

00921
140



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Autoriza a la Dirección General de Bibliotecas de
UNAM a difundir en formato electrónico el
contenido de la obra habida por:

NOMBRE: VICTORIA QUIJADA URIBE
FECHA: 25 JUL 03
FIRMA: [Firma]

**EMOCIONES Y SENTIMIENTOS QUE PRESENTA EL ADULTO
MAYOR AL SER INSTITUCIONALIZADO VS. LOS
SENTIMIENTOS FAMILIARES**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:
VICTORIA QUIJADA URIBE
NAYELI CHÁVEZ SILVA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIRECTORA DEL TRABAJO

[Firma]
MTRA. ROSA ELIA MENDOZA PÉREZ

FEBRERO, 2003.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

		PAG.
I	INTRODUCCIÓN	4
II	JUSTIFICACIÓN	7
III	ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS ANCIANOS E INSTITUCIONES (Asilos)	8
IV	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
V.	OBJETIVOS	11
VI.	METODOLOGÍA	12
VII	MARCO TEÓRICO	15
	7.1 Envejecimiento	16
	7.2 Aspectos generales sobre el envejecimiento	17
	7.2.1 Biológicos	18
	7.2.2 Psicológicos	19
	7.2.3 Sociales	19
	7.3 Panorama demográfico	20
	7.4 Institucionalización	21
	7.4.1 Colocación	22
	7.4.2 Residencias para ancianos: ¿Solución o problema?	23
	7.4.3 Definición de residencia	24
	7.1.3 Adaptación del anciano en la residencia	24
	7.1.4 Atención temporal	25
	8.1 Aspectos psicológicos por la institucionalización de los Ancianos.	26
	8.2 Pérdidas de la calidad de persona respetable, de la	27
	8.2.1 Pérdidas de la oportunidad de diversión	27
	8.2.2 Pérdidas económicas	28
	9.1 La familia	28
	9.1.2 Dinámica familiar	29
	9.1.3 Cuidador principal	30
	9.1.4 Anciano y familia	31
	9.1.5 Complicaciones	32
	9.1.6 Colapso del cuidador	33
	9.1.7 Violencia y agresión	35
	9.1.8 Dependencia funcional	36

10.1	Síntomas gastrointestinales como indicadores del estrés	37
10.1.1	Estrés psicológico	39
10.1.2	Estrés del cuidador	40
10.1.3	Cambios corporales de la emoción	42
10.1.4	Emoción y sentimientos	43
11.1	Rol de la enfermera	44
11.1.2	Estructura de la práctica	46
11.1.3	Cuidando el cuidado	47
11.1.4	Cuidados de calidad	49
VIII.	DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA POBLACIÓN DE LOS ANCIANOS	53
IX.	DISCUSIÓN ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA POBLACIÓN DE ANCIANOS.	54
X.	DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA POBLACIÓN DE LOS FAMILIARES O RESPONSABLES.	55
XI.	DISCUSIÓN ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA POBLACIÓN DE LOS FAMILIARES O RESPONSABLES	58
XII.	CONCLUSIONES	61
XIII.	SUGERENCIAS	63
XIV.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la vida y la fuerza para haber concluido mi carrera profesional.

A mi madre que desde el cielo, ella debe de estar muy orgullosa de mis logros y gracias por darme la vida

A mi hermana Margarita que desde el cielo tu también debes estar muy orgullosa de mi, gracias por la admiración que me hiciste antes de que te marcharas.

Me hacen mucha falta. ¡Dios ayúdame por favor!

A JMC. Te agradezco que en la medida que has podido me has ayudado económica, física y moralmente en momentos tan difíciles.

A mi directora de tesis, Lic. Rosa Elia Mendoza Pérez, por su apoyo, tiempo y dedicación a este proyecto de investigación.

A las profesoras: Tere Sánchez, Caro, Larios, Lasti, y Eda muchas gracias por apoyarme en mi proyecto.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I. INTRODUCCIÓN

MUY PRONTO MÉXICO SERÁ UN PAÍS DE VIEJOS

El envejecimiento poblacional no es un fenómeno local: la humanidad entera está envejeciendo a pasos agigantados.

La ONU alertó sobre el previsible incremento del porcentaje de mayores de 60 años, del 10% al 22%, entre 2000 y 2050 con la consiguiente e inevitable causa de problemas de atención de la salud, desempleo y, en general, cargas económicas para la familia y la sociedad. A este incremento han contribuido la disminución de la natalidad y el aumento de los avances médicos para prolongar la vida; nos preocupan las proyecciones laborales y de seguridad social.

El desempleo resultante de las tempestades desencadenadas por la brutal competencia económica ahora globalizada ha golpeado con mayor intensidad a dos sectores de la población: las nuevas generaciones, que no encuentran dónde iniciar su vida laboral, y los viejos a quienes por su decadencia física se le considera como desechos de la fuerza de trabajo.

Empero, lo de viejos es, en muchos casos, sólo un decir, algunos empresarios se niegan a contratar para el trabajo a quienes han cumplido 35 ó 40 años. Para muchos, perder el empleo a esa edad es parte de sus pesadillas nocturnas y causa del más vil sometimiento. En México parece existir un gran desconcierto acerca de cómo enfrentar el problema del envejecimiento poblacional y sus consecuencias. Para comenzar, se advierte claramente el horror que produce llamar viejos a quienes han rebasado a los 60 años de edad. Así se ha hablado de "senectos" personas de la tercera edad", "adultos mayores", "adultos en plenitud", etcétera. Una cuestión de meros sinónimos. En días pasados, Pedro Borda, director del Instituto Nacional de Adultos en Plenitud, llamó la atención acerca de que 7 3% de la población nacional son adultos plenos y que para mediados de siglo serán 25%, es decir, un mexicano de cada cuatro.

¿Cómo garantizar a quienes han llegado a la vejez una vida digna? No se trata de proporcionarles lo indispensable para que sobrevivan sino de incorporarlos a lo que la ONU ha llamado una sociedad para todas las edades, en donde cada edad encuentre las expectativas suficientes, de acuerdo con su momento.

Son muchas las preocupaciones que amenazan a quienes se aproximan al ocaso de su vida, pero de ellas, tres se vinculan con el ámbito laboral: la necesidad de sentirse útiles todavía y no constituir una carga para la familia; y asegurar la atención suficiente para su edad; ser útil y no adjudicar responsabilidades al familiar; todo esto implica contar con un trabajo bien remunerado, que sería, en el mejor de los casos, aquél en el que se conozcan las capacidades, las experiencias adquiridas en el

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

largo trayecto laboral recorrido. Pero la oportunidad de encontrar ocupación es escasa si no es que nula.

Ante un horizonte tan oscuro, la solución parece el abandono del campo laboral, para refugiarse en la cómoda situación de pensionado. Infortunadamente en la actualidad, la población mayor de 60 años que asciende en México a 7.1 millones de personas, 5 millones carecen de un plan de pensiones, o sea que sólo poco más de 25% disfrutan de él. Pero quizá el aspecto más sombrío de esta problemática radica en el reducido monto de las pensiones, que en modo alguno permite al pensionado gozar de un nivel de vida decoroso. El INEGI en su publicación más reciente de "Mujeres y Hombres 2002" muestra que de los mayores de 60 años que disfrutaban en el 2000 de algún tipo de pensión, 65.6% eran hombres (entre uno y dos salarios mínimos) y 34.4% mujeres (menos de un salario mínimo). Pagos míseros.

Ciertamente se han buscado alternativas, como la instauración de las administradoras de fondos para el retiro (Afores) o la propuesta de elevar la edad de jubilación a los 70 años, pero el problema requiere de una profunda reestructuración de los sistemas de seguridad.

El esquema que se emplea para las jubilaciones es anacrónico, la sociedad mexicana ha cambiado mucho en los últimos años, como por ejemplo en la esperanza de vida, que en 1900 era de 30 años, en el 2000 es de 75. La creación de asilos tampoco es la solución, porque generarían exigencias económicas a las que el Estado no tiene capacidad de responder.

Últimamente hemos visto manifestarse en las calles a los pensionados. Exigiendo mayores prestaciones y mejor atención en su salud, mejor calidad en los medicamentos. No quieren albergues ni asilos, ellos desean vivir con su familia, sin constituir una carga para ella, sintiéndose útiles y no relegados, porque como dijera Juan Pablo II, en su mensaje de abril 02 en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, auspiciada por la ONU, "la soledad es comparable a una verdadera muerte social" (Jurista, especialista en Derecho Laboral 27 de julio 02).

"Atendamos a los viejos ahora, antes de que nosotros nos unamos a ellos".

Numerosos informes documentan que la atención médica y cuidados en los asilos muchas veces son inadecuados no sólo en México sino en muchos países (Borson 1997, Garrad 1991, Heston 1992). Por lo general las visitas médicas son breves y superficiales, el registro en los expedientes es escaso, las alteraciones tratables no tienen diagnóstico o se diagnostican de manera errónea y los fármacos psicotrópicos se usan mal o se abusa de ellos, en parte debido a la carencia de profesionales en esta rama (Moss y Halamandaris, 1977). A pesar de las barreras logísticas y económicas las actitudes del personal de enfermería los ancianos reciben una mejor atención en los asilos. (Ouslander, J. Ostewer, D. Morley 1991).

En México de acuerdo al último censo en 2000 se registraron en la pirámide poblacional un total de 7 millones 920 mil 681 Adultos Mayores, con un aumento acelerado cada año y este número será cada vez mayor estadísticamente en los próximos censos la pirámide se irá invirtiendo la demanda de este grupo exigirá atención y orientación de parte de enfermería, tanto para esta población como para sus familiares, para brindar orientación y estrategias de solución a sus necesidades. Lo más preocupante del caso es que para el día de hoy no existen servicios fuertes y al alcance de todos en las áreas de atención llámese salud asistencia social y apoyo comunitario (Luis Miguel Gutiérrez 1999)

En muchos casos las condiciones de los asilos favorecen el deterioro de los ancianos no sólo por la falta de atención y tratamiento adecuados sino más bien es por el abandono al que se ven condenados a pasar el resto de sus días en una especie de prisión, aunque ésta se adora. Esto explica los frecuentes intentos de fuga e incluso suicidios por que no fueron orientados previamente por sus familiares o por algún profesional en la salud (SAHANAS Y COL 1988)

El profesional en la salud, debe de estar muy cerca de esta población para ayudarle a identificar y resolver problemas que puedan surgir durante esta etapa de la vida, como son el deterioro funcional el cual los lleva a la institucionalización (asilo). Por lo que se hace necesario trabajar arduamente con los ancianos, familiares y responsables orientando y educando en los cuidados más específicos y no querer resolver el problema cuando éste ya está muy avanzado. (LUIS MIGUEL GUTIÉRREZ 1997).

Al identificar el aumento tan acelerado de los ancianos y al mismo tiempo las necesidades que ellos demandan, nos nace la inquietud de saber qué emociones y sentimientos les produce al decidir la institucionalización para los ancianos y sus familiares.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II. JUSTIFICACIÓN

Con esta investigación se pretende conocer las emociones y sentimientos que presentan las ancianas/nos al ser institucionalizados Vs los sentimientos familiares cuando por razones necesarias los ancianos son institucionalizados (asilados) de ahí la importancia y la preocupación por tratar de comprender dicha situación para las familias que tienen la necesidad de cuidar a un anciano con deterioro físico o mental, ya que si ellos no tienen los elementos económicos y de conocimiento se ven obligados a institucionalizar a su familiar. Es por ello que el profesional en la salud debe interactuar y orientar a los familiares y evitar alguna separación o arrancarlos de sus hogares (CARNEVALI 1998)

Tomando en consideración los aspectos antes mencionados podemos resumir que gran parte de las y los ancianos vive algún tipo de maltrato físico, psíquica o abandono social es por esto que los profesionales en la salud tenemos la responsabilidad de que los resultados de nuestras acciones repercutan de manera positiva orientarlos, educarlos para que aprendan a valerse por sí mismos. Es necesario considerar que el medio en el que se desarrollan es de vital importancia para identificar factores que puedan favorecer la calidad de vida. (CASTELLANOS ROBAYO 1990)

No podemos olvidar y abandonar a esta población; es por esto que se hace necesario reconocer que son una población que carece de cariño, medios para satisfacer sus necesidades y que muchos de ellos sufren abandono y mal trato porque no pueden o no saben valerse por sí mismos. Es necesario considerar que el medio en el que se desarrollan es de vital importancia para identificar factores que puedan favorecer en la calidad de vida. (CARNEVALI, 1998).

La presente investigación se realizó dentro de las instituciones (asilos), con una muestra de veinticinco ancianos y veinticinco familiares o responsables y como medio por el cual podemos obtener conocimientos para los cuidados emocionales de los ancianos y su familiar o responsable, tanto en los asilos como dentro de la familia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien es cierto que se han tenido avances en materia de prevención y de atención a esta población, como también es cierto que aún falta mucho por hacer, sobre todo para lograr el respeto al derecho que las y los ancianos a vivir una vida digna sin violencia. Aunque corresponde a las autoridades, a la ciudadanía y familiares en general establecer los mecanismos y acciones que aseguren relaciones de equidad y que terminen las causas que generan abuso, maltrato y abandono, como profesionales de la salud no debemos ser indiferentes ante un problema de salud que afecta a las y los ancianos. Entonces

¿De qué forma el LEO puede coadyuvar en la prevención de la institucionalización, violencia y abandono de los ancianos?

- ¿Cuáles son las emociones y sentimientos que presenta el adulto mayor al ser institucionalizado?
- ¿Cuáles son los sentimientos de la familia al institucionalizar a su anciano?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS ANCIANOS E INSTITUCIONES (Asilos)

Para entender el estilo del anciano en la actualidad tenemos que tomar en cuenta la evolución histórica del papel del viejo en la sociedad. Los grandes cambios tecnológicos del último siglo han marginado de alguna manera el rol del anciano dentro de la sociedad, viéndose este confinado a un papel intrascendente a diferencia del que asumía en la antigüedad.

En la edad antigua los pensamientos sobre la ancianidad eran positivos y se expresaban principalmente a través de la mitología y en formas literarias y sencillas como el teatro y relatos populares. Se puede decir que los mitos acerca de este concepto se agrupaban en tres temas: el primero se refería al privilegio de la longevidad (texto Génesis, Plinio el viejo), el segundo comparaba la ancianidad con un estado privilegiado en el que se vive mucho tiempo ignorando los achaques y las miserias de la vejez y el tercero tiene que ver con el mito de la eterna juventud. Estos tres temas contienen una misma aspiración humana, y la aspiración a una larga vida. Está claro que la vejez ha perturbado al hombre desde los inicios y nos ha llevado a reflexionar sobre la existencia. En el pasado se rodeaba a los ancianos de respeto y se les atribuía un cierto prestigio. Por ejemplo entre los aztecas el individuo que había logrado sobrevivir a la guerra y a las enfermedades y llegaba a una edad avanzada formaba parte del concejo de ancianos y desempeñaba un papel muy importante en la vida familiar y política de la comunidad, disfrutando sus últimos años de una vida pacífica y llena de honores. Sin embargo no faltaban ancianos que eran despreciados, ridiculizados y tratados con dureza por sus propios hijos (teatro de Plauto). Esta situación se podía trasladar a todos los pueblos antiguos.

El legado más preciado del anciano son sus conocimientos adquiridos durante toda una vida. Estos conocimientos se han valorado durante siglos como un depósito de experiencias significativas y llenas de sabiduría, por ello los ancianos han sido miembros activos en su comunidad y parte vital de su núcleo familiar. Esto sigue siendo válido en sociedades donde es escaso el desarrollo tecnológico. "En algunas zonas rurales de nuestro continente la familia integrada por varias generaciones todavía atiende a sus ancianos y se intercambia la experiencia y la sabiduría del viejo por la atención y el apoyo del resto de la familia. En esas regiones se reconoce el valor del anciano, se le respeta, se le considera sabio, se le consulta, se vela por él y en muchos casos los ancianos influyen en las decisiones que adopta la comunidad. Sin embargo actualmente y sobre todo en las grandes urbes este legado ha perdido su valor ante la sociedad, porque los avances de las últimas décadas han revestido de inutilidad esta experiencia adquirida a través de un largo rodaje

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En las sociedades prehispánicas de América. Entre los aztecas, por ejemplo, el individuo que había logrado sobrevivir a la guerra, las enfermedades y a los médicos y que llegaba a una edad avanzada formaba parte del consejo de ancianos del *Calpulli* o barrio y desempeñaba un papel muy importante en la vida familiar y política, pudiendo disfrutar durante sus últimos años de una vida apacible y llena de honores.

