

57



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"CUIDADO DE ENFERMERIA ANTE LAS NECESIDADES FISICAS Y EMOCIONALES DE LOS ANCIANOS NO AUTOSUFICIENTES QUE RESIDEN EN LA CASA HOGAR VICENTE GARCIA TORRES", DIF.

## T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :  
MONICA CORNEJO DELGADO

No. DE CUENTA: 91091875

DIRECTOR DE TESIS: LIC. GANDHY PONCE GOMEZ



MEXICO, D. F.

SEPTIEMBRE DEL 2001

Escuela Nacional de  
Enfermería y Obstetricia  
Coordinación de  
Servicio Social

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES DE TITULACIÓN

APROBACIÓN DE TRABAJO ESCRITO PARA TITULACIÓN (VOTOS PROBATORIOS)

Los profesores del jurado No. 15 que examinaran al (a la) pasante Mónica Cornejo Delgado, con número de cuenta 9109161-5, del nivel Licenciatura, del sistema Escolarizado, quien presenta como opción de titulación una (un) Tesis Individual cuyo titulo es: "Cuidado de enfermería ante las necesidades físicas y emocionales de los ancianos no autosuficientes que residen en la casa hogar Vicente García Torres" DIF

manifestamos que después de haber revisado el trabajo, este satisface los requisitos académicos y metodológicos para ser utilizado como opción de titulación.

NOMBRE DEL PROFESOR

- PRESIDENTE: Lic. Ma. Elena García Sanchez
VOCAL: Lic. Sandra Sotomayor Sanchez
SECRETARIO: Lic. Nieves Hortensia Carranza
SUPLENTE: Lic. Gandhy Ponce Gomez

FIRMA

Handwritten signatures of the jury members on a set of lines.

México, D. F., a 30 de Agosto

del 200 1

Vo. Bo.

Vo. Bo.

Signature of Lic. Carolina Solis Guzmán
LIC. CAROLINA SOLIS GUZMÁN
COORDINADORA DE SERVICIO SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES DE TITULACIÓN

Signature of Lic. Susana Salas Segura
LIC. SUSANA SALAS SEGURA
DIRECTORA

## AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Por darme la vida, la voluntad, la fuerza necesaria para cumplir todas mis metas, por darme unos maravillosos padres y haber puesto en mi camino a Germán.

A MIS PADRES: Por la confianza, apoyo, porque siempre estuvieron cuando yo los necesite, por haberme dado su consejo y experiencias en la realización de este trabajo. Para ustedes.

A GERMAN: Por su amistad, compañía, apoyo y bellos momentos que me ha brindado durante este tiempo, por estas conmigo en las buenas y malas, por su presencia en mi vida y sobretodo por el inmenso amor que me ha dado.

A GANDHY: Por su amistad, por aceptar la dirección de este trabajo, por su apoyo, confianza y paciencia.

GRACIAS A TODOS.

## INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	4
<b>I. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION</b>	
1.1. Descripción del problema	6
1.2. Problema	7
1.3. Justificación	8
1.4. Objetivos	9
<b>II. MARCO TEORICO</b>	
<b>1. EL ANCIANO</b>	
1.1 Proceso normal del envejecimiento	10
1.1.1. Cambios anatómicos	11
1.1.2. Cambios fisiológicos	12
1.1.3. Cambios normales de la conducta y de la capacidad Intelectual del anciano	17
1.1.4. Autosuficiencia y No Autosuficiencia	19
1.1.5. Sexualidad y Vejez	22
1.1.6. Funcionamiento psicosocial sano en el anciano	23
1.1.7. Trastornos de la personalidad en la vejez	27
1.1.8. Cuidados de enfermería al paciente geriátrico	27
1.2. Aspectos laborales en la tercera edad	
1.2.1. El proceso de jubilación	30
<b>2. LA FAMILIA Y EL ANCIANO</b>	
2.1 Tipos de familia	32
2.2 El anciano y su núcleo familiar	35
<b>3. LOS SERVICIOS GERIÁTRICOS</b>	
3.1 Marco histórico	35
3.1.1. Por el tipo de atención - Abiertos	36

- Residenciales	37
3.2 Por apoyo financiero	
- De beneficencia	38

#### **4. LA CASA HOGAR PARA ANCIANOS "VICENTE GARCIA TORRES"**

4.1 Antecedentes históricos	39
4.2 Políticas de la Institución	40
4.3 Reglamento interno	40
4.3.1.Reglamento interno para familiares	41
4.4 Requisitos de ingreso	41
4.5 Motivo de egreso	41
4.6 Formas de financiamiento	42
4.7 Recursos humanos	42
4.8 Recursos materiales	
4.8.1 Área física	43
4.9 La población	44

### **III. METODOLOGÍA**

3.1 Campo de Investigación	44
3.2 Tipo de Investigación	44
3.3 Selección de métodos, técnicas e instrumento de investigación	45

### **IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

### **V. CONCLUSUONES**

### **VI. SUGERENCIAS**

### **VII. BIBLIOGRAFÍA**

### **VIII. ANEXOS**

Cuadros y Gráficas	
Cuestionario	
Cronograma de Actividades	

## INTRODUCCION

La presente investigación tuvo como finalidad, indagar sobre la importancia que hay en el cuidado del paciente geriátrico y la intervención del profesional de enfermería ante las necesidades físicas y emocionales de los ancianos de la Casa Hogar, los cuales se encargan de proporcionar asistencia médica regular, en forma de controles periódicos y terapéuticos adecuados a la población geriátrica y que solo difieren desde el punto de vista cuantitativo de los que se proporcionan en hospitales, la experiencia de vivir y convivir con pacientes autosuficientes y no autosuficientes que poseen requerimientos físicos y emocionales como cualquier individuo en toda su vida.

Hoy en día, en las Casas Hogar no se puede prescindir de la asistencia médica, ni de la psicológica y social que son de fundamental importancia, sobre todo en ancianos sanos. Además, para que no se sientan abandonados por sus familiares, se ha propuesto el término de Casas de Permanencia Prolongada.

Desafortunadamente no todas las instituciones de este tipo cumplen con la finalidad de proporcionar un ambiente de hogar, ya que con base en las experiencias vividas me puede percatar de que existe un gran número de ancianos abandonados por sus familiares; ocasionando que pierdan parte de su autoestima y de su salud, cayendo en estados depresivos o que afectan a los demás miembros que conviven en el asilo, esto conlleva a que no se desarrolle un ámbito terapéutico favorable para ellos.

La participación de enfermería en el cuidado al paciente geriátrico es de suma importancia, ya que requieren de personal de enfermería especializado para proporcionar cuidados a ancianos enfermos o inestables en medio de cuidados prolongados, cuidados en casas o clínicas geriátricas, asistirlo en su rehabilitación, en el tratamiento médico y ayudar a realizar las actividades de la vida diaria.

Organizado por capítulos encontramos en un primer apartado se describe la magnitud, trascendencia y la vulnerabilidad del hecho al que se refiere la investigación es decir la situación problema así como los objetivos que persiguen; párrafos que avalan la investigación; en el capítulo II se encuentra un Marco Teórico que contiene temas tales como anatomía y fisiología, psicología, enfermería, sexualidad, geriatría, sociología, entre otros, además de describirse la estructura, reglamentos y funcionamiento de la Casa Hogar Vicente García Torres del DIF.

En el siguiente capítulo se visualiza todo el bosquejo metodológico que es instrumento de la indagación. En el subsecuente apartado se desarrolla un análisis de los resultados obtenidos, dando lugar por último a las Conclusiones y Sugerencias.

En la parte final del trabajo se encuentra la Bibliografía y los Anexos, donde se ubican los Cuadros y Gráficas, el Instrumento de Recolección de datos y el Cronograma de actividades.

Esperando que este informe clarifique la importancia de la intervención del profesional de enfermería para la resolución gradual de las necesidades físicas y emocionales del paciente anciano recluido en Casas de Permanencia Prolongada.

# I. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DEL PROBLEMA.

En México hasta el año de 1995 la población total en el país era de 91 158 290 habitantes de los cuales en el Distrito Federal hay 8 489 007 habitantes. En el país existen 4 027 690 ancianos y en Distrito Federal hay 438 344 que conforman la población geriátrica que son habitantes mayores de 60 años lo que marca la magnitud de nuestro problema.<sup>1</sup>

Existen ancianos que al no poder encontrarse residiendo con sus familiares por circunstancias diversas, tienen que acudir a Casas de Asistencia Social ya sea públicas o privadas.

El DIF cuenta con cuatro casas hogar para ancianos las cuales tienen aproximadamente una capacidad de 175 ancianos en cada casa. Dos de estas casas se encuentran en la provincia, una en el estado de Cuernavaca Morelos y la otra en Oaxaca, las otras dos están en el Distrito Federal, todas ellas proporcionan atención a ancianos abandonados por sus familiares, o que por alguna circunstancia viven solos en viviendas insalubres o que los familiares por problemas económicos no pueden sostener y proporcionarles la atención adecuada ya que si se encuentran enfermos no les pueden cuidar, por estas razones son canalizados a estas casas, los ancianos ingresan con un estado depresivo importante ya que se sienten solos y abandonados por la sociedad, se sienten inútiles y que solo son un estorbo en su casa y por eso son ingresados a estas instituciones, marcando todas estas circunstancias la trascendencia del problema.

También se encuentran ancianos que por alguna complicación en su estado de salud, pierden el movimiento, cursan malnutrición, úlceras por decúbito, depresiones e higiene deficiente.

El personal de Salud con otras áreas gubernamentales valora a esta población para que puedan ingresar a este tipo de instituciones, la labor del Lic. En Enfermería y Obstetricia es asistir al paciente geriátrico no autosuficiente a realizar sus actividades de la vida diaria, proporcionarle un ambiente familiar y cooperar en su rehabilitación, tratar de integrarlo a un nuevo estilo de vida si es que no tiene quien lo cuide o buscar la participación por parte de la familia si es que si se tiene ese apoyo, de todo este panorama se visualiza la vulnerabilidad del problema eje.

---

<sup>1</sup> Anuario de Est. INEGI.....p.560

## 1.2 PROBLEMA.

“El Cuidado de enfermería ante las necesidades físicas  
y emocionales de los ancianos no autosuficientes que residen  
en la Casa Hogar **Vicente García Torres** del DIF”

### 1.3. JUSTIFICACION.

Uno de los campos más importantes de la práctica profesional en enfermería es la atención geriátrica, la cual se puede desarrollar en dos áreas, en la comunidad (familia) y en las instituciones.

Dentro de la familia se solicitan los servicios de enfermería como apoyo para la atención del anciano en el hogar, lo que favorece las relaciones interpersonales, al dar la oportunidad a la familia de tener un acercamiento directo con el anciano proporcionando conocimientos acerca de los cambios de su familiar debido al envejecimiento, los cuidados que requiere, que mas que complejos deben ser afectivos, regulares y continuarlos hasta que el anciano deje de requerirlos, por lo que este vinculo proporciona un ambiente de seguridad y confianza.

Sin embargo existen familias que no pueden brindarles las atenciones necesarias debido a sus múltiples ocupaciones como son: las actividades domésticas, el cuidado de los hijos, el espacio reducido en el hogar, las condiciones económicas diferentes, etc. Por tal motivo la familia se ve en la necesidad de recurrir a las instituciones que prestan servicio a las personas de la tercera edad.

Aquí también es donde se encuentra con igual auge la participación del profesional de Enfermería al brindarle los cuidados necesarios para mantener un estado físico y mental equilibrado, al aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de su práctica y vida académica, comprendiendo que el anciano es un individuo no es un humano viejo, sino un individuo con una expresión diferente de necesidades físicas y emocionales que deben y pueden ser atendidas por el equipo de salud en su conjunto.

## **1.4. OBJETIVOS.**

### **GENERAL.**

- Clarificar las necesidades físicas y emocionales de los ancianos no autosuficientes de la Casa Hogar “Vicente García Torres” y su necesidad de cuidados de enfermería.

### **ESPECIFICOS.**

- Analizar la intervención de enfermería en el cuidado al paciente anciano no autosuficiente.
- Distinguir los problemas potenciales del anciano no autosuficiente que residen en la Casa Hogar.
- Proponer alternativas de solución para elevar la calidad del cuidado al anciano no autosuficiente.

## II. MARCO TEORICO

### 1. EL ANCIANO.

#### 1.1 PROCESO NORMAL DEL ENVEJECIMIENTO.

El hecho de envejecer representa un suceso relativo. La senectud responde entre otros, al estancamiento o a la disminución de las posibilidades intelectuales, por una reducción de la capacidad de aprendizaje, de memorización y de creatividad. Sin embargo no existe una edad típica para su aparición, si bien las responsabilidades de presentación aumentan a medida que se van cumpliendo años. Pero ¿Cuándo se empieza realmente a envejecer?. Un individuo es viejo cuando se siente viejo y vive como tal. Es decir, desde nuestro punto de vista, cuando esta cansado de vivir y cuando el mundo que le rodea ya no le interesa ni le emociona, cuando la indiferencia se impone: indiferencia a los placeres, a las alegrías, a las emociones, a la vida.

Esta etapa es considerada también como la tercera edad. Constituye un proceso biológico irreversible, en el que existen además cambios psicofisiológicos que son resultado de la acción ejercida por factores intrínsecos y extrínsecos sobre el individuo, acelerando o retrasando su aparición según sea el grado de influencia de los mismos. Se le considera como la última y al mismo tiempo, la realización suprema del ciclo vital.

Alcanzarla significó en las culturas antiguas el logro de una experiencia plena y el goce de una condición privilegiada. La filosofía de la vida incluía entonces dos aspectos fundamentales. Uno de ellos corporal relacionado con procesos de reproducción y otro emocional y filosófico que permitía cumplir con las tareas familiares, religiosas, políticas y sociales. Pero con la evolución de la sociedad y el proceso de industrialización, la escala de valores que sirvió de base para que la sociedad cuidara y protegiera a los ancianos ha sufrido modificaciones que la condujeron a evadir sus responsabilidades ante el grupo de individuos de edad avanzada. Desafortunadamente esto ha aumentado progresivamente y genera cada vez más actitudes de rechazo, marginación y abuso de las personas de la tercera edad. Situación que, afortunadamente, casi no se da en el campo, y en la que se advierte, cómo el anciano aun conserva su lugar dentro de ella en base a reconocimiento de sus experiencias y sabiduría.

### 1.1.1 CAMBIOS ANATOMICOS.

“ La pérdida de la consistencia ósea es uno de los problemas que ocurren con la edad avanzada. La masa de los huesos alcanza su punto cumbre hacia los 30 años de edad promedio, tanto para los hombres como para las mujeres. A partir de entonces comienza una disminución que se puede centrar en el orden del 1% anual”.<sup>2</sup> Alrededor del 10% de la población mundial es propensa a padecer osteoporosis, una enfermedad en la que los huesos se adelgazan y tienden a ser cada vez más frágiles; especialmente las mujeres son propensas a sufrirla debido a condiciones hormonales y a la pérdida de calcio por la menstruación, el embarazo y la lactancia principalmente.

Esta clase de huesos quebradizos son la causa mayores de fracturas principalmente de cadera lo que sucede a muchos ancianos sobre todo a aquellos que han abusado del alcohol y el tabaco, pues estas sustancias contribuyen a acelerar al proceso de envejecimiento óseo el cual es un problema importante para los ancianos y que en ocasiones se puede evitar si las personas que están con él se interesan por mantenerlos sanos; ayudándoles a modificar las condiciones ambientales y físicas, procurando que el hogar del anciano tenga una buena iluminación, cuidando que los zapatos no sean un riesgo de sufrir resbalones y manteniendo una buena alimentación rica en vitaminas y minerales. Desde luego estas recomendaciones van dirigidas al anciano y a su familia cuando éste vive en estas condiciones. Sin embargo cuando el anciano se encuentra, por cualquier circunstancia, viviendo en instituciones geriátricas, éstas y muchas más funciones de protección y cuidado recaen en el personal de enfermería que se constituye en un excelente aliado del anciano cuando se interesa por su vida en condiciones de salud y de integridad.

Los cambios en ligamentos, articulaciones y huesos, contribuyen a una disminución en la talla, a una posición cansada y a una menor capacidad para la deambulación. También aumenta la curvatura de la columna vertebral. Los huesos se vuelven más porosos y ligeros perdiendo gran parte de su densidad, al perderse la fuerza muscular disminuye la resistencia, la potencia y la agilidad. Cabe señalar que muchas de estas deformidades pueden prevenirse y en ocasiones corregirse como son: pie plano, pie cavus, callosidades, hallux valgus, deformidades de los dedos, etc., y dar así al anciano la oportunidad de que no se altere demasiado su postura anatómica ni su capacidad de deambulación. Sabemos que al plantear los cambios anatómicos que sufre el anciano, debemos considerar todos aquellos que modifiquen su fisonomía y que incluyen; no sólo cambios en la talla y la postura, sino en la piel, los ojos, la comisura bucal y muchos más que cambian también sus facies; sin embargo estos cambios serán abordados en otro capítulo.

---

<sup>2</sup> Reycheil, W. Aspectos Clínico..... p.260.

### 1.1.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS.

El proceso de envejecimiento varía con cada persona por factores hereditarios y ambientales que influyen en la longevidad. El estudio intensivo y sistemático del envejecimiento, desde el punto de vista experimental y clínico, ha descubierto algunos hechos sobre este proceso. El envejecimiento ocurre en todos los niveles de las funciones corporales: celular, orgánico y sistémico.

“ El sistema inmunológico comienza a declinar hacia los 30 años de edad promedio”.<sup>3</sup> Por ejemplo los glóbulos blancos que son las células protectoras contra los microorganismos que pueden ingresar dentro del cuerpo, pierden gradualmente su efectividad a medida que la persona envejece. Esta paulatina merma del sistema inmunológico hace que con la edad sea más difícil mantenerse en buen estado de salud pues se vuelven propensos a infecciones virales y bacterianas. Es decir las defensas declinan perdiéndose la homeostasis. Por lo tanto la recuperación también es afectada, pues se necesita un tiempo mayor para que el organismo se normalice después de la enfermedad.

“ El metabolismo comienza a reducirse a partir de los 25 años de edad promedio. Cada década de vida hará que el número de calorías requeridas para mantener el peso corporal adecuado descienda al menos el 2 % según la actividad que realice”.<sup>4</sup> Y como resultado, las personas tienden a subir de peso lo cual es desfavorable para su salud.

Los riñones pueden llegar a perder hasta la mitad de su eficacia en el lapso comprendido entre los 30 y los 80 años de vida. De este modo el alcohol y las drogas en general se eliminan mucho más lentamente a medida de que crecemos por lo que permanecen en un cuerpo con menos defensas mucho más tiempo, perjudicándole aun más.

Los cambios del aparato respiratorio relacionados con el envejecimiento que afectan la capacidad y la función pulmonar abarcan; un aumento del diámetro torácico anteroposterior; colapso osteoporótico de vértebras y de cifosis resultante, calcificación de cartilagos costales y disminución de los movimientos de las propias costillas; reducción de la eficacia de los músculos auxiliares de la respiración, aumento de la rigidez pulmonar y disminución del área de superficie alveolar. El aumento de la rigidez o de la pérdida del rebote elástico hace que se incremente el volumen residual y disminuya la capacidad vital. Esto mengua la capacidad de intercambio y difusión de los gases respiratorios.

