial. Oxford.

LA MEMORIA

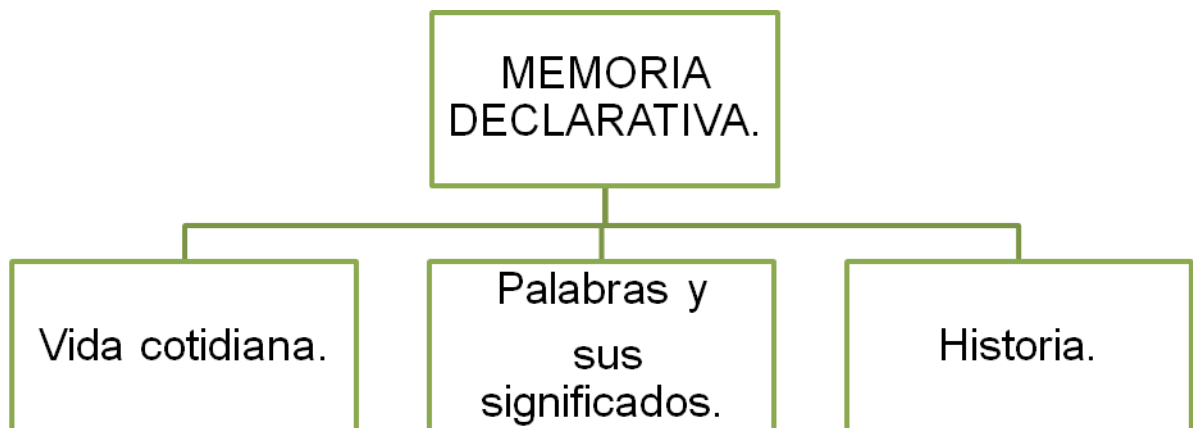
El aprendizaje es el proceso por el cual adquirimos el conocimiento sobre el mundo, mientras que la memoria es el proceso por el que el conocimiento es codificado, almacenado y posteriormente recuperado. Se encuentra relacionada en la corteza cerebral en las áreas de Broca 9, 10 y 11 del Lóbulo frontal de ambos lados y tiene categorías las cuales son las siguientes:

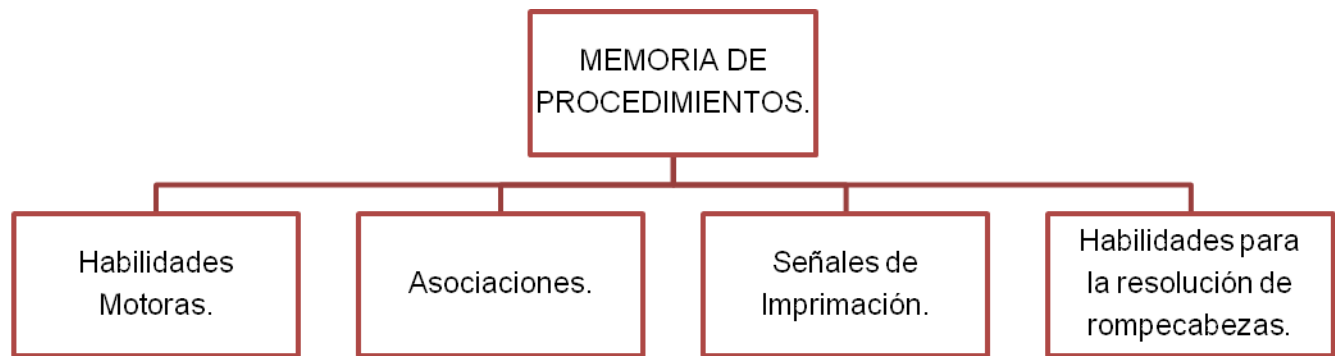
CATEGORÍAS CUALITATIVAS DE LA MEMORIA.

- **MEMORIA DECLARATIVA.** Es el almacenamiento (y la recuperación) de material que está disponible para la mente consciente y el cual, por lo tanto, puede ser codificado en símbolos y expresado por medio del el lenguaje.
- **MEMORIA DE PROCEDIMIENTO.** No se encuentra disponible para la mente consciente. Implica habilidades y asociaciones, que son en su mayor parte, adquiridas y recuperadas en un nivel inconsciente.

CATEGORÍAS TEMPORALES DE LA MEMORIA.

- **MEMORIA INMEDIATA.** Capacidad de mantener el registro durante algunos minutos, involucra a todas las modalidades (visual, verbal, táctil, etc...)
- **MEMORIA DE CORTO PLAZO.** Capacidad de mantener en la mente la información durante periodos de segundos a minutos una vez pasado el momento actual.
- **MEMORIA DE LARGO PLAZO.** Retención de la información durante días, semanas e incluso durante toda la vida.





AMNESIA: Es una incapacidad para establecer nueva información en la memoria o una incapacidad para evocar la antigua.

1. Amnesia anterógrada: Incapacidad para establecer nueva información.
2. Amnesia retrógrada: Dificultad para recuperar la información ya existente.

El funcionamiento del cerebro se basa en el concepto de que la neurona es una unidad anatómica y funcional independiente, integrada por un cuerpo celular del que salen numerosas ramificaciones llamadas dendritas, capaces de recibir información procedente de otras células nerviosas, y de una prolongación principal, el axón, que conduce la información hacia las otras neuronas en forma de corriente eléctrica.

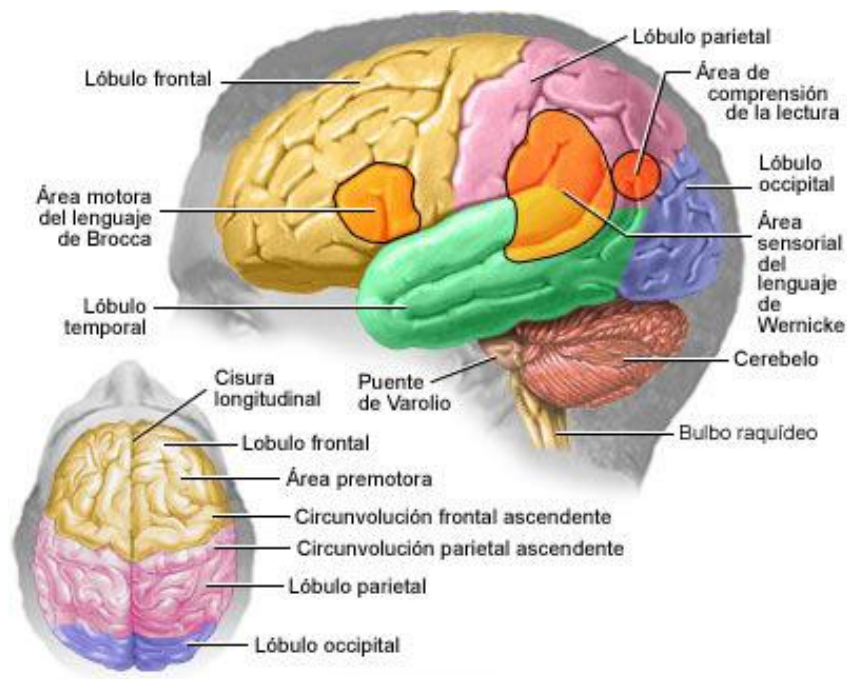
Pero las neuronas no se conectan entre sí por una red continua formada por sus prolongaciones, sino que lo hacen por contactos separados por unos estrechos espacios denominados sinapsis. La transmisión de las señales a través de las sinapsis se realiza mediante unas sustancias químicas conocidas como neurotransmisores, de los cuales hoy se conocen más de veinte clases diferentes.⁴

El cerebro tiene a su cargo las funciones motoras, sensitivas y de integración.

- **Hemisferio cerebral izquierdo:** Está especializado en producir y comprender los sonidos del lenguaje, el control de los movimientos hábiles y los gestos con la mano derecha.
- **Hemisferio derecho:** Está especializado en la percepción de los sonidos no relacionados con el lenguaje (música, llanto, etc.), en la percepción táctil y en la localización espacial de los objetos.
- **Lóbulo occipital:** En el se reciben y analizan las informaciones visuales.

⁴ TORTORA Gerard J. Principios de anatomía y Fisiología. Novena Edición. Editorial. Oxford.

- **Lóbulos temporales:** En ellos se gobiernan ciertas sensaciones visuales y auditivas.
- **Lóbulos frontales:** Los movimientos voluntarios de los músculos están regidos por las neuronas localizadas en esta parte, en la llamada corteza motora. Los lóbulos frontales están relacionados también con el lenguaje, la inteligencia y la personalidad, si bien, se desconocen funciones específicas en esta área.
- **Lóbulos parietales:** Se asocian con los sentidos del tacto y el equilibrio.
- **Tronco cerebral:** Se ubica en la base del encéfalo, gobierna la respiración, la tos y el latido cardíaco.



Las áreas cerebrales que gobiernan las funciones como la memoria, el pensamiento, las emociones, la conciencia y la personalidad, resultan bastante más difíciles de localizar.

- **Sistema límbico:** Está vinculada a la memoria, situado en el centro del encéfalo.
- **Hipocampo:** Controla la sed, el hambre, la agresión y las emociones en general.

- **Hipotálamo:** Se postula que los impulsos procedentes de los lóbulos frontales se integran en el sistema límbico, llegando a este sector, donde se regula el funcionamiento de la glándula hipofisaria, productora de varias hormonas.

- **Córtex:** Se integran las capacidades cognitivas, donde se encuentra nuestra capacidad de ser conscientes, de establecer relaciones y de hacer razonamientos complejos.⁵

SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO.

El sistema nervioso tiene la función de mantener la homeostasis. Su objetivo es conservar las condiciones reguladas dentro de los límites compatibles con la vida. El sistema nervioso responde con prontitud a los estímulos mediante la transmisión de impulsos nerviosos (potenciales de acción) para regular los procesos corporales.

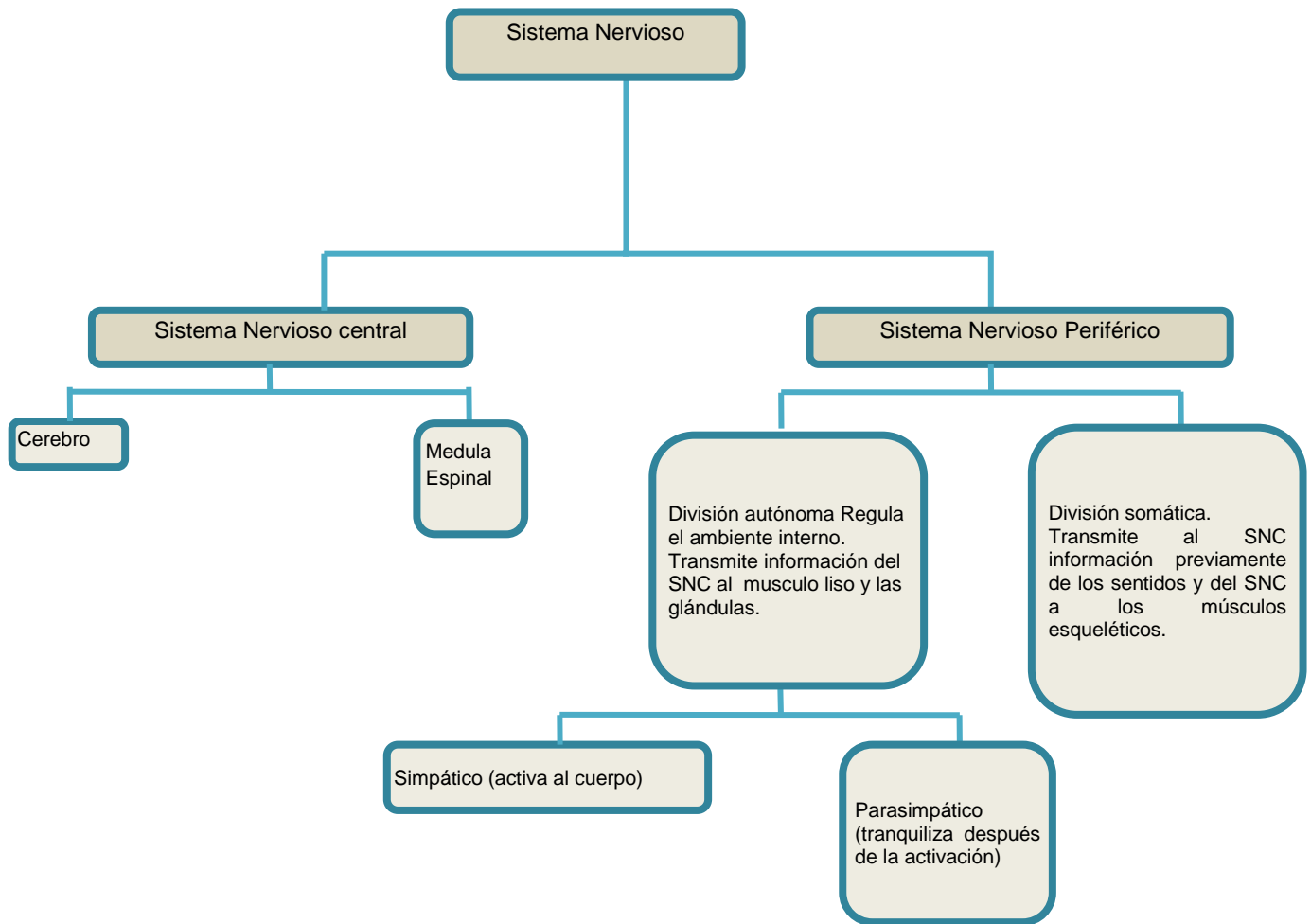
La rama de la medicina que estudia el sistema nervioso es la neurología.