Al revisar la historia de la ancianidad también nos dimos cuenta que en la antigüedad como en la actualidad la vejez no es aceptada, a los viejos se les podía respetar, pero sin desear uno mismo hacerse viejo.

Actualmente existen marcas o situaciones sociales y culturales de la vejez, asociadas a la vida, como son el ser abuelos o quedar en la viudez. Vista funcionalmente puede tener diferentes dimensiones. Los factores económicos y sociales determinantes del envejecimiento se refieren al abandono de responsabilidades y de roles familiares y sociales, el retiro de la actividad y jubilación son elementos que marcan la vejez, los más determinantes y claros son los que provienen de las condiciones de degradación de la salud por enfermedades crónicas y degenerativas.

"El proceso de envejecimiento implica obligaciones para la sociedad y al gobierno por el crecimiento tan acelerado, se hace necesario tomarlo desde ahora muy en cuenta. Dado que nuestra investigación la realizamos dentro de las instalaciones de la residencia Arturo Mundet y Hospital y Asilo Vicentino, consideramos importante describir brevemente el inicio de la beneficencia en México, cuyo fin sigue siendo en la actualidad proporcionar atención humanitaria y hospitalaria a los ancianos.

En la época colonial surgen formas de atención a los ancianos, por parte de las órdenes religiosas que lo hacían siguiendo el precepto de la caridad. Al lado de los templos y conventos, se prestaba la atención a los ancianos; más tarde, esas casas de caridad crearon instituciones (propiamente dichas) para enfermos mentales y para la atención al anciano. El asilo más antiguo se fundó en 1538 en la ciudad de Puebla.

Posteriormente aparecen formas de beneficencia en su modalidad pública y privada. La pública (llamada también social) otorgaba servicios a favor de los más necesitados; la privada tomó como suyos los valores de la filantropía, en humanitarismo y la fraternidad. Estos modelos de atención caritativa se mantienen hasta después de la Revolución y mediante la incorporación de propósitos de garantía social, la beneficencia se transformó en asistencia pública. Aparecen así los primeros asilos, en su mayor parte a cargo de las religiosas. (PELAEZ, C. M. 1990)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Al realizar el servicio social de la licenciatura de enfermería en programas de atención al anciano me nació la inquietud de realizar una investigación para la titulación sobre Las emociones y sentimientos que le provoca al anciano y a sus familiares cuando éste tiene la necesidad de ser llevado al asilo. Dicha situación me tocó observar en los asilos Arturo Mundet y Hospital Vicentino durante el Servicio Social, es por ello que se entrevistaron a veinticinco ancianos con sus correspondientes familiares o responsables de su cuidado en el hogar.

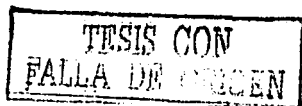
Se trata de una investigación organizada en dos etapas

1ª documental con el fin de construir el marco teórico e identificar los aspectos que deberían ser considerados para que las técnicas y los instrumentos de recolección de datos nos dieran la mayor claridad sobre el fenómeno del estudio

2ª Visitamos a los ancianos en los asilos, Arturo Mundet y Hospital Vicentino, platicamos con ellos sobre la finalidad de nuestra visita, les comentamos nuestro proyecto y los invitamos a participar, también les explicamos que el estudio era voluntario y confidencial. Una vez seleccionada la muestra y cumplidos los trámites administrativos pertinentes, procedimos a la obtención de datos ante esta dinámica participativa empezamos aplicar los cuestionarios con preguntas cerradas, que previamente elaboramos asesoradas por la directora de tesis de la ENEO, Profesora Rosa Elia Mendoza Pérez, que nos permitió identificar las respuestas de las y los ancianos y situaciones de alta probabilidad de estar viviendo con emociones y sentimientos en la institución (asilo), ya terminadas las encuestas a esta población inmediatamente encuestamos a los familiares esto nos permitió identificar los sentimientos familiares y el colapso del cuidador también nos aseguramos de que las preguntas resultaran comprensibles.

Se encuestaron a veinticinco ancianos de ambos sexos, el cuestionario se fue aplicando de acuerdo a la disposición de los participantes en ocasiones sólo podían contestar 10 preguntas al siguiente día por lo general casi quedaba concluido, sin embargo para encuestar a los familiares fue un poco más difícil ya que por lo regular sólo los días de visita, sábados o domingos se les localizaba en ocasiones era por la mañana o por la tarde para recolectar los datos a la población seleccionada

Los datos fueron concentrados en hojas de tabulación y utilizamos estadística descriptiva para el análisis del estudio



Lugar de estudio: Hospital y asilo Vicentino, Av. Guerrero y Yucatán No. 117 Col. Tizapan San Ángel C. P. 01010
Casa Hogar Arturo Mundet, Av. Revolución No. 1445 Col. Campestre C. P. 01010

Universo: Ancianas y ancianos del Hospital Vicentino y asilo Arturo Mundet.

Población: ancianas y ancianos residentes (asilados) del Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet.

Muestra: se entrevistaron a veinticinco residentes (asilados) en el Hospital vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet, con sus respectivas familias o responsables de su cuidado.

Consideramos como criterios de inclusión:

- Ancianas y ancianos residentes en uno de los asilos escogidos para la investigación, con 3 meses de residencia y con 60 años de edad en adelante.
- Que tuviera un familiar o responsable.
- Que aceptaran contestar un cuestionario.

Criterios de exclusión:

- Anciana/nos sin un familiar o responsable.
- Ancianotas/nos que presentaran problemas cognitivos.
- Ancianas/nos que expusieran su deseo de no participar.

Tipo de estudio:

Se trata de un estudio de tipo descriptivo y de correlación.

Descriptivo: tienen como objetivo fundamental la identificación y la descripción precisa de las características de las personas.

De correlación: este se preocupa menos por precisar relaciones de causa a efecto; que por describir cómo un fenómeno se relaciona con otro.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Ética del estudio

La siguiente investigación toma en cuenta los siguientes artículos de la Ley General de Salud: 13, 16, 18 y 20 del capítulo 1 segundo que dice lo siguiente:

13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar.

16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo y sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

18. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación así lo manifieste.

20. Se entiende por conocimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autorice su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza y riesgos a que se someterá con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Técnicas e Instrumentos de Investigación Utilizadas.

Fichas de trabajo

A través de las fichas de trabajo fue posible la recolección de toda la información, que fundamentará el problema, para construir el marco teórico.

Instrumentos:

Para la investigación se consideraron 2 instrumentos: uno para la población de ancianos de ambos sexos con 14 preguntas cerradas, escalas de depresión geriátrica, evaluación mental actividades de la vida diaria básica (KATS) y el otro instrumento para los familiares o responsables con 19 preguntas cerradas, tamiz de cargo al cuidador (CBS). Todos estos instrumentos están validados en los servicios de salud de geriatría en México.

Los resultados los presentamos mediante cuadros y gráficas ver anexos 1 y 2

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

VII. MARCO TEÓRICO

7.1 Envejecimiento

Es un proceso universal que afecta a todos los seres vivos y que se inicia desde el nacimiento, a partir de ese momento se presentan una serie de modificaciones orgánicas y funcionales graduales que continúan durante toda la vida. Esta definición de envejecimiento es la más aceptada: "todas las modificaciones morfológicas y fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos". Este proceso de envejecimiento está condicionado también por los hábitos del individuo, la capacidad y adaptación que se tengan dentro del grupo social y el ambiente en que se desarrolla. Se identifica al viejo como el individuo que ha perdido las funciones y capacidades físicas y mentales que tenía anteriormente.¹ Se ha establecido como edad de inicio de la vejez a los 65 años. Edad que suele corresponder desde el punto de vista laboral con el retiro y término de la actividad productiva. Sin embargo el envejecimiento cronológico no concuerda necesariamente con el envejecimiento biológico, psicológico y social, por lo que cada persona dependiendo de su desarrollo, logros y metas llegan a la vejez en edades y formas muy distintas.

Una de las definiciones de envejecimiento más aceptada es "todas las modificaciones morfológicas y fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos". Este proceso de envejecimiento está condicionado también por los hábitos del individuo, la capacidad creadora y de adaptación que tenga el sujeto dentro del grupo social y el ambiente en que se desarrolla. Se identifica al viejo con el individuo que ha perdido las funciones y capacidades físicas y mentales que tenía anteriormente.²

Como ya hemos dicho anteriormente el proceso de envejecimiento es un proceso multifactorial, donde hay alteraciones y transformaciones en el organismo. Los factores del medio ambiente alteran de una manera importante la capacidad del organismo para sobrevivir a las agresiones externas. Hay factores que el hombre puede controlar como el estilo de vida, la alimentación, el consumo de drogas; y otros factores a los que está expuesto de forma incontrolada como los contaminantes ambientales, las radiaciones etc. También la aptitud orgánica está estrechamente ligada a factores psicosociales como la motivación, el estilo de vida, intereses personales, ocupación, compañía que afectan directamente al bienestar biológico del hombre.³

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

7.2 Aspectos Generales sobre el envejecimiento

Como hemos comentado anteriormente, el envejecimiento es un proceso secuencial acumulativo e irreversible que va deteriorando al organismo de una manera progresiva hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y las condiciones de su entorno. Sin embargo, estos cambios que sufren los órganos y tejidos no deben considerarse como problemas de salud sino variantes anatómofisiológicas normales. De aquí se explica la disminución de la capacidad física y la lentitud de los movimientos de los ancianos.²

Aunque el organismo actúa como un todo, es necesario considerar algunos aspectos particulares del envejecimiento de los sistemas y sus consecuencias:

A nivel del Sistema Nervioso Central (cerebro y médula espinal), algunos ancianos pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales como agilidad mental y capacidad de razonamiento. También puede observarse una disminución en la memoria de corto plazo y pérdida en la habilidad de aprendizaje. También hay disminución de la coordinación sensorio-motora que produce un deterioro en los mecanismos que controlan la postura, soporte antigravitacional y balance.

Dentro del Sistema Nervioso Autónomo existe un deterioro de la regulación de la temperatura corporal, lo que puede conducir a la manifestación, en forma confusa, de enfermedades. Disminución en la motilidad intestinal, produciendo constipación. También existen trastornos en la regulación del tono muscular y en el control de los esfínteres involuntarios, dándonos como consecuencia problemas como la incontinencia urinaria.

En el Sistema Locomotor (músculos, huesos y articulaciones) hay una pérdida de la masa muscular, predisposición a calambres, debilidad muscular, limitación en la capacidad y velocidad del movimiento corporal. Disminución en la estatura, disminución de la elasticidad y resistencia de las articulaciones, rigidez articular y predisposición al dolor. Lo cual trae como consecuencia una disminución en la confianza y seguridad limitando al anciano en la realización de sus actividades.

En el Sistema Cardiovascular hay una predisposición a eventos tromboembólicos, disminución en la capacidad de la actividad física. Insuficiencia venosa, con trastornos de la microcirculación periférica y una dilatación y prominencia de aorta.

En el Sistema genito-urinario hay una falla en la respuesta rápida a cambios de volumen circulatorio, disminución de la capacidad de excreción por el riñón, incontinencia urinaria, aumento de la susceptibilidad a las infecciones y dispareunia en la mujer.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El Sistema de los Sentidos en la vista hay una aparición de burlamiento en los ojos laxitud de los párpados reducción de la cantidad de lagrimas y aumento en la presión intraocular. Las pupilas se encuentran contraídas y con reflejos lentos. Se deteriora también la agudeza visual y la tolerancia al reflejo de la luz brillante. Puede existir reducción de los campos visuales. Hay una lenta adaptación a la oscuridad, defectuosa apreciación de los colores y un deterioro de la percepción visuo-espacial.

En la audición y el equilibrio hay un deterioro de la sensibilidad al tono de frecuencia alta y la percepción, localización y disminución de los sonidos. Existe también una alteración del control postural reflejo lo que puede producir predisposición a las caídas por vértigo y mareo y disminución de la habilidad para moverse en la oscuridad.³

7.2.1 Biológicos

Desde el punto de vista biológico, el funcionamiento adecuado del cuerpo depende de una apropiada función celular, tisular de los sistemas. Esta homeostasis conlleva una serie de cambios bioquímicos y fisiológicos en donde casi todos los órganos y sistemas participan en este proceso. La mayoría de los ancianos son capaces de mantener una vida normal e independiente, donde los procesos corporales parecen ser normales bajo condiciones basales; sin embargo, muchos procesos fisiológicos en el organismo se vuelven menos efectivos, por lo que durante el envejecimiento se da una disminución en la competencia funcional del anciano. Estas deficiencias relacionadas con la edad se manifiestan con enfermedades agudas o crónicas.

7.2.2 Psicológicos

El envejecimiento representa una amenaza para la integridad y el buen funcionamiento de la persona. Desde el punto de vista psicológico, es difícil asimilar los cambios que ocurren durante el proceso de envejecimiento, por lo que la autoestima del anciano puede disminuir. Ante estos cambios el anciano pone en marcha mecanismos de defensa como: regresión, renunciamiento, retraimiento, racionalización, la proyección y el encasillamiento.

La *regresión* se produce con la finalidad de que el anciano pueda tratar de conservar la homeostasis, la cual se altera por los cambios en los instintos y en las presiones del medio. Cuando las aptitudes físicas y psicológicas del anciano se resienten y se activan mecanismos de defensa que existían anteriormente. En muchas ocasiones, la regresión se manifiesta junto con la negación y la fantasía de esta forma actúa como mecanismo reforzador del narcisismo (el amor y la fantasía de sí mismo). Por lo general son ancianos egocéntricos, preocupados por sí mismos y por su cuerpo y despreocupados por lo que sucede a su alrededor. Son inseguros y demandantes. Ante situaciones que generen stress pueden tener regresiones dramáticas.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

acompañadas de conductas como el llanto, berrinches y pérdida de hábitos de alimentación y de limpieza.

Los ancianos que tienen un equilibrio psicológico adecuado la regresión puede propiciar actitudes creativas que habían permanecido en forma latente y también tienen la oportunidad de resolver conflictos previos. La regresión del anciano puede tener una función de adaptación, sobre todo si es aceptada y tolerada.

En el *renunciamento* se produce una especie de capitulación ante situaciones de amenaza o conflicto. Ante un profundo sentimiento de desesperanza el anciano siente y vive una pérdida de control y la incapacidad para mantener su orden interno, llegando a sentir deseos de morir.

Debido a la vergüenza y falta de adaptación provocada por la vejez, el anciano se aleja y aísla de los demás cayendo en el *retraimiento*. Esos sentimientos no le permiten exponerse a críticas y miradas enjuiciadoras de la gente que lo rodea. Así, ante aislamiento permite al anciano encarar conceptos y afectos que de otra manera no podría controlar, dándole una capacidad mayor para aislar lo afectivo. El desentenderse de los sentimientos puede ser percibido por los amigos y familiares como un frío distanciamiento, este retraimiento puede ser un obstáculo para que el anciano pueda mantener relaciones estrechas.⁸

La *racionalización* es explicación coherente y lógica de actitudes, actos y sentimientos cuyos motivos verdaderos no se perciben. Los individuos que durante su vida han utilizado el recurso de la racionalización, siguen usándolo durante la vejez. Esta puede tener dos objetivos, el primero que el viejo se explique de una forma racional las deficiencias que van apareciendo en el transcurso de su vejez, en segundo lugar lo utiliza para cubrir y desviar los impulsos y deseos que le son poco aceptados, como son los que se derivan de la sexualidad.

La *proyección* permite al individuo desentenderse de la angustia ante sus propias deficiencias. Le ayuda a mantener el control sobre impulsos inaceptables y agresivos. A veces el envejecimiento produce una acumulación de resentimiento, hostilidad y agresividad que llega a límites insoportables, muchos ancianos proyectan estos sentimientos en los demás, generando desconfianza en algunos casos y casos paranoides en otros. Esta proyección en el anciano puede ser producto de la interacción generacional o puede identificar una tendencia a las ideas paranoides de la población añosa. Como ejemplo mencionaremos algunas frases que son características de algunos viejos: "los hombres de ahora no son como los de antes", "antes eran mejores, más diestros, etc.", "ya no soy el de antes, porque han disminuido mis capacidades".

Zimberg, N. E., Kaufman, I. Psicología Normal de la Vejez. P. 17-18.

1964-65, 25-28.

Burke, L. L., Walsh, B. M. Gerontologic Nursing, p. 29-30.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El *encasillamiento* desempeña un papel importante en el anciano. Existen ciertos factores como la incapacidad física, las alteraciones de la memoria, la disminución en la capacidad de aprendizaje, etc. que llevan a la persona a que aborde una cosa por vez, tanto en lo interior como en lo exterior. La reiteración, la rigidez y el negativismo pueden construir formas de encasillamiento. El anciano puede sentir necesidad de relatar viejos recuerdos a personas más jóvenes, aun cuando sepa que esto les aburre e irrita. Esto lo hacen como una forma de afrontar el estrés físico y emocional de mantener el contacto con otras personas y por lo tanto, como un proceso de adaptación del yo para permitir que se aferre con mayor fuerza a la realidad al echar mano de lo que sabe, aun a expensas de no agrandar.