Jerome Fleg<sup>5</sup> del Instituto Nacional de Trastornos Cardiovasculares de Estados Unidos, explica que el corazón de un hombre de 80 años bombeará sangre de forma tan efectiva como lo hace normalmente un hombre de 30 años, si y sólo si se encuentra bajo una gran presión emocional y física, es decir bajo el síndrome de estrés. Estas situaciones de estrés a las que desafortunadamente se ven con frecuencia sometidos los ancianos, si bien son resueltas temporalmente por un corazón que se activa en el bombeo, les deja serios trastornos secundarios al sobre esfuerzo realizado.

<sup>3</sup> Coni, N. et.al. Geriatria..... p.39.

<sup>4</sup> Ibidem..... p.162.

<sup>5</sup> Coni, N. et.al. Geriatria..... p.129.

La disfunción cardiovascular suele intensificarse al grado de obstaculizar las actividades cotidianas normales del envejecimiento, factores genéticos y estilos de vida suelen contribuir a trastornos importantes, entre los cuales se encuentran: arritmias cardíacas, arteriosclerosis, hipertensión y accidentes cerebrovasculares.

Los órganos de los sentidos se debilitan, en buena medida la nariz deja de percibir olores, y es el olfato el responsable de hasta en 80% de nuestras sensaciones gustativas. La capacidad del paladar para percibir sabores disminuye; esto puede conducir a la disminución del apetito y en consecuencia a deficiencias nutricionales. En la práctica clínica de enfermería esto tiene gran importancia ya que el personal de enfermería es el encargado de proporcionar la dieta al anciano cuando se encuentra en instituciones geriátricas, por lo tanto deberá buscar la forma de que esta se vea presentable y despierte el apetito.

Aunado a esto, la pérdida de las piezas dentarias acarrea problemas de tipo no sólo estético sino que le causa dificultad en la masticación y en la pronunciación de las palabras, lo que afecta además de la nutrición el autoestima del anciano. En tales circunstancias el tercio inferior de la cara sufre un notable cambio: la barbilla se torna saliente y tiende a acercarse a la nariz. Los labios pierden su turgencia y su parte rosada se ve reducida a una línea más o menos desdibujada; las comisuras de la boca se vuelven hacia abajo; la lengua se retrae hacia la garganta y desplazándose de este modo ocasiona bloqueos en las trompas de Eustaquio, lo cual podría afectar el oído y a las funciones auditivas; principalmente se dejan de escuchar ondas de alta frecuencia y se comienza a procesar la información sonora más lentamente, lo que contribuye a que el anciano tarda más tiempo en comprender lo que se le dice. Por otra parte, la cerilla o cerumen se hace más viscosa originando la formación de topones óticos. De ahí la importancia de que el personal de Enfermería que está a cargo de estas personas realice un adecuado aseo para así evitar o prevenir estas complicaciones.

Otro factor que influye en la disminución de la agudeza auditiva es la ototoxicidad por antibióticos y diuréticos cuando el anciano requiere de estos medicamentos. Esto puede ocasionar que se sienta aislado y se retraiga de las actividades sociales por no tener la capacidad auditiva para comunicarse con los demás. En el anciano el ojo como todo lo demás órganos, es objeto de un progresivo deterioro de sus funciones y de ciertas tendencias a verse afectado por trastornos o alteraciones de la capacidad visual que pueden afectar indistintamente a diferentes partes del ojo.

Las alteraciones más significativas son las que afectan a la amplitud de la hendidura palpebral y el párpado inferior, que pueden plegarse hacia adentro a hacia fuera; lo cual puede deberse a diferentes causas como son:

Enoftalmos, consiguiente a una resorción de la grasa que normalmente existe detrás de los ojos; ello da lugar a los típicos ojos hundidos del anciano; ptosis (es decir prolapso o descenso) del párpado superior, que queda cubriendo parte de la córnea y a veces incluso parte de la pupila; Blefarocalasia del párpado superior, más frecuente en las mujeres, por la relajación de su tejido subcutáneo; el resultado es la formación de un gran pliegue cutáneo que llega hasta el borde de las pestañas e impide u obstaculiza la visión hacia arriba.

Otra de las causas por las cuales las personas de la tercera edad no ven bien es el entropión, que afecta sólo a las pestañas del párpado inferior; caracterizado por la intervención del borde palpebral y molestia debido al roce del bulbo ocular por parte de las pestañas que se encuentran hacia el inferior, lo contrario sucede cuando se presenta el ectropión, quedando las conjuntivas expuestas y desprotegidas lo cual puede ocasionar una conjuntivitis crónica. Además queda desplazada la desembocadura del canal lagrimal, con lo consiguiente dificultad para el drenaje normal de las lágrimas; por esta razón en anciano presenta con frecuencia lagrimeo espontáneo. La córnea puede verse afectada por alteraciones tanto de los estratos superficiales como de los profundos. La degeneración superficial más frecuente es el gerontoxon o arco senil, que es una opacidad blanca grisáceo en forma de anillo que se forma en la periferia de la córnea. La pupila tiende a engrosarse o estrecharse reduciendo la cantidad de luz que debe llegar a la retina, por lo que la percepción óptica es deficiente.<sup>6</sup>

Pese a que el deterioro de la capacidad general del organismo es irreversible, sabemos que los órganos de los sentidos tienden a disminuir su eficiencia en relación directa a su empleo y que cuando más se estimula su capacidad desde edad temprana, menor será su disminución en el adulto y después en el anciano.

Por otra parte la piel atraviesa por diferentes cambios a lo largo de la vida. La capa superficial o epidermis se seca y mancha con el envejecimiento. La capa media o dermis, se hace más delgada y produce el efecto de que nuestra piel parezca traslúcida, además disminuye su elasticidad y resistencia.

La capa subcutánea reduce el número de células grasa, lo que aunada a lo anterior, provoca que la piel se arrugue, que aparezcan pliegues, grietas y se vuelva laxa. La disminución de la grasa cutánea y el declive en la actividad de las glándulas sudoríparas hace que la piel reduzca su función de ser uno de los mecanismos reguladores de la temperatura corporal. Como resultado los ancianos pasan largas horas sentados al sol tratando de calentarse o abrigándose demasiado para quitarse el frío.

El sentido del tacto se afecta también por el envejecimiento e indudablemente, hay relación entre las modificaciones de las estructuras dermoepidérmicas y anéxales y la acción de los factores ambientales en el transcurso de la vida. Se mencionan como cambios relacionados con el envejecimiento de la piel: El tejido cutáneo que sufre una pérdida de agua con lo consiguiente resequedad y descamación, fenómeno que se conoce como xerosis; La disminución de la producción de grasa, la disminución de la secreción glandular apocrina, la pérdida de la elasticidad y adelgazamiento en relación con alteraciones del colágeno y las fibras elásticas. La alteración de la pigmentación con presencia de zonas hiperocrómicas e hipocrómicas. También en este terreno se superponen las alteraciones patológicas con cierta continuidad, que hacen sutil la distinción con el envejecimiento fisiológico; así, las radiaciones solares que tienen una indudable participación en el envejecimiento normal de la piel, ocasionan también una mayor alteración denominada elastosis solar. Luego queratosis actínica y finalmente, epiteloma espinocelular.

---

<sup>6</sup> Camacho, C. J. Et.al. Guía práctica de medicina..... p. 29.

Al igual que todos los órganos, el cerebro también envejece al paso de los años, presentando pérdida progresiva de neuronas, las células no son regeneradas a diferencia de las demás. Existe también una disminución en la corriente sanguínea; estos cambios parecen relacionarse cambios de personalidad, que a menudo se observa en los ancianos, lo cual explica, el hecho de que al envejecer una persona tienda a ser olvidadiza.

La necesidad de dormir disminuye con los años, alrededor de los 65 años de edad promedio son únicamente necesarias de 3 a 6 horas de edad sueño nocturno, acompañándolas quizá de una breve siesta durante el día. La calidad del sueño también varía, pues se torna ligero y espasmódico, lo cual lleva a muchos a quejarse de padecer insomnio debido a que en su juventud tuvieron el sueño fácil.

A veces, al aumentar la edad, se pueden desencadenar estímulos frecuentes y repetidos sin que la vejiga esté totalmente llena, produciéndose en tal caso el síndrome denominado "vejiga hiperexcitable".<sup>7</sup>

Casi la mitad de la población ha perdido los dientes hacia los 60 años de edad. Esto no es una consecuencia inevitable del envejecimiento pero la enfermedad periodontal es común, origina aflojamiento y caída de los dientes. También disminuye la salivación, con la que el anciano suele experimentar ressequedad de la boca.

El peristaltismo esofágico es menos eficaz. Además, el cardias puede presentar disfunción y no se relaja, lo que origina demora del vaciado esofágico y dilatación de la porción inferior del esófago. La motilidad gástrica suele disminuir, lo que provoca retraso en el vaciamiento del contenido gástrico. Además la hiposecreción de ácido clorhídrico y pepsina reduce la absorción de hierro, calcio y vitamina B 12.

La absorción de nutrientes en el intestino delgado parece disminuir pero sigue siendo adecuada. Por lo general también se mantienen el funcionamiento del hígado, la vesícula biliar y el páncreas, aunque con ciertas deficiencias en la absorción de grasas y la tolerancia a las mismas. La incidencia de cálculos biliares y del conducto colédoco aumenta en forma progresiva en la edad avanzada.

El estreñimiento está entre los trastornos más frecuentes en los ancianos, cuando es leve está acompañado con síntomas de dolor abdominal y flatulencia. Sin embargo, puede tener consecuencias más graves cuando hay heces impactadas.

Entre los factores que predisponen al estreñimiento se incluyen las dietas de bajos residuos, el uso crónico de laxantes, los efectos adversos de algunos medicamentos, la ingestión deficiente de líquidos y el exceso de grasa en la dieta. No obstante, muchos ancianos padecen síntomas relacionados con la desaceleración del tránsito de los alimentos o la hipomotilidad gastrointestinal.

---

<sup>7</sup> Ibidem..... p. 30.

La familia juega en papel muy importante en la prevención de estos trastornos pero, cuando el anciano no puede estar con ella o no la tiene y se encuentra en una institución de tipo geriátrica, ¿qué hace el personal de enfermería para prevenir sino todos, algunos de estos trastornos?.

La educación primaria es un punto clave de la promoción de la salud para el anciano y así poder informar sobre los problemas por los cuales podrían pasar durante esta etapa y la forma de mejorarlos o prevenirlos para así poder aumentar la comprensión mostrando la vejez bajo una luz positiva. Algunas alternativas son las siguientes:

- Recomendar el ejercicio físico ya que no solamente aumenta la fuerza, la flexibilidad, el equilibrio y la reserva cardíaca, la motilidad intestinal, etc., sino que también mejorar la autoestima y la propia percepción de buena salud.
- Dar orientación tanto a la familia como a los propios ancianos sobre el tiempo de alimentos que deben ingerir.
- Intercambiar ideas y experiencias.

Para que así algún día se puedan minimizar los cambios con la edad debido a la falta o mal uso de los recursos con los que cuenta la familia, el anciano y la sociedad en general. Nunca es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida sano. Los investigadores han demostrado que dejar de fumar a los 70 años aún puede reducir el riesgo de cáncer pulmonar y enfermedad cardíaca.

Una dieta saludable y el ejercicio moderado como ya mencionaba puede promover un envejecimiento sano y, "Las prácticas de salud en la vejez pueden contribuir a un sentimiento de bienestar y de bienestar y de salud".<sup>7</sup>

### **1.1.3 CAMBIOS NORMALES DE LA CONDUCTA Y DE LA CAPACIDAD INTELLECTUAL DEL ANCIANO.**

Hay momentos en que el envejecer se acompaña de soledad, dependencia, deterioro de la memoria o aún desorientación.

---

<sup>7</sup> De la Fuente, S. Envejecer..... p. 19.

El compromiso social y mental son maneras importantes para prevenir o sobrellevar estos problemas. Es por eso que en este capítulo revisaremos los cambios más conocidos que ocurren en la capacidad intelectual; estos cambios serán considerados dentro de los parámetros neuropsiquiátricos propuestos por Doris L. G. Carneval.<sup>8</sup> En lo que respecta a conciencia, atención, lenguaje, memoria, habilidad manual, y las funciones intelectuales más elevadas.

La evaluación del estado de conciencia en realidad es una valoración del estado de alerta, la capacidad de percibir y responder a estímulos externos e internos. La capacidad de una función que resulta de la complicada interacción entre los centros activadores del tallo cerebral y las funciones corticales más elevadas. No hay daño durante el envejecimiento normal para esta función básica del cerebro.

La atención es la capacidad para mantener la concentración orientada a una tarea en forma adecuada. El estado de alerta es necesario para fijar la atención, pero estar despierto no significa necesariamente que la atención se encuentre intacta.

Los ancianos pueden repetir con facilidad cuatro dígitos mencionados al azar y a veces hasta seis y ocho. También pueden realizar con precisión tareas sencillas, sin embargo, en trabajos más complicados que impliquen dividir la atención muestran deficiencias que dependen de la edad. Con frecuencia se atribuye a los ancianos diversos problemas en el lenguaje, fundamentalmente para nombrar algunos objetos y personas, debido en ocasiones a falta de piezas dentarias, o alguna patología asociada como la afasia.

La memoria es un proceso complicado que comprende diferentes etapas en la cual la información sensorial percibida a través de la vista, el olfato, el oído y el tacto, se capta y se registra. Cuando la persona presta atención consciente, la información se transfiere a la memoria inmediata o de corto plazo. Posteriormente se almacena la información de modo más permanente, lo que ocurre en la memoria sin embargo es necesario mencionar que los problemas que afectan el estado de alerta, la atención y el lenguaje pueden impedir el registro de datos nuevos.

En relación con la habilidad manual, el anciano conserva su habilidad para dibujar con precisión figuras sencillas o bidimensionales, que se le describen verbalmente o que copia de algún modelo. Este ejercicio demanda integrar complejas habilidades de percepción sensorial, funciones corticales y motoras, además conserva la capacidad de creatividad.

Las funciones intelectuales más elevadas se evalúan examinando a fondo los conocimientos básicos, la capacidad para utilizar la información adquirida, las habilidades sociales, el juicio y el razonamiento abstracto. Para valorar esto, hay que tomar en cuenta el grado cultural de las personas, los trabajos que toman en cuenta el grado cultural de las personas, los trabajos que ha desempeñado y su experiencia de la vida.

---

<sup>8</sup> Carneval, D. Tratado de Enfermería..... p. 281.

Dentro de los cambios en el comportamiento de las personas de la tercera edad se considera de gran importancia mencionar los siguientes puntos:

El anciano se vuelve involucionista, que consiste en una tendencia a volver al pasado, a todo lo que fue y ya no puede ser; por lo tanto se pone nostálgico ante un mundo nuevo y el recuerdo de lo que se fue puede ocasionarle una gran tristeza y abatimiento. Es conservador, haciéndose enemigo de los cambios, aferrándose a lo que tiene y con temor a perder lo poco que le queda. Tiene predisposición a la angustia por su inseguridad progresiva. Tiende a sentir temor, miedo e impotencia por no aceptar las limitaciones y la propia realidad por lo que puede caer en una depresión. Este rasgo es muy natural.

La tristeza tiende a invadir a las personas de la tercera edad, lo que puede llevar a menor actividad, menor placer, menos oportunidad de disfrutar las cosas buenas y bellas de la vida. Se vuelve egoísta. Con la edad se puede llegar a una regresión egocéntrica, olvidándose de todos y considerar que es natural que todo gire alrededor de él. Sin embargo puede ser bondadoso y comprensivo. La exigencia y dureza de otros tiempos se convierten en comprensión, así, mismo disminuyen las aptitudes y se tiene menos control de la emotividad dejándose llevar, con frecuencia, por las lagrimas o la melancolía. A consecuencia de esto la persona prefiere encerrarse en su propio mundo, vive en sentido de amargura. El carácter se acentúa y se exageran las reacciones ante las dificultades, ante la menor contrariedad se impacienta y puede violentarse. Se repliegan sobre si mismos y prefieren el silencio a exponer sus razones mientras que por dentro existen sentimientos de rebelión.

Son sabios. Lo que han aprendido en la escuela de la vida les capacita para dar consejos, pero sobre todo, para contemplar todo desde lo absoluto y eterno.

El anciano es alegre y optimista. Si bien es cierto que muchas personas de la tercera edad que son gruñones y pesimistas, hay también muchas otras que con alegría y optimismo se preocupan por lo demás y se esfuerzan por hacerlos felices.

#### 1.1.4 AUTOSUFICIENCIA Y NO AUTOSUFICIENCIA.

La **movilidad** se considera un requisito previo para la independencia. Por lo que se comentó acerca del envejecimiento del organismo, es obvio que también en ancianos sanos se presentan numerosas alteraciones morfológicas y funcionales en los órganos y tejidos. No se trata de problemas patológicos en un sentido estricto, pero su fisiología ya no es normal. Son alteraciones en el límite entre lo normal y lo patológico cuyo grado varía en los distintos órganos y tejidos, que aparecen en diferentes épocas, es decir con una cronología variable de un individuo a otro durante el envejecimiento.

Este es uno de los fenómenos de mayor interés para explicar los actuales avances de la geriatría: precisamente porque estas enfermedades degenerativas, que la actualidad ocurren con gran frecuencia (arteriosclerosis y la artrosis), son las que causan los estados de minusvalidez especial del aparato locomotor.

*La autonomía de los ancianos con discapacidad se ve gravemente limitada, tanto en el tratamiento a domicilio como institucional.* Una persona anciana mentalmente competente puede todavía decidir por sí mismo, pero si sufre una discapacidad funcional depende con frecuencia de los demás para llevar a cabo sus planes. Así un paciente confinado a una silla de ruedas e incapaz de trasladarse con independencia, no puede jamás acudir al banco sin ayuda de otros. El paciente podrá pensar (casi siempre acertadamente) que la persona que lo ayuda está realizando un favor y se encuentra en deuda con ella. Por otro lado el enfermo nunca puede actuar privadamente. Por consiguiente, los cuidadores, ya sean formales o informales, deben de cuidar de la intimidad del paciente y su derecho de tomar decisiones independientes, aunque no correspondan con los deseos del cuidado (paciente).<sup>9</sup>

La inmovilidad es uno de los síndromes de la medicina geriátrica, de alta prevalencia y con trascendencia en el pronóstico vital del anciano. Se define como la disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.

Si definimos el **espacio vital**, como *el lugar donde la persona pasa sus días y sus noches, podemos definir la movilidad como la capacidad para desplazarse en forma independiente en el espacio vital, y a la inmovilidad como el deterioro de la capacidad para moverse de forma independiente que produce una limitación del espacio vital.*

La inmovilidad aguda debe considerarse una urgencia médica, ya que produce un declive funcional precoz, y se asocia a una elevada mortalidad, siendo de un 30% en los primeros tres meses y de un 58% al año. Por lo tanto, las consecuencias de este síndrome pueden ser muy graves, afectando tanto a la morbimortalidad como al bienestar y calidad de vida de los ancianos y sus cuidadores, lo que tiene una gran repercusión económica y social y aumenta la incidencia de institucionalización.

Este gran síndrome requiere prevención, detección y aplicación de un programa terapéutico integral.