El sistema nervioso consiste en una red compleja y muy organizada de miles de millones de neuronas, así como un número incluso mayor de células gliales. Las estructuras que lo forman son: encéfalo, nervios craneales y sus ramas, médula espinal, nervios raquídeos y sus ramas, ganglios, plexos entéricos y receptores sensoriales.

Sistema nervioso periférico conecta el cerebro y la médula espinal con todas las demás partes del cuerpo: órganos sensoriales, músculos, glándulas y otras estructuras.

Diagrama esquemático de las divisiones del SN y de sus subdivisiones

⁵ TORTORA Gerard J. Principios de anatomía y Fisiología. Novena Edición. Editorial. Oxford.


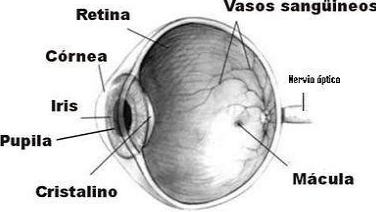
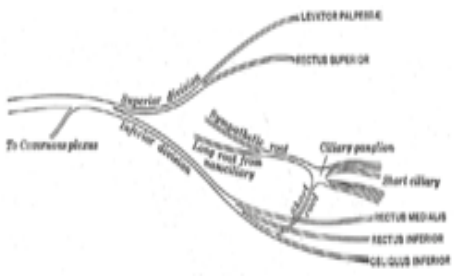


Los nervios craneales o pares craneales son los doce pares de nervios que parten de la base del cerebro o a nivel del tronco del encéfalo y emergen por los agujeros de la base del cráneo, distribuyéndose por la cabeza, el cuello, el tórax y el abdomen.⁶

⁶ ANTHONY Catherine Parker. Anatomía y Fisiología. Decima Edición. Editorial: Interamericana. Mc Graw Hill.

CAPITULO II

NERVIOS CRANEALES

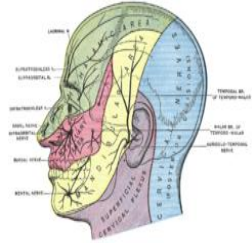
Número y Nombre	Tipo y Localización	Función y aplicación clínica
<p>Nervio craneal I: OLFATORIO.</p>  <p>Territorio de inervación del nervio oftálmico, de color verde.</p>	<p>Sensorial: Nace en la mucosa olfatoria, cruza agujeros de la lámina cribosa del etmoides y termina en el bulbo olfatorio. La cintilla olfatoria se extiende por dos vías a las áreas olfatorias de la corteza cerebral.</p>	<p>Función: Olfacción.</p> <p>Aplicación clínica: Puede ocurrir déficit de la olfacción, llamado anosmia, con lesiones craneoencefálicas en que se fractura la lámina cribosa del etmoides o lesiones en el trayecto de la cintilla olfatoria.</p>
<p>Nervio craneal II: OPTICO.</p>  <p>Nervio óptico en cara posterior del ojo</p>	<p>Sensorial: Surge en la retina, cruza el agujero óptico, forma el quiasma óptico y luego de las cintillas ópticas, y termina en los núcleos geniculados laterales del tálamo. Desde éste, las fibras se proyectan al área visual primaria de la corteza cerebral.</p>	<p>Función: Visión.</p> <p>Aplicación clínica: las fracturas orbitarias, daño en la vía visual y enfermedades del sistema nervioso pueden causar defectos de los campos visuales y disminución de la agudeza visual. La anopía es la ceguera resultante de un defecto o pérdida de uno o ambos ojos.</p>
<p>Nervio craneal III: MOTOR OCULAR COMUN.</p> 	<p>Mixto: (principalmente motor)</p> <p>Porción sensorial: Consta de fibras de propioceptores de los músculos oculares que cruzan la hendidura esfenoidal y terminan en el mesencéfalo.</p> <p>Porción motora: Se origina en el</p>	<p>Función Sensorial: Propiocepción (sensaciones musculares)</p> <p>Función motora: Movimientos del parpado o globo ocular, acomodación del cristalino para la visión cercana y constricción de la pupila.</p> <p>Aplicación clínica: El daño al nervio produce estrabismo (desviación del ojo en que no se</p>

<p>Plano del nervio oculomotor.</p>	<p>mesencéfalo y cruza la hendidura esfenoidal. Sus fibras somáticas inervan el músculo elevador del párpado superior y cuatro músculos oculares extrínsecos (rectos superior, interno e inferior, así como oblicuo inferior del ojo). Las fibras parasimpáticas se distribuyen en el músculo ciliar y el músculo esfínter de la pupila.</p>	<p>fija la vista de ambos ojos en el mismo objeto), ptosis (descenso) del párpado superior, dilatación pupilar, movimientos del globo ocular hacia Abajo y afuera en el lado afectado, pérdida de la acomodación para la visión cercana y visión doble (diplopía)</p>
--	--	---

NERVIOS CRANEALES

Numero y Nombre	Tipo y Localización	Función y aplicación clínica
<p>Nervio Craneal IV: PATETICO</p>	<p>Mixto: (Principalmente Motor)</p> <p>Porción sensorial: consta de fibras de propioceptores del músculo oblicuo superior del ojo, que cruzan la hendidura esfenoidal y terminan en el mesencéfalo.</p> <p>Porción motora: Se origina en el mesencéfalo y cruza la hendidura esfenoidal. Inerva el músculo oblicuo superior del ojo, uno de los músculos extrínsecos del glóbulo ocular.</p>	<p>Función Sensorial: Propiocepción (sensaciones musculares)</p> <p>Función motora: Movimientos del globo ocular.</p> <p>Aplicación clínica: La parálisis del nervio patético se acompaña de diplopía y estrabismo.</p>

Nervio Craneal V: TRIGEMINO



Áreas sensitivas de la cabeza, mostrando la distribución general de las tres divisiones del quinto nervio.

Mixto:

Porción sensorial: Consta de tres ramas, que terminan en el puente de Varolio.

- (1) El nervio oftálmico contiene fibras de la piel que cubren el párpado superior, globo ocular, glándulas lagrimales, fosas nasales, cara lateral de la nariz, frente y mitad anterior del cuero cabelludo, que cruza la hendidura esfenoidal.
- (2) El nervio maxilar superior se forma con fibras de la mucosa de la nariz, paladar, partes de la faringe, dientes superiores, labio superior y párpado inferior, las cuales cruzan en el agujero redondo mayor.
- (3) El nervio maxilar inferior consta de fibras de los dos tercios anteriores de la lengua, dientes inferiores, piel que cubre el maxilar inferior, carrillos y mucosa profundos a este hueso y cara lateral de la cabeza por delante del oído, las cuales pasan por el agujero oval.

Porción motora: es parte del nervio maxilar inferior, se origina en el puente de Varolio, cruza el agujero oval e inerva los músculos de la masticación.

Función Sensorial: Transmite sensaciones de tacto, dolor, temperatura y Propiocepción.

Función motora: Masticación.

Aplicación Clínica: Su lesión produce parálisis de los músculos de la masticación y déficit de la sensación del tacto, temperatura y Propiocepción. El dolor en una o más ramas del trigémino se denomina tic doloroso o neuralgia del trigémino.

Nervio Craneal VI: MOTOR OCULAR EXTERNO

Mixto: (principalmente motor)

Porción sensorial: consta de fibras de propioceptores del músculo recto externo del ojo, que cruzan la hendidura esfenoidal y terminan en el puente Varolio

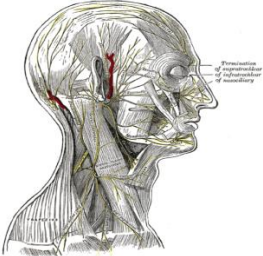
Función Sensorial: Propiocepción

Función motora: Movimientos el globo ocular.

Aplicación clínica: El daño a este nervio impide mover el globo ocular afectado en sentido lateral

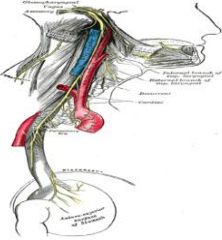
	<p>Porción motora: Se origina en el puente, cruza la hendidura esfenoidal e inerva el músculo recto externo del ojo, uno de los extrínsecos de dicho órgano.</p>	<p>mas allá del punto medio, además de que el ojo generalmente está dirigido en sentido medial.</p>
--	---	---

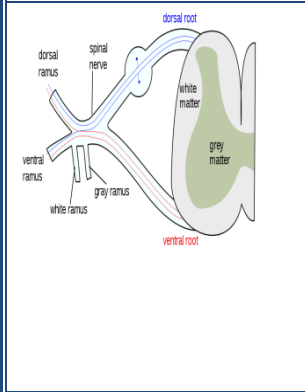
NERVIOS CRANEALES

Numero y Nombre	Tipo y Localización	Función y aplicación clínica
<p>Nervio craneal VII: FACIAL.</p>  <p>Los nervios del cuero cabelludo, cara y del lado del cuello</p>	<p>Mixto:</p> <p>Porción sensorial: Se forma con fibras de la papilas gustativas en los dos tercios anteriores de la lengua, cruza el agujero estilomastoideo y termina en el ganglio geniculado, un núcleo del puente. Desde allí, las fibras se proyectan al tálamo y luego a las áreas gustativas de la corteza cerebral. También contiene fibras de propioceptores de los músculos de cara y cuero cabelludo.</p> <p>Porción motora: Nace en el puente y cruza el agujero estilomastoideo. Sus fibras somáticas inervan los músculos de cara, cuero cabelludo y cuello, y las parasimpáticas, las glándulas lagrimales, sublinguales, submandibulares, nasales y palatinas.</p>	<p>Función sensorial: Propiocepción</p> <p>Funciones motoras: Expresión facial y secreción de saliva y lágrimas.</p> <p>Aplicación clínica: su lesión produce la parálisis, déficit gustativo, salivación disminuida y pérdida de la capacidad para cerrar los ojos, incluso durante el sueño.</p>
<p>Nervio craneal VIII: AUDITIVO</p>	<p>Mixto: (principalmente sensoriales)</p> <p>Nervio vestibular, porción sensorial: Nace en los conductos semicirculares, sáculo y utrículo, y forma el ganglio vestibular. Las fibras terminan en el puente y cerebelo.</p> <p>Nervio Vestibular, porción motora:</p>	<p>Nervio vestibular, función sensorial: Transmite impulsos relacionados con el equilibrio.</p> <p>Nervio Vestibular, función motora: Ajusta la sensibilidad de las células pilosas.</p> <p>Nervio Coclear, función</p>