La *reminiscencia* es otro fenómeno que ocurre durante el proceso del envejecimiento y es el acto de pensar en las propias experiencias pasadas o de relatarlas. Tiene un efecto adaptativo, tanto en las condiciones externas como en las internas y proporciona una protección contra la ansiedad y la depresión. Mantiene la autoestima, el sentido de identidad y ayuda a elaborar las pérdidas personales. La acción de explicar sus experiencias pasadas es muy importante para la sociedad. Durante la vejez, los hechos del pasado tienen una mayor carga emocional que los del presente y se convierten cada vez más en percepciones conscientes. Le permite recordar y mostrar que ha logrado vivir muchos años y que el éxito se cifra en términos de longevidad. No sólo tiene por finalidad asegurar la continuidad con el pasado, sino también recrear una época en la que él se sentía digno de estima y poseedor de vitalidad, inteligencia y competencia. En algunos ancianos el funcionamiento de la memoria produce placer y manifiesta satisfacción y orgullo por su capacidad de recordar con precisión hechos antiguos.

La reminiscencia podría además estar favorecida por un aumento del narcisismo representado por una imagen ideal de sí mismo en el pasado. En la reminiscencia también intervienen una serie de mecanismos psicológicos defensivos, adaptativos y protectores que son utilizados de acuerdo a la personalidad de cada viejo.¹⁰

7.2.3 Sociales

Una de las esferas que más se afecta durante la vejez es la social, el anciano que anteriormente se sentía integrado ahora se siente desplazado y hasta rechazado. Estos aspectos sociales están estrechamente relacionados con los aspectos psicológicos anteriormente expuestos, pero en este punto analizaremos la interacción del viejo con la sociedad y viceversa. A continuación revisaremos las distintas teorías gerontológicas en base a la interacción social.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

La primera teoría de la vinculación o del retraimiento es la que algunos individuos creen envejecer con mayor satisfacción y tranquilidad al desvincularse de la sociedad. Este proceso es recíproco: el individuo y la sociedad se alejan en uno del otro. El adulto mayor se va encerrando en sí mismo en una actitud egoísta que le produce bienestar.

Cumini¹ y Henry postulan que en la sociedad existe un proceso de desvinculación recíproca entre el anciano y la sociedad. Este fenómeno está causado por varios factores: el primero el anciano siente el decremento de los papeles o roles que él había asumido anteriormente; también existe una mayor preocupación por sí mismo ya que en épocas previas el anciano se siente menos involucrado con respecto a los demás y por lo tanto su interacción social disminuye. Es importante recordar que el anciano va perdiendo a la mayoría de sus seres queridos, así pues su entorno se va reduciendo en cuanto al número de integrantes y las nuevas relaciones que entabla son más superficiales que las anteriores. Todo esto provoca que su interés por relacionarse con los demás vaya disminuyendo.

Salvarezza propone la teoría del apego. Se considera que el desapego y por ende el aislamiento, no son un proceso del ser humano y deseados por él, puesto que el hombre aislado no es un ideal. Es bueno que el anciano se sienta parte activa en la sociedad; una forma de conseguirlo es fomentar que el anciano se mantenga apegado a sus objetos y actividades la mayor cantidad de tiempo posible y no tratar de buscar sustitutos. La mayor queja que manifiestan los ancianos es la pérdida de los roles sociales y la dolencia más extendida en esta edad es la depresión. Esta teoría afirma que la persona socialmente activa tiene más capacidad de adaptación y la persona experimenta durante la vejez las mismas necesidades físicas, psicológicas y sociales como en la etapa de la adultez.

La teoría de la continuidad se centra principalmente en la capacidad de adaptación y de ajuste del anciano tomando en cuenta su personalidad y estilo de vida manifestado en el período adulto.

El individuo escoge su modo social de envejecer continuando sus actividades de acuerdo con las circunstancias personales, familiares y ambientales, según su capacidad, independencia y convivencia.¹¹

La última es la teoría del medio social. Existen factores procedentes del medio social que pueden influir negativamente en la vejez. Estos factores son la salud, el dinero y los apoyos sociales (los que otorga el Estado).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.3 Panorama demográfico y epidemiológico de la población Mexicana

Es una de las expresiones más notables de los cambios registrados en la estructura demográfica mundial. Así, mientras la población general crece a un ritmo de 1.7 anual, los individuos de 60 años y más experimentan un aumento de 2.5%. En un principio este proceso era característico de países industrializados, pero en la actualidad los incrementos en la proporción de adultos mayores -respecto al total de la población- tienden a ser más evidentes en las llamadas naciones periféricas. Esto último puede atribuirse no sólo a una mayor esperanza de vida sino a los descensos observados en la fecundidad.

El caso particular de México plantea un escenario interesante. En 1950 el grupo de 60 años y más representaba 5.6% de la población total. En 1990 la proporción llegó a hacer del orden de 6.2% y, según algunas estimaciones, se calcula que para el año 2030 las personas de edad avanzada se aproximarán al 12.6%. La variación de 6.4 puntos porcentuales en el periodo 1990-2030 significaría, en cifras absolutas,

Unas cuantas tendencias ayudarán a centrar el problema. La cantidad de ancianos en Estados Unidos (y en el mundo) ha aumentado, tanto en términos absolutos como relativos, y su crecimiento continuará durante la primera mitad del siguiente siglo como resultado de la explosión demográfica. De acuerdo con el contexto anterior, el envejecimiento de los mexicanos cobra especial importancia para la investigación en salud pública ya que, conforme este grupo aumenta, los problemas de salud enfermedad irán transformando y haciendo más complejo el perfil epidemiológico. De hecho, hoy en día las condiciones de salud de este sector de la población ya plantean un complicado esquema que no sólo se compone la enfermedad y muerte, sino de discapacidad y limitación de actividades de la vida diaria. Esto es resultado directo de la combinación de causas trasmisibles, como de trastornos de tipo crónico-degenerativo y lesiones accidentales.¹⁴

7.4 Institucionalización

A principios del siglo XX comenzó a aceptarse la idea de que el Estado debe proporcionar respaldo financiero a los ancianos empero, la asunción de esta responsabilidad pública de procurar servicios sociales la cual fue lenta en 1946 junto con todos los demás sectores de la población. Otra necesidad que se reconocía universalmente era la asistencia institucional de los ancianos, esto ocurrió por el tradicional papel de las antiguas instituciones de la Ley de Pobres.

La Ley de Asistencia Nacional de 1948 impuso a las autoridades la obligación de procurar acomodación residencial para los ancianos que necesitaban un cuidado y atención que no pueden obtener de otra manera. Además conceder ayuda a

Moragas M.R. Gerontología y Salud

Pioto N. Fundamentación Sociológica y Gerontológica p. 19

Castellanos, Roberto. Jern p. Atención integral en los ancianos en América Latina p. 74

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

entidades de voluntarios que se ocupase de proporcionar comidas o medios de entretenimiento. La idea de los servicios domiciliarios como posible alternativa a la provisión residencial surgiendo con lentitud durante todo este periodo y sólo obtuvo respaldo legislativo en 1962 respaldado que se concretó con la adopción del Plan de Salud y Bienestar promulgado por el gobierno en 1963.

Mucho se tardó en salir de una situación donde se ignoraba o subestimaba la necesidad de servicios comunitarios y se suponía que la familia tenía la obligación de proveer para sus ancianos, y llegar a una situación en que se admite libremente la responsabilidad del Estado. Pero aún hoy la prestación de servicios se ve entorpecida por cuatro problemas principales:

- a) Servicios inadecuados en relación a las necesidades.
- b) Falta de servicios coordinados para satisfacer necesidades distintas desde el punto de vista conceptual, pero interrelacionadas entre sí.
- c) Necesidad de reconciliar los intereses en conflicto que surgen entre administradores profesionales y beneficiarios.
- d) Falta de claridad acerca de la filosofía básica de los servicios es decir, si se prestan sin distinciones a todos los que las necesitan, o si se ha de aplicar algún otro principio de selección como, por ejemplo verificando los recursos del beneficiario. Woldderbun, 1970.¹⁶

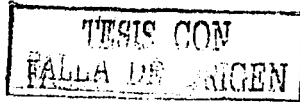
Se dice que aproximadamente en EEUU, 5% de población de ancianos se encuentra en los asilos en algún momento de su vida, en México no hay cifras oficiales que avalen tal información, lo que sí es cierto es la necesidad de utilizar asilos no sólo por la presencia de enfermedades o incapacidades funcionales, sino es también resultado de una falta de apoyo social. Muchas veces la familia se cansa de atender a su familiar anciano durante periodos prolongados, la fatiga familiar es en especial un problema cuando el paciente tiene síntomas muy molestos. Entre los más perturbadores esta la incontinencia y los problemas de comportamiento que incluye el vagabundeo o conductas destructivas.

A pesar de las barreras logísticas, económica y de actitudes que favorecen la atención en enfermería o cuidadores en asilos y hospitales, muchos principios y estrategias logran conducir mejorías en la calidad de los servicios que se proporcionan a los residentes de estas instituciones. Por ello es importante tener una perspectiva clara de las metas y objetivos de la atención en los asilos, debiéndose reconocer la heterogeneidad de su población para enfocar e individualizar las metas de acción debiendo recordar que la mayor parte de estas metas se dirigen a la independencia funcional, autonomía, calidad de vida, comodidad y dignidad de los residentes en los asilos.

¹⁶ Organización panamericana de la Salud. Enfermería Gerontológica. Conceptos para la Práctica p

395

Medrola Gil. P y otros Medicina Preventiva y salud Publica p. 116-8
ISBN p. 475



7.4.1 Colocación

Se considera que la colocación en asilos y hogares residenciales es un servicio clave para los ancianos. Cerca del 1.6 por ciento de la población ancianos vive en hogares residenciales. La institucionalización aumenta en relación directa con la edad: entre la mitad y la tercera parte de los internados en instituciones tienen más de 80 años y los que más ingresan en instituciones viven solos y no tienen hijos. Técnicamente y en muchas ocasiones el anciano mismo gestiona su ingreso en asilos institucionales y privados en muchas ocasiones intervienen familiares, amigos y trabajadoras sociales. Uno de los rasgos más notables de la acomodación residencial es su escasez, pero, pese a todo, al hacer un examen más detenido se comprueba que existiría un considerable grado de colocaciones inapropiadas. Eso tiene dos aspectos. Primero, observamos que, aunque como es de esperar, entre los ancianos internados en instituciones hay mayor número de inválidos, sólo a una minoría de los más incapacitados se les atiende en instituciones, mientras que el resto, que son la mayoría, son atendidos en su hogar. Por otra parte, también hallamos que muchos ancianos internados en instituciones deambulan en conclusión es que los asilos que existen hoy en día, no satisfacen bien las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los ancianos que viven ellos: hay que sustituirlos cuanto antes por otros servicios y tipos de residencia. Por tanto, hay que llegar a la conclusión de que la manera de vivir ideal se perfila como el deseo de vivir en la propia casa el mayor tiempo posible, cerca de los miembros más jóvenes de la familia, pero no bajo el mismo techo. Lo que los ancianos quieren es "intimidad a distancia". (TOWNSED Y MORRISON 1992).¹⁸

7.4.2 Residencias para Ancianos: ¿Solución o Problema?

Las residencias geriátricas han sido durante varias décadas como el elemento base para un sistema asistencial centrado en el concepto de beneficencia; surge así la figura del "asilo", como macrocentro de acogida y retiro para personas de edad avanzada que necesita cuidados ó anticipando la necesidad de los mismos, se acogen a una solución que pondrá inevitablemente, la ruptura con su entorno natural. En nuestro país, a mediados de los 70, empieza a elaborarse un sistema público de servicios sociales. No obstante, el desarrollo de dicho sistema se verá limitado de un principio por males endémicos tales como la falta de recursos, y el desfase que lleva en relación con un contexto europeo donde ya se está trabajando con fórmulas de ayuda al anciano que respetan su ubicación en el tejido social.

Fundamentalmente en las décadas de los 80, donde el movimiento de conciencia crítica contra las experiencias institucionalizadas, auspiciado por países como El Reino Unido, Francia, cristalizó bajo el soporte de una elemental ecología social, en soluciones asistenciales tales como la ayuda a domicilio, estancias diurnas y temporales, el acogimiento familiar, más recientemente la teleasistencia y las viviendas tuteladas.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Sin embargo pese a las numerosas críticas vertidas contra la institución geriátrica, el progresivo envejecimiento de la población y concretamente el incremento del número de personas mayores de ochenta años junto a otros factores hace que la residencia geriátrica se mantenga en la actualidad como la menos mala de las soluciones posibles para un grupo muy concreto de ancianos: de edad avanzada, alto nivel de dependencia funcional, necesidad continuada de cuidados y déficit de recursos de apoyo informal.

Se hace también necesario resaltar que la institucionalización debe ser concebida como la última opción para aquellos ancianos a quienes materialmente no sea posible garantizar los cuidados en el seno de la familia y comunidad.

7.4.3 Definición de Residencia

Un centro residencial es por su naturaleza un establecimiento destinado a servir de vivienda permanente y común a personas de la tercera edad y en el que se presta una asistencia integral y continuada a quienes no pudieran satisfacer estas necesidades por otros medios.

Habida cuenta por tanto de la realidad social que supone la institución geriátrica, y del número creciente de ancianos que en un futuro próximo se van acogiendo a una residencia para asegurarse la provisión de cuidados.¹⁹

7.4.4 Adaptación del Anciano en la Residencia

Uno de los factores que van a influir en la adaptación del anciano a la residencia va hacer la voluntariedad de ingreso. En este sentido el ámbito residencial con su fuerte estructuración pueden propiciar elevados niveles de dependencia, llevando a que el anciano recién admitido, tienda a ajustar su conducta a las expectativas de un mayor desvalimiento personal al tiempo que adopta una actitud pasiva ante la baja percepción de control ambiental.

Son muchos los autores que destacan la importancia de la percepción de control en la adaptación al entorno residencial, así Shulz y Brenner 1996, han señalado que aquellos ancianos que perciben un escaso control personal en su nuevo medio, experimentan el traslado a una residencia geriátrica como una situación más estresante, indicando en este sentido la relevancia del estrés por reubicación percepción de control como elementos que han de ser tenidos en cuenta en la elaboración de programas diseñados para ayudar a los residentes a adaptarse a su nuevo entorno. Asimismo, junto a predictores personales de adaptación a la institucionalización como problema de salud (Ames 1991).

Por otra parte, distintos autores resaltan la importancia que presentan los factores ambientales como las facilidades para la interacción y la actividad, o la presencia de

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

entornos fríos y despersonalizados en el fomento de la autonomía y satisfacción residencial (Turner, Tobía y Lieberman 1992). Sin embargo a la hora de proyectar entornos residenciales en pocas ocasiones se tienen en cuenta determinados aspectos de crucial importancia tales como

- 1.- Que la creación de un entorno atractivo puede facilitar un estilo de vida más confortable, e incluso en cierta medida generar un sentimiento de hogar si se fomenta un sentido de continuidad con los ambientes del pasado al permitir al usuario personalizar espacios.
- 2.- Que las macro residencias facilitan el sentimiento de pérdida y desorientación al tiempo que dificultan el conocimiento exhaustivo del entorno y una relación satisfactoria entre quienes lo habitan.
- 3.- Que la ubicación de residencias fuera de la comunidad, supone un aislamiento físico que en muchos casos impide a los usuarios el disfrute de los servicios públicos, imponiéndolo un distanciamiento sobre su medio natural y dificultando considerablemente la fluidez, cuando no el mantenimiento mismo de relaciones impersonales extrarresidenciales.