En conjunto, se estima que por encima de los 65 años el 18% de las personas presentan dificultades para desplazarse, y a partir de los 75 años más del 50% tiene problemas para salir de casa, estando un 20% confinados a su domicilio. De un 7 a un 22% de los ancianos hospitalizados sufren restricciones físicas, bien en el periodo posquirúrgico inmediato, o por alteraciones en el estado mental, demencia o caídas.

---

<sup>9</sup> Moura R.D.Z. Enfermería Ortopédica p. 345

Los mecanismos principales por los cuales estas enfermedades conducen a la inmovilidad son de forma resumida:

- el dolor y la rigidez
- parálisis y paresias
- debilidad generalizada
- alteraciones de los órganos de los sentidos
- confusión, alteraciones del psiquismo y depresión
- iatrogénica y miedo a caerse
- incontinencia

En un 80% de los casos, los factores que conducen a la inmovilidad son múltiples (enfermedades, fármacos, factores ambientales), encontrándose en solo un 20% de los casos una única causa de inmovilidad.

Las situaciones de inactividad y de encamamiento prolongado van a tener consecuencias físicas, mentales y sociales adversas para el anciano. La aparición de complicaciones dependerá del estado anterior del anciano, de las causas y duración de la inmovilidad y del grado de restricción de la actividad. Así podemos enumerar las siguientes complicaciones y consecuencias que pueden aparecer:

#### **FISICAS:**

- generales: debilidad, malnutrición, deshidratación, hipotermia.
- respiratorias: reagudización de EPOC, neumonías.
- cardiovasculares: trombosis venosas profundas, tromboembolia pulmonar, hipotensión ortostática.
- digestivas: anorexia, estreñimiento, incontinencia fecal.
- urinarias: incontinencia urinaria, infección urinaria, retención urinaria, litiasis.
- locomotor: atrofia, contracturas, osteoporosis.
- inestabilidad: caídas, miedo.<sup>10</sup>

**MENTALES:** síndrome confusional agudo, depresión, ansiedad.

**SOCIALES:** aislamiento, dependencia, institucionalización.

La inmovilidad no se reconoce como problema clínico hasta un 85% de los individuos institucionalizados con déficit de movilidad.

Ante un enfermo inmovilizado, se elabora una lista de problemas activos, se hará una aproximación diagnóstica y se ideará un plan de cuidados, realizando un tratamiento médico de las causas detectadas y un tratamiento rehabilitador, situando al paciente en el nivel geriátrico asistencial más adecuado a su pronóstico.

<sup>10</sup> Prieto de Nicolo

Geriatría p. 158.

Existen algunos factores que pueden influir negativamente en el éxito de la rehabilitación, como son: presentar un deterioro funcional grave, contracturas, pluripatología, defectos del equilibrio, alteraciones de la percepción del dolor, cambios del estado mental (falta de atención, alteración del aprendizaje), miedo a las caídas, mal función homeostática (hipotensión ortostática) y reacciones adversas a los medicamentos, que pueden provocar confusión, debilidad, etc., es muy importante la actitud del paciente ante la rehabilitación, ya que una escasa colaboración, una actitud de desesperanza, el gusto a la dependencia como una forma de reclamar atención y cariño, el sentirse inútil, o la falta de aceptación de dependencia, también influyen de forma negativa en el tratamiento rehabilitador. En cambio son factores de buen pronóstico una buena educación, una personalidad estable y madura, una ligera agresividad, una incapacidad no grave y un buen apoyo social.

Mención especial merece la inmovilidad secundaria a una hospitalización, que ha menudo puede conducir a una cascada de desastres que pueden desembocar en la institucionalización o muerte del paciente, siendo la recuperación de la función anterior muy costosa en el tiempo y con gran esfuerzo rehabilitado. Por ello se movilizará al paciente lo antes posible, se efectuarán movimientos pasivos y activos, estimulando la realización de las actividades de la vida diaria, se evitarán los fármacos que puedan influir en un mayor deterioro de la movilidad, se evitarán, a ser posible, las vías de administración farmacológica que dificulten la movilidad del paciente, se procurará conseguir la continencia, se limitará el empleo de restricciones físicas, se planificarán las necesidades para el momento del alta, el seguimiento y los cuidados.

Lo más importante en la rehabilitación será prevenir la incapacidad secundaria mediante la restauración precoz del movimiento activo, previniendo a sí mismo la aparición de todas las complicaciones secundarias a la inmovilidad, que como hemos visto pueden conducir a la institucionalización y muerte de nuestro paciente anciano.

Es así como la **autosuficiencia** se manifiesta cuando el individuo satisface sus necesidades a través de acciones propias, (que realiza él mismo), y la **no autosuficiencia** cuando no existe la satisfacción de una o varias necesidades ya sea por la imposibilidad de cumplirlas por alguna incapacidad. El anciano puede ser no autosuficiente para movilizarse y desplazarse, para llevar a cabo sus principios de higiene, para alimentarse, para respirar, etc.

### 1.1.5 SEXUALIDAD Y VEJEZ.

Es importante que el interés por preservar la vida humana debe girar sólo en torno a los aspectos biológicos, ya que los ancianos necesitan de más satisfacciones psicosociales y afectivos que les ayuden a obtener seguridad, confianza y que refuercen su autoestima. Con el paso de los años se ha pensado que la sexualidad disminuye al llegar a la tercera edad, sin embargo la realidad es otra.

“Master y Johnson han demostrado que las personas de la tercera edad que gozan de buena salud, son capaces de tener actividad sexual y ha menudo hasta una época muy avanzada de su vida”.<sup>12</sup>

Como hombre o mujer de la tercera edad se puede encontrar que el amor y el sexo en esta etapa no se pierden sino que es el temor de aceptar que se trae consigo experiencias pasadas relacionadas con el sexo. Así mismo les preocupa el decaimiento físico por lo tanto desean saber que cambios esperan en un envejecimiento normal, si existe una esperanza razonable de una vida sexualmente activa y físicamente saludable, y si el sexo puede seguir siendo tan satisfactorio como antes.

Es importante hablar por separado sobre la sexualidad en el hombre y en la mujer ya que existen cambios que los diferencian. Con lo que respecta al hombre a menudo sufre de pánico ante el primer signo de un cambio al llevar más tiempo para obtener una buena erección, es ahí donde surge la duda de que algo anda mal y piense que se está volviendo impotente, siguiendo la pregunta de que si podrá alcanzar una eyaculación y si le causará el mismo placer que cuando era joven. A diferencia de la mujer, el hombre puede seguir procreando a edades más avanzadas aunque paulatinamente va disminuyendo la capacidad de erección, hasta llegar incluso a impotencia total.

Se cree que en la mayoría de estos casos el problema tiene causas fisiológicas (entre otros, los antihipertensivos), y enfermedades como la diabetes, cardiopatías, alteraciones vasculares y ciertos cambios neurológicos. Si bien la capacidad erótica genital del anciano va sufriendo cambios, esto no implica de ninguna manera que no sienta placentera la relación con su pareja. A medida de que envejecen la genitalidad va siendo desplazada por otros sentimientos placenteros de ternura, comprensión y entrega que unen mucho más a los ancianos. La mujer está sujeta a menos presiones sociales en lo referente a su desempeño sexual, pero también está preocupada por los cambios. Pueden sentir disminuida la fuerza muscular vaginal que les permite retener el pené, así mismo se ha observado un descenso en la respuesta relativa a ciertas relaciones físicas durante las relaciones sexuales: disminución a la respuesta sexual, disminución de las contracciones de esfínter rectal ligados al orgasmo, así como otras diferencias cuyo significado es aun desconocido. El clítoris de las mujeres ancianas sigue siendo muy sensible aunque la lubricación vaginal se efectúe más lentamente a diferencia de cuando eran más jóvenes. La mayoría de las mujeres no pierden interés por las relaciones sexuales después de la menopausia.

En ciertos estudios se reportados que las mujeres que tienen pareja copulan con más frecuencia después de los 65 años por consiguiente se dice que la actividad sexual en la tercera edad es saludable; reportando beneficios psicológicos, ayudando a prevenir la depresión, aumentando en autoestima y contrarrestando el estrés.

---

<sup>12</sup> Butler N. R. El sexo..... p. I.

### **1.1.6 FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL SANO EN EL ANCIANO.**

El proceso del envejecimiento conlleva muchos cambios en el funcionamiento psicosocial. Duelo, depresión, ansiedad, cambios de conducta, pérdida de movilidad, pérdida de intimidad e incluso suicidio son como frecuencia los resultados de estos cambios.

La música, la terapia por el arte, los recuerdos y la revisión de la vida, la terapia por animales domésticos, el baile y el movimiento son medidas que fomentan la sensación de conexividad. Esta sensación de conexividad además de la trascendencia o la espiritualidad ayudan a la persona a una vejez más completa y con más significado.

Un estado emocional placentero reduce el estrés, ayudando así a evitar la depresión y la enfermedad física. Las intervenciones holísticas de enfermería diseñadas para dirigirse a estas tareas abarcan el uso de la música y otras técnicas que ayuden a la persona a reconocer el ambiente externo a uno mismo y como adaptarse al mismo. Cada intervención puede usarse de forma individual o en grupos, y requiere que la enfermera adquiera competencia en el uso de la técnica. Promover la función psicosocial mejora la función fisiológica.

#### **MUSICA**

El uso planificado de la música puede tener muchos efectos positivos. La música promueve el ejercicio, la socialización y un sentido de continuidad de las relaciones y de la vida. La música proporciona movilidad a través del golpeteo de los dedos de los pies, las palmaditas en los muslos, las palmadas, el tocar un instrumento, el baile y los talonamientos. La música puede promover la conexividad al estimular el hecho de compartir acontecimientos pasados o momentos culminantes de la música del pasado y al hablar o bailar con los demás en los eventos musicales. La música puede evocar recuerdos placenteros, reducir la ansiedad y desviar la depresión.

#### **MUSICOTERAPIA INDIVIDUAL**

Al planificar la terapia musical para un individuo, la enfermera debe tener en cuenta lo siguiente:

- El tipo de música debe tener significado para el paciente
- El volumen de la música debe adaptarse al nivel de audición del paciente
- Una buena regla para la duración de la sesión de música por auriculares es 20 minutos por vez, a menos que el paciente solicite una sesión más larga

## MUSICOTERAPIA DE GRUPO

La música puede emplearse como terapia de grupo. No obstante, deben conocer las preferencias individuales, dependiendo de los antecedentes culturales y étnicos del grupo, pero con mucha frecuencia las personas del grupo están deseosas de proporcionar una lista de sus canciones favoritas. Llorar es un modo excelente de liberar una emoción intensa y de afrontar sentimientos de tristeza.

- La música debe tener significado para el paciente
- La música rápida estimula; la música lenta calma

Los grupos de personas con un interés especial en la música se pueden usar para transmitir mensajes y actitudes apropiados.

## BAILE

El baile es una terapia por movimiento importante, junto con los ejercicios de amplitud de movimientos, paseo y otras formas de ejercicio. El baile, o moverse al son de la música, puede beneficiar al anciano tanto desde el punto de vista físico como emocional. Es especialmente conveniente para personas ancianas porque pertenecen a una generación para quienes el baile era una parte importante de su vida. El baile puede favorecer la flexibilidad, el fortalecimiento muscular, mejorar la función cardiovascular y mejorar la capacidad respiratoria así como el tacto, la socialización, el sentido de conexividad y los buenos recuerdos.<sup>12</sup>

## TERAPIA POR BAILE INDIVIDUAL

En el t' ai chi, los movimientos del baile son pausados, precisos, y hacen que todo el cuerpo adopte un movimiento y una postura lentos, graciosos y agradables; y promueven tanto al ejercicio como un sentido de paz y tranquilidad. A menudo se realiza en el exterior, añadiendo la dimensión del ambiente externo al movimiento. En interiores se realiza en un ambiente placentero y tranquilo que estimula las sensaciones de relajación y tranquilidad. Muchos de los movimientos gráciles y placenteros pueden adaptarse a la posición sentada en una silla para las personas incapaces de estar en pie. Una vez que se aprende, puede realizarse de forma individual, sin clase o grupo.

---

<sup>12</sup> Salgado, Alberto

## ARTES CREATIVAS

Existen diversas artes creativas como, por ejemplo, la terapia por el arte, la biblioterapia, la dramatización y los talleres de redacción, que pueden emplearse con los ancianos para mejorar su sensación de bienestar. Crean conexiones entre las personas, dan una sensación de autoestima y productividad.

## BIBLIOTERAPIA

La biblioterapia utiliza la literatura, en forma de historias cortas, poesías o el recuerdo de las historias de cada persona del grupo después de leer, para comunicar y compartir mensajes dentro del grupo. Los objetivos podrían abarcar el aumento del conocimiento de uno mismo y de los demás, mejorar la orientación de la realidad y dar a las personas una nueva forma de comunicación.

## TERAPIA POR EL ARTE

La terapia por el arte, de muchas formas, logra la estimulación táctil además de un producto que, a menudo, apoya al propio sentido del yo. A menudo, las personas dicen con el arte lo que no pueden decir con palabras, simplemente el dejar que la gente dibuje, realice alfarería o pinte objetos de cerámica es un buen camino para comprometerlos en actividades de grupo.

## TERAPIA POR ANIMALES DOMESTICOS

Se ha demostrado que para los ancianos, los animales domésticos pueden proporcionar compañía, una fuente de amor y afecto, y una sensación de seguridad y pertenencia que a menudo se malogra cuando el anciano pierde al cónyuge o a los seres queridos, o ambos. El bienestar de tener un animal doméstico familiar puede contrarrestar los sentimientos de soledad y aislamiento. Los animales domésticos pueden favorecer la actividad física y la interacción social en las personas que viven en su domicilio, debido a la responsabilidad de tener que cuidar del animal. En las residencias de ancianos o instituciones residenciales, los animales se utilizan como centro para iniciar grupos de recuerdos y otras actividades que ayudan a los residentes a intervenir y participar. Los animales domésticos hacen que la persona anciana recuerde a los animales domésticos que tuvo en el pasado, provocando de este modo recuerdos placenteros y de bienestar.

Las instituciones de cuidados a largo plazo están empleando animales domésticos residentes para permitir que las personas que allí residen cuiden y se relacionen con ellos, dando al residente un sentido de responsabilidad y favoreciendo la autoestima en personas que pensaban que no se les necesitaba. Los perros y los gatos, así como los peces, pájaros, caballas, tortugas e incluso conejos, son buenos animales domésticos residentes.

Si está bien planificada, la terapia puede ser bastante beneficiosa para aquellos ancianos que viven solos o que residen en una institución de cuidados a largo plazo o un servicio de cuidados de enfermos agudos.

## RECUERDO Y REVISIÓN DE VIDA

Recordar el pasado es una cosa natural. Butle<sup>13</sup> sugirió la idea de reestructurar esos recuerdos naturales en pasos y emplearlos como una forma de tratamiento. Hizo el razonamiento de que el recuerdo no era un signo de inicio de la senilidad, como algunas personas pensaban, sino que ayudaba a la persona a ver cómo toda la vida encajaba. Los recuerdos parecen ayudar a integrar el propio sentido del yo y hacer que la vida tenga más significado.

### REVISIÓN DE VIDA

La revisión de vida proporciona una estructura para el proceso del recuerdo. Desarrollado ampliamente por las enfermeras (Haight, 1991)<sup>14</sup>, la revisión de vida divide los recuerdos de una persona en las etapas de la vida desde los recuerdos más tempranos hasta el presente.

La revisión de vida diferente del recuerdo espontáneo porque cada etapa de la vida debe recordarse, rememorando tanto los episodios dolorosos como los placenteros. Se piensa que el resultado de este trabajo provoca menos depresión, menos suicidio, mayor integración del yo y mayor satisfacción con la vida en general.

La revisión de vida puede hacerse en grupo o con individuos y es efectivo en ambos contextos. En grupo, las personas se ríen y lloran juntas, ganando bienestar al saber que los demás han experimentado las mismas cosas.

#### 1.1.7 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LA VEJEZ

Las enfermedades mentales son un problema serio para los ancianos. Aproximadamente 15 a 20% de las personas mayores de 65 años tienen trastornos psiquiátricos de carácter funcional. Si a ellos se añaden las personas ya dementes, más de 25% de la población de ancianos necesitará en algún momento de evaluación y tratamiento psiquiátrico. Desgraciadamente, los ancianos son menospreciados por la psiquiatría. Muchas personas que podrían recibir beneficios de la atención psiquiátrica, permanecen ocultos en la comunidad. En ocasiones los problemas no se han identificado, o bien los pacientes y sus familiares se resisten a la evaluación. Muchos son víctimas de problemas a los que se ha dado mucha publicidad en años recientes. Abuso físico y sexual, padres irresponsables, divorcio, pobreza, alcoholismo y adicción a drogas han sido por siglos los ingredientes activos de las enfermedades mentales.

---

<sup>13</sup> Simon A. Enfermería ..... p.336

<sup>14</sup> Ibidem ..... p.336

Muchos ancianos con trastornos neuropsiquiátricos obvios permanecen hospitalizados o internos en casas para ancianos. Casi 65% de las personas seniles afectadas por trastornos mentales también padecen enfermedades orgánicas. La depresión, la esquizofrenia y parafrenia y los trastornos paranoides, no deben considerarse respuesta normal a otros padecimientos. Cuando se inicia un tratamiento específico, es muy importante reconocer los síntomas psiquiátricos y considerarlos aparte de los problemas médicos o quirúrgicos.

### **1.1.8 CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE GERIÁTRICO**

Desde hace mucho tiempo las enfermeras son las principales personas encargadas de velar por la salud de los ancianos. A pesar de ello, en esta área se han sucedido cambios importantes y cada vez mayores.

En el pasado, la atención de la población de ancianos enfermos terminó por ser responsabilidad de enfermería principalmente porque no había quien se ocupara de ellos. Esta área de atención a la salud fue asignada a enfermería, pero no era apreciada ni se asumió la responsabilidad de proporcionar servicios profesionales de alta calidad sobre bases materiales. La geriatría era considerada como una "tierra de nadie", tanto por los pacientes como por los encargados de atenderlos.

Una realidad de la vida profesional para la mayoría de las enfermeras es su participación en ciertos aspectos de los cuidados de la salud de ancianos durante su carrera de enfermería. De hecho, las personas de edad avanzada representan una proporción cada vez mayor de los casos que atienden las enfermeras a medida que más individuos viven más tiempo y cambian la forma de los cuidados de salud y los sistemas de pago. Esto hace pensar que no sólo las enfermeras que se especializan en los cuidados de ancianos, sino también cualquier otra que proporcione servicios a personas de edad avanzada, requieren conocimientos prácticos sobre los cambios en relación con la edad y su efecto sobre la salud, enfermedad y conducción de la vida diaria.

Proporcionar cuidados de enfermería si los cambios del paciente son lentos y ala postre desmejorando, cuando la medición de los cambios es difícil, y cuando la muerte es inevitable y previsible sabiduría especial, amar el ejercicio profesional y vocación de trabajo. Estas enfermeras necesitan estar conscientes de la energía que pierden y de la necesidad de conservar una visión vital y fresca y con experiencia basada en conocimientos actuales.