	<p>Se trata de fibras que se distribuyen en las células pilosas de los conductos semicirculares, sáculo y utrículo.</p> <p>Nervio coclear, porción sensorial: Nace en el órgano espiral o de Corti, forma el ganglio espiral, cruza núcleos del bulbo raquídeo y termina en el tálamo. Sus fibras establecen sinapsis con neuronas que transmiten impulsos al área auditiva primaria de la corteza cerebral.</p> <p>Nervio Auditivo, porción motora: se origina en el puente y termina en las células pilosas del órgano espiral</p>	<p>sensorial: Transmite impulsos para la audición.</p> <p>Nervio coclear, función motora: Modificaría la función de las células pilosa al hacerlo con su transmisión de los sonidos y la respuesta mecánica a estos.</p> <p>Aplicación clínica: la lesión del nervio vestibular puede causar vértigo, ataxia (incoordinación muscular), y nistagmo (movimientos rápidos e involuntarios del globo ocular). La lesión del nervio coclear suele producir tinnitus o sordera.</p>
<p>Nervio craneal IX: GLOsofaríngeo</p>	<p>Mixto:</p> <p>Porción sensorial: Consta de fibras de las papilas gustativas y receptores sensoriales somáticos del tercio posterior de la lengua, propioceptores de los músculos de la deglución que inerva la porción motora, receptores del estiramiento del seno carotideo y quimiorreceptores del cuerpo carotideo, cercano a las arterias carótidas. Sus fibras cruzan el agujero yugular y terminan en el bulbo raquídeo.</p> <p>Porción motora: Se origina en el bulbo raquídeo y atraviesa el agujero yugular. Las fibras somáticas inervan el músculo estilofaríngeo, y las parasimpáticas, la glándula parótida.</p>	<p>Función sensorial: Gusto y sensaciones somáticas del tercio posterior de la lengua; Propiocepción de los músculos de deglución; vigilancia de la presión sanguínea</p> <p>Funciones motoras: Eleva la faringe durante la deglución, menor secreción de saliva y déficit de sensación de saliva.</p> <p>Aplicación clínica: Su lesión causa dificultad en la deglución, menor secreciones de la garganta y gustativas.</p>

NERVIOS CRANEALES

Numero y Nombre	Tipo y Localización	Función y aplicación clínica
<p>Nervio Craneal X: VAGO</p>  <p>Curso y distribución de los <u>nervios glossofaríngeo</u>, vago y <u>accesorio espinal</u>.</p>	<p>Mixto: (Principalmente Motor)</p> <p>Porción sensorial: Consta de fibras de un pequeño número de papilas gustativas en la epiglotis y faringe, propioceptores de los músculos del cuello y la garganta, receptores de estiramiento y quimiorreceptores del seno carotideo y cuerpo carotideo cerca de las arterias carotideas, quimiorreceptores de los cuerpos aórticos cercanos al cayado de la aorta y receptores sensoriales viscerales en muchos de los órganos torácicos y abdominales. Las fibras cruzan el agujero yugular y terminan en el bulbo raquídeo y puente de Varolio.</p> <p>Porción motora: Se origina en el bulbo y cruza el agujero yugular. Sus fibras somáticas se distribuyen en músculos de la garganta y cuello, mientras que en las parasimpáticas inervan al músculo liso de las vías respiratorias, esófago, estomago, intestino delgado, gran parte del intestino grueso y vesícula biliar; el miocardio en el corazón y glándulas del tubo digestivo</p>	<p>Función Sensorial: Gusto y sensaciones somáticas de la epiglotis y faringe; vigilancia de la presión sanguínea y valores de la sangre para regulación de la frecuencia y profundidad respiratorias; sensación de vísceras torácicas y abdominales.</p> <p>Función motora: Deglución, tos y producción de la voz; contracción y relajación del músculo liso en órganos digestivos; desaceleración de la frecuencia cardíaca y secreción de jugos digestivos.</p> <p>Aplicación clínica: Su lesión interrumpe las sensaciones en muchos órganos torácicos y abdominales, además de interferir en la deglución, paralizar las cuerdas vocales y causar aceleración de la frecuencia cardíaca.</p>
<p>Nervio Craneal XI: ESPINAL</p>	<p>Mixto: (principalmente motor)</p> <p>Porción sensorial: Consta de fibras de propioceptores de músculos de la faringe, laringe y paladar blando, las cuales cruzan el agujero yugular.</p> <p>Porción motora: Consta de porciones craneal y espinal. La porción craneal se origina en el</p>	<p>Función Sensorial: Propiocepción (sensación musculares)</p> <p>Función motora: La porción craneal media los movimientos de la deglución y la espinal los de la cabeza y hombros.</p>



bulbo raquídeo, cruza el agujero yugular y se distribuye en los músculos de la faringe, laringe y paladar blando. La porción espinal tiene origen en el cuerno anterior de los primeros cinco segmentos cervicales de la médula espinal, atraviesa el agujero yugular e inerva los músculos esternocleidomastoideo y trapecio.

Aplicación clínica:
Su lesión produce parálisis de los músculos esternocleidomastoideos y trapecio, con la consecuente incapacidad para encogerse de hombros y dificultad para girar la cabeza.

Nervio Craneal XII: HIPOGLOSO

Nervio hipogloso, plexo cervical y sus ramas.

Mixto: (principalmente motor)

Porción sensorial: Consta de fibras de propioceptores de los músculos de la lengua, las cuales cruzan el agujero condíleo anterior y terminan en el bulbo raquídeo

Porción motora: Se origina en el bulbo raquídeo, cruza el agujero condíleo anterior y se distribuye en músculos de la lengua.

Función Sensorial:
Propiocepción (sensaciones musculares)

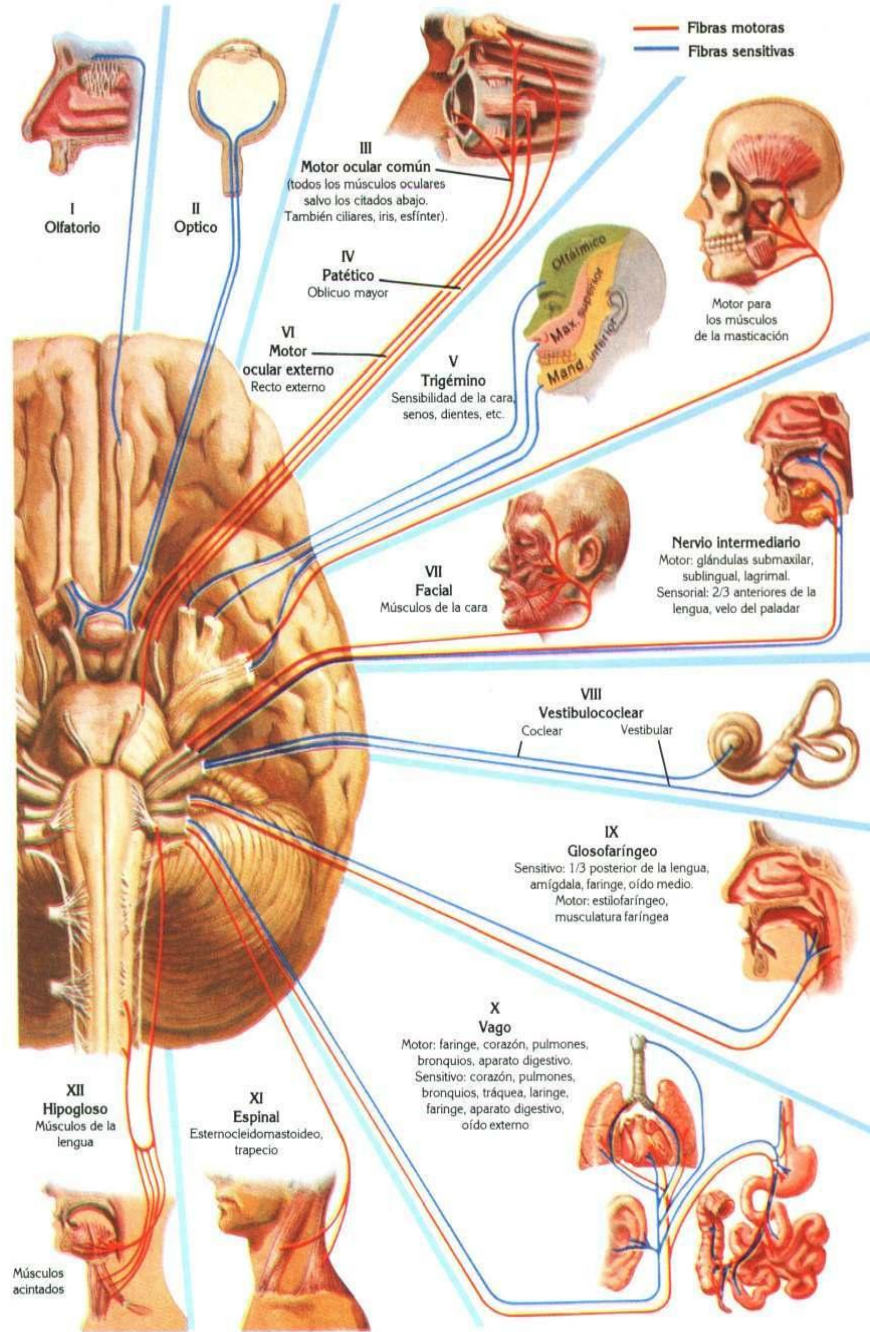
Función motora: Movimientos de la lengua durante el habla y la deglución.

Aplicación clínica: Su lesión produce dificultad para masticar, hablar y deglutir. En la protrusión, la lengua se encorva hacia el lado afectado, en el cual ocurre atrofia.⁷

⁷ http://es.wikipedia.org/wiki/Par_craneal, http://es.wikipedia.org/wiki/Nervio_olfatorio, http://es.wikipedia.org/wiki/Nervio_%C3%B3ptico, http://es.wikipedia.org/wiki/Nervio_oculomotor, http://es.wikipedia.org/wiki/Nervio_troclear, http://es.wikipedia.org/wiki/Nervio_trig%C3%A9mino, http://es.wikipedia.org/wiki/Nervio_espinal, http://es.wikipedia.org/wiki/Nervio_hipogloso

5

NERVIOS CRANEALES: DISTRIBUCION DE LAS FIBRAS MOTORAS Y SENSITIVAS



1. ⁸ <http://mx.images.search.yahoo.com/search/images?p=sistema+nervioso>

CAPITULO III

EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

La vejez está considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 65 años y que finaliza con la muerte.

El envejecimiento según “Harman”, podría definirse como la acumulación progresiva de cambios en el tiempo que son responsables del aumento de la probabilidad de enfermar y de morir del individuo.⁹

Otro autor: “Streheler” nos da cuatro características que matizan el concepto:

1. Es universal para todos los individuos de una especie dada.
2. Se producen cambios endógenos, van de dentro hacia fuera. Es un fenómeno intrínseco no debido a agentes externos.
3. Es un fenómeno progresivo.
4. Es un fenómeno deletéreo, que produce alteraciones en el organismo.

En cualquier organismo que se estudie el envejecimiento, podemos decir que se presentan las cuatro características vitales anteriormente descritas y que estas ocurren en el organismo a tres niveles:

- + Estructura: cambios anatómicos, estatura, posición del cuerpo, opacidad de los huesos, etc.+
- + Función: cambios en la actividad del organismo y cambios en la conducta. Ejemplo: en la marcha, en el humor, etc.
- + Substrato: alteraciones moleculares. Ejemplo: glucemia.

CAMBIOS BIOLÓGICOS:

Con el paso de los años se va produciendo un deterioro de la capacidad del organismo para la regeneración de las células. Los cambios que se producen en el organismo por el envejecimiento son similares a lesiones que ocurren en las patologías. La trama tisular y las células del organismo debido a factores exógenos tales como los agentes físicos, los agentes químicos y los agentes biológicos y por otra parte los factores endógenos: neoplasias, autoinmunidad y los trastornos genéticos producen o bien una respuesta insuficiente de la célula o que no ésta no responda (lesión) o que la respuesta sea una inadaptación de la célula a dicha situación, generando en cualquiera de los casos la vulnerabilidad del organismo.