Quizá, cabría concluir a la vista de los distintos trabajos realizados, que tanto las características personales, como los factores ambientales poseen un peso específico propio en la adaptación al entorno institucional, y que todo programa dirigido a disminuir el estrés residencial, debería considerar las características propias de ambos tipos de factores, así como la interacción de los mismos, para la comprensión y ayuda de casos específicos. (Moss y Lemke 1995).²⁰

Gran parte de la disminución de recursos internos se debe al proceso biológico normal de envejecimiento. Disminuye la capacidad para tolerar los efectos de medicamentos, de modo que la dosis terapéutica se aproxima peligrosamente a la dosis tóxica. Como resultado de los cambios biológicos, el individuo sufre alteraciones de la capacidad funcional correspondiente y se le dificulta la vida diaria. Las necesidades deben ser enfrentadas con flexibilidad, habilidad, equilibrio, fuerza, resistencia y capacidad de percepción sensorial muy limitados, cuando las alteraciones son muy marcadas, es necesario desarrollar estrategias para satisfacer los requerimientos de la vida diaria y con frecuencia depender de los recursos del medio. Otro aspecto de la disminución de recursos psicofisiológicos es la mayor vulnerabilidad a las enfermedades y a los traumatismos, lo que a su vez puede crear sentimientos de inseguridad y pérdida de la confianza para desenvolverse en la sociedad. (Barnes, 1987)²¹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.4.5. Atención Temporal

Existen Casas de descanso, Residencias temporales en donde se puede admitir al anciano para proporcionar descanso a las personas encargadas de cuidarlo. Actualmente no es un servicio fácil de obtener y a veces es costoso. Pero es una buena alternativa y en el futuro deberá ser más accesible como ocurre en los Estados Unidos. Es importante verificar que los servicios disponibles cubran las necesidades de los ancianos ²²

8.1 Aspectos Psicológicos por la Institucionalización a los Ancianos

La incorporación del anciano a una residencia conlleva un gran número de connotaciones sociales, familiares, e individuales, que en todo caso suponen un importante cambio que va a marcar indudablemente la vida diaria tanto del anciano como de su familia incluso antes de que tal acontecimiento se produzca. Los efectos de la institucionalización comienzan a dejarse sentir con anterioridad al instante mismo de la admisión, desde el momento en que su materialización es considerada como una "amenaza" para el anciano, amenaza que se ciñe sobre su entorno físico, social y familiar y en definitiva sobre la propia imagen de sí mismo, sus efectos y la nueva realidad.

Los primeros esfuerzos de adaptación en el ámbito residencial según este autor Tobin 1989. Muchos residentes recién admitidos sufren en el primer mes un proceso confusional, mientras otros se deprimen extremadamente, presentan comportamiento extravagante, e incluso entran en una dinámica de progresivo deterioro. Después del primer mes algunos residentes recuperan su nivel funcional previo a la admisión, mientras que otros continúan un progresivo deterioro hasta el momento de la muerte.

Estudios comparativos realizados sobre ancianos que viven en la comunidad y ancianos usuarios de instituciones geriátricas, coinciden en la presencia de mayores tasas de trastornos afectivos y manifestaciones depresivas en la población institucionalizada. Sin embargo, no queda suficientemente claro qué variables pueden estar implicadas en este hecho (Man, 1985, Kay y Holding, Hankins, Graham y Blizard 1990).

²² Ibidem p. 342



8.2 Pérdida de la Calidad de Persona Respetable

Una de las principales pérdidas, comunes a casi todos los ancianos, es la de sentirse rechazado por la mayoría de los adultos. Algunos ancianos nunca habían sentido pertenecer a una minoría, otros ahora se sienten miembros de dos minorías. El anciano reconoce su cambio de posición social cuando percibe que es protegido, tolerado, ignorado o tratado en forma especial. Para pertenecer al grupo de los adultos es necesario cumplir un trabajo y contribuir al desarrollo de la sociedad. Con la edad, es frecuente que la persona se "comporte como un ocioso". El individuo ya no es útil u por lo tanto no se solicita su contribución. El autor sugirió que de hecho muchos ancianos son jóvenes que viven en cuerpos viejos. (PRESTON 1991).²³

8.2.1. Pérdida de la Oportunidad de Diversión

Debido a la reducción de la capacidad de desplazamiento, las deficiencias auditivas y visuales y la escasez de recursos económicos disminuyen enormemente las oportunidades de realizar actividades que podrían llenar las horas del día. La disminución de opciones se relaciona con el tipo de pérdida, por ejemplo, si la visión se encuentra afectada, no puede leer ni efectuar trabajos manuales; entonces la función dañada es la audición, no puede escuchar la radio ni los diálogos de la televisión o participar en actividades de grupo, y cuando se reduce la capacidad de movimiento, entonces no hay posibilidad de visitar lugares o asistir a eventos.

8.2.2 Pérdidas económicas

Muchas personas sufren pérdidas económicas a veces bastante graves cuando envejecen. La escasez de recursos económicos impide comprar satisfactores y servicios necesarios para satisfacer sus necesidades para su sobrevivencia.

8.2.3 Muerte

La muerte se puede definir como la última pérdida. No obstante, algunos ancianos la ven llegar como alternativa esperada y no como pérdida, en realidad la desean con anhelo, aunque no la busquen deliberadamente. Esa es la principal diferencia entre los verdaderamente ancianos y quienes son un poco más jóvenes. Es muy común que el anciano considere la muerte como el epílogo natural de la vida. En verdad, la prefieren a cualquiera otra de las alternativas más temidas, como seguir viviendo después que los hijos hayan fallecido, convertirse en inválido o en enfermo mental, verse atacado por alguna enfermedad grave y que acabe con el patrimonio penosamente ganado para los descendientes, o terminar internado en algún hospital de convalecencia o asilo.

²³ Ibidem p. 258

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Algunos ancianos buscan activamente la muerte en forma de suicidio abierto o encubierto. Estos intentos por morir con frecuencia alcanzan éxito, sobre todo en el grupo de los mayores de 75 años. Aunque de toda la población, los más expuestos son los hombres de raza blanca. Hay factores que incrementan el peligro, como depresión, alcoholismo (luto en el primer año). La manera preferida de suicidarse es por arma de fuego. Las estadísticas así lo refieren. (WOLANIN Y PHILLIPS 1991)

9.1 La Familia

La familia acompaña al hombre en toda su historia. Su estructura y sus funciones siguen, implícita y explícitamente, los propósitos de la sociedad. Así se habla de dos tipos de familias que responden a dinámicas básicamente distintas.

La familia conyugal, y la familia consanguínea. Los principios básicos que rigen a una, se convierten en secundarios y hasta accidentales para la otra.

El anciano dependiente suele partir de una posición de inferioridad, en cuanto deja de desempeñar el papel de cabeza de la familia, que suele derivarse hacia los hijos o en el cuidador. Cuando esto suele suceder, aparece una fuente de fricción en la familia, porque las personas mayores difícilmente renuncian al poder de mando que han tenido durante toda su vida.

Debe tomarse en cuenta la relación previa que existe entre el enfermo y cada uno de los miembros de la familia, el número de integrantes, las edades de

"Los problemas de la vida diaria para la familia de un anciano dependiente tienen orígenes diferentes y son conformados por factores y relaciones concurrentes. Los principales cambios ocurren en el papel que se desempeña y estos cambios se acompañan de confusión y ambigüedad. Las relaciones previas entre padres e hijos, cónyuges, hermanos o amigos se modifican a causa de los cambios en la salud y las capacidades del paciente. La incapacidad real o aparente para satisfacer las necesidades del anciano, por las personas que se encargan de cuidarlo, puede originar frustración, culpa, ira y resentimiento; lo que el anciano necesita es afecto y sentimiento de pertenecer a la familia. La fatiga que se produce por cuidar y vigilar al anciano, casi siempre cumpliendo horarios estrictos, agota rápidamente los recursos físicos y emocionales para permanecer en el centro de la situación. Estos factores añaden dificultad a la vida diaria de la familia del anciano enfermo y dependiente.

Las normas culturales definen las actitudes inter e intrageneracionales respecto del papel que debe desempeñarse y también la conducta de los miembros de la familia, cualquiera que sea su edad."

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Cuando la familia del anciano dependiente se siente incapaz de manejar la vida diaria con todas las responsabilidades que implica cuidarlo, comienzan a ocurrir signos y síntomas de las dificultades que enfrenta manifestándose en la persona que ha asumido el cuidado principal del anciano. Muchos de los problemas que afectan a la familia encargada de cuidar a un anciano pueden evitarse planeando períodos programados de reposo. Es posible obtener servicios de enfermería a domicilio por medio de una agencia, que se encargue del cuidado físico, preparación de alimentos, tareas sencillas del hogar como ir de compras, etc. Es importante que el familiar encargado del cuidado tome su descanso, para que realmente se beneficie del reposo. A veces se necesita más de un intento para tratar de establecer la confianza necesaria, pero no debe asumirse la obligación a la persona encargada de atender al anciano; descansará simplemente porque alguien tome su lugar por un tiempo.

9.1.2 Dinámica Familiar

Los problemas de la vida diaria para la familia de un anciano dependiente tienen orígenes diferentes y son conformados por factores y relaciones concurrentes. Los principales cambios ocurren en el papel que se desempeña y estos cambios se acompañan de confusión y ambigüedad. Las relaciones previas entre padres e hijos, cónyuges, hermanos o amigos se modifican a causa de los cambios en la salud y en las capacidades del paciente.

La incapacidad real o aparente para satisfacer las necesidades del anciano, por las personas que se encargan de cuidarlo, puede originar frustración, culpa, ira y resentimiento; lo que el anciano necesita es afecto y sentimiento; de pertenecer a la familia. La fatiga que se produce por cuidar y vigilar al anciano, casi siempre cumpliendo horarios estrictos, agota rápidamente los recursos físicos y emocionales para permanecer en el centro de la situación.

Estos factores añaden dificultad a la vida diaria de la familia del anciano enfermo y dependiente. Los problemas para cuidar de un anciano se exacerban durante ciertos momentos del día o en determinados días de la semana o épocas del año. Es frecuente que el anciano confunda las horas de la noche con las del día, se levante de la cama, camine por la casa, prenda la estufa, deje correr el agua y se exponga a peligros ambientales. Esta situación priva del sueño al cuidador y le desgasta rápidamente su vigor. Los fines de semana son días para la gente joven. Las personas que se encargan del cuidado, toman un reposo de la tarea e invierte su tiempo en el hogar, los hijos o los nietos también son los días de mayor soledad para el anciano. Las vacaciones y días festivos generan conflicto. A veces es necesario salir fuera y la disyuntiva es encontrar alguien que se encargue de cuidar al anciano o frustrar las expectativas de los otros miembros de la familia. En días de fiesta el anciano bien podría participar, pero casi siempre carece de resistencia necesaria para rodearse de mucha gente de diferentes edades. De nuevo, el conflicto se establece entre satisfacer las necesidades del anciano y las demandas de la familia.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Cuando alguno de los ancianos necesita atención de la familia requiere atención continua, ayuda y vigilancia; hay mucho riesgo de alterar la dinámica familiar y de que aparezcan respuestas impropias. Todos los signos y síntomas descritos sugieren el diagnóstico de la falta de adaptación y necesidades de ayuda externa.²⁴

9.1.3 Cuidador Principal

Los cuidados que presta la familia y los servicios que proporcionan los organismos públicos se distinguen entre:

a) Recursos formales: son las prestaciones y servicios sociales que proporcionan los organismos públicos y privados. (atención institucionalizada)

b) Recursos informales: es la atención que dispensan familiares, amigos, vecinos, así como organizaciones de voluntarios. Engloban a todos aquellos que ofrecen cuidados no remunerados, siendo la familia la principal unidad de apoyo a la persona mayor²⁵

Gran parte de las personas dependientes reciben el cuidado que precisan fuera del sistema sanitario. La familia es la que proporciona, en mayor medida, el cuidado requerido. Existe un acuerdo unánime respecto a la importancia y magnitud del cuidado informal, ya que éste completa o sustituye la ausencia o deficiencia de provisión de los servicios formales. Manuel A. Duran afirma que la "mayor parte de los cuidados de salud tiene lugar en los extremos del ciclo de vida (niños y ancianos) y fundamentalmente en el ámbito doméstico. Los incapacitados, en muchas ocasiones, no llegan a abandonarlo nunca, y los que trabajan son cuidados en gran medida en su hogar, cuando contraen enfermedades, sufren accidentes o simplemente envejecen".

En la mayoría de los casos de personas incapacitadas se observa que es la familia la que asume los cuidados, incluyendo a veces un cambio de domicilio del paciente o de su cuidador.

Dentro de la familia, la prestación de cuidados no acostumbra repartirse equitativamente entre sus miembros, sino que existe un familiar denominado "cuidador principal" o cuidador informal²⁶), que es aquel sobre el que recae la mayor responsabilidad del cuidado. Este cuidador principal ha sido definido como la persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quien padece una enfermedad y también la que permite seguir viviendo en su entorno y de

²⁴ Atención Primaria en Geriatria y Casos Clínicos p. 204

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

una manera confortable y segura a una persona que por razones de edad o incapacidad no es totalmente independiente. En definitiva, el cuidador principal asume la responsabilidad principal y los otros miembros de la familia y/o amigos, vecinos, etc. cuando existen, ayudan a éste. Hasta tal punto el cuidador principal asume la responsabilidad del cuidado, que se le hace difícil delegar parte de este trabajo y se crea una fuerte dependencia de éste hacia la persona cuidada.

Los distintos estudios analizados confirman que las mujeres son las principales cuidadoras responsables, ya que dentro de la familia, la prestación de los cuidados acostumbra a recaer sobre ellas. El papel de la mujer en el cuidado de la salud de la población es decisivo. Es la principal agente en la toma de decisiones que implican la utilización de servicios sanitarios y la cuidadora directa en el ámbito doméstico. En un estudio dirigido por M.A. Duran, se cita mayoritariamente a la madre o ama de casa como la persona que se ocupa del cuidado de la salud (garantizan el cuidado y tratamiento de las personas dependientes por edad o discapacidad, los acompañan al médico, les realizan cuidados preventivos, vigilan la higiene personal, alimentación, etc.

Diferentes estudios ponen de manifiesto que los cuidadores, que dedican mucho tiempo al cuidado, con una elevada carga física y mental, alterándose su vida a nivel emocional, laboral, social, etc. Algunos autores denominan a este conjunto de alteraciones que repercuten en todas las esferas del cuidador el "síndrome del cuidador".

Un sentimiento frecuentemente expresado por muchos cuidadores es el de sentirse física y emocionalmente atrapados, de tal forma que su vida se centra básicamente en el hecho de cuidar a alguien, sintiéndose incluso culpables si alguna vez pensaban en sí mismos. La ansiedad del cuidador es mayor cuando no dispone de ayuda y cuando la persona dependiente es un familiar de primer grado.

Es importante señalar, sin embargo, que la mayoría de los estudios realizados en este campo se refieren a cuidadores de enfermos con demencia y/o ancianos, y en pocas publicaciones se detalla el tipo de cuidados que prestan los cuidadores informales a personas dependientes que presentan otro tipo de patología o problema de salud ni las repercusiones de este cuidado en la calidad de vida del cuidador.

Todo ello pone de manifiesto que el cuidar a lo largo de mucho tiempo a personas discapacitadas, ancianos o moribundos, supone la renuncia a una parte de la propia vida del cuidador. Por ello, para que cuidar sea soportable, hay que tener en cuenta las condiciones materiales, afectivas y sociales de los cuidadores. En este sentido, los cuidadores refieren disponer información sobre las posibilidades de acceso a servicios de ayuda (sanitarios, sociales, de voluntariado, etc.) Manifiestan poco soporte material, moral y físico y una falta de atención y coordinación del sistema sanitario y social, debiéndoselas de arreglar como pueden, con las consecuencias que esto les pueda suponer.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otros estudios describen la forma en que se asignan los servicios formales a las familias que tienen un miembro anciano dependiente. los resultados evidencian que la asignación de dichos recursos se hace en base únicamente a las necesidades de los ancianos y a su grado de dependencia, pero no se tiene en cuenta la disponibilidad del sistema informal, ni la cantidad de cuidados informales ni los problemas y/o necesidades del cuidador y de su familia

A todo ello se debe añadir la progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral. El crecimiento de la población activa femenina ha sido de un 36% entre 1976 y 1990. Ello nos indica la denominada doble presencia de las mujeres, es decir, el trabajo productivo y el trabajo reproductivo, o sea es aquel que permite la vida en el hogar.

Si las enfermeras son las profesionales capacitadas para cuidar, sus cuidados tienen que incluir, además de la persona dependiente, a todo el grupo familiar, ya que la enfermedad de una persona afecta a todo su entorno, especialmente aquella persona sobre la cual recae el mayor peso de los cuidados.²⁵

9.1.4 Anciano y Familia

La familia sigue siendo la fuente habitual de ayuda y e apoyo para los ancianos en por lo menos tres aspectos fundamentales, le proporciona ayuda financiera en situaciones de urgencia o en forma continua, provee de cuidados en caso de enfermedad, ya sea de manera temporal o permanente y la más importante le brinda amor, afecto y confianza. Los expertos de países desarrollados y en vías de desarrollo han demostrado el papel tan importante que representa la familia para el bienestar de los ancianos, por lo que es necesario fortalecer las familias existentes y apoyarlas y orienta en los cuidados que les pueden proporcionar a sus ancianos.