Necesitan reconocer que es bueno llenar sus propias fuentes de creatividad y conocimiento para ejercer con entusiasmo y habilidad continuos. Las enfermeras tienen que estar a la vanguardia de los cuidados de la salud en este campo en que la enfermería es un componente tan importante.

La práctica individual de la enfermería no se conforma sólo por el método de diagnóstico y modelo de cuidado, o por los conocimientos y habilidades que se utilizan para su aplicación en la atención del paciente, con todo y que son muy importantes. Además en la asistencia del anciano influye de manera fundamental los valores y creencias de la enfermera tenga acerca de los ancianos a los que presta sus servicios.

Las creencias y valores influyen de modo decisivo en todos los aspectos de la enfermería, en el cuidado que brinda : los datos que se observan, las palabras empleadas para describir lo observado, las prioridades que se establecen, las decisiones que se toman, la formulación de los diagnósticos, los cuidados que se ordenen, la forma de brindar el cuidado y los criterios establecidos para la evaluación.

El personal de enfermería debe de conservar el estado integral del paciente, por lo cual se enumeran los siguientes cuidados:

- Promover los sentimientos positivos sobre la salud del anciano.
- Promover la prevención de accidentes en las personas de edad avanzada .
- a) Frecuencia alta de caídas por la edad, trastornos patológicos, incapacidades locomotoras, disminución del control de la postura, riesgos ambientales y temor a caer.
- b) Conservar las actividades físicas y mentales, para mejorar la confianza y la movilidad.
- Proteger al enfermo contra enfermedades infecciosas mediante inmunizaciones (sobre todo contra influenza y neumonía.
- Favorecer la socialización para evitar el deterioro mental y la depresión así como para conservar vivo el deseo de vivir.
- Programar y coordinar los servicios de salud preventivos, terapéuticos y reconstituyentes.
- Verificar las necesidades psicológicas básicas de todas las personas incluyen respeto, seguridad, autoestimación y la necesidad de sentir que los demás los aprecian y los consideran útiles.
- La conservación del “yo” (autocontinuidad, integridad, identidad), es importante para la supervivencia psicológica del anciano.
- Conservar los artículos de uso frecuente en un solo lugar.
- Ayudarlo a que lleve su rutina diaria, actividades físicas y contactos sociales.
- Respetar los derechos territoriales del enfermo.
- Conservar la calma cuando el enfermo pierda los estribos.
- Ayudar al enfermo a conservar su dignidad y respeto así mismo.
- Intentar aliviar la ansiedad e inquietud del enfermo.
- Los requerimientos nutricionales de estos pacientes son similares a los de los adultos, excepto que es necesario reducir la ingestión calórica. Las personas mayores necesitan una alimentación variada.

- Estar conscientes de que el efecto de los fármacos es más pronunciado en los viejos. La posibilidad de reacciones adversas, interacciones y enfermedades provocadas por medicamentos es mayor.
  - Bañar cada dos días al paciente.
  - Después de dejar la piel húmeda al secar, se previene la pérdida de agua transepidérmica con un emoliente (preparado a base de vaselina o lanolina).
  - Los componentes de los cuidados dentales y bucales incluyen una dieta adecuada, conservación de la salud de las estructuras bucales y en las que se apoyan las dentaduras y utilizar los servicios dentales que se tengan disponibles.
  - Los cuidados de enfermería deben individualizarse, considerando las experiencias anteriores del paciente, sus necesidades y las metas individuales.
  - Las actividades de enfermería deben efectuarse con *EL* paciente en vez de para *ÉL*.
  - Deben hacerse las modificaciones y ajustes necesarios que imponen las necesidades físicas del anciano al tratamiento médico y de enfermería.
  - Debe proporcionarse la individualidad del enfermo para preservar su identidad y sensación de control.
  - Las personas de edad avanzada deben participar en las actividades importantes de la vida, para evitar su deterioro físico, emocional y mental.
  - Es necesario utilizar las posibilidades del paciente.
- a) Seleccionar actividades que estén en armonía con los intereses de su vida.
  - b) No intentar modificar su carácter y modelos de conducta de toda la vida.
- Abogar por los ancianos cuando se sientan solos o sean agredidos por alguna persona.

## 1.2 ASPECTOS LABORALES EN LA TERCERA EDAD.

### 1.2.1 EL PROCESO DE JUBILACION.

Antes de la llegada de los españoles no existía el concepto de trabajador como actualmente los conocemos. Los olmecas, mayas, aztecas y demás habitantes de mesoamérica realizaban las labores del campo para su propio sostenimiento, algunas otras de tipo artesanal o artístico, para después mediante el trueque obtener los bienes necesarios para su sustancia. Existían también labores comunitarias o tequies en los que todos participaban en beneficio de la comunidad, pero no conocía lo que hoy llamamos patrones, el concepto de la subordinación laboral era algo completamente desconocido para nuestros ancestros precolombinos.

Con la llegada de los españoles la situación empeoró pues perdieron las tierras comunales y con las enmiendas se convirtieron en una especie de esclavos, con infinidad de obligaciones, pero sin ningún derecho. Fue a finales del siglo XIX que Ricardo Flores Magón, empezó a hablar de los derechos de los trabajadores y las obligaciones de los patrones. La firme postura de los trabajadores, fueron preceptos que con ligeras modificaciones se incluyeron de la Constitución de 1917, concretamente el Art. 123. Aunque sin ninguna referencia a la jubilación.

El retiro constituye en acontecimiento, un proceso y una institución social. Los legos y los profesionales sostienen posiciones ampliamente divergentes con respecto a este fenómeno multifacético. Nos referimos al retiro como un acontecimiento porque esa es la forma que la mayor parte de los jubilados experimentan. En cierto día termina con su empleo. Cuando se produce este acontecimiento, sobreviene un cambio fundamental de sus roles, actividades y ritmo de vida. Se puede considerar al retiro como un proceso porque tiene una continuidad y se mantiene a través del tiempo. El retiro como una institución social se refiere a todo el cuerpo de costumbres, prácticas, comportamientos y organizaciones que giran alrededor de los acontecimientos y los procesos de la cesación del trabajo, que se produce en forma tardía en el ciclo de la vida.

La jubilación jurídicamente reconocida se conceptualiza como un procedimiento legal laboral, al que están sujetos los trabajadores, es una conquista de la sociedad productiva y surge el marco del trabajador asalariado, debe señalarse que no es un decreto constitucional sino una ganancia sindical en los contratos colectivos de trabajo. Sin embargo, el principal peligro de la jubilación reside quizá en el hecho de que generalmente tome por sorpresa al jubilado, sin que este haya tenido tiempo de tomar conciencia de cuanto le estaba ocurriendo ni prepararse para la nueva situación. Con esto se produce también la ruptura de las relaciones de amistad y de costumbres sociales. Hombres y mujeres son desplazados por dejar sus sitios a jóvenes, y la amargura les invade.

El patrimonio de experiencias de estas personas parece no interesarle a nadie; es algo superado, por lo que la jubilación constituye un momento crítico de la vida y por ello viene acompañada de una determinada inquietud, de un cierto cambio de estilo de vida, con frecuencia, se considera como una pérdida y no como una ganancia.

Pero ¿Qué ocurre con aquellas personas que no tuvieron trabajo fijo?. Aquellos que si bien trabajaron de albañiles, taqueros comerciantes, empleados domésticos, etc.; y no pudieron obtener su jubilación debido a que no son trabajos fijos ni permanentes. Si bien al ser despedidos se ven obligados a buscar la manera de seguir subsistiendo y enfrentarse a la situación por la cual atraviesa el país. La falta de empleos para personas de la tercera edad origina que estos se atrofien y por consiguiente se sientan inútiles, es por eso que vemos tanto anciano por las calles pepenando o pidiendo limosna; aunado a esto la irresponsabilidad que existe por parte de la familia.

Si bien sabemos que el hombre no es solamente el rol social laboral que desempeña, es común que las personas reconozcan a otras únicamente por su profesión, un puesto de trabajo o un título profesional. El ejercicio de una carrera o un empleo pueden ser características accesorias pero que tienden a confundirse e identificarse con la identidad personal. Al punto de que hay personas que son conocidas como el doctor, el licenciado y el panadero. Ellos son para los demás el puesto de trabajo que ocupan dentro de una sociedad y así, cuando por fuerza legal o voluntaria este trabajo termina, muchas personas se ven terminadas junto con él.

Por regla general es el varón quien se jubila, quien a la antigua usanza dejaba las tareas del hogar y la crianza de los hijos en manos de su mujer. Pero puede ocurrir lo inverso, que por alguna razón sea la mujer quien se jubile y regrese a casa para encontrar al antiguo compañero; en ambos casos el regreso del ausente significa pérdida de libertad y reestructuración de la vida en común. Lo cual como todo cambio, por más deseado que haya sido, implica latas y bajas, disputas, regulaciones y acomodos.

Ahora bien después de la jubilación vienen dificultades de tipo económico. Efectivamente, el ingreso constituye una fuente válida de ansiedad para muchas personas. El estudio de retiro ocupacional de Cornell<sup>15</sup>, encontró que en promedio los ingresos disminuían en alrededor del 50% con respecto al nivel de los años de trabajo anteriores. En consecuencia una disminución de ingresos representa un golpe para la estima de sí mismo, y a menudo consideran que el resto de las personas los evalúe de una manera similar. Así mismo la jubilación, la viudez, las entradas económicas reducidas como ya se mencionaron las pocas oportunidades de empleo pueden también contribuir a dificultades económicas en la vejez. El rápido cambio tecnológico empleado en el lugar de trabajo puede ser una dificultad para las personas mayores para competir por los puestos.

Además, el quiebre de la familia extensa muchas veces coloca al adulto que va envejeciendo en una situación financiera precaria. Por lo tanto el personal de enfermería debe de investigar la seguridad financiera de las personas ancianas bajo su cuidado como parte de la evaluación de su salud puesto que la tranquilidad del anciano depende en gran medida de su seguridad económica.

Como podemos ver los problemas que enfrenta el personal de salud para ayudar al jubilado a adaptarse a su nueva situación son estimulantes complejas, pues el jubilado aporta a su nuevo rol la continuidad de una nueva personalidad y de un estilo de enfrentar los problemas que ha cultivado durante medio siglo.

---

<sup>15</sup> Cornell, G. Citado por Reichel, W. Aspectos Clínicos..... p. 401.

## 2. LA FAMILIA Y EL ANCIANO.

### 2.1 TIPOS DE FAMILIA.

El propósito de estudiar a la familia es entender cuál es el papel que desempeña ésta en la sociedad, por lo tanto para efectos de este trabajo nos enfocaremos fundamentalmente a la familia rural y a la urbana.

La familia rural posee una cohesión interna, formada por 9 ó 10 miembros en promedio y regida generalmente por un gobierno patriarcal.

Está presente un desarrollo similar al de la familia indígena. Sin embargo, su contacto con la estructura económica, política y social, del país es más estrecha. Ya no se abastece solamente de los bienes producidos en el hogar. Participa de los beneficios de varios servicios públicos como son: agua, luz, hospitales, etc. dependiendo del grado de desarrollo de sus comunidades.

El hombre regularmente realiza las labores del campo, o pesca según su medio geográfico, pero las herramientas que emplea poseen mayor tecnología. A través de préstamos bancarios, podrán tal vez obtener el financiamiento para la compra de tractores o barcos que le servirá para aumentar la producción, y que venderán posteriormente a empresas privadas o al Estado a un precio muy baja.

Por otro lado las mujeres desempeñan igualmente labores domésticas, procrean hijos y los crían; sin embargo, participan en el mercado laboral como comerciantes. Con lo que respecta a los hijos, ayudan a los padres a las labores diarias y muchas veces dejan de asistir a la escuela debido a la situación económica de su familia o porque tiene que asistir desde muy temprana hora al campo. Si el padre o la madre requieren de sus servicios para mantener a la familia, deberán los hijos, conforme a su sexo ayudar en las labores.

Este tipo de familia tiene muy arraigadas sus tradiciones y sus costumbres; los ancianos igualmente realizan labores productivas en el hogar o fuera de él, de acuerdo a su condición física, y son respetadas. Como ya se mencionó las relaciones de parentesco son por filiación patrilínea, el elemento que más los diferencia de las comunidades indígenas es la lengua, por lo regular el campesino habla la lengua castellana, y el indígena la autóctona. Son extensas, porque requieren garantizar la supervivencia de su núcleo familiar.

La familia urbana por su estratificación social determinada por la condición económica respectiva de su núcleo familiar, se divide en: Familia clase baja, media y alta. Generalmente, se establece en las ciudades; su organización es básicamente la misma que la de la familia rural, el padre, la madre, los hijos, los parientes, su actividad económica está centrada en la producción industrial y de servicios; tiene mayores oportunidades de educación y en general, su nivel de vida es más cómodo que el rural.

Está basada también en la unión libre entre un hombre y una mujer que conviven un tiempo más o menos largo y se desintegra por la separación de estos sin mayores formalidades dando lugar, por una y otra parte a nuevas uniones.

En resumen carece de estabilidad, pues mientras dura la unión el hombre es la máxima autoridad en el hogar; aunque se reconoce que es la madre la encargada del sostenimiento de los hijos, práctica aún no olvidada, en parte de las viejas estructuras familiares cercanos, debido a los valores culturales, el particular sentimentalismo de los mexicanos y a su cohesión interna por una parte, y por otro lado a la escasez de las instituciones asistenciales de tipo gerontológico según afirma el Dr. Castillo.<sup>17</sup>

Algunos ancestros siguen teniendo un lugar predominante en las normas internas de la familia por lo que toca al varón y en la organización del hogar por lo que hace a la mujer y no es raro que el anciano aporte su sueldo o pensión, así como los bienes materiales que ha acumulado. Asevera que en el medio rural esta situación se mantiene con más facilidad que en el medio urbano y que en las clases medias y alta.<sup>18</sup>

Cuando la anciana conserva su funcionalidad, es factor importante de dirección y autoridad. El hecho del que el padre durante su pasado hubiera cometido errores de acuerdo a la opinión de la familia, le resta posición y apoyo, pero por lo general, se continúa proporcionándole asistencia y cuidados. Los resentimientos producto de una relación conflictiva entre los padres y él o los hijos, suelen resolverse cuando el hijo alcanza la maduración para comprender su vida. Cuando no es así el hijo puede estar sacando agresión ante su anciano padre o madre, porque se siente más fuerte que ellos, ordenándoles sin tomar en cuenta si ellos pueden o quieren realizar actividades que no son obligación, como es el cuidar a los nietos y otras conductas que hacen que el anciano se sienta inferior.

En el caso de la relación de la nuera con la suegra y el yerno con la suegra considerada popularmente como difícil y hasta hostil, refleja no sólo la diferencia gerencial o de familia; si no que pueden ser proyecciones de traumas primitivos con los congenitores, desplazados en la figura de la madre o del padre de la esposa o del esposo según sea el caso; relaciones de envidia o celos. Sin embargo, será necesario incursionar en este terreno para obtener datos más acertados de dar la debida aplicabilidad en este tipo de relación, con la finalidad de que sean más armoniosas.

---

<sup>17</sup> Castillo. C. Citado por Arriaga. G. La med. Anciana..... p. 66.

<sup>18</sup> Ibidem..... p.66.

## **2.2 EL ANCIANO Y SU NUCLEO FAMILIAR.**

En nuestra sociedad se ve cada vez menos la familia extensa es decir, a tres o cuatro generaciones viviendo bajo un mismo techo. Algunas causas de eso son la sobrepoblación y los reducidos espacios habitacionales característicos de las zonas urbanas.

La morbilidad que se requiere para radicar en los lugares más accesibles a los centros de trabajo y a la independencia económica de los hijos. Por otra parte la tecnología científica instrumental al hombre para el trabajo y concede menos importancia al adecuado desarrollo interpersonal, lo que hace más grande la brecha afectiva entre las generaciones y dentro de la misma familia. La familia típica actual está formada sólo por dos generaciones: los padres están integrados al ritmo acelerado de la sociedad, según la clase social a la que pertenezcan cubrirán precaria o suficientemente las necesidades materiales de la familia, delegando el cuidado de los hijos a instituciones como estancias infantiles, olvidándose en gran parte del anciano.

## **3. LOS SERVICIOS GERIATRICOS.**

### **3.1 MARCO HISTORICO.**

Para abordar este punto es necesario partir de la idea de que el viejo no es un individuo desprotegido e inútil que siempre está exigiendo ayuda y servicios; al contrario, es un sujeto que desea fervientemente integrarse al desarrollo económico del país como un recurso material. El anciano desea formar parte de la estructura familiar, que tan sólidas bases tiene nuestra cultura, como todo hombre, también requieren de los servicios de profesionales adecuados para la vigilancia de su salud, con el propósito de no convertirse en una carga social.

El constante incremento de la proporción de ancianos en nuestro país hace que tal situación demande una análisis exhaustivo del problema gerontológico, tomando en cuenta que se tiene que dar solución a este problema que no ha sido estudiado con detalle.

El 28 de febrero de 1861, se crea la Dirección General de Fondo de Beneficencia, que contaba con facultades plenas para manejar los hospicios y otros establecimientos de beneficencia del Gobierno de la Unión. Al año siguiente, por decreto el 30 de Agosto de 1862, se instituyó la Dirección General de Beneficencia Pública, que introdujo como característica innovadora, el que, los establecimientos de caridad quedaran a cargo de los Ayuntamientos; facultad que en 1875, retomó la Dirección mencionada.

Ya que en el período posrevolucionario, el movimiento social surgió en México en el año de 1917, que actualmente nos rige por decreto del 16 de Julio de 1924, se instituye la Junta Directiva de la Beneficencia Pública.

Actualmente la facultad de otorgar servicios asistenciales a la población necesaria en general, corresponde a la Secretaría de Salud antes llamada Secretaria de Salubridad y Asistencia (S.S.A). Para el 22 de Agosto de 1979, y con la calidad de organismos descentralizados, el ejecutivo federal creó el Instituto Nacional de la Senectud (INSEM) con la finalidad de responsabilizarlo de la protección, ayuda, atención y orientación de la población senecta, como acciones asistenciales del gobierno federal cuyo análisis y situación jurídica no se mencionará.<sup>18</sup>

En México existen instituciones de asistencia privada que atienden ancianos y que fueron creados por la voluntad altruista de particulares; entre ellos hay algunas que tienen su origen en el siglo pasado y que aún a la fecha siguen dando servicio.

Como se dijo anteriormente es loable su labor ya que han sido colaboradores excelentes del gobierno federal, sin cuya participación la situación del anciano en México hubiera sido muy grave.

### **3.1.1 POR EL TIPO DE ATENCION.**

#### **ABIERTOS.**

Es la forma más moderna y actual de asistencia a los ancianos la cual es más económica y agradable para los mismos. La asistencia abierta comprende la domiciliaria y la intermedia, en forma de centros y hospitales diurnos. La finalidad de servicios abiertos es mantener al anciano en su ambiente y en su núcleo familiar, potenciando las posibilidades de experiencias nuevas, así como de contactos humanos y sociales.

Gracias al servicio de asistencia domiciliaria se ayuda a las personas de la tercera edad a afrontar todos los problemas de la vida cotidiana puede plantearle, como prestaciones domésticas, sanitarias y de enfermería.