⁹ OMS, Salud y envejecimiento. Un documento para debate en: “Boletín para el envejecimiento” Perfiles y tendencias IMSERSO Noviembre 2001 pág. 20

Por otra parte tenemos la “APOPTOSIS”: muerte celular programada. Durante el desarrollo celular hay un equilibrio entre proliferación de células y apoptosis, es un proceso selectivo, las células están programadas genéticamente para desaparecer selectivamente. Sin embargo durante el envejecimiento la apoptosis se intensifica resultando un déficit de células.

Muchas teorías intentan explicar el proceso del envejecimiento:

- ↪ Teorías orgánicas o sistémicas.
- ↪ Teorías celulares.
- ↪ Teorías moleculares.
- ↪ Teorías del envejecimiento programado.
- ↪ Teorías evolutivas.

Abordaremos por su importancia los cambios que se producen en el envejecimiento en el sistema nervioso.

El sistema nervioso es un sistema de comunicación y tiene la misma estructura que cualquier sistema de comunicación, consta de: un emisor, un receptor (las proteínas), un canal que transmite la señal y como resultado se produce una respuesta.

El sistema nervioso tiene una estructura que forma lo que se podría llamar unas redes de comunicación, cuyo procesamiento se lleva a cabo en la corteza cerebral y cerebelo, en la retina, en los núcleos lisis del SNC y en los ganglios vegetativos del SNP. Las neuronas serán las encargadas de transmitir y la sinapsis es la zona de contacto, necesario para que la transmisión sea posible.

En el envejecimiento se produce una pérdida neuronal, una disminución del volumen cerebral, una disminución de la sustancia blanca, de la corteza cerebral frontal y del cuerpo estriado y todo ello debido a la muerte celular y/o atrofia celular.

En el envejecimiento se produce no tanto la muerte celular sino la disminución del tamaño de las mismas y un declinar de la sinapsis.

CAMBIOS FÍSICOS

Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento en el organismo lo que trae consigo cambios morfológicos cardiovasculares, cambios patológicos estructurales del aparato respiratorio, muscular, óseo, digestivo, genito-urinario, cambios en la boca y dientes, cambios en los órganos sensoriales tales como disminución de la agudeza visual y pérdida auditiva, la piel denota enrojecimiento, se acompaña frecuentemente de una mayor lentitud en la capacidad psicomotriz y de una disminución en los mecanismos termorreguladores del anciano, todo ello puede suponer un riesgo para la salud del individuo.

CAMBIOS PSÍQUICOS:

Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento en las capacidades intelectuales. A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales que se va acelerando con la vejez. En la vejez hay una pérdida de la capacidad para resolver problemas, esta se acompaña de falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativas se conservan. Existen alteraciones en la memoria y suelen padecer de amnesia focalizada en el tiempo. El carácter y personalidad no suelen alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas.

CAMBIOS SOCIALES:

En la vejez hay un cambio de Rol individual, el mismo se presenta o se plantea desde tres dimensiones:

El anciano como individuo. Los individuos en su última etapa de vida se hacen patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.

El anciano como integrante del grupo familiar. Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y

actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.

El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas. La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas, etc.) Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.

CAMBIO DE ROL EN LA COMUNIDAD

La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. No debemos olvidar que el hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

↳ Cambio de Rol Laboral:

El gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe de tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas.

La jubilación es la situación de una persona que tras haber cumplido una determinada edad y haber desarrollado durante un considerable número de años una actividad laboral, cesa en su oficio y tiene derecho a una pensión.

El cambio en las costumbres laborales que llega con la jubilación tiene sus consecuencias, la adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientados en torno al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral y los recursos económicos disminuyen.

El anciano deberá de prepararse antes de la jubilación, debe conocer las consecuencias de la jubilación para prevenir sus efectos negativos: Será necesario en algunos casos buscar aficiones supletorias para que la jubilación en vez de suponer un detrimento en la calidad de vida, por el contrario suponga un incremento de la misma.

CAPITULO IV

NECESIDADES SOCIALES Y HUMANAS EN EL ENVEJECIMIENTO.

↳ Necesidad de comunicarse:

El anciano necesita comunicarse y relacionarse con el entorno de forma verbal y no verbal, expresar deseos y opiniones y tener pertenencia a un grupo, mantener una movilidad suficiente que le permita las relaciones sociales, tener una imagen de sí mismo que corresponda a la realidad y expresar sin temores su sexualidad.

En esta independencia que necesita el anciano influyen los siguientes factores:

↳ Estado físico:

Mantenimiento de las capacidades sensoriales y del sistema nervioso (poder ver, oler, tocar y sentir), integridad de las cuerdas vocales (para poder hablar), funcionamiento orgánico que le permita su sexualidad.

↳ Estado psíquico:

Nivel de inteligencia que le permite la comunicación, equilibrio emocional influye en la calidad de la comunicación, la experiencia de comunicaciones inefectivas condiciona nuevas relaciones.

↳ Situación social:

Las características del entorno influyen en una buena comunicación, el medio social y cultural en el que se desenvuelve el anciano, la disponibilidad económica facilita la comunicación, los medios de la comunidad que favorezcan o entorpezcan la relación, los cambios rápidos de la comunicación de masas son a veces causa de problemas en la comunicación del anciano.

Ante la necesidad de la comunicación en los ancianos los principios de actuación de la enfermería deben ir encaminados a conseguir el mantenimiento de la independencia, para ello se plantean los siguientes objetivos

- Conocer los hábitos del anciano a la hora de comunicarse.
- Realizar educación sanitaria para fomentar el mantenimiento de los órganos de los sentidos.
- Diseñar programas que permitan expresar los sentimientos y las emociones del anciano.

Para conseguirlos se podrían llevar a cabo las siguientes acciones:

- * Recomendar lugar donde asistan a otras personas.
- * Participar en actividades lúdicas como juegos excursiones, etc.
- * Utilizar medios de comunicación a su alcance.
- * Mantener una higiene y arreglo personal para que no sea una causa de aislamiento social.
- * Instarle a formar parte de asociaciones de ayuda social, o indicarles practicar una religión.
- * Indicarle como expresar su sexualidad.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano, como por ejemplo la incomunicación debida por pérdidas sensoriales, problemas del sistema nervioso, depresión y soledad, así como aquellos trastornos orgánicos (accidentes cerebro-vasculares, cataratas, inmovilización, traumatismos, uso de fármacos hipnóticos y antidepresivos, ansiedad, estrés y sentimiento de culpa) que puedan dificultar la comunicación.

* Necesidad de elegir según los valores y las creencias:

El anciano necesita elegir según sus propios valores y creencias, necesita y nadie puede negarle el mantenimiento de sus convicciones personales frente lo bueno y a lo malo, por la cultura, ideología o religión, frente a la propia vida o muerte, el anciano es capaz de opinar y de mantener actitudes que evidencien su forma de pensar, necesita vivenciar y exteriorizar su concepto de trascendencia, está en su derecho de asistir a actos representativos de sus creencias y es capaz de encontrar un significado a su asistencia.

En esta independencia que necesita el anciano pueden influir los siguientes factores:

☞ Estado físico.

Será un factor determinante a la hora de satisfacer autónomamente la necesidad de energía, ya que podrá exteriorizar su forma de pensar a través de gestos y expresiones.

☞ Estado psíquico.

El estado mental y el mantenimiento de las capacidades intelectuales permitirán al anciano a actuar y vivir según sus creencias, la exteriorización de sus emociones expresará la forma del anciano de vivir sus experiencias y determinará sus intereses, la expresión del deseo de búsqueda o de la esencia de la propia vida, de la naturaleza y de la energía.

☞ Situación social.

Factores culturales, educacionales, y grupal será la base de sus creencias y de sus valores sobre la vida, la religión podrá influir en la forma de actuar ante diferentes situaciones.

Ante la necesidad del anciano de elegir según los valores y las creencias los principios de la actuación de enfermería para el mantenimiento de la independencia, pretenderán los siguientes objetivos:

- ★ Conocer hábitos en cuanto a la expresión de sus creencias y determinar sus acciones según sus valores.
- ★ Instruir al anciano para que sea capaz de expresar sus creencias y valores.
- ★ Planificar conjuntamente programas que nos den la posibilidad de expresión de sus creencias religiosas o ideológicas.

Para conseguirlos se podrían llevar a cabo las siguientes acciones:

- ☞ Informar de la importancia de conseguir un equilibrio espiritual mediante la expresión de sus creencias.
- ☞ Asistencia religiosa, lecturas y tranquilidad emocional.
- ☞ Ejecución de actividades recreativas relacionadas con la forma de percibir su espiritualidad.
- ☞ Exteriorización de sus emociones, sentimientos y opiniones en un medio receptivo.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano, estas pueden ser debidas por incapacidad asociada al desequilibrio psíquico, crisis, falta de afirmación, situaciones de pérdida, conflictos de autoestima, sentimientos de culpabilidad y faltan de motivación. Por otra parte la desvalorización asociada a enfermedades invalidantes, demencias, frustraciones, ansiedad, vulnerabilidad a enfermedades, problemas de incapacidad sensorial, etc. serán factores a tener en cuenta por su importante influencia en este aspecto.

☞ Necesidad de Autorrealización:

El anciano necesita autorrealizarse, deberá ser capaz de llevar a cabo actividades recreativas, lúdicas que permitan mantener sus autoestima, se deberá sentir satisfecho consigo mismo por su contribución a la sociedad.

En esta independencia que necesita el anciano para poder autorrealizarse pueden influir los siguientes factores:

↗ Estado físico.

Un buen funcionamiento orgánico permite al anciano ser autónomo y realizar actividades de su agrado.

↗ Estado psíquico.

La capacidad psíquica mantenida, la motivación y el dar un sentido a la vida serán los factores que mantienen una actividad para que se sienta realizado.

↗ Situación social.

La situación económica permitirá al anciano el disfrute de ciertas actividades, la comunidad en que se mueva o grupo de pertenencia, le incluirán o excluirán de las actividades.

Los principios de la actuación de enfermería en el mantenimiento de la independencia para conseguir y/o mantener la autorrealización del anciano se encaminará a la consecución de los siguientes objetivos:

- Conocer gustos y aficiones del anciano.
- Realizar educación sanitaria referente a las diferentes formas de participación social.
- Elaborar un programa de actividades que ocupe el tiempo libre del anciano.

Para ello se podrían llevar a cabo las siguientes acciones:

- Su pertenencia a un grupo o asociación, según sus preferencias o aficiones.
- Se animará a realizar actividades útiles que le reporten satisfacción personal como jardinería, manualidades, etc.
- Mantener sus aficiones y ayudar a fomentar sus hobbies.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano para su autorrealización, estas pueden ser debidas por desinterés asociado a falta de motivación, depresión, baja autoestima, soledad, aislamiento y situaciones de pérdida, también pueden ser debidas por inadaptación asociada a problemas de desorientación, demencias, enfermedad, problemas sensoriales, traumatismos, estrés, etc.

☞ Necesidad de Aprender:

El anciano necesita aprender. El anciano vivirá una existencia plena y productiva si se conoce a sí mismo y tiene interés, si se siente motivado y es capaz de razonar, si demuestra habilidad para solucionar situaciones referidas al aprendizaje, si se plantea cuestiones, dudas y preguntas acerca de sus emociones, sentimientos y existencia.

En esta independencia que necesita el anciano para aprender influyen:

· Estado físico.

La capacidad sensorial que mantiene es un factor preciso para favorecer el aprendizaje.

· Estado psíquico.

Parece que el mantenimiento de las capacidades psíquicas es un factor fundamental que interviene en el aprendizaje, el estado anímico puede favorecer la satisfacción de esta necesidad, la motivación generará en el anciano el interés necesario para aprender.

· Situación social.

El medio cultural, el estilo de vida, los problemas estructurales, la vivienda, los medios económicos condicionan el aprendizaje, los recursos que cuenta la sociedad que fomenten el interés por aprender.