Estas propuestas del enfoque humanista existencial nos pueden ayudar a aproximarnos a dar una respuesta confortadora a éstas personas en concreto: a ver al paciente de una forma humana; y que los familiares aprendan también de una forma humana a partir de la congruencia, que es válido enojarse, impacientarse, exasperarse y, que cuidar a un enfermo no significa que sus vidas se acaben, sino que también es válido que sus vidas continúen con espacios de diversión, recreación, de disfrute para que desde aquí recuperen la fuerza necesaria. Es importante por ello que el anciano tenga un entorno estable y conocido que lo haga sentirse seguro.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El deterioro psicológico implica cambios en el comportamiento y en la auto percepción y reacciones específicas frente a las nuevas dificultades, es por ello que cada anciano en particular enfrenta en forma distinta los cambios en las capacidades psíquicas.²⁶

9.1.5 Complicaciones

Si la familia no maneja adecuadamente los problemas de la vida diaria, incluyendo la atención del anciano, pueden presentarse problemas tanto para el anciano como para las personas que se encargan de cuidarlo. Aparecen trastornos físicos y emocionales en ambas partes. Los recursos económicos pueden agotarse. El internamiento prematuro del anciano en alguna institución produce deterioro innecesario de su estado de salud. El suicidio es otra posibilidad.

"Recapitulando, la gente se siente más sola y aislada si se considera enferma que si se considera sana. La gran relación entre el juicio de la propia salud y el índice de incapacidad, sugiere que, en general, la impresión de mala salud acarrea sentimientos de soledad" (SAHANAS Y COL, 1988).

Ni siquiera nos aproximamos a un concepto cabal de la interacción entre las impresiones subjetivas, las condiciones objetivas y las de índole de relaciones sociales. Pero estamos en condiciones de llegar a la conclusión de que la manera de vivir es un aspecto importante y vital en la existencia de los ancianos, aunque muchos carezcan de familia o tengan sólo parientes lejanos. Razón de más en el caso de los que reciben atención de sus familiares.²⁷

9.1.6 Colapso del Cuidador

La posibilidad de llegar a edades muy avanzadas es cada vez más frecuente. Además de los cambios demográficos se han dado cambios a nivel epidemiológico, de tal manera que las principales causas de morbilidad y mortalidad son las enfermedades crónico-degenerativas.

EL impacto de este nuevo patrón epidemiológico es la frecuencia cada vez mayor de personas que sufren algún grado de dependencia o invalidez lo cual repercute de manera importante en la sociedad, la familia y el propio individuo afectado. Entre las repercusiones podemos citar la carga económica que implica, la necesidad de mayor número de servicios médicos y hospitalarios y la afectación directa a la familia por las demandas de atención y cuidados que requiere un paciente dependiente.

Los avances tecnológicos han favorecido la aparición de métodos de diagnóstico y tratamiento que permiten un mejor manejo de las enfermedades crónicas, más no así del enfermo crónico quien requiere además del apoyo médico, del sustento

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

emocional y de los cuidados básicos e instrumentales para las actividades de la vida diaria (higiene personal y de su entorno, alimentación, recreación cuidados generales, seguridad Etc)

Teóricamente la familia es quien mejor puede proporcionar al anciano todos los apoyos. Cuando el anciano tiene cubiertas adecuadamente todas estas necesidades su calidad de vida mejora y por lo tanto su capacidad para adaptarse en condiciones más dignas a su padecimientos. Por otro lado se ha observado que la carga de cuidar a un individuo dependiente suele recaer principalmente en algún miembro de la familia al cual se le ha llamado "cuidador primario". Esta persona se convierte de esta manera en el eje central del manejo del enfermo, de tal manera que el éxito de cualquier tratamiento o manejo médico dependerán en gran medida del cuidador primario.

El médico habitualmente suele centrarse en las condiciones de su paciente y se olvida de su cuidador y la familia. Muchos de los fracasos en el manejo del paciente geriátrico o dependiente no son entonces por falta de conocimiento o errores, sino por descuidar a este último aspecto.²⁸

La geriatría se ha interesado de manera especial en el bienestar del cuidador primario. Muchas acciones comienzan desarrollarse para que el cuidador primario, remunerado, pueda contar con los apoyos necesarios de tipo psicológico o emocional para poder mantenerse en las condiciones óptimas para contender con la carga de trabajo que la situación exige. Esto se ha visto reflejado en la creación de grupos de apoyo para familiares en los cuales el soporte que el cuidador recibe se ve reflejado en una mejor calidad de vida para su paciente como para él mismo.

Una de las quejas más frecuentemente y más escuchada por los cuidadores es la falta de apoyo o soledad en que se encuentran al no compartir la "carga" que el cuidado del enfermo implica, con otros miembros de su familia. Cuando esto llega a darse en situaciones externas estamos, por lo general, ante una familia que ya era disfuncional desde antes de que la enfermedad se presentara.

Por el contrario, cuando la enfermedad se presenta en una familia funcional; el proceso de adaptación a las exigencias de la enfermedad o la dependencia se van dando paulatinamente sin llegar a serios conflictos familiares. En estos casos la familia tiene antecedentes de haber respondido funcionalmente a crisis previas, ya sean esperadas o inesperadas. Esto quiere decir que dicha familia ha adquirido la capacidad de enfrentar problemas con las condiciones adecuadas de adaptación que le permiten no tan solo la resolución o adaptación funcional a los conflictos sino el crecimiento de la familia en su desarrollo como grupo social y como seres humanos en cada uno de los miembros que la conforman.

²⁸ Morgan T. Clifford. Psicología fisiológica p 618-619

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Con base en lo anterior consideramos que en una familia donde encontramos uno de sus miembros que runge como cuidador y que esta colapsado o en riesgo importante de colapsarse requiere ser identificado y valorado por el personal de salud para brindarle el apoyo necesario lo más pronto posible

De otra manera, no sólo estará en riesgo de agravarse el paciente, sino también el cuidador que está a su cargo, está en riesgo de enfermarse

Por ahora la familia mexicana en muchos casos sigue siendo extensa, los ancianos mexicanos cuentan con varios hijos lo que permite que existan varias posibilidades de que uno de ellos se haga cargo de su anciano en forma temporal para que pueda descansar y otra hija o hijo tome la responsabilidad cuando se presenta la dependencia o la enfermedad.

Cuando encontramos que el cuidador primario de la familia, esta en riesgo de colapsarse por lo general la queja principal es que "nadie me ayuda" y no cuenta con el apoyo de los otros miembros de la familia. Esta situación suele presentarse, por lo general en familias disfuncionales en donde suelen presentarse diferentes situaciones como son:

El familiar, inconscientemente, no permite que otros le ayuden ya que el es el único que sabe hacer bien las cosas. Lo anterior puede deberse a varias circunstancias a la vez como conflictos familiares previos no resueltos que conllevan a sentimientos de culpa; resentimientos o rencores. La lucha por el control o el poder puede llevar a un tipo de personalidad con tendencia a la victimización y a culpar a los demás. Por otro lado puede existir una tendencia a la negación o evasión ante la presencia de conflictos lo que favorece que algunos miembros de la familia se "desentiendan" del problema.

Cuando las situaciones antes descritas son crónicas o se vuelven severas, estamos ante una familia disfuncional la cual requiere de un manejo profesional específico. El manejo implica una o varias intervenciones con toda la familia, con base al enfoque sistemático y cuyos objetivos entre ellos serían:

- 1.- Ayudar a la familia a identificar su problema, que es diferente a decirle "cuál es su problema"
- 2 - Que cada uno de los integrantes de la familia tomen conciencia de sus propios mecanismos de defensa para confrontar el dolor o sufrimiento que les ocasiona la enfermedad de su familiar
- 3 - Que tomen conciencia de sus formas de comunicación que no favorecen el entendimiento entre ellos. Por ejemplo cuando la comunicación no es directa o es confusa favorece la existencia de patrones de interacción disfuncionales
- 4 - Que entienda sus propios patrones de lucha de poder y control, roles inapropiados (ejemplo: el hijo se convierte en el "padre del padre")
- 5 - Hacer consciente las situaciones conflictivas del pasado no resueltas y que siguen cobrando vida a través de los diferentes comportamientos disfuncionales

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

6.- Ayudar a la familia a clasificar las diversas consecuencias que puedan derivarse de ellas.

En la gran mayoría de las veces el tomar conciencia de algunas de las situaciones descritas, puede ser motivo para cambiar. Esto se logra desde el momento en que la familia entiende que la culpa no es de su familiar enfermo sino de los problemas en la dinámica familiar, en donde todos participan o son responsables. Esta técnica de "desetiquetar", es utilizada en el contexto de la terapia familiar para equilibrar el sistema. Su utilidad es disolver el "síntoma" que se manifiesta a través del señalamiento del "chivo expiatorio", en este caso el anciano enfermo el cual se convierte en el "culpable" de todo lo que pasa a la familia. Mientras haya un culpable, no hay necesidad de cambiar y por lo tanto los problemas seguirán perpetuándose. Cuando la familia es funcional cada quien tiene conciencia de sus propias responsabilidades y limitaciones. Hay preocupación por el bienestar de todos y cada uno de sus miembros lo que favorece la ayuda mutua de la manera que la familia lo juzgue apropiado, dando lugar a diferentes formas de organizarse. Todo lo anterior surge de la propia familia y no del profesional de la salud que les orienta sobre lo que se "debe hacer". Esta actitud suele ser muy frecuente y solo propicia a favorecer el paternalismo y no la responsabilidad de la familia.²⁹

9.1.7 Violencia y Agresión

Ocasionalmente la persona podrá estar enojada, agresiva o violenta. Puede ser por muchas razones como la pérdida de control social y discernimiento, pérdida de la habilidad para expresar sin violencia sus sentimientos negativos y pérdida de la habilidad para entender las acciones y las habilidades de otros. Para un cuidador ésta es una de las situaciones más difíciles de manejar.

9.1.8 Dependencia funcional

La Organización Mundial de la Salud, ha señalado que: "la salud en el adulto mayor es mejor apreciada en términos del grado de funcionalidad, más que en el número o tipo de patologías existentes, y permite estimar el grado de apoyo que el paciente demanda de la comunidad o servicio de salud". Por otro lado, la funcionalidad o estado funcional puede ser definido como "la capacidad que tiene la persona de llevar a cabo las actividades cotidianas que conducen a su bienestar"; tal capacidad depende de la posibilidad de integrar en forma equilibrada tres diferentes tipos de funcionamiento: biológico, psicológico y social.

"La pérdida de la capacidad funcional, es el indicador más sensible para identificar cualquier enfermedad aguda en el adulto mayor; dicha pérdida se manifiesta muchas veces hasta que el adulto mayor se ve expuesto a situaciones de estrés (depresión, hospitalización, cirugía, etc.)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El anciano pierde su independencia funcional, en mayor o en menor grado, por una serie de elementos frecuentes en la edad avanzada como:

- a) Los efectos del "desgaste" propios del envejecimiento, resultantes de un deterioro de la reserva homeostática que conduce a una susceptibilidad exagerada ante los estímulos nocivos del medio ambiente.
- b) La acumulación de procesos patológicos, que favorece el déficit funcional.
- c) Los efectos adversos de la administración de múltiples fármacos que con infortunada frecuencia se observan en este grupo de edad.
- d) La privación del soporte social.

Es bien conocida la presencia del deterioro orgánico y funcional propio de la edad avanzada, pero existe una gran variabilidad entre los individuos, característica primordial del envejecimiento.

Muchos problemas en estos pacientes (por su frecuencia, susceptibilidad de manejo, el impacto en la calidad de vida del enfermo y su entorno familiar), tienen gran importancia en la medicina geriátrica. Estos son: deterioro cognoscitivo (demencia y delirium), incontinencia, inestabilidad y caídas, inmovilidad, desnutrición, deterioro sensorial (visión y audición), aislamiento, impotencia e iatrogenia, entre otros. Estos problemas pueden presentarse en forma insidiosa o aguda, aunados a patologías crónicas".

"La medida de la capacidad funcional para realizar las funciones de la vida diaria de forma independiente es de máxima utilidad y puede realizarse fácilmente. Existen fundamentalmente dos sistemas:

- 1.- Escalas que cuantifican las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). La más conocida es el índice de Katz, que evalúa seis funciones: bañarse, vestirse, ir al baño, trasladarse, no padecer incontinencia y alimentarse por sí mismo que se puede graduar según las funciones perdidas.
- 2.- La escala que describe las actividades instrumentales incluye actividades más complejas necesarias para una vida independiente, (AIVD), es la de Lawton, que incluye las funciones de preparación de una comida, comprar los elementos necesarios, manejo financiero, tareas del hogar, el uso del transporte, toma de medicamentos y lavado de ropas.

Los instrumentos de evaluación para las actividades de la vida diaria surgieron ante la necesidad de tener un indicador objetivo que funcionara como un índice de predictibilidad y que también sirviera para la evaluación de los resultados de tratamiento en ancianos y en los enfermos crónicos.

El objetivo principal de la evaluación funcional es la preservación de la función y la independencia del paciente.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

10.1 Los Síntomas Gastrointestinales como Indicadores de Estrés

Como se ha mencionado anteriormente, los síntomas gastrointestinales casi siempre son indicadores de la existencia de una alteración en la dinámica biopsicosocial del individuo, y por lo general estos trastornos se perciben en forma de sensaciones desagradables, son inespecíficos y reflejan la forma en que el sujeto responde a determinadas situaciones en su dinámica básicamente de tipo social.

Regurgitación: la tensión emocional suele aumentar la tendencia a la regurgitación a través de mecanismos todavía desconocidos.

Diarrea: ciertos sujetos responden ante situaciones de amenaza o de peligro mediante el retorno a un complejo psicodinámico fisiológico más precoz como el reflejo infantil de la defecación posprandial.

Estreñimiento: el estreñimiento que suele aparecer en los estados de depresión, o cuando el individuo cede ante los problemas de la vida, probablemente es menos específico, e indica un descenso de la sincronización de los procesos fisiológicos y psicológicos, que es característico de las actitudes de conservación mediante retraimiento.

Generalmente los síntomas que se presentan en estados de estrés están estrechamente ligados con etapas anteriores del desarrollo humano; principalmente en la infancia en la cual a partir de la interacción familiar y social se reciben diversos estímulos que de alguna manera afectan psicológicamente a los individuos. Estos estímulos son ignorados o reprimidos durante las etapas posteriores del desarrollo humano, pero en el momento en que se viven situaciones que comprometen nuestra dinámica biopsicosocial se desencadenan éstos estímulos que estuvieron guardados durante mucho tiempo y que posteriormente se reflejarán en trastornos fisiológicos que comprometen la salud del individuo.

10.1.1 Estrés

El estrés "es un tipo de relación que se establece entre un individuo y su medio ambiente, se da cuando aquél siente que las exigencias de éste sobrepasan sus posibilidades de enfrentamiento" y ha sido considerado como un factor que influye en el proceso salud - enfermedad de los individuos.

Las autoras de éste informe de investigación lo definen como "la respuesta de desadaptación del cuidador principal por el aumento de la demanda de atención del anciano debido a la dependencia funcional, tomando en cuenta su nivel socioeconómico".

Las alteraciones fisiológicas constituyen la expresión física de las emociones y forman parte del comportamiento de la persona afectada. Los síntomas de alteración

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

fisiológica que se producen en los estados de estrés, generalmente son dolor abdominal, pérdida o aumento de peso, náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento, regurgitación y acidez. Tomando en cuenta que éstos son síntomas que corresponden a la descripción verbal de una sensación de un estado de ánimo o de alteraciones del aspecto del individuo o de su capacidad funcional, sin olvidar que éstos pueden cambiar tanto en el aspecto

"Los síntomas de una enfermedad y las alteraciones funcionales de la misma reflejan, por lo menos en parte, respuestas frente a la alteración de la homeostasia, así como los intentos del organismo para normalizarla. La homeostasia exige la persistencia de una situación estable dinámica y con múltiples relaciones a diversos planos de la organización del sistema, desde el molecular al psicosocial, todos los cuales pueden afectarse a diversos niveles, de forma compleja e interrelacionada".

"Una de las consecuencias de la situación estable dinámica del conducto gastrointestinal es el equilibrio de ingestión, digestión y de excreción. Además de los controles neurofisiológicos que regulan los procesos de ingestión y de excreción, existen mecanismos psicológicos que regulan dicho comportamiento.