El servicio está destinado a personas autosuficientes o parcialmente autosuficientes y, en la práctica, se traduce en una ayuda para la limpieza de la casa y el aseo personal, en la preparación de las comidas, en la realización de distintas tareas o compras y en visitas médicas. Este tipo de asistencia es real, pues se tienen conocimientos de las necesidades del usuario del servicio y se cuenta con la posibilidad de intervenir incluso con apoyo humano y psicológico. En cualquier caso, la asistencia del servicio domiciliario no debe nunca sustituir la intervención de amigos y parientes, ya que, de lo contrario podrían crearse nuevas e incluso peores modalidades de aislamiento de los ancianos.

---

<sup>18</sup> Arenas R. N. Vejez etapa de realización Suprema..... p.26.

Con lo que respecta a los centros de día es una estructura de carácter territorial (municipal o de barrio) especialmente importante por que ofrecen al anciano la oportunidad de socialización, de ocupar su ocio.

Puede responder al concepto de lugar de encuentro social, cultural y recreativo, abierto a la realidad local, pero puede también convertirse en centro de los servicios de comida y limpieza o base operativa para la realización de servicios domiciliarios.

Otro tipo de asistencia abierta a los ancianos son los hospitales diurnos en los cuales los ancianos reciben asistencia médica, y si es necesario, también para diagnóstico y terapéutica; se someten a diversas medidas de rehabilitación, incluyendo actividades o terapéutica ocupacional, o asistencia psicosocial. En la tarde se llevan a su hogar en donde sus familiares estarán contentos de verlos y se sentirán aliviados de la preocupación de asistirlos durante el día, cuando ellos se encuentren ausentes.

## **RESIDENCIALES.**

El alojamiento de ancianos en residencias es una forma de asistencia cada vez más difundida, con características intermedias entre la abierta y la institucional, pero notables ventajas respecto a esta última, sobre todo cuando se proporciona en casas equipadas, es decir en asistencia adecuada en todos los niveles. Se entiende por complejo residencial un conjunto de apartamentos de dimensiones mínimas de distinto tipo que permite la vida independiente de pareja de cónyuges ancianos autosuficientes.

Todavía en fase de experimentación en nuestro país, este tipo de residencia está dotado de servicios tanto autónomos como centralizados. Suelen estar ubicados en zonas urbanizadas y disponen de adecuada infraestructura y servicios sociales.

Las comunidades de alojamiento son organizaciones protegidas de carácter familiar y capaces de acoger de 8 a 10 personas, pudiendo no ser estas totalmente autosuficientes. Gracias a las comunidades de alojamiento los ancianos no son alejados de su ambiente, mantienen sus responsabilidades y sus amistades, se encuentran activos durante gran parte del día, aunque ayudarlos por una colaboradora doméstica en las tareas de la casa.

Las estancias por vacaciones, realizadas en localidades apropiadas, brindan al anciano no sólo la acción de disfrutar de un período de descanso y distracción, si no también de participar en encuentros culturales y humanos, queda pues la utilidad de los servicios alternativos, aunque no se piense resolver con ellos todas las dificultades de las personas ancianos. El peligro de asistir a los ancianos estará siempre latente mientras no se afronten los problemas de fondo, como el rechazo de la sociedad, la indiferencia de la gente, la posibilidad de mantener un nivel de vida digno solo si se recurre a la asistencia, alternativa o no alternativa.

### **3.2 POR APOYO FINANCIERO.**

#### **DE BENEFICENCIA.**

Para efectos de investigación únicamente nos enfocaremos a los de beneficencia.

Entre aquellos que por propia iniciativa deciden organizarse individual o colectivamente para brindar ayuda a los viejos existe un potencial de lo más preciable. Paralelo a estos grupos voluntarios hay organismos nacionales, internacionales, locales, etc.; cuya importancia radica en que puede complementar los servicios médicos sociales existentes. Sin embargo, en este como en otros casos, la buena voluntad no es suficiente; hace falta la organización. Por ello es que el problema del voluntariado en nuestro país es precisamente su desorganización y falta de coordinación, el elemento que impiden capacitadas e interesadas en el anciano, prometen ser la solución, más viable para el apoyo a los ancianos dentro de un ambiente familiar y social adecuados. Cabe mencionar que dentro de las instituciones de beneficencia encontramos los albergues pertenecientes al INSEN, casa de reposo con fines no lucrativos, asilos del patrimonio de la beneficencia pública, etc.

#### **4. LA CASA HOGAR PARA ANCIANOS "VICENTE GARCIA TORRES".**

##### **4.1 ANTECEDENTES HISTORICOS.**

El 28 de Noviembre de 1934, fue inaugurada la Casa Hogar "Vicente García Torres", la cual sustituía al antiguo asilo "San Salvador El Verde".

La ceremonia fue presidida por el señor José María Tapia, presidente de la Junta Directiva en la Beneficencia Pública y las señoritas Susana García Torres, Luisa García Torres, Don Fernando García Torres, sobrinos del finado "Don Vicente García Torre", quien ha legado sus bienes para el sostenimiento de la Casa Hogar.

Estuvieron presentes el rector de la Universidad Nacional de México, Dr. Fernando Ocaranza, el director de la Lotería Nacional, señor Manuel E. Otóloga; el Secretario General de la Beneficencia privada, Bernardo Iturriaga; el director del Hospital General, Dr. Abraham Ayala y González y el director del Hospital Juárez, Dr. José Castro Villagrama.

La Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres", se ubicaba en la calle de Teloguinautzin # 13, actualmente en Av. Azcapotzalco # 59 entre las calles Primavera y Mar Mediterráneo, Col. San Álvaro Tacuba, en una zona antigua de la ciudad de México.

El señor Vicente García Torres, lego a la beneficencia pública junto con su hijo, una cantidad de dinero para la fundación de un acilo para ancianos, con ese dinero se acondiciona el edificio ubicado en la dirección mencionada, empezando a funcionar como tal en 1934.

La Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres", dependía de la Secretaria de Salubridad y Asistencia desde el año de 1943, pero a partir del año de 1982, por decreto presidencial pasa a formar parte del "Sistema Nacional Para el Desarrollo de la Familia (DIF)", del que depende actualmente, mismo año en el que se remodelaron las áreas de dormitorios, comedor, consultorios, salón de usos múltiples y gobierno, su estado actual es satisfactorio y sé continua en forma intermitente los trabajos de remodelación y mantenimiento.

#### **4.2 POLITICAS DE LA INSTITUCION.**

1. Lugar para personas de 60 años en adelante que deseen pasar sus días, conviviendo con personas de su misma edad, contando con todos los servicios; cubriendo cuotas de recuperación previo estudio socioeconómico.
2. Dicho estudio socioeconómico lo realiza el departamento de trabajo social para conocer la situación real del anciano.
3. Se determinará que el lugar cuente con rampas, barandales para personas minusválidas, al igual para indigentes y carentes de recursos económicos se les proporciona todo lo necesario para una mejor vida.
4. El anciano participará activamente en la impartición de cursos diversos para evitar el sedentarismo como son: Actividades manuales, terapias físicas y recreativas etc.
5. Los bienes, muebles e inmuebles que posea el anciano, cuando no tenga familia, pasarán a manos de la institución; siempre y cuando él los desee donar.

### **4.3 REGLAMENTO INTERNO.**

El reglamento interno de esta institución se realiza de la siguiente manera:

Generalmente los ancianos se levantan a las 6:30 a.m. a 7:30 a.m. con excepción de la época de invierno que es a las 7:00 a.m. a 8:00 a.m. Los ancianos que se encuentran en el área de dormitorios se bañan todos los días y los que están en las salas deberán tener listos sus objetos personales los días Martes, Jueves y Sábados que son los días de baño para ellos de no poder realizarlos el personal de enfermería, el anciano tiene la obligación de asearse solo si es autosuficiente, los horarios de comedor para el desayuno es a las 9:00 horas, la comida a las 14:00 horas y la merienda a las 19:00 horas, estando diez minutos antes de cada alimento.

Recibirá visitas en horarios y días estipulados por la Institución los cuales se mencionarán en el reglamento para familiar y visitas así mismo participará activamente en las actividades manuales y recreativas que para su ayuda y superación inicie la Casa Hogar, por lo tanto queda prohibido fumar cuando se estén realizando dichas actividades, sólo podrá hacerlo en el patio y en días de visita acompañado de algún familiar o responsable para evitar accidentes.

#### **4.3.1 REGLAMENTO INTERNO PARA FAMILIARES Y VISITAS.**

Al ingresar una persona se le otorga al familiar o responsable el reglamento que ha de seguir, el cual marca los días Jueves y Domingos para poder visitar a los abuelitos en dos horarios de 10:00 a 12:00 y de 15:00 a 17:00 horas, teniendo la opción de llevarlos a pasear.

### **4.4 REQUISITOS DE INGRESO.**

- El paciente deberá contar con una edad de 60 años o más.
- Llevar la solicitud de ingreso que contiene los datos generales de la persona que desea ingresar, los datos de un primer responsable quien firmara la solicitud y de dos responsables más, para atender cualquier emergencia.
- Si es jubilado o pensionado presentará en ultimo recibo de cobro, para efectuar el estudio socioeconómico que será realizado por el área de Trabajo Social.
- Si es derechohabiente de alguna institución de salud (IMSS, ISSSTE, ETC.) deberá presentar su carnet de citas.
- Dos fotografías tamaño infantil.
- Deberá tener un examen médico reciente efectuado por cualquier médico.

#### **4.5 MOTIVO DE EGRESO.**

- Será dado de baja cuando sus responsables no cumplan con las obligaciones acordadas en el reglamento correspondiente.
- Cuando el anciano presente mala conducta, en el sentido en que no acate el reglamento o se porte grosero con los demás.
- Causara baja voluntaria cuando lo solicite él o los familiares mediante una carta elaborada por el responsable.
- Por último causara baja por defunción.

Cabe señalar que en la casa de los ancianos que no tienen familia o que ésta no se hace cargo de él la institución con el apoyo de otras dependencias solventaran los gastos que se generan por parte de estas personas.

#### **4.6 FORMAS DE FINANCIAMIENTO.**

La forma de financiamiento como ya se mencionó es por un lado con la cuota de restitución estipulada por el departamento de Trabajo Social, previo estudio socioeconómico.

Por otro lado, el DIF proporciona una parte su presupuesto para el sostenimiento de estas casas, proporcionando alimento, vestido, atención médica a todos los ancianos que no son afiliados a ninguna institución médica, mediante acuerdos con hospitales del Sector Salud para su atención, si es posible en forma gratuita y sino con una cuota más baja.

Los ancianos que son derechohabientes a cualquier institución de salud son atendidos en sus clínicas y hospitales correspondientes.

También se ayudan con la venta de artículos elaborados por los ancianos, realizando bazares en épocas navideñas, del día de la madre, etc.

#### **4.7 RECURSOS HUMANOS.**

La Casa Hogar cuenta con personal profesional en cual esta formado por cuatro médicos de los cuales dos de ellos son Geriatras, cuatro Psicólogos, doce Enfermeras Generales, seis Enfermeras Auxiliares, dos Camilleros y cinco Trabajadores Sociales, apoyan pasantes de medicina y de enfermería, también cuenta con el personal de la cocina y de intendencia. Es importante resaltar que se cuenta con el apoyo de un sacerdote y dos ministros de la eucaristía, mismos que prestan sus servicios en forma gratuita motivando a los ancianos y dándoles apoyo espiritual.

## **4.8 RECURSOS MATERIALES.**

### **4.8.1 AREA FISICA.**

La Casa hogar Para Ancianos, cuenta con una superficie en terreno de 6,569m<sup>2</sup>; construido 9,870m<sup>2</sup> y áreas de esparcimiento 797m<sup>2</sup>, dando un total de 17,262m<sup>2</sup>. Comenzando la distribución por la caseta de vigilancia, oficinas de gobierno, vestidores(hombres y mujeres), áreas de servicio, almacén de víveres, cocina, comedor de pacientes y personal, dormitorio de mujeres planta alta y baja, cuarto de maquinas, taller de mantenimiento, motobombas y cisternas, lavaderos, enfermerías(observación, hombres y mujeres), almacén de recursos materiales planta alta, área médica planta alta, estética, lavandería, ropería y planchado, terapia física, auditorio, salón de usos múltiples, taller de terapia ocupacional, dormitorio hombres planta alta y baja, biblioteca, consultorios, capilla, pasillos, áreas verdes y estacionamiento.

## **4.9 LA POBLACION.**

Actualmente se cuenta con una población de 200 ancianos, las tres cuartas partes pertenecen al sexo femenino, por lo tanto, podemos decir que la esperanza de vida es menor en los hombres.

Con una edad promedio de 70 años, lo cual comprueba que efectivamente la esperanza de vida en la tercera edad ha ido en aumento y hay quienes pueden sobrepasar los 100 años de edad. La mayoría de las visitas que reciben los ancianos son sus hijos con sus nietos los cuales únicamente se presentan cada mes aun cuando su obligación es visitarlos por lo menos una vez a la semana según lo marca el reglamento. Para familiares y/o visitas así mismo en menor proporción los visitan su esposo(a) esto se debe a que en la mayoría de los casos la pareja ya falleció. Como ya se menciona existe un abandono por parte de la familia. Dentro de esta misma población se investigó el grado de escolaridad que tienen los ancianos que la mayoría de ellos no concluyó sus estudios, no tenían las mismas oportunidades para estudiar ya que únicamente se limitaba a las labores del hogar. Ya que la población estudiada son en su mayoría mujeres que no concluyeron sus estudios, encontrándose también en menor proporción el analfabetismo, sin embargo esto no es motivo que impida la comunicación entre ellos ya que todos hablan español y se pueden comunicar entre sí. Se pudo encontrar que todos utilizan algún tipo de prótesis siendo la más sobresaliente la dentadura y la de cadera por lo que se comprueba que se debe a la descalcificación y osteoporosis que sufren las personas de esta edad. Lo que queda como resultado que la mayoría de ellos tengan dificultad para la deambulacion, originando la dependencia en distintos grados.

### **III. METODOLOGIA**

#### **3.1 CAMPO DE INVESTIGACIÓN.**

**UNIVERSO DE TRABAJO:** Pacientes seniles no autosuficientes hospitalizados en el servicio de enfermería de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres". División hombres y mujeres.

**GRUPO DE ESTUDIO:** Cincuenta pacientes mayores de 60 años tanto del sexo masculino como femenino.

**TIEMPO:** Septiembre 2000 a Marzo 2001.  
De 08:00 a 14:00 horas.

**ESPACIO:** Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres".

**RECURSOS:** Un pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

#### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

En relación con la hipótesis planteada y los objetivos señalados se clarifica que la investigación fue de tipo biomédico, social y descriptiva por el campo en el que se efectúa, así como transversal por efectuarse en un solo momento.

#### **3.3 SELECCIÓN DE METODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.**

La integración del marco teórico se realizó mediante la investigación bibliográfica relacionada con la geriatría, se buscaron los antecedentes de pacientes seniles, como evaluación y sobre todo los cambios que presentan en el envejecimiento, la historia de las Instituciones que se encargan de proporcionar el cuidado necesario para una mejor atención a los mismos.

Los ancianos que necesitan más atención del personal de enfermería son los que por algunas circunstancias no son autosuficientes para realizar sus actividades de la vida diaria y en las Casa Hogar del DIF se encuentran en un área que a sido designada como Salas de Enfermería y son atendidos como si estuvieran en un hospital. A esta población se le aplicó una encuesta individual sobre su situación en la Casa Hogar, la cual, contenía una ficha de identificación que abarca edad, sexo, estado civil, nivel de autosuficiencia según la escala establecida por los médicos de la Institución, la segunda parte valora el estado integral del paciente, la tercera parte habla del área cognoscitiva, la cuarta parte es acerca del área psicomotora, la quinta parte sobre el área afectiva y por último habla de los lazos familiares, con esto encontramos en que estado de depresión se encuentra en anciano, así como el grado de dependencia para llevar a cabo sus necesidades, además de que estos datos apoyan para clarificar si por parte de la Institución y del personal de enfermería, reciben el apoyo necesario para poder superar sus necesidades.

Los resultados obtenidos se tabularon en cuadros de frecuencia y de comparación. La integración del informe final se realizó a partir de la obtención de los resultados de la encuesta, estableciendo conclusiones y sugerencias.

#### IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados de las encuestas aplicadas a los pacientes geriátricos que residen en la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" del DIF, se observa que la mayoría de la población encuestada fue del sexo femenino, esto lo comparamos con las tablas de población del INEGI de 1995 que muestran tal resultado. La población geriátrica es considerada a partir de los 60 años, en la Casa Hogar se encontró que los pacientes que se encuentran en las Salas de Enfermería tienen más de 80 años de edad y esto nos indica que son personas que normalmente se encuentran solas y ya no tienen familia, dentro de los que están en el rubro de 71 a 75 años, son los más jóvenes y viven dentro de las Casa Hogar tal vez sin problema orgánico aparente pero con algún grado de no autosuficiencia. La mayoría de los ancianos son solteros, esto se relaciona por que muchos de ellos vienen de la provincia y al llegar aquí nunca se casaron o solo tuvieron una pareja la cual pudo haber fallecido y se quedan solos. Al encontrarse sin ningún familiar ingresan a las Casas y en esta observamos que la mayoría tienen más de cuatro años viviendo en la Casa, ya que su familia no los puede atender y creen que al llevarlos tendrán mejor atención, ya que muchos de ellos presentan alguna secuela de enfermedades por lo cual no pueden realizar sus actividades de la vida diaria.

Se encontró que son bastantes los ancianos que pueden realizar sus actividades con alguna ayuda del personal o de su familia. También se ve que hay una gran parte que no son autosuficientes y están "atados" o dependientes de una cama o a un aparato de ruedas, esto se relaciona la mayoría de las veces con enfermedades o por una mala rehabilitación. Todos ellos por su mismo problema no se sienten bien y por eso algunos muestran facies de dolor u otros se encuentran relajados y tranquilos.

Muchos ancianos no pueden caminar ya que como lo mencionamos anteriormente padecen alguna enfermedad que esta ocasionando por los cambios que sufre el organismo con la edad ya que se empieza a deteriorar y hay veces que ya no se pueden mover o necesitan de algún aparato para apoyarse al caminar, como es el uso de bastón o andadera. En toda Institución existe un reglamento el cual los residentes en ellas deben de respetarlo, pero en el área de enfermería la mayoría acata este reglamento ya que se tienen que vestir con lo que la Institución les proporcione. Pero dentro de ese grupo hay una parte de ancianos que les gusta verse bien, y en esos casos se les otorga en el caso de las mujeres vestidos, medias, zapatos y en ocasiones sacos o abrigos; a los hombres se les proporciona pantalones, camisas, calcetines, zapatos. El vestido y arreglo son importante para su autoestima ya que se sienten cómodos y aceptados por los demás.

A veces los pacientes no saben en donde se encuentran y observamos que algunos ancianos no saben dónde están ya que por la edad, las neuronas se van perdiendo progresivamente, las células no son regeneradas, existe una disminución en la corriente sanguínea, lo que ocasiona que se le olviden las cosas, refiriéndose a esto se observó algunos pacientes se encuentran ausentes durante la entrevista ya que respondían incoherentemente.

La escolaridad en este grupo de edad es muy disminuida ya que la mayoría son analfabetas tal vez debido a que son de provincia no asisten a la escuela y cuando llagan a la ciudad buscan empleos en casas como domesticas, jardineros, carpinteros o comerciantes.