Los principios de la actuación de enfermería en el mantenimiento de la independencia para que el anciano pueda aprender estarán basados en los siguientes objetivos:

· Conocer las inquietudes del anciano frente a su necesidad de aprender, teniendo en cuenta sus limitaciones.

· Enseñar al anciano en el conocimiento de los recursos a su alcance.

· Realizar un programa para desarrollar los hábitos de aprendizaje.

Para la consecución de los objetivos marcados se podrían llevar a cabo las siguientes acciones:

- ★ Facilitar la información precisa de los recursos y medios que cuenta para aprender.
- ★ Reforzar el aprendizaje del anciano.
- ★ Aconsejar al anciano la asistencia a actos de culturales de interés que se realicen en el entorno.
- ★ Apoyar todas las iniciativas del anciano para aprender.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano y que impidan el aprendizaje o que dificulten la adaptación a su nuevo estado de jubilado, por ello se deberán vigilar y controlar los posibles problemas originados por la falta de motivación, disminución sensorial, depresión, falta de interés debilidad psicomotriz y disminución de la capacidad de aprendizaje, por otro lado deberán vigilarse también las dificultades originados por problemas psíquicos, demencia, estrés y dolor.

CAPITULO V LA FAMILIA

En diversas ocasiones, se ha mencionado que la familia, es el núcleo de la sociedad. Definición, que para muchos, es la más exacta e idónea para clarificar, no sólo lo que es la familia, sino su importancia dentro de la comunidad.

Es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, en una dinamica funcional o no, la estructura, la forma subsistemas conyugal (mamá y papá), subsistemas paterno-filial (padres e hijos), y subsistemas fraternal (hermanos)¹⁰

Es la institucion basada en valores, en ideologias que trasmiten y perpetúan las acciones y normas sociales.

Esto se debe, ya que la familia, forma a quienes actuarán en el futuro, dentro de la sociedad. Cada padre y madre, forman a los hombres y mujeres del futuro. Aquellos que tomarán, en algún momento, las riendas del país. Por lo mismo, es de suma importancia, el hecho que las familias están bien constituidas. Para que sus hijos, se puedan formar en un ambiente acogedor y amoroso. Con ello, aprenderá, no sólo a comportarse en sociedad, sino que repetirá la misma experiencia con su señora e hijos. De la misma manera con las mujeres.

Es por lo mismo, que se dice que el hombre y la mujer, no sólo se unen para preservar la raza humana. Su trabajo es mucho más complejo que aquello.

Situación, que en la realidad, no requiere de mucho esfuerzo. Lo difícil, es crear una familia. Crear el ambiente propicio para que los hijos, crezcan y sean hombres y mujeres de bien.

¹⁰GÓMEZ Clavenlina F.J. Fundamentos de medicina Familiar., ed 7°, México 2000, p 103

Para ciertas personas, la familia puede ser considerada, perfectamente, como un ente vivo. Incluso se dice, que la familia es como una célula, dentro de un organismo mayor, que es la sociedad. Por lo mismo, al ser considerada, como una célula, esta debe ser cuidada. Y esta célula, contiene un núcleo, que son los padres. Por lo mismo, es que la relación que mantengan los dos padres entre ellos, será crucial, para la sobrevivencia de la familia.

Esta compuesta por individuos genéticamente o no, que han desarrollado relaciones entre si, o que viven juntos, en el transcurso del tiempo la familia va adoptando patrones de comportamiento o dinámica familiar.¹¹

Por otra parte, la familia, es la base para que todo ser humano, se pueda integrar de manera correcta a la sociedad. Por lo mismo, es que sus integrantes menores, deben ver los aspectos positivos de su familia, para potenciarlos en un futuro cercano. Asimismo, los aspectos negativos, deben ser estudiados y anotados, para que ellos no los vuelvan a repetir. En el fondo, a la familia, se le considera la escuela primaria, frente a los desafíos sociales, de los hijos.

Es en la familia, donde el ser humano, aprenderá lo que son los afectos y valores. De que manera hay que manejarlos y que es lo correcto a realizar y lo que no. La formación valórica de la familia, es irremplazable. Aquello no lo aprenderá en el colegio o la universidad. Sólo en su familia. Núcleo de amor, afecto y comprensión. Al igual, que escuela primordial de los valores y virtudes a seguir.

La familia es uno de los grupos sociales que requieren una atención especial, por lo que la Asamblea General, el Consejo Económico y Social y la Comisión de Desarrollo social se ocupan de sus intereses.

La ONU promueve la observancia anual del "Día Internacional de la Familia", cada 15 de mayo, lo cual constituye una oportunidad para sensibilizar sobre cuestiones relacionadas con la familia y promover la adopción de medidas adecuadas.

La familia hoy es la mayor fuerza personalizante contra la domesticación y el espíritu borreguil que amenaza al mundo de hoy. Mucha gente cree que es libre, nadie que no luche por su libertad es libre. Compran lo que les mandan, hacen lo que les mandan.

¹¹ BRUNO, F.J. Diccionario de términos psicológicos fundamentales. Paidós Studio. Barcelona 1997 p 215

Hace tiempo era la costumbre que la familia (padres, abuelos e hijos) vivieran juntos en el mismo techo, apartando recursos materiales y espirituales para crear un ambiente de convivencia desde el nacimiento hasta la muerte.

Las funciones que la familia ejerce sobre sus componentes son fundamentalmente seis:

Comunicación: utilizando métodos verbales o para verbales; es fundamental para el desarrollo de la afectividad, la ayuda, la autoridad, la comprensión, etc.

Afectividad: la relación de cariño o amor; imprescindible para el desarrollo normal del individuo.

Apoyo: de múltiples formas; económico, afectivo, cultural, etc.

Adaptabilidad: para mantener relaciones internas ¿entre los miembros del grupo- y externas con la sociedad, a nivel cultural, económico, laboral, higiénico, etc. Los procesos de adaptación de la familia surgen, además, en función de las diferentes etapas de su ciclo vital (nacimiento de un hijo, nido vacío, etc.)

Autonomía: los individuos necesitan cierto grado de independencia para facilitar su crecimiento y maduración. La familia debe establecer los límites de ese tira y afloja, en función de sus creencias, aspiraciones, cultura, etc.

Reglas y Normas: de comportamiento para favorecer la convivencia. Estas normas facilitan las relaciones e identifican los papeles de cada miembro de la familia.

Según la ubicación geográfica, la cultura y la tradición las representaciones de la familia son distintas.

Se dice que la familia es una institución social ya que tiene una función socializadora y educadora; educadora por que la intimidad y la relación afectiva no pueden ser enseñados por otra institución; socializadora debido al contacto en la sociedad que los padres demuestran ante los hijos y que estos toman como modelos a estos, esto es, la incorporación de nuevos miembros en el tejido de relaciones sociales.

Por lo tanto la familia es un elemento dinámico ya que ha evolucionado a través de los años este fenómeno ha sido a causa a las transformaciones que vivimos hoy como sociedad y que este cambio lo marca factores políticos, sociales, económicos y culturales.

En la actualidad existen diversos motivos por los cuales las familias tienen a superarse, las formas de mantenerse en contacto y dar apoyo a los padres han combinado, pero de todos modos se sigue cuidando de ellos. El anciano como integrante del grupo familiar las relaciones del anciano con la familia cambian, por que suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relacion con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas.

1ra. Etapa: Cuando el anciano es indispensable y ayuda a los hijos.

2da Etapa: Cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten y la familia suele planearse el ingreso del anciano en un asilo.

El anciano como persona es capaz de afrontar las pérdidas, la vejez es una etapa característica por las pérdidas físicas, psíquicas, económicas, afectivas, etc.

En la vejez hay un cambio del rol individual, el mismo se presenta o se plantea desde tres dimensiones, El anciano como individuo en su última etapa de vida se hace más patente la conciencia de que la muerte se encuentra cerca. La actitud frente a la muerte con la edad.

Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida en algunos casos como la liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que posible deterioro o enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.



CAPITULO VI ADAPTABILIDAD:

La adaptabilidad está muy unida a la característica antes mencionada: la flexibilidad. Adaptarse, de alguna manera, es aceptar 100% la situación actual. Es útil mencionar que la Humildad es una característica de todo Líder; en momentos difíciles es cuando más se necesita de la humildad de los integrantes de la familia.

Adaptarse no es tarea simple, implica dejar algo de lo que uno es, o a lo que se está acostumbrado para ser alguien distinto. Quizás en este tipo de situación influye la voluntad, la tolerancia y la inteligencia para desprenderse de beneficios que ya no se tienen por obligaciones nuevas o distintas que asumir.

En la Historia, el hombre se ha adaptado a inundaciones, cambios climáticos, invasiones, guerras, pobreza, epidemias, etc. El hombre es un animal de costumbre; se acostumbró a vivir en los árboles, luego ocupó cuevas abandonadas, entonces decidió bajar de los árboles y vivir en ellas, pero cuando se dio cuenta de que necesitaba buscar su alimento debido a la escasez, se hizo completamente nómada, y como la situación siguió en constante cambio..... Necesitó ubicarse en un lugar y cultivar plantas y criar ganado..... Se hizo sedentario.

Para llegar a una verdadera adaptación se deben atravesar cinco etapas: **Primero Negación Total:** Etapa caracterizada por el miedo , la ansiedad , estados de angustias normales que se generan por los cambios , la sensación de inestabilidad e inseguridad provoca una reacción de negación , aún sin saber las posibilidades de crecimiento que pueda experimentar la organización.

Segundo la Defensa Propia: El individuo se aferra a sus ideas, sin embargo, comienza a entender que se trata de temores propios, así es capaz de visualizar algunas ventajas, que le permiten situarse en la etapa siguiente: La valoración.

Tercero la valoración: En esta etapa se valora todo lo que se hace y comienza a nacer un principio de colaboración y participación, esta es la etapa previa a la aceptación

Cuarta la aceptación: La organización completa acepta la nueva situación como algo irremediable, sin embargo lo positivo es que aparecen nuevas habilidades en aquellos que se mostraban reticentes al cambio.

Quinta La adaptación: Etapa final, la organización completa asimila la nueva forma de trabajar, generándose beneficios para todos.

¿Por qué se produce la resistencia al cambio?

1- Rapidez con que se producen cambios: Precisamente porque no se motiva con la debida antelación ni se informa de que se trata, por lo tanto, en el personal existe un resistencia natural por desconocimiento.

2- Características psicológicas de algunos individuos: Miedos, Inseguridad, Abierta resistencia a todo tipo de cambios, (paranoia laboral) personas que siempre piensan que serán despedidas, pésima entrega a la institución y escasa disponibilidad.

3- Sentimientos de inamovilidad: Para algunas personas con cargos puede significar el peligro de perder los beneficios que ellos han conseguido, motivo por el cual se resisten a los cambios.

OBJETIVO GENERAL

- ↪ Determinar la adaptabilidad familiar del paciente geriátrico con diferentes discapacidades, por medio de recopilación bibliográfica y recopilación de información de los familiares y/o expedientes del asilo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ↪ Conocer la adaptabilidad familiar del paciente geriátrico ante una discapacidad.
- ↪ Identificar los cambios que sufre en su núcleo familiar al conocer que el paciente geriátrico presenta alguna discapacidad.
- ↪ Determinar las discapacidades generadas al paciente geriátrico.
- ↪ Identificar las discapacidades con mayor índice en el asilo.
- ↪ Conocer la adaptabilidad del paciente geriátrico ante las decisiones de sus familiares y de alguna institución.

HIPOTESIS

Los pacientes geriátricos con diferentes discapacidades, ocasionan cambios que alteran la adaptabilidad familiar dentro de su núcleo social.

VARIABLES DE ESTUDIOS

↳ DISCAPACIDADES

Definición conceptual:

Es la pérdida, ausencia o reducción de la capacidad física o mental.¹²

Definición operacional:

Por medio de escalas, cuestionarios, mini exámenes establecidas en el Manual para la Evaluación Gerontológica Integral en la Comunidad de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (Unidad de Investigación Gerontológica).