Los procesos de neuroregulación se basan en la recepción, la valoración, el almacenamiento y la transferencia de la información. Todos los niveles de organización del sistema nervioso se hallan dispuestos para responder a los cambios que se producen en el contenido de la información de su propio ambiente en términos de los patrones existentes en el momento actual, los cuales, a su vez, pueden ser modificados por datos procedentes de otros niveles, con la finalidad de mantener la homeostasia del organismo. La regulación neural se halla organizada de forma jerárquica. En el intestino, incluso en el plexo mientérico hay un grado considerable de integración y de respuesta a los estímulos de tipo sensitivo. A nivel de la médula espinal existen arcos reflejos para la regulación autónoma de los procesos gastrointestinales, con sistemas moduladores e integradores superiores situados en el hipotálamo, el cerebelo, el limbo y la corteza cerebral. Los niveles superiores tienen por finalidad la organización del comportamiento de ingestión y de excreción, y la expresión de los mismos a nivel psicológico. Durante la vida del individuo, el cerebro se convierte en un archivo no sólo de la información heredada y adquirida a partir de los ambientes interno y externo, sino también de la que procede de los éxitos y fracasos del propio organismo para adaptarse a los cambios que experimenta en cada uno de esos tipos de ambiente"³⁰

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

10.1.2 Estrés Psicológico

Los factores psicológicos pueden contribuir directa o indirectamente a la etiología de varios trastornos físicos; en otros casos los síntomas psiquiátricos pueden ser una expresión directa de una lesión que afecta órganos neurales o endocrinos. También pueden presentarse síntomas psicológicos como una reacción a la enfermedad física. El empleo del término "psicosomático" nos refiere o habla sobre trastornos emocionales y las interrelaciones psicológicas con la enfermedad y la incapacidad somática.

El hecho de que el estrés psicológico pueda desencadenar o modificar el curso de enfermedades orgánicas de envergadura se conoce desde hace tiempo, pero es difícil de aceptar. Las emociones, evidentemente, pueden afectar el Sistema Nervioso Autónomo y, de forma secundaria, el peristaltismo intestinal, la sudación, cefaleas vagas, dolor y cólicos abdominales difusamente localizados, dolor de espalda o de cuello, dolor en las extremidades.

Durante varios años se ha reconocido que los estados emocionales, especialmente cuando persisten durante largos períodos de tiempo, pueden afectar de manera profunda a diversos órganos del cuerpo, a veces, dañándoles de modo directo y otras predisponiéndolos a la infección o a la entrega frente a las causas precipitantes.

10.1.3 Estrés Psicosocial

"El estrés psicosocial que produce conflictos y que requiere una respuesta adaptativa puede presentarse disfrazado de forma somática, con lo que parecen ser síntomas de enfermedad orgánica. A menudo, las alteraciones emocionales pasan inadvertidas o, incluso, son negadas por el paciente.

La ansiedad y la depresión son afecciones comunes producidas por el estrés psíquico, que pueden expresarse como síntomas en cualquier sistema corporal".

La vida material de las personas, de los seres humanos, en concreto, es lo primero. La vida psíquica es el derivado, el reflejo de la realidad objetiva. El pensamiento, las ambiciones, las creencias, etc. Tienen su origen en las culturas.³¹

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

10.1.4 Estrés del Cuidador

El cuidador suele asumir una tarea compleja y prolongada cuya duración suele durar años. la atención acostumbra a ser cotidiana, siete días y no menor de 8 a 10 horas al día. Comúnmente incluye las labores diarias de la casa, la higiene del anciano discapacitado en grado variable, apoyo emocional, tareas que en muchos casos requerían la asistencia y asesoría de personal cualificado.

Un anciano incontinente, que sufra algún grado de deterioro cognitivo y frecuentes trastornos de conducta, invariablemente terminará agotando la reserva de su cuidador.

El cuidador suele estar solo y no recibe ayuda, sobre todo con el paso del tiempo. Una minoría utiliza el recurso de un grupo de autoayuda, de diferentes orígenes. Más a menudo suele distanciarse de su red de relación social. Y acaban padeciendo estrés y consumiendo psicofármacos en una proporción significativamente mayor. Sólo quienes tienen una capacidad económica suficiente, solicitan los servicios a domicilio de agencias o personas dedicadas a cuidar ancianos, o el ingreso en una Residencia o Instituto.

Mientras tanto la discapacidad del anciano aumenta año tras año, y la carga sobre el cuidador puede llegar a ser abrumadora.

Por último, en el origen, no siempre la relación entre anciano y familiar o viceversa, sido buena, y eventualmente el anciano puede mostrarse agresivo o insultante con su cuidador. El cónyuge o el hijo puede "vengarse" de una situación anterior de violencia o maltratos familiares. Es en esta circunstancia que emerge el abuso o el maltrato al anciano.

El maltrato a los viejos por sus cuidadores habituales es una expresión de violencia oculta sobre la que se establece un pacto de silencio entre víctima y victimizador. La sociedad mantiene tácticamente este pacto y hace del él un "asunto interno", uno de sus últimos tabúes.

Las noches de sueño interrumpido, los frecuentes cambios de pañal, los conflictos con la pareja y los hijos, una situación económica no muy holgada, pocos metros cuadrados disponibles en la vivienda familiar, escaso conocimiento técnico de los cuidados a dispensar, junto a la continúa interferencia a las actividades de relación socio-laboral, en la más absoluta "incomunicación", son factores que pueden llevarle a la acción del maltrato físico, la crueldad verbal, el expolio patrimonial ilegítimo o más raramente a la humillación sexual.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

11.1 Emociones y Sentimientos (teorías).

Las emociones sentimientos y las pasiones son en gran parte responsables de las características de una personalidad. Puede decirse que son los ingredientes que sirven para razonar y colorear la vida. Ante toda situación que tenga alguna importancia la mayor parte de las personas tienden a responder afectivamente. Estas respuestas afectivas pueden ser de signo placentero y se podrán manifestar bajo la forma de actitudes de atracción o de repulsión.

Una persona se da cuenta de que está sintiendo algo o que está emocionada porque nota interiormente alguna clase de alteración: el corazón late más de prisa, se le seca la boca, interrumpe el curso de su pensamiento, palidece, suda, etc. Justamente este estado de alteración es el que nos mueve a decir que estamos sintiendo o hemos sentido una emoción.

La mayor parte de los psicólogos introspectivos abordaban el estudio de las emociones haciendo una previa distinción entre sentimientos, emociones y pasiones.

Los sentimientos son estados afectivos de carácter más bien duradero y de moderada intensidad. La simpatía, el amor, la compasión, etcétera, pueden considerarse como sentimientos.

Las emociones son estados afectivos mucho más pasajeras que los sentimientos. Se caracterizan por parecer de forma más brusca y por ser mucho más intensos que aquéllos. La cólera, la angustia, el miedo, etc., pueden ponerse como ejemplo de emociones. Cuando la reacción es muy intensa y violenta y adopta la forma de crisis, puede hablarse de *shock* emocional.

Las pasiones tienen simultáneamente algo de los sentimientos y algo de las emociones. A las emociones se parecen por su intensidad y violencia y a los sentimientos porque son más durables que la mera emoción. Ciertos sentimientos, como el odio, el amor, los celos, etc., pueden sentirse con tal vehemencia e impregnar el comportamiento tan persistentemente, que pueden llegar a convertirse en "pasiones".

Para los psicólogos de la antigüedad los sentimientos, las emociones y las pasiones eran manifestaciones que venían a perturbar el reposo del alma. Con el advenimiento de la psicología experimental el centro de interés en el estudio de la vida emocional se desplaza desde la descripción introspectiva al estudio de las modificaciones fisiológicas que se producen durante las emociones y con la aparición del conductismo al estudio objetivo del comportamiento global y el conductismo al estudio objetivo del comportamiento global de las personas bajo los efectos de estos estados. La psicofisiología y el conductismo conciben la emoción como una forma de comportamiento que puede desencadenarse tanto por causas externas como por causas internas y que persiste aun después de haber desaparecido el estímulo, constituyendo una fuerza motivadora del comportamiento humano.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Cuando el comportamiento emocional se desencadena bajo la forma de una respuesta inmediata al estímulo, tenemos la emoción tal y como la conciben los psicólogos clásicos. Los sentimientos serían hábitos emocionales que se producen a consecuencia de los efectos secundarios y persistentes de las emociones. El mismo origen tendrían las pasiones, diferenciándose de aquéllas solamente por su mayor intensidad y su mayor intensidad y su mayor frecuencia sobre el comportamiento individual.

La psicología actual, una de cuyas figuras más destacadas en este campo es M. B. Arnold, intenta realizar una síntesis de las diversas teorías y abordajes existentes en el estudio de las emociones. Esta autora, en su obra fundamental *Emotion and personality*, define así una emoción: "Sentir tendencia hacia algo intuitivamente evaluado como bueno o beneficioso o bien apartarse de algo intuitivamente evaluado como malo o penoso. Simultáneamente a esta atracción o aversión se producen una serie de cambios fisiológicos cuya finalidad estriba en que se pueda llevar a cabo esta aproximación o retirada. Estos cambios fisiológicos tienen características propias que son diferentes de unos estados emocionales a otros".

Hay que distinguir en las emociones un aspecto cualitativo y otro cuantitativo. La "cualidad" de cada emoción depende de la forma, de "como" reaccionamos ante un determinado objeto, persona o situación. La "cantidad" es función de la intensidad con que se siente y expresa la emoción.

Existe un número limitado de condiciones bajo las cuales una situación, persona u objeto puede afectarnos: la situación, la persona o el objeto pueden ser buenos o malos para nosotros; estar presentes o ausentes, y por fin, puede resultar fácil o difícil conseguir o evitar aquéllas.

En cambio, lo que consideramos malos nos desagrada no lo tenemos, lo deseamos. Si lo que nos agrada podemos evitarlo fácilmente, lo rechazamos; si está presente, es decir, lo poseemos, sentimos pesadumbre o tristeza.

Agradar o desagradar, desear o rechazar, sentir gozo o sentir tristeza son emociones básicas. Pero, además, las emociones llevan implícita una tendencia a la acción. Esta tendencia se pone de manifiesto con más intensidad. Cuando deseamos algo difícil luchamos por conseguirlo. Cuando deseamos evitar algo difícil luchamos por conseguirlo. Cuando deseamos evitar algo difícil luchamos contra ello.

Si los obstáculos, aunque sean difíciles, los consideramos superables, tendremos esperanza. Si por el contrario, los consideramos insuperables, la esperanza es reemplazada por la desesperanza o el desespero. Ante una situación desagradable que deseemos superar podemos reaccionar con *coraje*, *arrojo* u *osadía*. En cambio, si la situación a pesar de ser desagradable, nos parece que no la podemos superar y deseamos evitarla, sentimos miedo o terror. Si no podemos sentir *postración* o una emoción similar.

Pero el estudio de las emociones, sentimientos y pasiones no puede quedar bajo ningún concepto reducido a su análisis fenomenológico y es fundamental analizar su vertiente interna, es decir los mecanismos nerviosos que les sirven de soporte y que producen secreciones graduales y modificaciones viscerales y su proyección externa, es decir, tal como se manifiestan a través de la expresiones faciales, perturbaciones en la emisión de la voz etc. Además nos referimos también a la experiencia emocional en sí misma tal como se siente, percibe y explica el sujeto que la experimenta; y finalmente, y de forma muy breve a las emociones en cuanto fuerzas motivadoras.

Durante las emociones, prácticamente la totalidad del organismo se encuentra afectada. Estos cambios son notables que, como se han emitido teorías sobre emociones, sentimientos y pasiones identificando a éstas con los cambios orgánicos.

En 1927, Cannon y Bard fueron los primeros en estudiar el papel del cerebro en la vida emocional y sentimental. Mediante sus investigaciones se puso de manifiesto no solamente que era la corteza cerebral el lugar donde se verificaba la percepción de la situación estimulante desencadenadora de la emoción, sino que también el córtex era responsable del mantenimiento de la conducta emocional y sentimental una vez desaparecida la situación estimulante. Bard estudió los efectos de la descorticación en gatos y observó que estas circunstancias era mucho más fácil desencadenar en ellos reacciones de cólera.

De ello dedujo que la corteza cerebral ejercía unan función simultáneamente integradora e inhibitora. Al decorticar al animal se facilitaba el desencadenamiento de reacciones emocionales incluso ante pequeños estímulos, por desaparición de los mecanismos exhibidores, pero al faltar asimismo la función integradora quedaba explicado el hecho de que no se engendraran hábitos emocionales y sentimentales.

11.1.1 Cambios Corporales en las Emociones y Sentimientos

Se ha reconocido desde hace mucho tiempo que el sistema autónomo toma parte en las reacciones emocionales. El sistema autónomo se divide en simpático y parasimpático. El primero por lo general tiene unos efectos más difusos, mientras que pueden producirse ciertos efectos parasimpáticos sin que intervengan otras partes del sistema; por el contrario, el sistema simpático tiende a expresarse como un todo. Usualmente los dos sistemas son antagónicos: el efecto que ejercen sobre un determinado órgano es opuesto. Sin embargo, este enfoque es excesivamente esquemático porque en muchas ocasiones ambos trabajan unidos actuando de modo sucesivo o complementario. El equilibrio de actividades puede vencerse de un lado o de otro, según el sistema que prepondere; o los dos sistemas tienden a elevarse o decrecer en conjunto. Por tanto, cuando contemplamos una fuerte actividad simpática se puede ver al mismo tiempo o tras un corto intervalo de tiempo, una fuerte actividad del segundo sistema.

11.1.2 Culpa y enojo

Es muy común sentirse culpable, e incómodo debido al comportamiento de la persona por enojarse con ella, por sentir que ya no puede continuar y está pensando en la intimación. Puede ser útil hablar estos sentimientos con otros cuidadores.

Su enojo puede estar combinado, dirigido a la persona a usted, al médico o a la situación, dependiendo de las circunstancias. Es importante distinguir entre su enojo por el comportamiento de la persona, producto de su enfermedad y su enojo con la persona.

Puede ayudarle el buscar apoyo en un grupo de auto ayuda. A veces la gente se siente tan enojada que ésta a punto de lastimar a la persona que esta cuidando. Si éste es su sentimiento, debe buscar ayuda profesional, pues tener a su cargo varias responsabilidades como pagar cuentas, arreglar la casa, cocinar, es muy estresante. Conviene que lo platique con otros miembros de la familia.

12.1 El Rol de la Enfermera

El ancianismo, como concepto gerontológico, se define como el proceso de estereotipado y de discriminación sistemática contra las personas porque son viejas. La vejez es considerada de forma diferente por culturas distintas. Algunas culturas la ven como algo prometedor, puesto que con la edad se adquiere sabiduría, mientras que otras culturas sienten pavor hacia ella, al considerarla como una edad menos respetada. Las afiliaciones étnicas y raciales ayudan a determinar no sólo las actividades individuales, sino también la fuerza y las respuestas que los miembros de muchas minorías muestran a la hora de adaptarse a la vejez. El problema surge cuando el hecho de envejecer se considera en términos perjudiciales de menor utilidad o de incapacidad funcional. Las enfermeras deben valorar si sus actividades personales frente al envejecimiento ellas van a tener influencia positiva en los demás.

El envejecimiento, al igual que el embarazo, no es una enfermedad. Se trata de un estado evolutivo normal. Por consiguiente, la incapacidad y la disfunción no son acontecimientos normales ni inevitables de envejecimiento.

El rol de la enfermera debe ser el de un profesional autónomo en el cuidado de la salud que coordine la atención compleja a los ancianos y sus familiares, y que asuma el rol de líder en el equipo multidisciplinario de atención sanitaria.³²

Ya que los cuidados de los ancianos son holísticos por naturaleza y su salud y bienestar son afectados por la interacción de factores fisiológicos, patológicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

La enfermería gerontológica se sitúa entre las áreas más especializadas de la práctica de la enfermería. Muchos de los problemas del anciano están asociados con el funcionamiento diario y por tanto, son más sensibles a los modelos de cuidado de enfermería que al tratamiento médico.

La enfermería desempeña un papel importante ayudando a los pacientes a optimizar su salud, mejorar su calidad de vida, lograr su bienestar y facilitar su desarrollo personal (Phillips, 1996).

La enfermera necesita creatividad e ingenio para implementar un plan de cuidados especialmente si el paciente padece déficits sensoriales a diferencia de la inteligencia que no se ve afectada por el envejecimiento, aunque los ancianos son más capaces de utilizar su experiencia en la resolución de problemas y en el aprendizaje de nuevos conceptos que las personas más jóvenes. La enfermera debe aprovechar las capacidades sensoriales existentes y facilitar el desarrollo del anciano a lo largo de su adaptación.