Muchos ancianos presentan necesidades para realizar algunas actividades, por ejemplo: a la hora de tomar sus alimentos, los que se encuentran en silla de ruedas pueden comer solos ya que en los brazos no presentan alguna incapacidad y hay una minoría que necesitan del personal de enfermería. En el baño es importante la presencia de enfermería ya que los ancianos no pueden bañarse solos debido a su debilidad o enfermedad, por lo tanto las enfermeras tienen como labor él asearlos, secarlos y sobre todo lubricar a la piel y vestirlos.

Respecto al traslado dentro de la Institución lo hacen de manera asistida, ya sea por el personal de enfermería o por los camilleros ya que la mayoría utilizan silla de ruedas.

Con respecto a las necesidades de eliminación se observa que necesitan de alguna ayuda para ir al sanitario o utilizan pañal, el control de esfínteres se va perdiendo ya que los músculos se relajan demasiado y el paciente ya no tiene control sobre las necesidades de miccionar o defecar.

Existen algunos ancianos que por su edad necesitan algún tipo de prótesis, pero en general la mayoría se encuentran en buen estado de salud o nunca usaron sus prótesis por no considerarlas necesarias (dentarias). Los más relevantes fueron los que utilizan placas dentales ya que por la edad avanzada y una mala higiene se pierden las piezas dentarias.

Cuando se trata a la tercera edad es más difícil de convivir con la demás gente, pero en la Casa Hogar encontramos que la mayoría se lleva bien con sus demás compañeros, con el personal de enfermería y con las personas que los visitan. Hay pacientes que no conviven con nadie y esto ocasiona que siempre estén solos y aislados y al momento de que el personal u otra visita les hable responden agresivamente, aun cuando necesitan ayuda para moverse o trasladarse a otra parte, esta actitud puede ser causada por algún trastorno psicológico. La depresión es muy frecuente en los ancianos y puede ser ocasionada por la toma de medicamentos, por un mal tratamiento durante la juventud o por la pérdida de algún ser querido.

En toda Institución existe algún programa de motivación hacia los ancianos, en el caso del área de enfermería se observo que esta motivación es casi nula ya que la mayoría de los pacientes se encuentran imposibilitados para caminar, la mayoría pudo haber recibido rehabilitación, pero el personal de enfermería no esta preparada o no se encarga de motivar al anciano a que realice sus ejercicios de tal forma que se van perdiendo las habilidades psicomotoras hasta que llega el momento en que los músculos se atrofian. Existe equipo para su rehabilitación solo seria cuestión de que el personal que los cuida los anime y apoye para que salgan adelante.

Al igual que las Instituciones los motiven, también es importante el apoyo de la familia para no sentirse solos, abandonados, imposibilitados, etc. , aquí los favorece mucho el que la visitas los traten con cordialidad, amabilidad y cariño, que los hagan sentir útiles y queridos, esto estimula al anciano y la hace sentirse mejor y que el hecho de que se encuentre en el asilo no significa que no los quieren o que se hallan convertido en un estorbo. La mayoría de los ancianos que residen en esta Casa tiene familia, que son sus hijos, nietos, cónyuge, amigos y hay algunos que cuentan con tutor, los cuales tiene la obligación de ir por lo menos una vez por semana.

Los pacientes que se encuentran en esta Casa, son ingresados por varias causas. pero creo yo que la más importante es por que se encuentran solos, viven en malas condiciones higiénicas, están aislados sin que nadie les pueda ayudar, presentan desnutrición, secuelas de enfermedades, parálisis y sobre todo depresiones muy severas. Otros ingresan porque la familia presenta problemas socioeconómicos, los ingresos son bajos y mantienen a más de cinco personas.

Las personas de la tercera edad necesitan continuamente de atención médica, seguir con su tratamiento y en caso de presentar alguna enfermedad crónico-degenerativa estar en observación y control constante.

Muchas veces los familiares o amigos no tienen la capacidad y los recursos para cuidar a una persona enferma que necesita su propio espacio para trasladarse, necesita una dieta balanceada, medicinas y sobre todo de cuidados especializados necesarios para una pronta rehabilitación, que solo en este tipo de casa se proporciona por el personal de Salud.

Cuando un anciano ingresa y es llevado por un familiar, Trabajo social se encarga de que lo sigan visitando, y que no lo abandonen, normalmente las visitas se hacen de manera voluntaria, fomentando al familiar para que regrese más seguido, ya que su presencia es muy importante para su paciente, además de que se les procura incluir en el cuidado para satisfacer aquellas necesidades sobre todo emocionales que tiene el paciente senil.

Cuando un anciano ve llegar a su familiar, que normalmente son los hijos y sus nietos, le cambian su facies, se alegra, la sonrisa llena su rostro, y sobre todo vuelve a la vida, se siente querido, recuerdan su entorno familiar por lo cual ya no piensan que han sido abandonados, pero hay ciertas excepciones ya que existen ancianos que tienen viviendo en la Casa Hogar más de cuatro años y ya no reciben visitas, esto se debe a que la mayoría de los hijos se olvidan de ellos o radican fuera de la Ciudad.. Los ancianos que menos reciben visitas son los menores de 75 años y se cree que es porque los tiempos han cambiado, el anciano ya no es venerado o puesto en el lugar de consejero y maestro que antes era, existen familias a la que no le interesa acudir a visitarlos ya que piensan que están bien atendidos y que su presencia no es necesaria, pero están equivocados ya que esto repercute en el estado emocional del paciente porque se siente abandonado, aislado de la sociedad, y que ya no le importa a nadie, lo cual ocasiona depresiones severas, lo que puede provocar que el paciente se deje morir.

También cuando el anciano presenta algún tipo de patología y queda con alguna secuela y la familia y la familia no tiene la capacidad para cuidarlo y proporcionarle lo que necesita, o los recursos económicos para darle una buena atención, se les hace fácil ingresarlos a las Instituciones para que reciban una mejor atención.

Dependiendo del grado de autosuficiencia, es el tipo de ayuda que necesita cada paciente, los que son más dependientes del personal de enfermería son los que se encuentran en silla de ruedas, ya que no pueden caminar y necesitan el apoyo para poder moverse de un lado a otro, pasearlos dentro de la Casa Hogar, al igual que para satisfacer sus necesidades higiénicas y de eliminación y solo una pequeña parte necesita ayuda para comer.

Sin embargo recordando el termino de autosuficiente y no autosuficiente se concluye que muchos de los pacientes dentro de esta Sala de enfermería se encuentran no autosuficiente, ya que todos en mayor o menor grado necesitan del personal de enfermería para apoyar en funciones de movilidad, higiene, eliminación, baño, etc.

## V. CONCLUSIONES

Después de haber realizado la investigación de las necesidades físicas y emocionales de los ancianos que residen en la Casa Hogar "Vicente García Torres" del DIF y la importancia de la intervención del profesional de Enfermería, se llegó a la siguiente conclusión:

El cuidado requiere de un proceso para su ejecución, debe llevarse a cabo en forma organizada y con humanismo, el profesional de enfermería desde el momento de haber cursado por toda una preparación educativa para su quehacer, tiene la obligación de otorgar esta atención.

En el anciano la tristeza tiende a invadirlo, lo que puede llevar a menor actividad, menor placer, menos oportunidad de disfrutar las cosas buenas y bellas de la vida. La **movilidad** se considera un requisito previo para la independencia como ya lo hemos mencionado, muchos de estos ancianos se ven limitados en ella y por tanto se encuentran confinados a un solo espacio, lo que hace que otras necesidades no pueda satisfacer. La enfermera es el profesional de tiempo completo en esta estancia conjunta y ayuda al anciano a hacer mas llevadera su vida.

Las bases académicas de los egresados de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, son de un alto nivel que en cualquier ámbito profesional que quieran desempeñarse podrán evidenciar sus habilidades, capacidades teórico-prácticas, que les permitan responder a las necesidades de salud detectadas en cualquier etapa de la vida.

La tercera edad es una etapa en la cual los pacientes necesitan de muchos cuidados, los cuales son proporcionados por el personal de salud, pero específicamente por el área de enfermería. En el caso de los pacientes que residen en este tipo de Instituciones presentan muchas necesidades las cuales pueden ser atendidas con todo profesionalismo por parte del Licenciado en Enfermería y Obstetricia o enfermeras especialistas en geriatría.

Cuando un paciente necesita de un cuidado específico enfermería esta presente, al asistirlo en su alimentación ya sea por vaso o cuchara o de sonda gástrica. seguir un tratamiento médico, ayudarlo a movilizarse, aplicando técnicas de movilización de pacientes, dando la rehabilitación indicada para una pronta mejoría, asistiendo en su higiene, proporcionando los aditamentos para la misma, ayudar con sus necesidades de eliminación, aplicando técnicas de cambio de sonda Foley, enemas de evacuación, higiene de colostomias y cambio de pañal y lo mas importante tratarlo como ser humano, respetando sus valores y creencias, su forma de pensar, hacerlo útil para la sociedad, reconfortarlo, escucharlo, tratarlo de forma individual, orientar a la familia a que sea más cortés con él, que no lo abandonen, que lo visiten con frecuencia, que si es posible lo lleven a pasear, hacerlo sentir que esta como en casa, es muy importante hacer recalcar este punto ya que el anciano se sentirá útil y querido por lo cual él hará todo lo posible por seguir adelante y concluir sus tratamientos y su rehabilitación adecuadamente.

## VI. SUGERENCIAS

Al término de la investigación, se encontraron algunas fallas, las cuales pueden remediarse, con la colaboración de todos.

Se sugiere que desde el director de la Institución hasta el personal de intendencia, sean más humanos con los ancianos, que los traten con amabilidad y cariño, que no los hagan menos y mucho menos cuando se encuentran enfermos, que no los traten como muebles y que cada día que empieza sea diferente, hay que matar la rutina, enseñarles cosas nuevas e interesarse por ellos.

El personal que labora en esta Casa Hogar, en el área médica y de enfermería debería de tener una especialidad en Geriatria, o minimamente un curso de cuidados al paciente geriátrico, ya que hay veces que no se les da a los pacientes los cuidados necesarios y se tratan con toda ligereza, olvidando sus necesidades u omitiéndolas.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

## VII. BIBLIOGRAFIA

1. **ALATORRE, WYNTER EDDA R.** Desarrollo histórico de enfermería en México. ENEO-UNAM. México 1984.
2. **AMARO GONZALEZ, ROSA** Vejez etapa de realización suprema. México, INSEN 1994.
3. **ARRIOJA GUERRERO, GLORIA** La anciana y en concepto familiar un análisis clínico. Psicología. UNAM. México 1988.
4. **AYALA GUERRERO, ALEJANDRO** Estudio de las relaciones interpersonales en los ancianos confinados en albergues. Universidad Intercontinental. México 1983.
5. **ANORMAN, EXON S.** Tratados de Geriátría. Editorial Limusa. Barcelona España 1986.
6. **BROOM, SELZNICK** Esenciales de Sociología. Editorial CECSA. México 1989.
7. **BRUNNER, SUDDARTH** Enfermería Médico-Quirúrgica. Editorial Interamericana. 6ª. Edición. México 1991.
8. **BUTLER N, ROBERT L.** El sexo después de los 60's. Editorial El Ateneo. México 1989.
9. **CARNEVALLI, DORIS** Tratado de Enfermería Geriátrica. Editorial Interamericana 2ª edición. México 1988.

10. DWAL.MEZEY  
Evaluación de la salud en el anciano.  
Editorial La prensa Médica Mexicana.  
México 1984.
11. GOMEZ JARA, FRANCISCO  
Sociología: Editorial Porrúa 23ª edición.  
México 1992.
12. HUERTA GONZALEZ, LUZ ALICIA  
Sexualidad SSA. La mujer adolescente,  
adulto y su salud. Dirección General de  
Salud Materno-Infantil. Programa  
Nacional "Mujer, salud y  
desarrollo" México 1992.
13. HAMARO L. WINERA  
Neurología, elementos para diagnóstico.  
Editorial Limusa. México 1981.
14. INEGI  
Anuario de Estadísticas por entidad  
federativa. Edición 1999.
15. LANGARCA SALAZAR, RAQUEL  
Gerontología y Geriatria. Editorial  
Interamericana. México 1986.
16. MARCHAIS P.  
Proceso Psicopatológico en el adulto.  
Editorial La prensa <médica Mexicana.  
México 1985.
17. MEDINA ROCHA, LUZ MA.  
Desarrollo Científico de la Enfermería.  
Editorial Comparativos en Medios de  
Comunicación. México 1994.
18. MERCK, CON INC  
El Manual de Merck de Geriatria.  
Editorial Doyma. Barcelona España  
1990.
19. MOURA R.D.Z  
Enfermería Ortopédica. Editorial  
Interamericana. México 1984.

20. **MURIEL, SKIT** Urgencias y primeros auxilios. Editorial El Manual Moderno 2ª edición. México 1991.
21. **NELS, ANDERSON** Sociología de la comunicación urbana. Una perspectiva mundial. Editorial F.C.E. México 1990.
22. **NICOLAS, CONY** Geriatria. Editorial El Manual Moderno. México 1990.
23. **PRIETO DE NICOLO** Geriatria. Editorial El Manual Moderno. México 1995.
24. **RONALD, CAPE** Geriatria. Editorial Salvat Editores. Barcelona España 1982.
25. **SALGADO, ALBERTO** Manual de Geriatria. Editorial Salvat Editores. México 1992.
26. **SAYMOOR, L. HALPERN** Manual de Nutrición Clínica. Editorial Limusa 1ª edición. México 1984.
27. **WILLIAM, RERCIDEL** Aspectos clínicos del envejecimiento. Editorial El Ateneo. Argentina 1981.

## VIII. ANEXOS

## CUADROS Y GRAFICAS

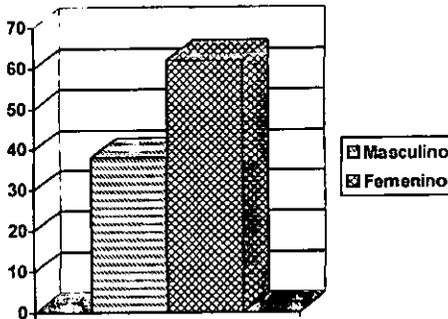
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 1

Distribución de sexo en pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos  
"Vicente García Torres" DIF Enero 2001

Sexo	Fo.	%
Masculino	19	38
Femenino	31	62
Total	50	100

Fuente: Guía de  
Observación aplicados a  
residentes de la Casa Hogar  
Para Ancianos "Vicente  
García torres" Enero 2001



Fuente: Cuadro No. 1

En el presente cuadro observamos que el 62% de la población estudiada en la Sala de Enfermería es del sexo femenino y el 38% es del sexo masculino.

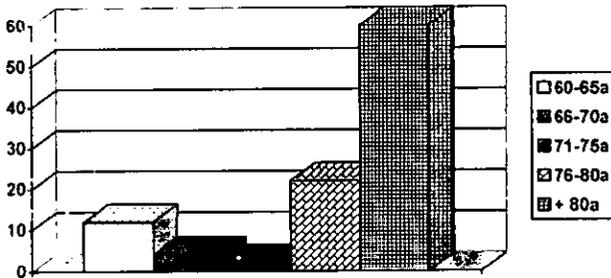
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 2

Edad de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Edad	Fo.	%
60 - 65 a	6	12
66 - 70 a	2	4
71 - 75 a	1	2
76 - 80 a	11	22
+ 80 a	30	60
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 2

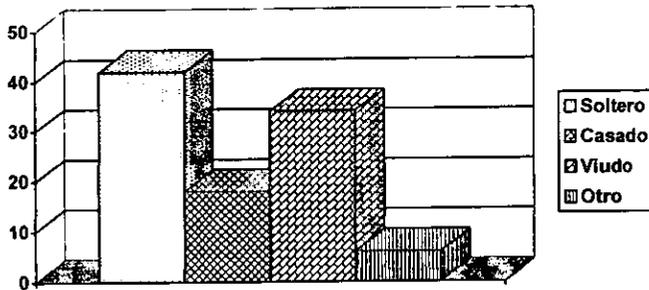
Aquí observamos que el 60% de los pacientes encuestados tienen más de 80 años, el 22% abarca entre los 76-80 años de edad y solo el 2% tienen entre 71-75 años de edad.

Cuadro No. 3

Estado Civil de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para  
Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Estado Civil	Fo.	%
Soltero	21	42
Casado	9	18
Viudo	17	34
Otros	3	6
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 3

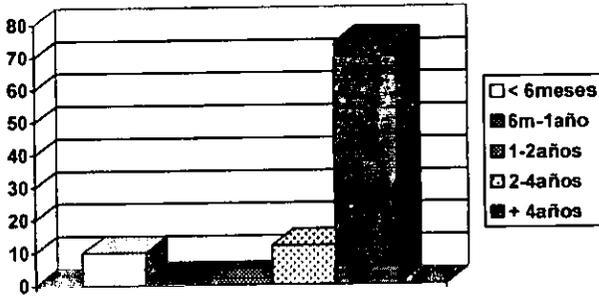
En este cuadro observamos que el 42% de los ancianos son solteros, el 34% son viudos y el 6% se encuentran en otro estado civil, por ejemplo: son separados o viven en unión libre.

Cuadro No. 4

Fecha de ingreso de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Tiempo	Fo.	%
< 6 meses	5	10
6m - 1 años	1	2
1 - 2 años	1	2
2 - 4 años	6	12
+ 4 años	37	74
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No.1



Fuente: Cuadro No.4

Respecto al tiempo de residencia observamos que el 74% de los pacientes encuestados tienen más de 4 años viviendo en la Casa Hogar, el 12% tiene entre 2-4 años en la Casa y el 2% solo tiene de 6 meses a 1 año.

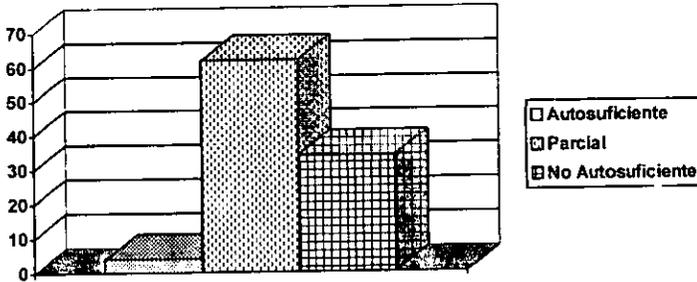
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 5

Grado de autosuficiencia de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar  
 Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Grado	Fo.	%
Autosuficiente	2	4
Parcial	31	62
No Autosuficiente	17	34
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No.1



Fuente: Cuadro No. 5

En el siguiente cuadro observamos que el 62% de los ancianos tienen un grado de autosuficiencia parcial para realizar sus actividades, el 34% no autosuficiente y necesitan la ayuda del personal de enfermería y solo el 4% son autosuficientes.