↳ ADAPTABILIDAD FAMILIAR:

Definición conceptual

ADAPTABILIDAD: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

La adaptabilidad está muy unida a la característica: la flexibilidad. Adaptarse, de alguna manera, es aceptar 100% la situación actual. Es útil mencionar que la Humildad es una característica de todo Líder; en momentos difíciles es cuando más se necesita de la humildad de los integrantes de la familia. Adaptarse no es tarea simple, implica dejar algo de lo que uno es, o a lo que se está acostumbrado para ser alguien distinto. Quizás en este tipo de situación influye la voluntad, la tolerancia y la inteligencia para desprenderse de beneficios que ya no se tienen por obligaciones nuevas o distintas que asumir.

FAMILIA: Es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, en una dinámica funcional o no, la estructura, la forma subsistemas conyugal (mamá y papá), subsistemas paterno-filial (padres e hijos), y subsistemas fraternal (hermanos)

¹²MOSBY. "Diccionario de Medicina" Ed. Océano., Barcelona España. 1568 pp

Es la institución basada en valores, en ideologías que transmiten y perpetúan las acciones y normas sociales.

En diversas ocasiones, se ha mencionado que la familia, es el núcleo de la sociedad. Definición, que para muchos, es la más exacta e idónea para clarificar, no sólo lo que es la familia, sino su importancia dentro de la comunidad.

Definición Operacional:

Se incorporó el instrumento FACES III por La Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III, por ser el instrumento que mejor respondía a los objetivos de la investigación.

ASPECTOS METODOLOGICOS

UNIDAD DE INVESTIGACION:

- Centro de Atención para personas de la 3era. Edad.
- Fundación Concepción Beistegui IAP.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ☞ Pacientes geriátricos con diferentes discapacidades.
- ☞ Hombres y mujeres.
- ☞ Familiares que formen parte de su núcleo familiar con el paciente geriátrico.
- ☞ Geriátricos que formen parte del sistema familiar.
- ☞ Medico geriatra y gerontólogo.
- ☞ Pacientes geriátricos que se encuentren en el acilo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ☞ Paciente geriátrico que no formen parte de un sistema familiar.
- ☞ Paciente geriátrico que no tenga discapacidades.
- ☞ Paciente geriátrico que no se encuentre en el acilo.
- ☞ Familiar que se rehúse a contestar el cuestionario o las escalas de evaluación.

VARIABLES UNIVERSALES:

- ✓ Nombre, edad, género, escolaridad, domicilio, estado civil, fecha de evaluación.

TIPO DE ESTUDIO:

- ✓ Descriptivo

DISEÑO:

- ✓ Transversal Probabilístico.

MUESTREO:

- ✓ Probabilístico

ESCALA DE MEDICIÓN:

- ✓ Nominal

ASPECTOS ORGANIZATIVOS

ORGANIZACIÓN:

Para la realización del trabajo de investigación que nos determina la adaptabilidad familiar del paciente geriátrico con discapacidades generadas del centro de atención para personas de la 3era edad y se cuenta con los siguientes recursos:

RECURSOS HUMANOS:

Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia: Barrios Hernández Yaneth

RECURSOS FINANCIEROS:

RECURSOS	FINANCIEROS
Hojas blancas	\$200
Lápiz	\$100
Plumas	\$100
Gomas	\$50
Internet	\$400
Copias	\$350
Tinta de impresora	\$600
Luz	\$1000
Pasajes	\$1250
Pago de asesoramiento	\$2000
Impresiones	\$1000
Empastados	\$1000

RECURSOS FÍSICOS:

- ★ Biblioteca de la Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús.
- ★ Aula de computación de la Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús.
- ★ Biblioteca Central de la Universidad Nacional Autónoma de México.

ASIGNACIÓN DE TAREAS:

- ~ Recolección de bibliografía.
- ~ Recolección de datos.
- ~ Selección de tema central para la investigación.
- ~ Validación de evidencias de la recolección de datos.
- ~ Selección de instrumentos de investigación de acuerdo al tema de interés.
- ~ Asesoría en el proceso de investigación metodológica.
- ~ Revisión de la investigación y correcciones.

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDAD	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Elección del tema central	R					
Elaboración de pregunta de investigación	R					
Elaboración de tabla de priorización	R					
Recolección de bibliográfica	R					
Primera revisión	R					
Recolección de información para la realización del marco teórico	P	R				
Elaboración de objetivos generales		R				
Elaboración de objetivos específicos		R				
Elaboración de hipótesis		R				
Determinación de variables		R				
Segunda revisión		P	R			
Definición del universo de estudio		P	R			
Diseño de la muestra			R			
Ejecución de instrumentos de investigación			P	R		
Tercera revisión				P		
Identificación de los recursos organizativos					R	
Cuarta revisión					R	
Corrección						R
Impresión y empastado						R

R: Realizado

P: Pendiente

NR: No Realizado

RESULTADOS



13

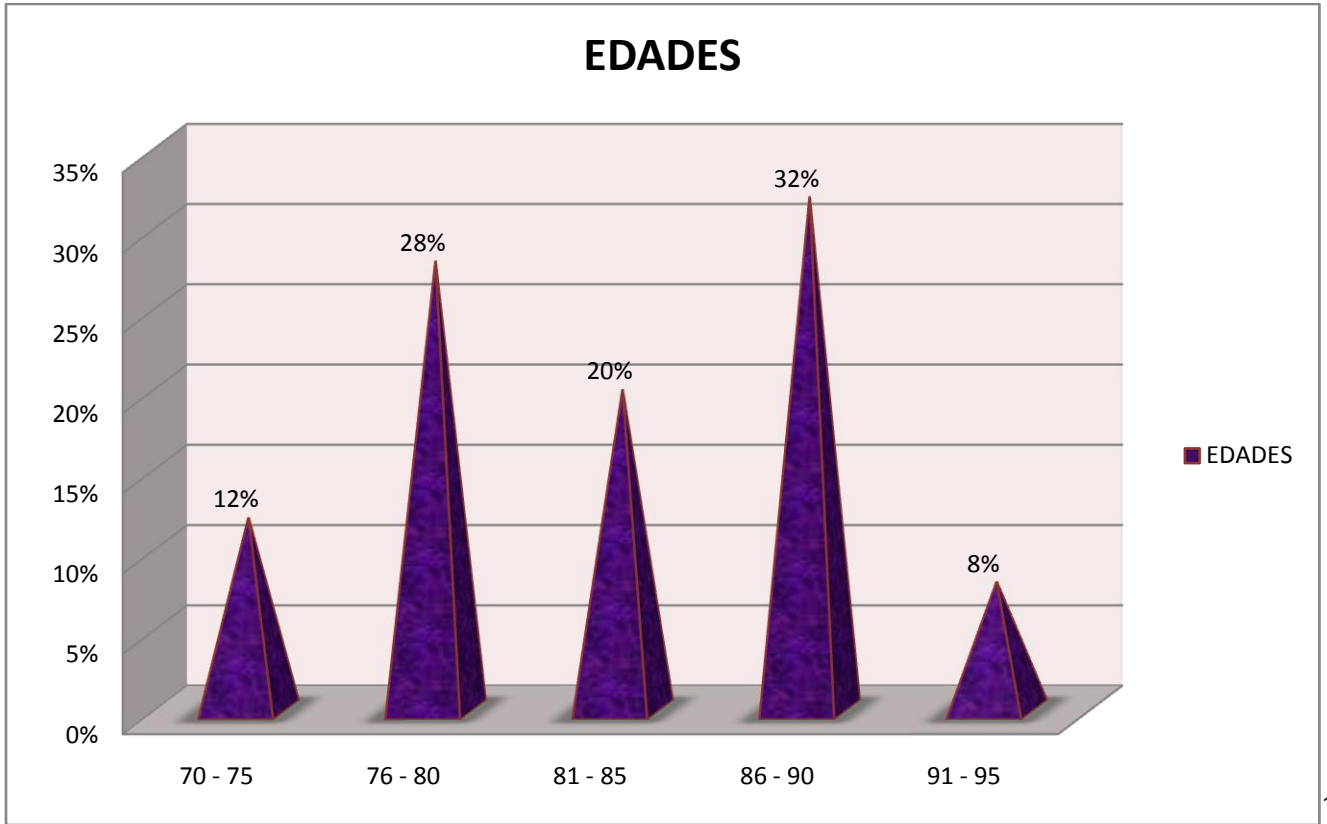
ANÁLISIS:

La recopilación de información se realizó en dos instituciones: Centro de Atención para personas de la 3era. Edad y Fundación Concepción Beistegui IAP, de las cuales se aplicaron las escalas a 25 pacientes que equivale al 100%.

De los cuales el 84% eran mujeres y el 16% eran hombres, en la pirámide poblacional indica que hay mayor población de mujeres que de hombres.

En los estudios epidemiológicos nos reportan que las mujeres tienden a vivir más que el hombre.

¹³ Centro de Atención para personas de la 3era. Edad y Fundación Behistegui.



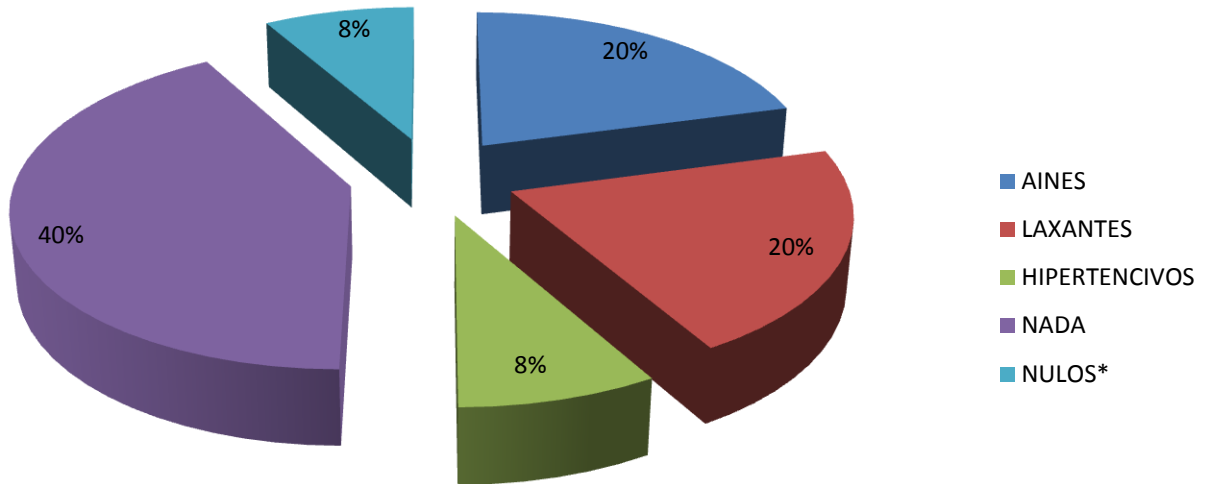
14

ANÁLISIS:

Del total de encuestados encustados, se tomaron 5 rangos, de los cuales el 4to. Rango nos reporta que los pacientes asilados son de 86 años a 90 años de edad con un 32% y un 8% se encuentran de edad entre los 91 a 95 años de edad.

¹⁴ Centro de Atención para personas de la 3era. Edad y Fundación Behistegui.