La enfermería gerontológica requiere una valoración y unas habilidades de intervención sofisticadas, habilidades de coordinación y de manejo del cuidado, y una relación íntima entre la enfermera y el anciano. La enfermera tiene más posibilidades para contactar con el anciano que cualquier otro profesional del cuidado de la salud. Es importante aplicar habilidades para la valoración, asesoramiento, apoyo en la educación y la coordinación necesarias para el cuidado del anciano en diversos ámbitos. Es importante ayudar al anciano a desarrollar sus potenciales en lugar de abocarse en un deterioro lento o rápido. La enfermera proporciona valoración, guía, formación y apoyo; cuidando cuando se es necesario y cuida de ellos cuando están sometidos a tratamientos sofisticados si fuera necesario.³³

En todos los ámbitos, el establecimiento de objetivos y planes es importante para el cuidado de los ancianos. La enfermera debe responder a las pautas especificadas por el plan de cuidados en tanto crea perspectiva de enfermería es comprensiva que incorpora objetivos relacionados con la promoción de la salud, la rehabilitación y el mantenimiento de una capacidad funcional óptima o el apoyo en su declinar. Las enfermeras deben dar respuesta global a los problemas de salud reales o potenciales. El anciano responde de forma diferente a la enfermedad, a la manifestación de los estados patológicos y a las consecuencias funcionales de la enfermedad (Miller 1990).

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Los ancianos precisan de un manejo especial para comprender sus necesidades únicas

Es esencial que la enfermera conozca las pérdidas que ocurren en el envejecimiento normal, como la pérdida de seres queridos y el sentido de pérdida asociado a la jubilación. También tiene el reto de hallar medios costo-eficaces para proporcionar un cuidado de calidad a largo plazo para la población anciana en esta era de recursos limitados.

Estas limitaciones subestiman la importancia de la planificación de cuidados de un modo diversificado e individualizado, teniendo en cuenta las limitaciones funcionales y físicas del anciano, sus preferencias, su estilo de vida y su personalidad. Acentúan la influencia de la cultura, familia, la educación, la comunidad, los roles, los patrones de respuesta y los estados patológicos.

Las enfermeras gerontológicas han de conocer la diferencia entre cambios relacionados con la edad y factores de riesgo que afectan a la función de los ancianos. Han de comprender la influencia que el envejecimiento biológico, psicológico y social tiene sobre la mejora de la capacidad del anciano para funcionar y sobre su esperanza de vida. (Hayflick 1988). La enfermería gerontológica tiene un compromiso para proporcionar cuidados sanitarios para satisfacer las necesidades de la población anciana. La práctica actual de ésta es proceso dinámico, en evolución, gobierna una serie de estándares reguladores que sirven como modelo para el ejercicio profesional. Los estándares se aplican a todos los campos gerontológicos y están destinados a ser un recurso para los cuidados.

Las enfermeras deben de identificar y resolver los sentimientos personales sobre la vejez, y en especial sobre el propio proceso de envejecimiento. Deben desarrollar una filosofía que se acontraría a los puntos de vista negativos que la sociedad mantiene hacia la vejez. Esta filosofía debe reforzar una visión del envejecimiento orientada a la madurez en lugar de reforzar la tendencia actual de considerar la vejez como la última mitad de la vida, un declive, un proceso de degeneración que conduce a la incompetencia, a un auto concepto negativo y a una baja autoestima, con la muerte como resultado final. Esto es necesario si se pretende ayudar de forma válida a que el anciano se adapte al proceso normal de envejecimiento y a los problemas que pueda presentar.³⁴

12.1.2 Estructura para la Práctica

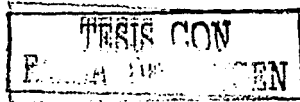
La enfermería gerontológica proporciona un cuidado especializado a los ancianos por las enfermeras que comprenden sus necesidades especiales por lo que deberán estructurar planes de cuidado y rehabilitación. Estos planes deben comprender la resolución de cualquier proceso patológico más la restitución del nivel de la función. En todos los casos, se han de incluir en el proceso de planificación de dichos planes basados principalmente en los cuidados necesidades y responsabilidades de los familiares y cuidadores. También deben de conocer bien los servicios de consulta y los recursos disponibles para satisfacer las necesidades del anciano y la familia basadas en una valoración total adecuada del paciente.

La valoración funcional del anciano sirve de estructura adecuada para la práctica de enfermería gerontológica. Si en las capacidades e incapacidades de una persona independientemente de la edad cronológica o del diagnóstico. Cada problema individual del anciano debe valorarse desde el punto de vista funcional. Esta valoración dejará al descubierto problemas ocultos, a menudo no mencionados, por vergüenza, negación, ignorancia o por no considerarlo un problema (Rose 1991).

Los instrumentos de valoración son variados y generalmente comprenden una historia y una exploración física completas, un inventario de las actividades básicas de auto cuidado, y un inventario de actividades instrumentales más complejas de la vida diaria. Otros instrumentos son: el de Lawton Recursos y Servicios del anciano, el de Fillenbaum, el de Katz, desarrollado para medir y registran la capacidad del anciano para funcionar de forma independiente y el de Barthel, diseñado para usar en servicios de rehabilitación. Otras áreas incluidas en la valoración funcional son: la función cognitiva, la función afectiva, el estado nutricional el estatus económico y el potencial rehabilitador. Una valoración total debe comprender la necesidad de servicios de apoyo, medidas preventivas y una evaluación para el ingreso del servicio de larga estancia.

La enfermera debe ayudar a los miembros de la familia; del mismo modo, debe prestarse atención profesional a los cambios que ocurren en la relación con los demás miembros de la familia y en el papel que han desempeñado durante toda la vida. La enfermera puede sugerir lo siguiente a la persona que sufre malestar por los cambios:

- 1.- Que identifique con precisión los cambios que han ocurrido o que están ocurriendo.
- 2 - Que observe las reacciones que esos cambios generan en cada una de las partes participantes



3 - Que identifique las razones o en qué se basan los cambios que han ocurrido o están ocurriendo ³⁶

12.13 Cuidando el Cuidado

Para hablar del cuidado es necesario enfatizar tanto en las necesidades del familiar o del cuidador primario como en las necesidades de la persona enferma sobre todo en ésta última. La persona que está más involucrada en el cuidado y atención del paciente en el cuidador. Generalmente suele ser un familiar cercano.

También puede que sea un amigo, vecino, pariente lejano o un prestador de servicios ya sea profesional o no que recibe una retribución económica. Cualquiera que sea la relación, dar cuidado significa estar pendiente de las necesidades del anciano enfermo. Muchas veces se reconoce la experiencia de cuidado de los familiares que es en sí muy valiosa, pero en el caso de los cuidadores pagados algunas veces no son reconocidos y valorados en su esfuerzo y su experiencia que es también muy valiosa. (Kitwood y Bredin 1992)

Al dedicarse a otorgar cuidado como trabajo remunerativo, un gran problema al que se enfrentan los cuidadores que realmente muy pocas personas entienden lo que hacen. Existe una visión ignorante que hace pensar que no producen nada, de ésta manera su trabajo es poco valioso. Las personas pueden no apreciar lo que el hecho de cuidar significa, porque a menudo tienen prejuicios especialmente si son ancianos. Esta actitud hace que devalúen el sentido del trabajo del cuidador.

En el caso de los familiares que no sean cuidadores directos, es importante que ellos entiendan a la persona que cuida, porque preocuparse de manera genuina y humana por la atención del cuidado del paciente hace que la vida de éste sea significativa: Como la historia personal de la vida del paciente se convierte en parte de vida del cuidador también recupere de manera importante en su vida. Reconocerle la dignidad y el esfuerzo de su trabajo no sólo a nivel económico sino también a nivel humano, hará que la vida del cuidador pagado cobre un mayor sentido.

También existen cuidadores pagados que no se preocupan por dar una atención de calidad al anciano. Tal vez en sus historias personales nadie se preocupó por ellos y carecieron de atención y cuidado, o quizás crean que mantener al paciente limpio, alimentado y darle ayuda en aspectos prácticos es una manera de cumplir con su trabajo, o pudiera ser que por no saber hacer otro tipo de trabajo, alguien les dijo que ponerse un uniforme blanco era suficiente para ser "un cuidador". Brindarles apoyo, información, orientación y comprensión puede rescatar buenas actitudes e intenciones en su desconocimiento para tratar al paciente.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Asimismo es necesario tener cuidado con este tipo de personas o con aquellos miembros de la familia que cuidan cuando la relación familiar ha sido difícil previamente a la enfermedad del paciente, porque cuando no se tiene una mistica de servicio, en ambos casos, se puede prestar a tener poder, a abusar de la confianza que se les deposita y a maltratar, castigar o dañar físicamente al paciente ejerciendo violencia psicológica ya sea a través de amenazas o de mantenerlo aislado del resto de los demás.³⁶

12.1.4 Cuidados de Calidad

Dar cuidado de calidad requiere de personas que tengan conocimientos, actitudes y habilidades especiales.

Conocimientos:

Es estar informados acerca de la naturaleza de la enfermedad así como de los síntomas, cambios y conductas problemáticas que presentan los pacientes.

También mantener una motivación constante hacia un aprendizaje de cuidados para los enfermos en términos generales; de la personalidad e historia particular de la persona que tienen a su cuidado; de la convivencia de acudir a grupos de apoyo para intercambiar experiencias y oír y hacerse oír en los testimonios de las personas que comparten la misma situación.

Actitudes:

Son maneras de enfrentar la vida y con las personas que los rodean, así como la forma en que reaccionan entre ellos.

Responsabilidad:

Requiere de interés, esfuerzo y creatividad para que el resultado sea una respuesta favorable a la situación tanto del paciente como de su entorno.

Flexibilidad:

Capacidad para adaptarse a situaciones nuevas y cambiantes que no impliquen perjuicio de su integridad y que se sientan aceptantes no sólo con las diferencias de los demás sino también con las propias.

Entusiasmo:

Para motivar y apoyar al paciente a que haga cosas por sí mismo o para realizar actividades en conjunto

³⁶ Piedrola Gil y otros. Ob. Cit (2) p. 117-1180

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Alegría:

Para transmitir sentido del humor

Respeto:

Para reconocer la calidad humana del paciente y valorarlo por ser quien es.

Convicción:

De que vale la pena hacerlo.

Paciencia:

Capacidad para soportar las conductas impredecibles del paciente.

Serenidad:

Para evitar ser dictatorial y para no perder el equilibrio ante situaciones catastróficas.³⁷

Disposición:

Para entender e interpretar el lenguaje no verbal y sus efectos tanto propios como del paciente.

Cordialidad:

Para tratar de manera amable a los demás sin distinción de clases o prejuicios.

Saber que los conocimientos, las actitudes y habilidades prácticas se retroalimentan mutuamente, que todas están conectas entre sí, es poder empezar por cualquiera de ellas y algo cambiará.

Este esfuerzo por conocer más acerca de las enfermedades de la persona y de sí mismos como cuidadores por mejorar, por aprender nuevas habilidades y cambiar sus actitudes, hará que la calidad del cuidado contribuya de manera significativa a la calidad de la vida de todos

De hecho, algunas habilidades y sentimientos se preservan por muchos años. Cuando los cambios ocurren al paciente, puede requerir que el cuidador modifique su conducta pero cómo cambiamos, qué decimos y hacemos puede hacer que el paciente reaccione mejor o peor

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Esto último es extremadamente importante porque nuestras actitudes para estar con el paciente contribuirán a su bienestar o deterioro. Cuando lo tratamos con el respeto que se merece, nuestra manera de comunicarnos es cálida y aceptante y nuestra disposición para estar con él es acogedora, seguramente le estamos transmitiendo el significado de que es valioso e importante y contribuimos a su bienestar. Si por el contrario lo tratamos de una manera insensible y negligente, nuestros mensajes son fríos, indiferentes, exasperantes o humillantes y nuestra disposición es rechazante, le estamos transmitiendo que es alguien que no es digno de amor ni atención y contribuimos a su deterioro. Si somos cuidadores pagados, nuestra relación con el paciente es fundamental para la calidad de su bienestar. Si lo logramos, también contribuimos al bienestar y salud de la familia.

Independientemente de otros cuidados, el más inmediato y de contacto diario es el cuidado de su cuerpo. Cuidar su cuerpo metafóricamente hablando, es cuidar de su esencia que aún cuando vemos que "la persona esta ausente o que es diferente a la que una vez fue" se le sigue confirmando un respeto a su totalidad: cuerpo-mente-emoción-espíritu ya que, aunque su desintegración psicológica preceda a su desintegración biológica, su esencia de vida esta contenida en ese cuerpo humano que todavía permanece vivo.

Cuidar de su cuerpo físicamente requiere, controlar otras enfermedades que pudieran coexistir como afecciones cardíacas, diabetes, infecciones etc. Vigilar deterioros que pudieran aparecer como problemas dentales, falta de visión o audición, problemas en la piel como resequedad, comezón, caspa en el cabello, cejas u oídos, formación de escaras; cuidado de sus piel para evitar callosidades, ampollas o uñas enterradas.

Observar aspectos nutricionales a través de mantener una dieta rica en fibras para prevenir estreñimiento, un consumo adecuado de líquidos para disminuir el riesgo de deshidratación e infecciones urinarias; una distribución nivelada de proteínas para proteger daño renal por medicamentos, una disminución en el consumo de sal para evitar retener líquidos o tener una presión alta y una reducción en el consumo de calorías para evitar exceso de peso y desnutrición. Realizar periódicamente evaluaciones físicas para prevenir algún problema que se presente, será de gran ayuda para su bienestar.

Por lo anterior, los familiares, los cuidadores pagados y los profesionales tienen una gran responsabilidad de trabajar juntos en equipo. Parte de esta responsabilidad es establecer un proceso continuo de comunicación entre éstos y el paciente. Esta última comunicación es muy importante porque frente a las pérdidas que va sufriendo el enfermo, es necesario mejorar la manera de relacionarse y comunicarse con él para poder llenar esos vacíos.

Los nuevos cambios que han sufrido las estructuras y las necesidades sociales en los últimos años, han influido de manera importante en el desarrollo de la enfermería marcando las directrices a seguir en esta disciplina.

La enfermera profesional deberá estar formada y dispuesta as su vez a aprender constantemente Incluso tendrá que especializarse Hay colectivos como el de los ancianos o el de las personas que sufren depresiones cada dia más amplios que requieren cuidados específicos

Ya hemos dicho que la mejor opción es que el anciano permanezca en su hogar por lo que enfermería tendrá que dar respuesta a esa necesidad siendo consciente que deberá trabajar en forma conjunta con el resto de los actores del equipo sanitario

La práctica de la enfermera gerontológica debe estar basada en el conocimiento del proceso normal del envejecimiento en los cambios esperados por ese hecho y a los problemas de salud que con mayor frecuencia se observan También es importante tener una visión completa de cómo el anciano se desenvuelve en su actividades de la vida diaria, tomando en cuenta no sólo al anciano, sino a la familia y su comunidad.³⁸

Es papel importante e la enfermera favorecer el mantenimiento de la independencia en las actividades básicas cotidianas, reeducando a la población para eliminar hábitos inadecuados y adquirir lo que permitan la convivencia en una sociedad limitada.

La atención geriátrica debe tener como objetivos la prevención del deterioro funcional, la mejoría de la calidad de vida a través e la prevención, el diagnóstico y tratamientos oportunos y construir a reforzar los lazos de apoyo familiar y la reinserción social del anciano.

Para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, a nivel existencial, es necesario que comprendamos lo que significa ser viejo, estar al final del ciclo de la vida y tener 70 años o más de experiencia sobre los que se pueden meditar. Sólo conociendo como los viejos se ven a sí mismos, como ven su vida y la naturaleza de la ancianidad, podremos acompañarlos en el proceso de envejecimiento.³⁹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³⁴ Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Relación entre el Deterioro Funcional y el Grado de Dependencia y las Necesidades Asistenciales de Adultos Mayores en México P. 41-38

³⁵ Ibidem P.42-43

VIII. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA POBLACIÓN DE ANCIANOS

A continuación se realiza la descripción de los resultados obtenidos en la entrevista a la población de 25 ancianos que conforman la muestra de estudio

El 28% de los ancianos se encuentran en la edad de 90 años y más el 16% corresponde a las edades de 85-89 años de edad, el 16% de 80-84 años, el 16% de 65-69 años respectivamente y el 12% de 75-79 años. Predomina en ellos el sexo femenino con un 88%, sexo masculino 12% de los cuales el 60% son casados 32% solteros por último 8% viudos. En cuanto a la escolaridad 40% analfabetos 24% sabe leer y escribir y el 20% tienen la primaria terminada 8% secundaria completa y el resto profesionistas. Relacionado a la ocupación que realizaron antes de ser institucionalizados 40% amas de casa, 32% trabajaron por su cuenta 16% obreras/os y por último el 8% profesionistas y el resto no tenía ocupación.