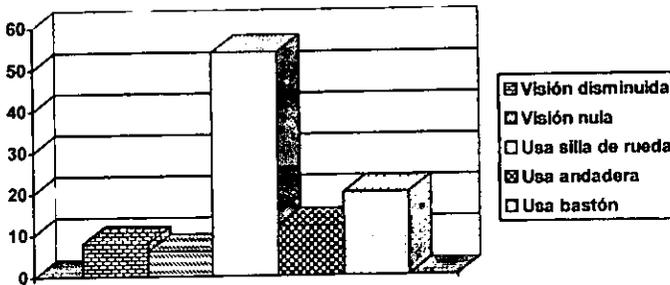
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 6

Dificultad o incapacidad que presentan los pacientes geriátricos de la Casa  
 Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Dificultad	Fo.	%
Visión disminuida	4	8
Visión nula	3	6
Usa silla de ruedas	27	54
Usa andadera	6	12
Usa bastón	10	20
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No.6

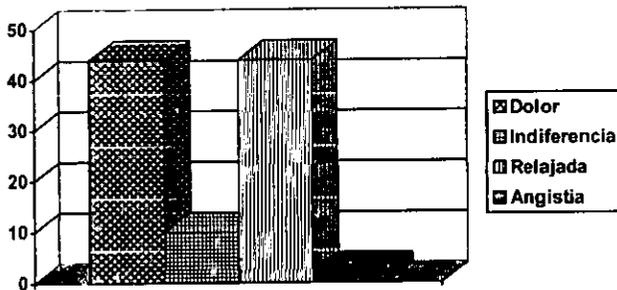
En el presente cuadro podemos observar que el 54% de los pacientes geriátricos tienen dificultad para movilizarse y utilizan silla de ruedas, el 20% utiliza bastón para movilizarse y el 12% usan andadera.

Cuadro No. 7

Facies en los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos  
 "Vicente García Torres" DII'

Facies	Fo.	%
Dolor	22	44
Indiferencia	5	10
Relajada	22	44
Angustiada	1	2
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No.1



Fuente: Cuadro No.7

Referente a las facies de los ancianos cuando se les realizo la encuesta la mayoría se encontraron con dolor y relajados(44% por cada uno), el 10% con indiferencia y solo el 2% con angustia.

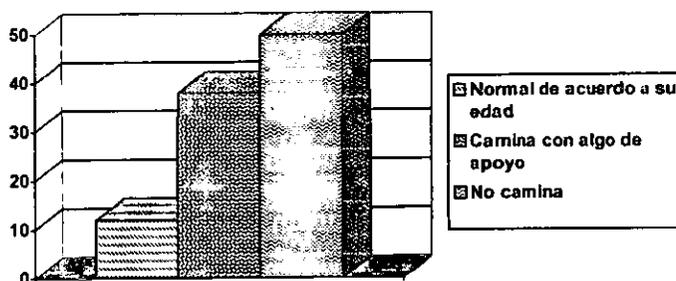
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 8

Tipo de marcha de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos  
"Vicente García Torres" DIF

Marcha	Fo.	%
Normal de acuerdo a su edad	6	12
Camina con algo de apoyo	19	38
No camina	25	50
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 8

Respecto a la marcha de los pacientes ancianos encontramos que el 50% de los pacientes no caminan que están totalmente imposibilitados y necesitan la ayuda del personal de enfermería, el 38% camina con algún tipo de apoyo (ayuda del personal, bastón o andadera) y el 12% camina de acuerdo a su edad.

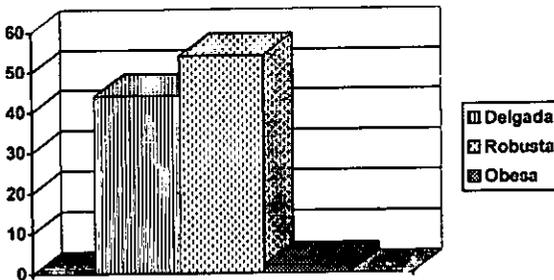
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 9

Tipo de complexión de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos  
"Vicente García Torres" DIF

Complexión	Fo.	%
Delgada	22	44
Robusta	27	54
Obesa	1	2
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No 9

Aquí observamos la complexión de los ancianos y encontramos que el 54% son robustos, el 44% son delgados y el 2% están obesos, por lo cual vemos que están en buen estado nutricional.

Robusta: Individuo corpulento.

Obeso: Acumulación de grasa en el cuerpo.

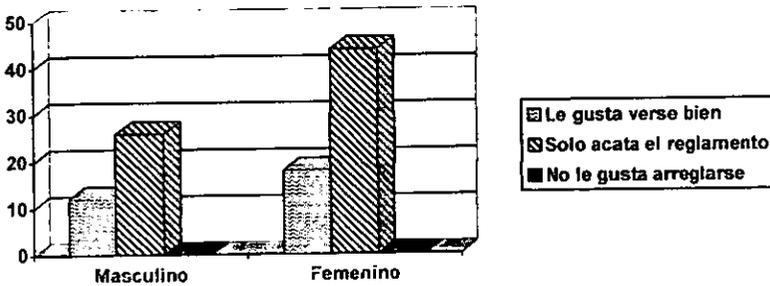
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 10

Cuidad hacia su arreglo personal en ambos sexos de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Arreglo	Masculino		Femenino	
	Fo.	%	Fo.	%
Le gusta verse bien	6	12	9	18
Solo acata el reglamento	13	26	22	44
No le gusta arreglarse	0	0	0	0
Total	19	38	31	62

Fuente: Ibidem Cuadro No.1



Fuente: Cuadro No. 10

En el presente cuadro observamos que en el arreglo personal en las mujeres encontramos que el 44% solo acata el reglamento, el 18% le gusta verse bien. En casa de los hombres el 26% solo acata el reglamento en su arreglo personal y el 12% le gusta verse bien.

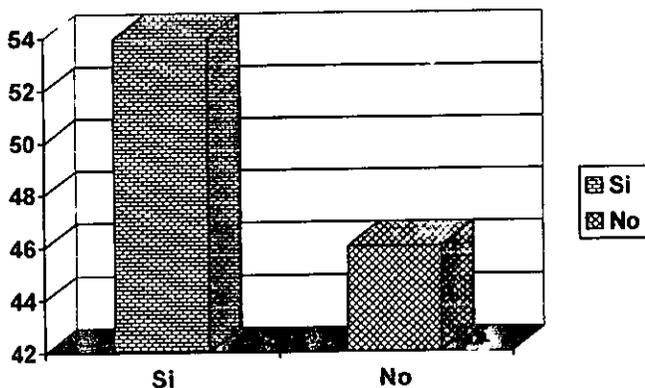
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBTETRICIA

Cuadro No. 11

Valoración del área cognoscitiva sobre ubicación en Tiempo, Lugar y Espacio en pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Ubicación	Si		No	
	Fo.	%	Fo.	%
Lugar, Tiempo y Espacio	27	54	23	46
Total	27	54	23	46

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 11

Aquí observamos el área cognoscitiva de los pacientes geriátricos valorando el Lugar, Tiempo y Espacio, encontramos que el 54% SI está ubicado en las tres esferas y el 46% NO están ubicados y necesitan de la asistencia del personal de enfermería

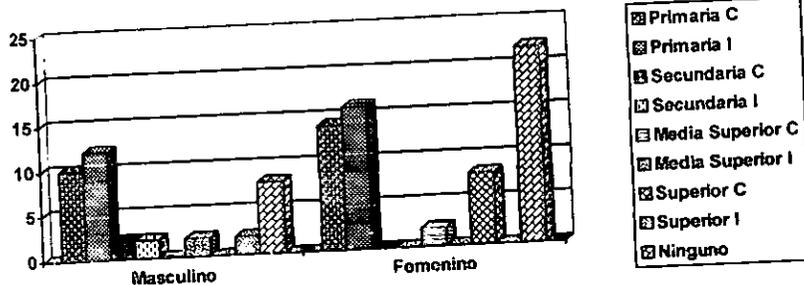
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBTETRICIA

Cuadro No. 12

Escolaridad en pacientes geriátricos de la Casa Hogar  
 Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Escolaridad		Masculino		Femenino	
		Fo.	%	Fo.	%
Primaria	C	5	10	7	14
	I	6	12	8	16
Secundaria	C	1	2	0	0
	I	1	2	0	0
Media Superior	C	0	0	0	2
	I	1	2	1	0
Superior	C	0	0	4	8
	I	1	2	0	0
Ninguno		4	8	11	22
Total		19	38	31	62

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No.12

Respecto a la escolaridad observamos que la mayoría de los hombres (10% y 12) tienen una primaria completa o incompleta y un 8% son analfabetas. En las mujeres el 14% y 16% tienen su primaria completa e incompleta respectivamente, y en este sexo si se observa un 22% de analfabetismo.

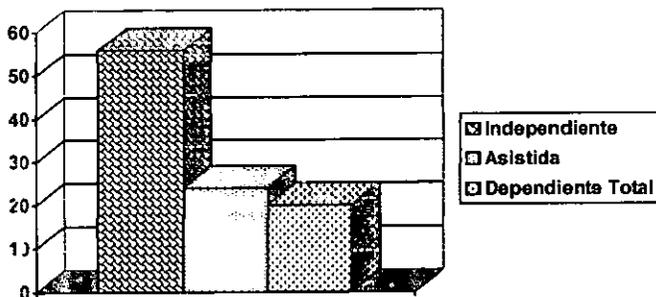
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 13

Necesidad de asistencia para la toma de los alimentos de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Necesidad	Fo.	%
Independiente	28	56
Asistida	12	24
Dependiente Total	10	20
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 13

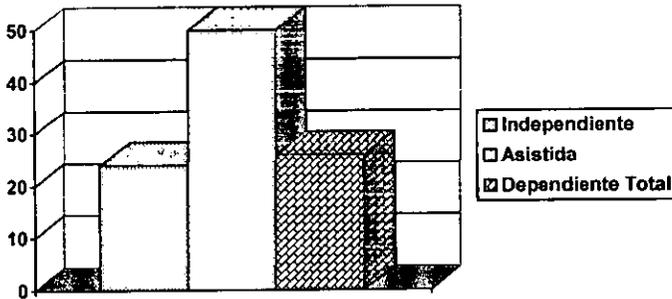
En este cuadro observamos el grado de dependencia de los pacientes a la hora de tomar sus alimentos y encontramos que el 56% son independientes, el 25% comen con ayuda del personal de enfermería y el 20% son totalmente dependientes de enfermería.

Cuadro No. 14

Necesidad de asistencia para la higiene personal de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Necesidad	Fo.	%
Independiente	12	24
Asistida	25	50
Dependiente	13	30
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 14

En este cuadro observamos las necesidades de higiene personal de los ancianos y encontramos que el 50% necesita del personal de enfermería para el baño, el 26% es dependiente total de enfermería y solo el 24% es independiente para el baño.

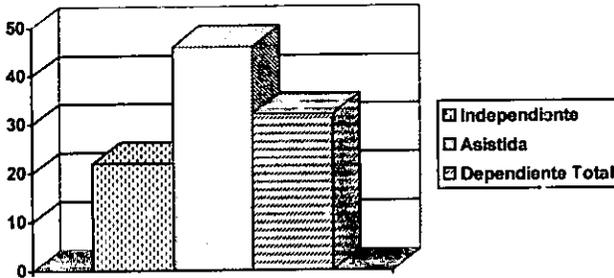
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 15

Necesidad de asistencia para el traslado de un lugar a otro de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Necesidad	Fo.	%
Independiente	11	22
Asistida	23	46
Dependiente Total	16	32
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 15

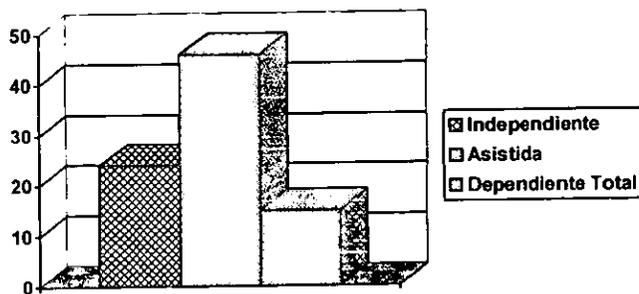
Respecto al traslado de los pacientes geriátricos dentro de la Institución se observó que el 46% se mueven con ayuda de alguien, el 32% son totalmente dependientes del personal de enfermería y el 22% se mueve de manera independiente por toda la Casa Hogar.

Cuadro No. 16

Necesidad de asistencia para cambio de ropa de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Necesidad	Fo.	%
Independiente	12	24
Asistida	23	46
Dependiente Total	15	30
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 16

Aquí observamos el grado de asistencia para el cambio de ropa y encontramos que el 46% necesita de ayuda del personal de enfermería, el 30% es totalmente dependiente de enfermería y el 24% es independiente y no necesita de ayuda.

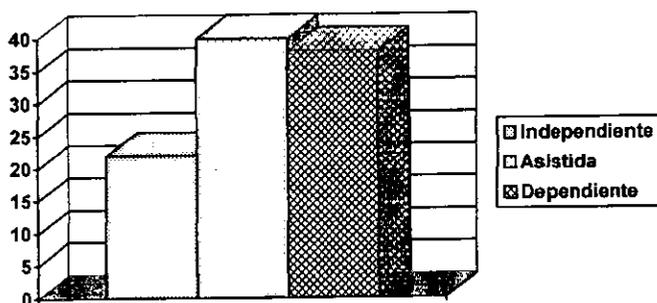
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 17

Necesidad de asistencia para las necesidades de eliminación de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Necesidad	Fo.	%
Independiente	11	22
Asistida	20	40
Dependiente	19	38
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 17

En el presente cuadro observamos que el 40% de los pacientes requieren de asistencia para acudir al sanitario, un 38% es totalmente dependiente de enfermería y solo el 22% no requiere de ayuda para llevar a cabo su necesidad de eliminación.

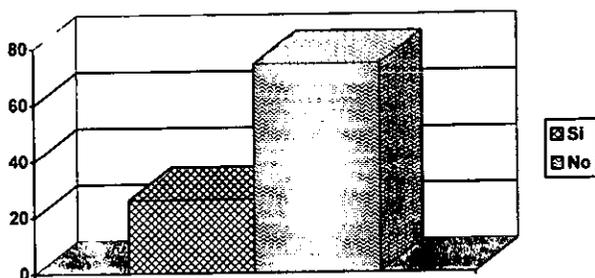
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 18

Uso de alguna prótesis en los pacientes geriátricos  
de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Prótesis	Fo.	%
Si	13	26
No	37	74
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 18

Respecto al uso de prótesis tenemos que el 76% de los pacientes encuestados no utilizan prótesis ya que están en área de enfermería y el personal no se las proporcionan, el 24% si utilizan algún tipo de prótesis.

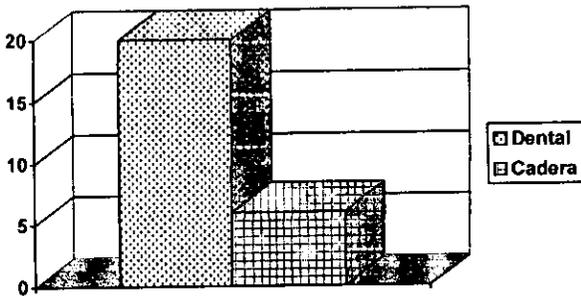
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 19

Tipos de prótesis que utilizan los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Prótesis	Fo.	%
Dental	10	20
Cadera	3	6
Total	13	26

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 19

Respecto a los tipos de prótesis que utilizan los pacientes geriátricos observamos que el 20% utiliza prótesis dental y solo el 6% tienen prótesis de cadera, lo cual indica que nuestro 100% solo serían 13 pacientes.

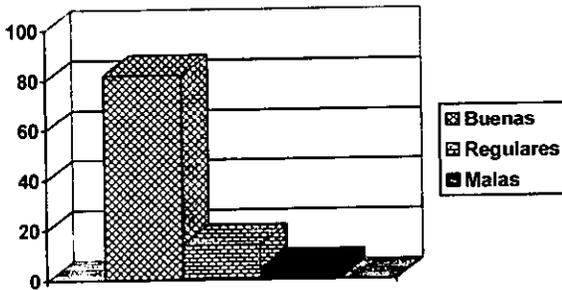
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 20

Tipos de relación con sus compañeros de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Relaciones	Fo.	%
Buenas	41	82
Regulares	7	14
Malas	2	4
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 20

Hablando de las relaciones entre los pacientes, encontramos que el 82% de ellos se llevan bien con los demás, el 14% son regulares y solo el 4% son malas y no interactúan con nadie.

- Buenas: Son aquellas en las que los individuos conviven sin ningún problema.
- Regulares: Es donde los individuos tienen pequeñas diferencias entre sí.
- Malas: Son cuando los individuos no pueden establecer ningún tipo de relación.

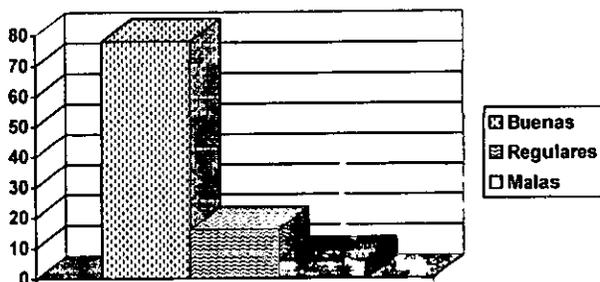
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 21

Tipos de relación que hay entre el personal y los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Relaciones	Fo.	%
Buenas	39	78
Regulares	8	16
Malas	3	6
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 21

En el presente cuadro observamos las relaciones entre el personal de enfermería y los ancianos y encontramos que el 78% se llevan bien entre si, el 16% son regulares y el 6% presentan diferencia y por lo tanto son malas.

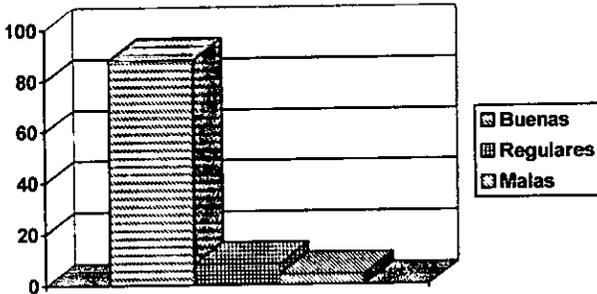
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 22

Tipos de relación con sus visitas de los pacientes geriátricos  
de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Relaciones	Fo.	%
Buenas	44	88
Regulares	4	8
Malas	2	4
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 22

Aquí observamos la relación que existe entre los pacientes y las personas que los visitan y encontramos que el 88% se llevan bien con sus familiares, el 8% son regulares y solo el 4% tienen malas relaciones con sus familiares.

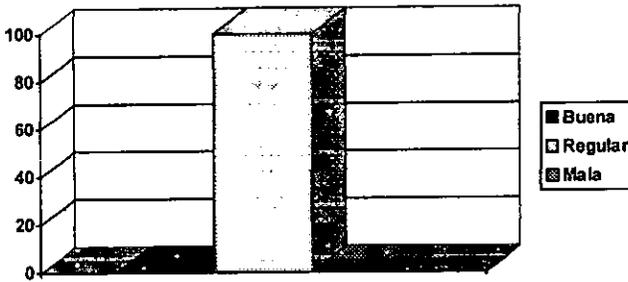
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 23

Valoración de la motivación hacia el paciente geriátrico para una estancia agradable por parte de la Institución "Vicente García Torres" DIF

Motivación de la Institución	Fo.	%
Buena	0	0
Regular	50	100
Mala	0	0
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 23

En el siguiente cuadro se observa la motivación por parte de la Casa Hogar hacia los ancianos y encontramos que el 100% de los encuestados piensan que es regular, ya que sienten que no tienen la suficiente atención.