ESTADO DE SALUD Y POLIFARMACIA

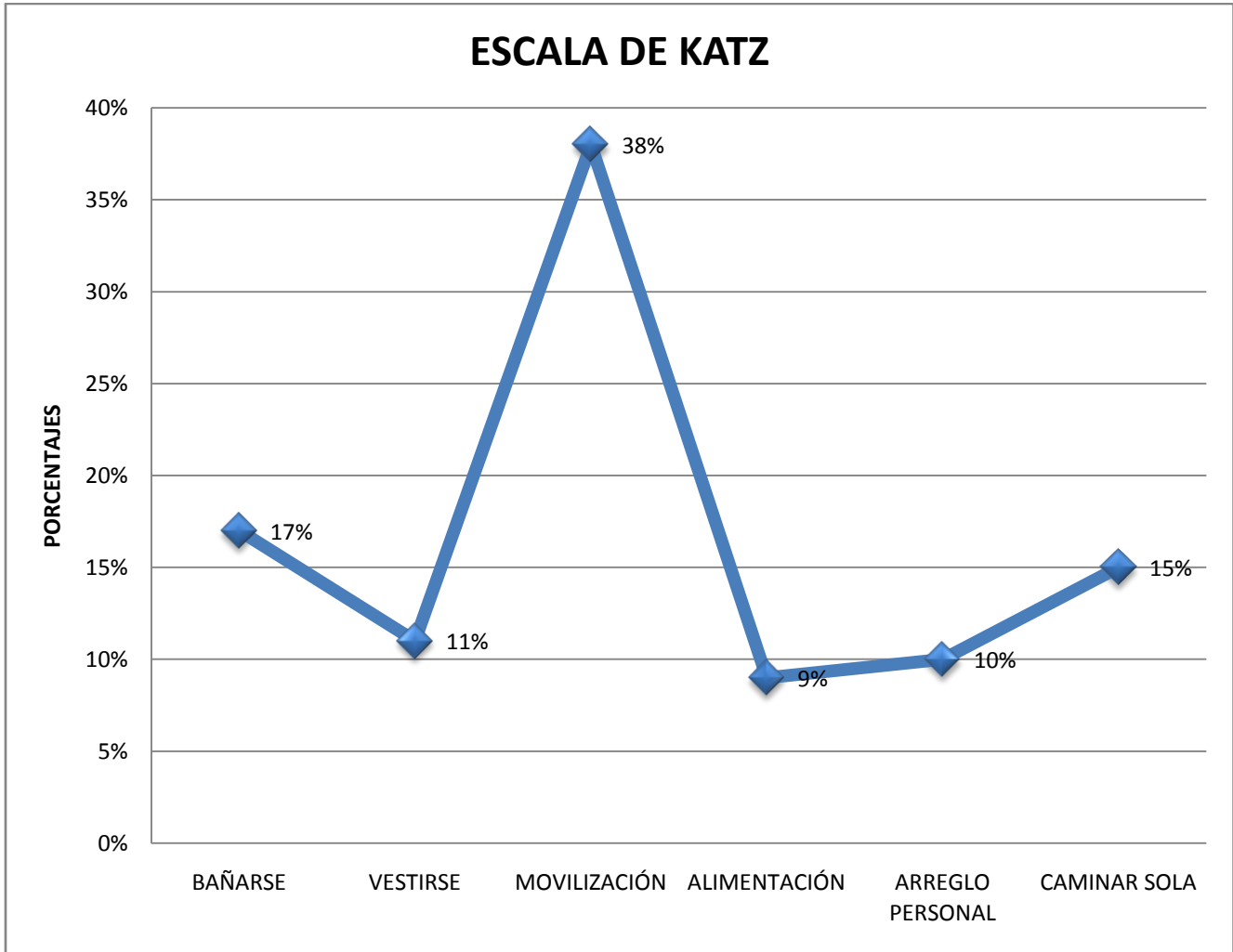


15

ANÁLISIS:

Total de encuestados 25 ancianos que equivale al 100% en ambas instituciones el Centro de Atención para personas de la 3era. Edad nos reporta que la mayoría de los pacientes tienen como tratamiento Aines el 20%, Laxantes 20%, hipertencivos 8%, ninguno 40% y la Fundación Concepción Beistegui IAP, por políticas de la institución no permiten reportar los medicamentos que los pacientes llevan como tratamiento el cual no nos permite evaluarlo teniendo un 8%.

¹⁵ Centro de Atención para personas de la 3era. Edad y Fundación Behistegui.



16

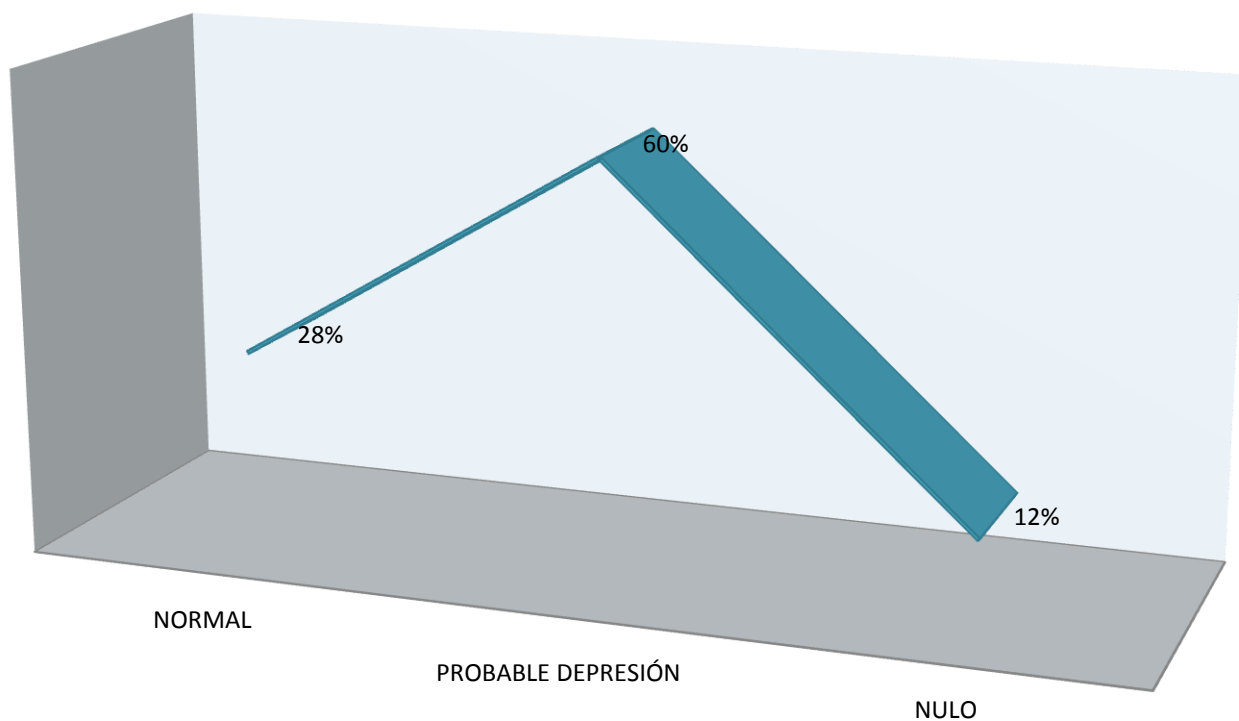
ANÁLISIS:

Total de población encuestadas 25 ancianos que equivale al 100%

De acuerdo a la información recopilada de este escala muestra que el 38% de la población pueden moverse sin ayuda de una segunda o tercer persona, el 9% no necesitan asistencia para su alimentación

¹⁶ Centro de Atención para personas de la 3era. Edad y Fundación Behistegui.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRA DE YESAVAGE



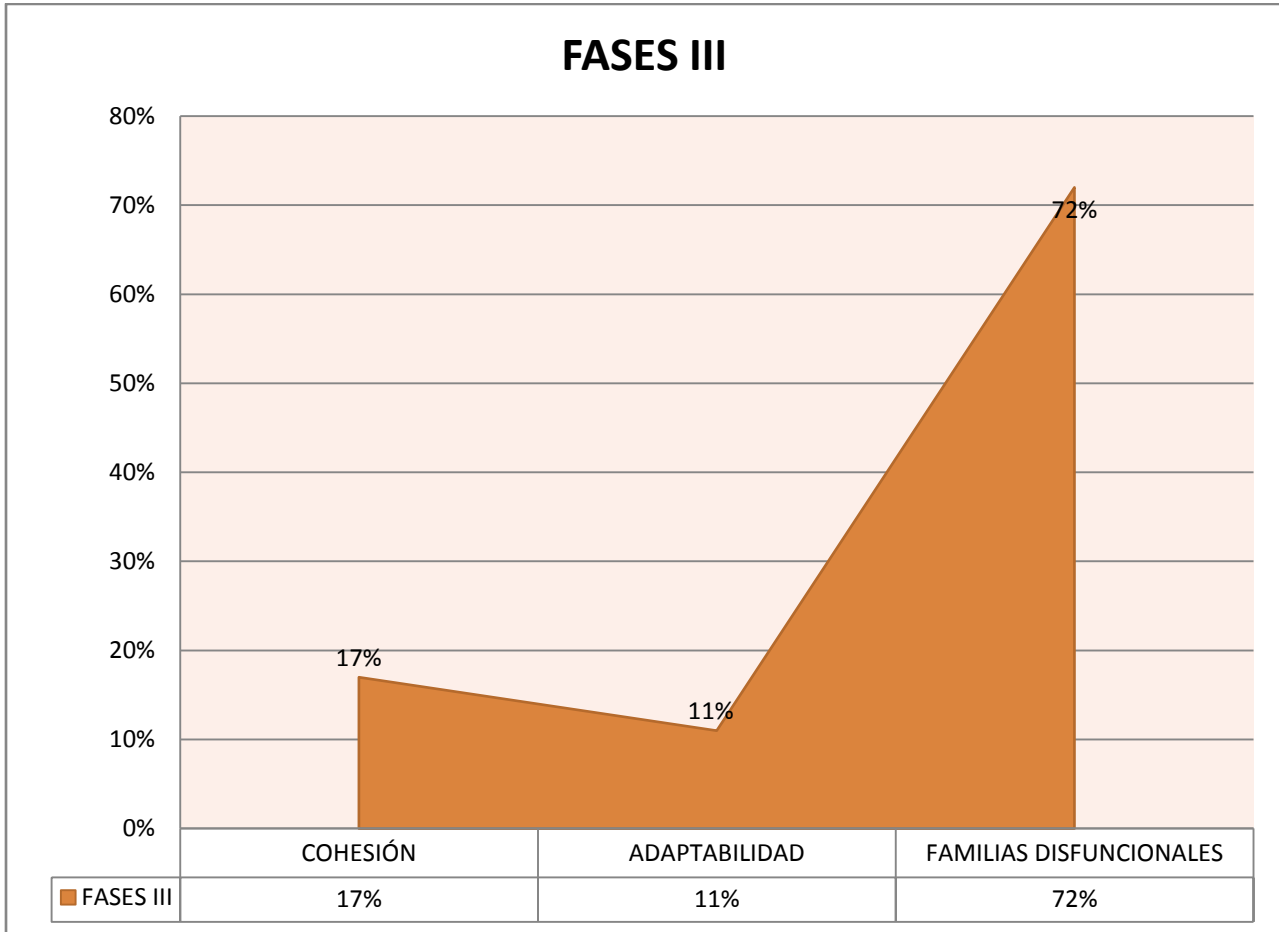
17

ANÁLISIS:

Total de encuestados 25 ancianos que equivale al 100%

En esta escala ayuda a establecer el diagnóstico presuntivo de depresión, la cual parte de preguntas sencillas, en su piloteo nos da como resultados que del total de la población un 60% se encuentra deprimida, mostrando también un 12% como nulos en los cuales se reusaron a contestar teniendo una actitud la cual permite observar que existe un grado de depresión.

¹⁷ Centro de Atención para personas de la 3era. Edad y Fundación Behistegui.



18

ANÁLISIS:

De los cuales mostrando un 72% tiene disfuncionalidad en el rol familiar, y un 11% cuentan con la adaptabilidad familiar.

¹⁸ Centro de Atención para personas de la 3era. Edad y Fundación Behistegui.

CONCLUSIONES:

Los pacientes geriátricos con diferentes discapacidades, ocasionan cambios que alteran la adaptabilidad familiar dentro de su núcleo social, ocasionando una disfuncionalidad, logrando una hipótesis afirmativa lo cual da pie para seguir investigando.

Las familias que se componen de más de tres hijos, parte de la inadaptabilidad familiar o las que vi que son más comunes, es un factor de que existen uno o dos cuidadores del anciano enfermo y los demás hermanos refieren no poder cuidar a los padres o no poder ayudar por que se encuentran ellos enfermos, o sus cónyuges, por ello una carga que podría ser más facial con toda la familia ayudando, sólo se carga en una pequeña parte de la familia que se dedica al cien por ciento a sus ancianos.

Otra parte de los familiares que por lo regular son los hijos mayores no cooperan económicamente ni con tiempo, por miedo a la vejez o a verse en un espejo que es irremediable para ellos, pero no lo hacen por ese motivo, que lo pueden referir o no referir en el cuestionario de depresión favoreciendo a una inadaptabilidad familiar, así como el factor de que cada hijo siendo (seis) cada uno quiere llevar al anciano con su médico y se dedican a llevarlo a una infinidad de médicos dando diagnósticos diferentes y una gama de medicamentos que en ocasiones se le administran al anciano todos ellos, ocasionando problemas entre los hermanos por que cada uno piensa que esta haciendo lo correcto.

Las personas geriátricas necesitan de cuidados específicos, de acuerdo a sus diferentes discapacidades de las cuales son asiladas por sus familiares cuya fundamentación de estas es que necesitan de tiempo especifico los cuales no cuentan por que su estilo de vida es complicado, puesto que cuentan con una familia, un trabajo, o ellos mismos tienen algún problema de salud los cuales les limita a brindar la atención que ellos necesitan.

La mayoría de los pacientes geriátricos toman un número inmenso de medicamentos los cuales son de tratamiento por las discapacidades que estos presentan con el paso del tiempo y otros por los cambios metabólicos que estos tienen por la edad.

En la vejez concurren una serie de factores de diversa índole que pueden favorecer la aparición del trastorno DEPRECIÓN. Entre ellos se encuentran: la pérdida de salud que acontece con la edad, en muchas ocasiones ésta pérdida de salud condiciona deterioro funcional con tendencia a la dependencia física y pérdida de autonomía. Presencia de enfermedades crónicas, pérdidas de

familiares, amigos y seres queridos en ocasiones acompañadas de reacciones de duelo patológicas. Merma de la capacidad económica. Pérdida de roles en el seno de la familia con la salida de los hijos y un papel menor del abuelo dentro de la misma. Cambios con la llegada de la jubilación, que condiciona un cambio brusco en la actividad y relaciones sociales. El asilarlos porque es ahí cuando se sienten más solos.

Los sentimientos de los cuales los familiares presentan hacia los pacientes geriátricos son diversos los cuales relucieron más como: la tristeza, el odio, el rencor, la lástima; Los familiares evalúan la atención que en las dos instituciones les dan es buena, ya que se brinda los cuidados específicos y el tiempo necesario para la estabilidad de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Hasta hace poco los esfuerzos se centraban en salvar vidas y en prolongar la vida... Poco a poco la falta de ocupación del tiempo libre, la lucha contra la discapacidad propia del accionar del paso del tiempo sobre nuestros cuerpos y la necesidad de recibir ayuda para las actividades de la vida diaria, se están transformando en la preocupación de los envejecientes y sus familias.

El llegar a viejos confirma, desde lo biológico, que fuimos dueños de la salud..."Solo llegan a viejos los más aptos"...Ahora de viejos, con los achaques propios de la edad... ¿Quién cuidará de ellos?

La formación de un plan familiar para la atención de sus ancianos, el ponerse de acuerdo el manejar a su anciano con un médico y tener mucho cuidado con los medicamentos, el hacer roles de tiempo para cuidarlo donde involucren a hijos nietos y nueras dando una familia tranquila unida y saber escuchar a los que pueden ayudarlos para orientación de las diferentes enfermedades y más aún si son crónicas degenerativas.

La paciencia de la familia y la capacitación a través de cursos teórico-prácticos de formación, dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia, para brindar atención preventiva, asistencial y educativa, a su núcleo familiar es lo mejor para una mejor atención al anciano.

ANEXOS

MÁS CONCIENCIA Y GRATITUD:

La más triste soledad se sufre en compañía.

La soledad y el amor son como la vida y la muerte, una precede de la otra, ¿no son contrarias?,
¿solo diferentes formas de ser?

La soledad aparece cuando necesitas a alguien en los peores momentos, y los peores momentos
aparecen cuando estas solo...

LA SOLEDAD ES LA PEOR ENFERMEDAD.





FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES *Z A R A G O Z A*
UNIDAD DE INVESTIGACION EN GERONTOLOGIA
CUESTIONARIO ESTADO DE SALUD Y POLIFARMACIA *

I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre (s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____
1. Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
2. Sexo M ___ F ___ 3. Lugar de nacimiento: _____
3. Estado civil: _____ Religión: _____
4. Lugar de residencia en los últimos 5 años (marque con una X la opción):
Urbano _____ Suburbano _____ Rural _____ Cd. De México _____

Especifique el lugar: _____

¿Desde hace cuanto tiempo vive ahí? _____ años.

Escolaridad

- Ninguna
 Sabe leer y escribir
 Primaria completa o incompleta
 Secundaria completa o incompleta
 Bachillerato completo o incompleto
 Carrera técnica completa o incompleta
 Estudios de licenciatura incompletos
 Estudios de licenciatura completos

Número de años de escolaridad _____

Especificar

Ocupación (es) anterior (es): _____

Por mas de 5 años

Ocupación (es) actual (es): _____

Por mas de 2 años

10. ¿Con quién vives?

- Solo
 Esposo (a)
 Hijo (a) (s)
 Nieto (a) (s)
 Otros familiares. Especifique: _____
 Amigos
 Otros, especifique: _____

11. ¿Con cuántas personas vive? _____

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

12. Fuentes de ingreso económico:

- Aun trabaja
 Apoyo del esposo (a)
 Pensión de jubilación
 Pensión de invalidez
 Pensión de viudez
 Apoyo familiar
 Otro

13. Ingreso económico familiar mensual: \$ _____

III. ASPECTOS DE SALUD

14. ¿Tiene alguna(s) enfermedad(es) actualmente? Si ___ No ___

Si su respuesta es Sí, especifique el tiempo de diagnóstico en años o menos

- ___ Diabetes mellitus (tiempo de diagnóstico) _____
- ___ Hipertensión arterial (tiempo de diagnóstico) _____
- ___ Cardiopatía (tiempo de diagnóstico) _____
- ___ Trastornos articulares (tiempo de diagnóstico) _____
- ___ Otros, especifique diagnóstico y tiempo _____

15. ¿Actualmente consume algún medicamento por largos periodos por alguna enfermedad crónica? (Considerar laxantes, antiácidos, vitamínicos específicos, homeopáticos y herbolaria). (Especificar el número de semanas, meses o años que lleva consumiéndolos en la columna Tiempo de consumo).

Medicamento	Indicado para	Dosis	Indicado por	Tiempo de consumo

16. De acuerdo con la respuesta anterior ¿existe polifarmacia (consume 5 o mas medicamentos al día de un mes)? Si ___ No ___

17. ¿En los últimos doce meses ha tenido diagnósticos nuevos (incluyendo padecimientos crónicos, agudos y hospitalizaciones)?

Si ___ No ___

En caso afirmativo anótelos en los siguientes renglones.

18. ¿Cómo clasificaría su estado de salud?

Excelente ___ Bueno ___ Regular ___ Malo ___ Muy malo ___

19. ¿Cómo consideraría si estado de salud en comparación con las personas de su misma edad?

Mejor ___ Igual ___ Peor ___

Observaciones:

Evaluador (a): _____

Supervisor (a): _____

Fecha de aplicación: _____ (día/mes/año)



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES *Z A R A G O Z A*
 UNIDAD DE INVESTIGACION EN GERONTOLOGIA
 INDICE DE KATZ*

Nombre _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
1. BAÑARSE	No necesita ayuda para balarse en la tina o regadera, o sólo recibe ayuda para lavarse alguna parte del cuerpo	Necesita ayuda para entrar o salir de la tina o bañarse en la regadera, necesita vigilancia durante el baño, o recibe ayuda para levantarse mas de una parte del cuerpo o es bañado por otra persona
2. VESTIRSE	Se viste sin ayuda o solo recibe apoyo para atarse los zapatos.	Recibe ayuda y/o supervisión para ponerse alguna prenda o es vestido por otra persona.
3. MOVILIZACIÓN	No recibe ayuda para irse a la cama.	Necesita ayuda o no puede trasladarse de la cama a una silla.
4. ALIMENTACIÓN	Se alimenta sin ayuda o solo necesita apoyo para cortar la carne o untar mantequilla en el pan.	Recibe ayuda para comer parcial o tatamente.
5. ARREGLO PERSONAL.	Se afeita, se peina o cepilla el pelo y se corta las uñas de los pies sin ayuda.	Necesita ayuda para afeitarse, peinarse o cepillarse el pelo o cortarse las uñas de los pies.
6. CAMINAR EN UN CUARTO PEQUEÑO	Es capaz de caminar en un cuarto pequeño sin ayuda.	Necesita ayuda para caminar en un cuarto pequeño.

Fuete: Branch et al. Am J Public Health 1984, 74: 266 – 268

Calificación:

Bañarse		Vestirse		Movilización		Alimentación		Arreglo personal		Caminar en casa	
I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D
2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1

I= Independiente D= Dependiente Puntaje total _____

Observaciones: _____
 Evaluador (a): _____ Supervisor (a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES *Z A R A G O Z A*
UNIDAD DE INVESTIGACION EN GERONTOLOGIA
ESCALA DE DEPRESIÓN DERIÁTRICA DE YESAVAGE*

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

No.	Síntomas	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho (a) con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido (a)?		
5	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6	¿Se siente molesto (a) por pensamientos que no pueden sacarse de la cabeza?		
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?		
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?		
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
10	¿Se siente a menudo abandonado (a)?		
11	¿Está a menudo intranquilo (a) e inquieto (a)?		
12	¿Prefiere quedarse en casa mas que salir y hacer cosas nuevas?		
13	¿Frecuentemente está preocupado (a) por el futuro?		
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16	¿Se siente a menudo desanimado (a) y melancólico (a)?		
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?		
18	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?		
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?		
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21	¿Se siente lleno(a) de energía?		
22	¿Siente que su situación es desesperada?		
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
25	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?		
26	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?		
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?		

Marque con una X diagnostico probable.

____ 0-10 puntos = Normal

____ 11 puntos ó más = Probable depresión

Observaciones: _____

Evaluador (a): _____ Supervisor (a) _____

UNIDAD DE INVESTIGACION DE MEDICINA FAMILIAR
ESCALA DE COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR FASES III¹⁹

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

Describe a su familia:

- 1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si
- 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la nuestra familia
- 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- 11. Nos sentimos muy unidos
- 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- 14. En nuestra familia las reglas cambian
- 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
- 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- 19. La unión familiar es muy importante
- 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

¹⁹ Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Huerta González JL. Editorial Alfil

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANTHONY Catherino Parker "Anatomía y Fisiología". Decima edición. Editorial; Mc. Graw Hill 2000 580pp.

BRUNO, F. J "Diccionario de términos psicológicos fundamentales". Paidés Studio. Barcelona Madrid 1997 215pp.

E. López Azpirarte "¿Edad inútil? Para ayudar y prepararse a la vejez", San Pablo. Madrid 1993 802pp.

Estadísticas de Mortalidad en México: "muerdes registradas en el año 2000". Salud Pública. México 2002 282pp.

GÓMEZ Clavelina F. J "Fundamentos de medicina familiar", Edic. 7°, México 2000 103pp.

<http://es.wikipedia.org/wiki/Parcraneal>.

<http://mx.images.search.yahoo.com/sistema+nerviso>

<http://www.gerontologia.org>

<http://www.inegi.ssa.mx>

J. Iglesias de Ussel "La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales". Análisis cualitativo IMSERSO Madrid 2001 402pp.

JENTOFT-Cruz A.J "Asistencia médica al paciente geriátrico", Medicine 2003, 8° ed. 5772-5777pp

Medicina familiar "La familia en el proceso salud-enfermedad". Huerta González J. L. Editorial Alfil.

MOSBY, "Diccionario de medicina", ed. Océano Barcelona España 1568pp

OMS, Salud y envejecimiento, un manual para el debate en "Boletín para el envejecimiento". Perfiles y tendencias. IMSERSO, Noviembre 2001 200pp.

TORTORA Gerard J. "Principios de anatomía y fisiología". 9° Edición Oxford, 1059pp.