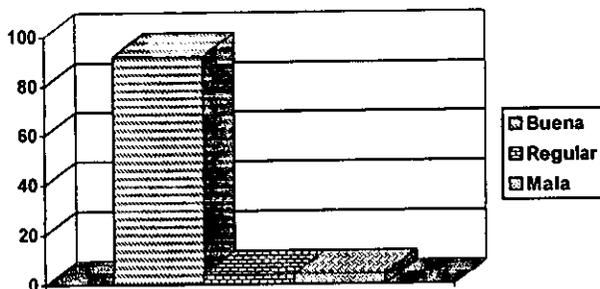
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 24

Valoración de la motivación hacia el paciente geriátrico para una estancia agradable por parte de los visitantes de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Motivación de los visitantes	Fo.	%
Buena	46	92
Regular	2	4
Mala	2	4
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 24

Respecto a la motivación de las personas que visitan la Casa Hogar observamos que el 92% de los pacientes piensan que es buena, ya que los alientan y los comprenden y el 4% piensan que son regulares y malas ya que se sienten desplazados.

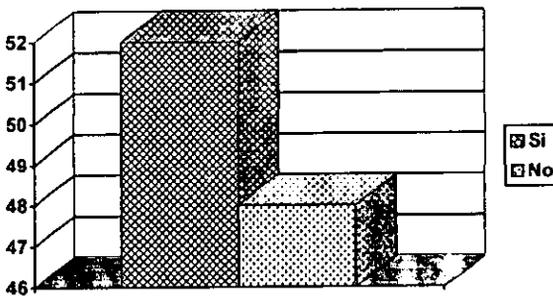
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 25

Existencia de lazos familiares de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Tiene Familia	Fo.	%
Si	26	52
No	24	48
Total	50	100

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No.25

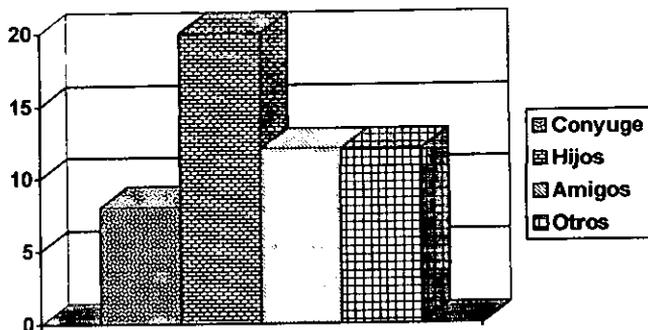
En el presente cuadro observamos que el 52% de los ancianos tienen familia que los visitan en la Casa Hogar y el 48% no tiene familia.

Cuadro No. 26

Quien visita a los pacientes geriátricos de la Casa Hogar  
 Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Visitan	Fo.	%
Cónyuge	4	8
Hijos	10	20
Amigos	6	12
Otros	6	12
Total	26	52

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 26

En el presente cuadro encontramos que los familiares que visitan a los ancianos y observamos que el 20% son hijos de los pacientes, el 8% son cónyuge y el 12% son amigos, hermanos, vecinos o responsables de los ancianos.

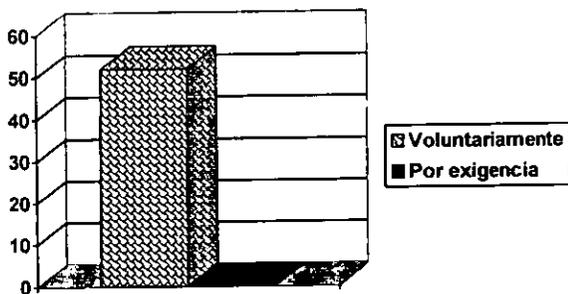
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 27

Mecanismo para asistir a la visita del paciente geriátrico de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Mecanismo	Fo.	%
Voluntariamente	26	52
Por exigencia	0	0
Total	26	52

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 27

Con respecto al mecanismo de visita de los familiares de los ancianos encontramos que al 52% que recibe visitas lo hacen de manera voluntaria.

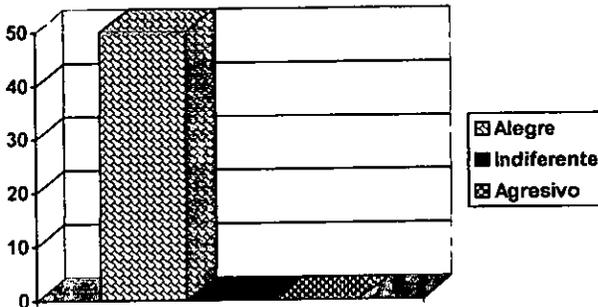
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 28

Actitud del anciano ante sus familiares al visitarlos en Casa  
 Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Actitud	Fo.	%
Alegre	25	50
Indiferente	0	0
Agresivo	0	0
Total	25	50

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro no. 28

En el siguiente cuadro observamos la actitud de los pacientes geriátricos ante la presencia de sus familiares y encontramos que el 59% de los que reciben visitas se encuentran alegres de verlos.

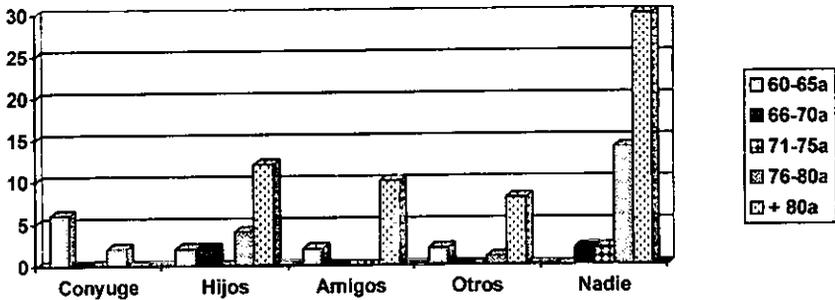
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 29

Relación de la edad con las visitas de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Edad	VISITAN										Total
	Cónyuge		Hijos		Amigos		Otros		Nadie		
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	
60 - 65 a	3	6	1	2	1	2	1	2	0	0	6
66 - 70 a	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2	2
71 - 75 a	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1
76 - 80 a	1	2	2	4	0	0	1	1	7	14	11
+ 80 a	0	0	6	12	5	10	4	8	15	30	30
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>48</b>	<b>50</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 29

En este cuadro observamos la relación que existe entre la edad de los pacientes con las personas que los visitan y encontramos que entre 60-65ª el 6% los visitan sus cónyuges, los que tienen más de 80ª el 12% los visitan sus hijos, el 10% son amigos, el 8% tienen otras visitas y el 30% de los pacientes que reciben visitas están entre los 76-80ª y el 14% no reciben visitas.

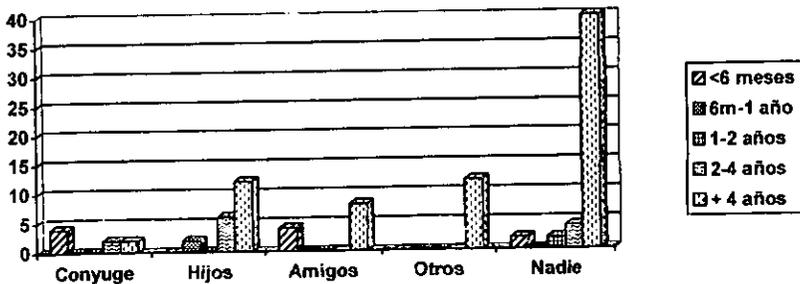
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 30

Relación del tiempo de estancia con las visitas que reciben los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

Tiempo	VISITAN										Total
	Cónyuge		Hijos		Amigos		Otros		Nadie		
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	
< 6 meses	2	4	0	0	2	4	0	0	1	2	5
6m - 1 año	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1
1 - 2 años	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1
2 - 4 años	1	2	2	4	0	0	0	0	2	4	6
+ 4 años	1	2	2	4	8	16	6	12	20	40	37
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>48</b>	<b>50</b>

Fuente: Ibidem Cuadros No. 1



Fuente: Cuadro No. 30

Aquí observamos la relación que hay entre el tiempo de estancia de los ancianos y la familia que los visita y encontramos que los que tienen < 6 meses el 4% los visitan sus cónyuges, los de más de 4 años el 12% los visitan sus hijos, el 8% son amigos, el 12% tienen otro parentesco y el 40% no recibe visitas.

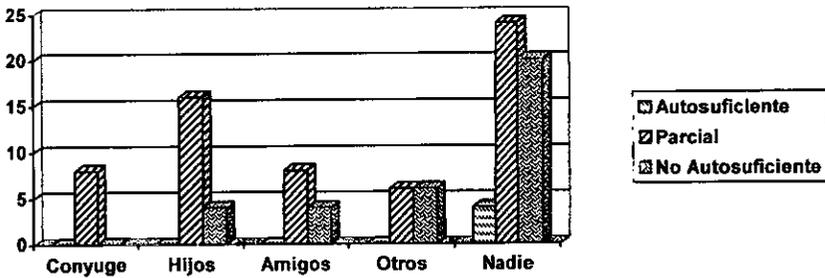
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 31

Relación del grado de autosuficiencia con las visitas de los pacientes geriátricos de la Casa  
 Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

VISITAN											
Grado de Autosuficiencia	Cónyuge		Hijos		Amigos		Otros		Nadie		Total
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	
Autosuficiente	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	2
Parcial	4	8	8	16	4	8	6	12	12	24	31
No Autosuficiente	0	0	2	4	2	4	6	12	10	20	17
Total	4	8	10	20	6	12	12	24	24	48	50

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 31

En el presente cuadro observamos la relación del grado de autosuficiencia con las visitas que reciben los ancianos y encontramos que el 8% que son parcialmente autosuficientes los visitan sus cónyuges, el 16% sus hijos y el 24% no reciben visitas. El 20% de los pacientes no autosuficientes no reciben visitas.

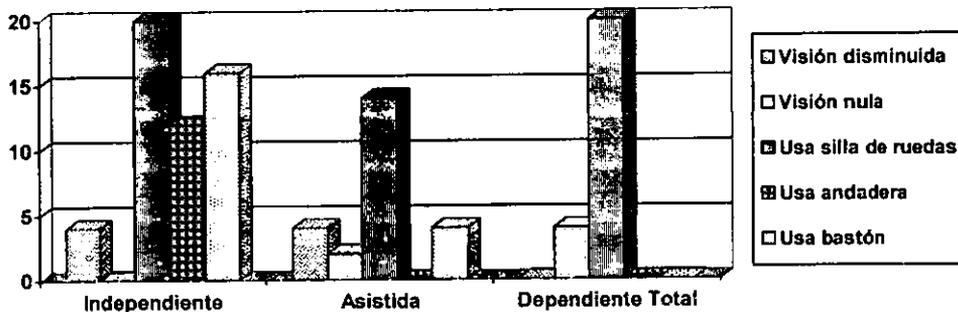
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 32

Relación del tipo de dificultad o incapacidad y las necesidades de alimento de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

GRADO DE NECESIDAD DE ALIMENTO							Total
Dificultad	Independiente		Asistida		Dependiente Total		
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	
Visión disminuida	2	4	2	4	0	0	4
Visión nula	0	0	1	2	2	4	3
Usa sillas de ruedas	10	20	7	14	10	20	27
Usa andadera	6	12	0	0	0	0	6
Usa bastón	8	16	2	4	0	0	10
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>36</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>50</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 32

Respecto a la relación que existe entre el tipo de dificultad o incapacidad y las necesidades de alimento encontramos que el 20% de los pacientes que usan silla de ruedas son independientes para comer, el 16% usan bastón y comen solos y el 8% de visión disminuida o nula también comen solos. Los que necesitan asistencia encontramos que el 14% usan silla de ruedas, él & 5 de visión disminuida o nula y el 4% usan bastón. Y los que son totalmente dependientes del personal de enfermería el 20% se encuentran en silla de ruedas.

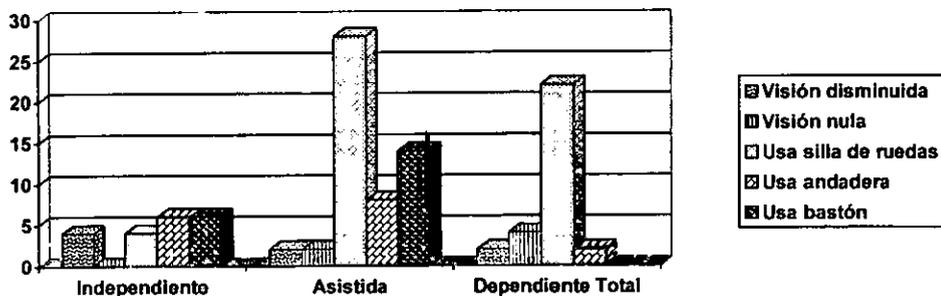
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 33

Relación del tipo de dificultad o incapacidad y las necesidades de higiene personal de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

GRADO DE NECESIDAD DE HIGIENE PERSONAL							
Dificultad	Independiente		Asistida		Dependiente Total		Total
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	
Visión disminuida	2	4	1	2	1	2	4
Visión nula	0	0	1	2	2	4	3
Usa sillas de ruedas	2	4	14	28	11	22	27
Usa andadera	3	6	4	8	1	2	6
Usa bastón	3	6	7	14	0	0	10
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>54</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>50</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 33

En este cuadro observamos la relación que existe entre el grado de dificultad o incapacidad con las necesidades de higiene de los pacientes geriátricos y encontramos que el 8% de visión disminuida o nula realizan su higiene de manera independiente, los que la realizan en forma asistida son el 24% y usan silla de ruedas, el 14% usan bastón y los que son dependientes del personal de enfermería el 22% usan silla de ruedas.

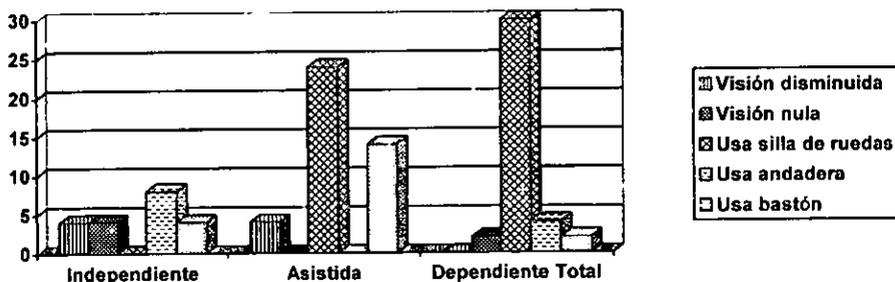
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuadro No. 34

Relación del tipo de dificultad o incapacidad y las necesidades de eliminación de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar Para Ancianos "Vicente García Torres" DIF

GRADO DE NECESIDAD DE ELIMINACION							
Dificultad	Independiente		Asistida		Dependiente Total		Total
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	
Visión disminuida	2	4	2	4	0	0	4
Visión nula	2	4	0	0	1	2	3
Usa sillas de ruedas	0	0	12	24	15	30	27
Usa andadera	4	8	0	0	2	4	6
Usa bastón	2	4	7	14	1	2	10
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>19</b>	<b>38</b>	<b>50</b>

Fuente: Ibidem Cuadro No. 1



Fuente: Cuadro No. 34

Sobre la relación que existe con el grado de dificultad o incapacidad y la necesidad de eliminación de los ancianos observamos que los que son independientes el 10% son de visión disminuida o nula y el 8% usan andadera, los que necesitan un poco de ayuda el 24% usan silla de ruedas y el 14% usan bastón. Y de los pacientes que son totalmente dependientes del personal de enfermería encontramos que el 30% se encuentra en silla de ruedas.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

“La situación del anciano en las Instituciones de atención Geriátrica”

Cédula de Observación

I. DATOS DE INFORMACION.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Lugar de Procedencia: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Fecha de ingreso a la Institución: \_\_\_\_\_ Grado de Autosuficiencia:  
Autosuficiente  
Parcial  
No autosuficiente

II. VALORACION GENERAL.

Facies.

- a) dolor
- b) indiferencia
- c) relajada
- d) angustia

Marcha.

- e) normal de acuerdo a su edad
- f) camina con apoyo de algo
- g) no camina esta totalmente imposibilitado

Complexión física

- a) delgada
- b) robusta
- c) obesa

Arreglo personal en el hombre

- a) le gusta verse bien
- b) solo ataca el reglamento interno
- c) no le gusta arreglarse

Arreglo personal en la mujer

- a) la gusta verse bien
- b) solo ataca el reglamento interno
- c) no le gusta arreglarse

### III. VALORACION DEL AREA COGNOSCITIVA.

a) Ubicación

tiempo	SI	NO
lugar	SI	NO
espacio	SI	NO

b) Grado de escolaridad

COMPLETA

INCOMPLETA

Primaria

Secundaria

Media Superior

Superior o equivalente

Ninguno

c) Saben leer?

SI

NO

### IV. VALORACION DEL AREA PSICOMOTORA.

a) A la hora de tomar sus alimentos lo hace de manera:

- independiente
- asistida
- dependiente total

b) Su higiene personal la realiza de manera:

- independiente
- asistida
- dependiente total

c) El traslado de un lugar a otro dentro de la misma institución es de manera:

- independiente
- asistida
- dependiente total

d) El cambio de ropa lo realiza de manera:

- independiente
- asistida
- dependiente total

e) Como satisface sus necesidades de orina y defecación:

- independiente
- asistida
- dependiente total

f) Utiliza alguna prótesis?                      SI                      . NO

¿Cuál (es)?

## V. VALORACION DEL AREA AFECTIVA.

a) La relación que tiene con sus compañeros es:

- buena
- regular
- mala

b) Las relaciones que existen entre el personal y el anciano son:

- buenas
- regulares
- malas

c) Las relaciones con las personas visitantes son:

- buenas
- regulares
- malas

d) El tipo de motivación por parte de la Institución es:

- buena
- regular
- mala

e) El tipo de motivación por parte de las personas visitantes es:

- buena
- regular
- mala

## VI. VALORACION DE LAZOS FAMILIARES.

- |                                 |    |    |
|---------------------------------|----|----|
| a) Tiene familia?               | SI | NO |
| b) Recibe visitas?              | SI | NO |
| c) Quién(es)?                   | SI | NO |
| d) Que parentesco tiene con él? | SI | NO |

e) A través de que mecanismos se visita al anciano?

- voluntariamente
- por exigencia de la Institución

f) Que actitud tiene el anciano para sus familiares?

- alegre
- indiferente
- agresivo

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**Cronograma de Actividades**

	1,2,3,4 Septiembre	1,2,3,4 Octubre	1,2,3,4 Noviembre	1,2,3,4 Diciembre	1,2,3,4 Enero	1,2,3,4 Febrero	1,2,3,4 Marzo
1 - Elaboración de Protocolo de Investigación.							
2 - Integración de Marco Teórico.							
3 - Entrega de Protocolo.							
4 - Aprobación del Proyecto.							
5 - Aplicación de Prueba Piloto							
6 - Aplicación de Instrumento.							
7 - Tabulación y Conclusiones.							
8 - Elaboración de Conclusiones.							
9 - Integración del Instrumento como opción de Titulación							
10 - Entrega del Informe.							

Realizado por: **Mónica Cornejo Delgado.**