De los ancianos encuestados el 40% tienen de dos y más años dentro de la institución (asilo) y el 32% de 3 a 6 meses y un 16% de 1 a 2 años y el resto de 6 a 12 meses. Motivos o razones por los que fueron institucionalizados abandono familiar 52%, motivos económicos 24%, problemas familiares lo que representa difícil para realizar el cuidado en el hogar. Al preguntarles a los ancianos si fueron informados sobre su institucionalización 36% lo decidió él mismo, el 32% si se le informaron sus familiares y un 24% no se les informo y el resto los trajeron con engaños.

En cuanto al pensamiento o sentimiento que tiene la anciana/o hacia la persona que lo institucionalizó refiere: el 40% piensa que está bien que me hayan traído a este lugar, el 28% fue la mejor decisión que tomé o tomaron mis familiares, un 16% pienso y siento que soy un estorbo para mi familia o persona que me cuidaba y el resto refieren rencor hacia el familiar o persona que me trajo a este lugar.

En la pregunta ¿Quién es el responsable contestaron los ancianos 60% son los hijos, 20% hermanas/os, 12% amistades. En relación a la situación económica, 52% contestaron las ancianas(os) mi esposo me mantiene, 20% los hijos las mantienen 16%, sus parientes las mantienen 8% es jubilado.

En relación a la pregunta ¿quién lo visita, 44% refiere que sus hijos, 40% sus parientes y por último 8% sus amigos. En relación a los sentimientos que sienten cuando los visitan refiere el 44% que se siente muy contento, 24% le da gusto, otro 12% le da igual, y el otro 12% se siente triste.

En relación a las actividades que realiza cuando lo visita contesto el 76% no hacer nada, el 20% sólo platica y el resto no hace nada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En relación a la adaptación en la institución (asilo) el 60% se siente bien en la institución (asilo), el 24% no tiene problemas para convivir pero no les gusta salir a distraerse y el 16% no le gusta salir y no se lleva con nadie

En relación a la convivencia en el asilo, el 44% contesto si me gusta convivir con mis compañeros el 40% no le gusta convivir y el 16% si me gusta convivir por pequeños momentos. En relación al estado mental, el 48% con confusión mínima, 28% confusión moderada, el 20% confusión lúcida y el resto confusión severa.

En relación a las actividades de la vida diaria (AVD) el 68% independiente, 20% interdependiente, el 12% dependiente. En relación a depresión geriátrica el 64% normal, el 20% leve y por último 16% intensa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IX. DISCUSIÓN: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA POBLACIÓN DE LOS ANCIANOS.

Los resultados del cuestionario aplicado a la población de ancianas y ancianos de las Instituciones "Hospital y asilo Vicentino y Residencia Arturo Mundet", fueron muy significativos para esta investigación nos permitieron identificar los fenómenos de Las emociones y sentimientos de los ancianos al ser institucionalizados vs. Los sentimientos de los familiares con la que viven muchas ancianas y ancianos, aunque no son identificados por ellas y ellos como tales, ya que forman de su vida cotidiana.

El rango de edad se encontró en la población con 90 y más con el 28% y el 88% con predominio el sexo femenino. Este dato no resulta contradictorio a lo que las bibliografías señalan en cuanto al porcentaje mayor de mujeres en el país y por tanto también en las residencias.

Una de las preguntas de mayor importancia la de abandono, maltrato y con un 52%. También es cierto que existen otros porcentajes muy representativos por ejemplo: Como qué piensa de la persona que lo institucionalizó con 40%, es la referente al motivo que le causa dolor y me dan muchas ganas de llorar haciendo énfasis a su tristeza lo y no me siento feliz refiere la anciana/o, esta pregunta adquiere mayor relevancia al relacionarla con las preguntas que hablan acerca de la relación que se establecía con su familia, ya que se esperaba que las respuestas evidenciaran de forma más clara lo dicho anteriormente, pero no fue así; pues su respuesta señala que no me quieren ni me tienen paciencia como yo pensaba.

Esto nos permite inferir que tanto ancianas como ancianos viven y ven el maltrato como forma normal sin percibirla como una forma de daños a su salud de dejando secuelas irreparables por este y otros motivos el profesional en la salud debe orientar y educar a los ancianos, a los familiares o responsables antes de tomar la decisión de internar a su anciana/o y no tratar de resolver el problema olvidándose de su familiar en este lugar (institución), adjudicando la responsabilidad a otras personas porque la familia no sabe como cuidarlo tampoco fue capaz de atenderme y cuidarme. Dichas responsabilidades que los familiares y responsables no las aceptan como ellos.

En a la pregunta sobre la dependencia económica con un 40% siendo éste porcentaje muy representativo; que propicia a la institucionalización, debido a la falta de ingresos no me puede atender mi familia ni puede darme una atención digna en mi domicilio ya que no tienen los recursos.

Otra pregunta que llama mucho nuestra atención con un porcentaje también muy significativo es la relacionada con la escolaridad con un 40% de analfabetas lo que nos permitió identificar que el ser humano sin conocimientos esta sujeto a obedecer y hacer lo que se le ordena. Como también pudimos darnos cuenta que el 40% de los asilados tiene más de 2 años en la residencia.

Al mismo tiempo confirmamos que las y los ancianos piensan que estuvo bien que los hayan institucionalizado con un 40%. Cómo también cada cuando los visitan sus familiares refiere la anciana/o me visitan una vez al mes con un 52%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

X. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA POBLACIÓN DE LOS FAMILIARES O RESPONSABLES.

A continuación se realiza la descripción de los resultados obtenidos en la entrevista con los 25 familiares y responsables. que conformaron la muestra del estudio

El 28% de los familiares y responsables se encuentran en las edades de 65-69 años de edad, el 16% corresponde a las edades de 60-64 el otro 16% corresponde a las edades de 75-79, el 12% corresponde a las edades 80-84 y por último otro 12% corresponde a las edades de 85-89 años de edad Predomina en ellos el sexo femenino con un 76%

Respecto a la ocupación del familiar o responsable refieren son obreros el 32% trabajan por su cuenta el 24%, son amas de casa con el 24% y por últimos el 16% no tenían ocupación. Respecto a los motivos por los cuales institucionalizan a su familiar el 44% abandono por el familiar o responsable, el 24% por motivos económicos el 12%, pérdida del cónyuge y por último el 8% por motivos de carácter familiar. En relación a la pregunta ¿Se le informó sobre la institución antes de traerlo a este lugar? el 68% sí se le informe a mi anciana/no refieren los familiares y responsables, el 24%; él decidió venir a este lugar (asilo) y por último el 8% no se le informo. En relación a la pregunta ¿Qué piensa la anciana/no el por que se le trajo a la institución; el 40% respondieron el familiar o responsable este es un lugar seguro y no va a estar solo, el 28% refiere el familiar o responsable; en este lugar sí van a cuidar a mi anciana/no; el 28% sí estuvo de acuerdo mi anciana/no que se le trajera a este lugar (asilo) y por último el 4% mi familiar esta enojada/o por que se le institucionalizó.

En cuanto a la observación de su anciana/o el primer día en la institucionalización el 52% refieren los familiares y responsables; lo observe muy triste, el 36% familiar o responsable lo vieron decidida/do y seguro de quedarse en la institución (asilo) y el 12% observe a mi anciana/o esta muy molesta su anciana/no. Respecto quién es el responsable del anciano; refieren nosotros contestaron el familiar o responsable, el 56% los parientes, el 24% los hijos, y por último, el 20% conocidos.

En relación a la pregunta sobre la dependencia económica; refieren familiar o responsable que es el cónyuge el 64%, refieren es jubilado el 16%, sus parientes son los responsables 16% y el resto refieren que su familiar es pensionado. En relación a la pregunta cada cuando lo visitan 44% cada mes, el 36% de 1 a 2 veces por semana y el 12% cada seis meses o fechas importantes y por último el 8% de 2 a 3 veces por semana

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Respecto a la pregunta ¿quién lo visita? 64% contestaron que ellos y otros parentes lo visitan, responsables el 20% sus amigos lo van a visitar y 16% sólo sus hijos. En relación a la pregunta ¿por qué lo visitan? el 56% quiere saber acerca de la salud de mi anciana/o, el 32% queremos convivir con él y el 12% porque quiero a mi anciana/o y no deseo abandonarlo contestaron. Respecto a la pregunta ¿cómo se siente la anciana/o en la institución (asilo) refieren los familiares o responsable el 48% que lo ven contento, el 40% lo notan alegre y el 8% lo ven muy enojado y con mucho resentimiento y el resto le da lo mismo si lo visitamos o no. En relación a la pregunta ¿Qué actividades realizan cuando lo visitan refirieron el 58% sólo platican, el 32% que hacen de todo un poco platicamos, lo paseamos en la silla de ruedas tratamos de distraerlo. Respecto a la pregunta referente a la adaptación al tener a su anciano en la institución pero lo siente aislado, el 76% responde que si le gusta la institución (asilo), 12% y no tiene ningún problema para convivir con sus compañeros, 12% respondieron que no le gusta la institución (asilo) donde se encuentra su anciano pero no tienen otra opción.

Referente a los cambios emocionales de los familiares al ser institucionalizado su anciana/o: el 52% refieren verlo alegre y contento eso nos da tranquilidad y satisfacción de que se encuentra atendido en este lugar el 28% refieren que lo ven triste y con ganas de llorar lo que a nosotros nos preocupa y nos sentimos culpables de tenerlo en una institución; el 12% contestaron que su anciano esta molesto y violento lo que para ellos significa remordimiento y culpabilidad; por ultimo al 8% les preocupa mucho que su anciana/o esta muy irritable; respecto a la convivencia el 60% refieren que ven a su familiar que no le gusta convivir con los demás residentes, esto para ellos (familiares o responsable) es preocupante 24% su anciana/no si convive por momentos y el 16% dijeron que si le gusta convivir con todos sus compañeros; en relación a alguna alteración debido a la institucionalización el 40% manifestaron que ninguna el 28% comentan cambios físicos de deterioro, el 20% cambios en su vida social. En relación alguna mejoría en la atención del anciano debido a la institucionalización: el 72% comentaron que ninguna, el 16% si social ya que no esta solo el 8% física si ya en algunas ocasiones he encontrado a mi anciana/o con algunas marcas de golpes. Referente cómo ven la atención del personal de enfermería: el 68% tratan a su anciana/o de forma regular el 28% lo tratan bien y por último el 4% lo tratan muy mal.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

XI. DISCUSIÓN: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA POBLACIÓN DE LOS FAMILIARES Y RESPONSABLES.

Los resultados del cuestionario aplicado a los familiares y responsables de la población de ancianas y ancianos institucionalizados en el Hospital y asilo Vicentino y Residencia Arturo Mundet fueron muy representativos para nuestra investigación permitiéndonos identificar los fenómenos de Las emociones y sentimientos del adulto mayor al ser institucionalizado Vs los sentimientos familiares con la que viven muchas de estas familias o responsables que en ocasiones no son identificados por ellos mismos: ya que forman parte de la vida cotidiana

El rango de edad que se encontró en esta población fue de 60 a 90 años de edad, con predominio en mujeres. Este dato no resulta contradictorio a los que se manejan en las bibliografías consultadas que sostienen un porcentaje mayor de mujeres con esta responsabilidad. Confirmando este dato el índice de ingresos a los asilos aumenta con la edad y es mayor para las mujeres que para los varones. Además de la edad y el sexo, es más probable que los pacientes con padecimientos crónico degenerativos se coloquen en estas instituciones.

Una de las preguntas más importantes para el estudio fue ¿Cuáles fueron los motivos por los que institucionalizó a su familiar, pariente o conocido? Refieren familiar o responsable que la anciana/o lo encontramos maltratado y abandonado, esto confirma la bibliografía estudiada donde se continúan reproduciendo los patrones aprendidos socialmente de la familia. El tipo de lesión puede ser muy diverso, desde lesiones superficiales, confusión, laceración superficial y fracturas; hasta aquellas que ponen en peligro la vida de la anciana/o. Si es bien cierto que las ancianas/os son maltratados por el cónyuge y en muchas ocasiones por los hijos, familiares y responsables, en dicho estudio también nos dimos cuenta que la presencia de una anciana(o) rompe los esquemas familiares; argumentando que en muchas ocasiones representan un peligro para su hogar, ya que tenemos que salir a trabajar y no tenemos dinero para pagar a una persona que me pueda cuidar a mi anciana/o siendo éste un problema muy representativo y al mismo tiempo contribuyó a la institucionalización entre otros.

Otra de las respuestas que nos llama mucho la atención es si la anciana/o se adapta a la institución respondieron que si le gusta pero no se les motiva a distraerse y al mismo tiempo hacen referencia de su tristeza de la anciana/o porque los dejamos en este lugar. O bien porque casi no estamos con ellas (os), lo que representa para nosotros preocupación, ya que obstaculiza mi felicidad y la de mi anciana/o en la institución. Este cuestionamiento adquiere mayor relevancia al relacionarla con las preguntas que hablan acerca de la relación que se establece entre padres e hijos y viceversa, se esperaba que las repuestas evidenciaran de forma más clara lo dicho anteriormente, pero no fue así pues su respuesta señaló que a sus ancianas/os no los quieren como ellos ancianas/os esperaban. Esto nos permite inferir que tanto las ancianas/os viven el maltrato como forma de relación normal sin percibirlo como

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

daños a su persona al dejar al descubierto agresiones perpetradas por los progenitores en contra de los miembros más débiles de la familia

La pregunta si se le informó sobre la institución antes de ingresarlo los familiares o responsables refieren, no le informe por que en muchas ocasiones a tratado fugarse o de suicidarse manifestaron que ellos en ocasiones han sido agredidos por su anciana/o, eso nos hace pensar que la violencia interpersonal en el hogar puede incidir a maltrato físico, psicológico además de abandono o negligencia infligidas por un miembro de la familia u otro de sus integrantes. Acerca de su frecuencia sólo contamos con datos aproximados, pues por diversas razones —una de ellas la existencia de ligas afectivas entre víctima y victimario — muchos episodios de abuso no son denunciados ante las instancias legales y, por ende no quedan registrados.

Otra pregunta de mayor relevancia es la dependencia económica contestando que es el cónyuge pero los familiares refieren que él aporta muy poco dinero a veces nosotros tenemos que alimentarlo y no nos alcanza ni para nuestros hijos por eso trabajamos mi esposo y yo para cubrir los gastos familiares, ya no nos alcanza por eso la/ o lo internamos en este lugar. Todo esto nos hace pensar que la situación económica para los familiares es un indicador que favorece la institucionalización entre otros: como que no tienen tiempo de atenderla/o no saben como, ya estoy muy cansado no descanso y estoy muy agotada, no tengo tiempo de platicar o de sacarla/o a caminar refieren. También es cierto que cuidar a pacientes por periodos prolongados es muy agotador. La fatiga familiar es especial un problema cuando el paciente tiene síntomas muy molestos. Entre los perturbadores están la incontinencia y los problemas de comportamiento que incluyen vagabundeo o conductas destructivas.

La necesidad de utilizar asilos no es sólo por la presencia de enfermedades o, incluso, incapacidades funcionales, sino es también resultado de una falta de apoyo social.

La pregunta si ha observado alguna mejoría de la anciana/no desde que lo institucionalizo, refieren que no; pero esta contenta/o. Al hablar acerca de los pacientes en asilos, se identificaron dos corrientes de personas que entran a un asilo un grupo que saldrá muy rápido (tres a seis meses), en tanto que otro que permanecerá varios años. Estos dos grupos tienen características distintas: las personas que permanecen poco tiempo tienden a ser más jóvenes y las personas que permanecen periodos prolongados son ancianos con mayor probabilidad de ser incontinentes y estar confundidos. Sin embargo la cantidad es mayor de ancianos con estancias largas. Muchas ancianas/os mueren dentro de la institución. Por otra parte una minoría regresa a sus hogares pero incluso muchas veces regresan al asilo después de un tiempo. Es más preciso hablar acerca de casos de largo plazo que pensar en términos de episodios cortos

Lo mejor es que a medida que se ingresen más personas con enfermedades crónicas, el profesional en la salud se esforzará trabajando cada vez más en instituciones como los asilos. Se desafiará para que se ejerza el mando en las mejoras de la atención disponible a esas instituciones para satisfacer las necesidades de sus pacientes y los factores que determinan el acceso a estos recursos. Los profesionales en la salud también debemos trabajar arduamente para mejorar la atención y calidad en los cuidados para evitar deteneros y postrarlos en sillas de ruedas y llevar una vida rutinaria como por ejemplo No. 1 levantarse y bañarse o bañarlos 2 al comedor para desayunar. 3 sacarlos a las terrazas con frío o calor y ahí esperar a la No. 4 comida y por último No. 5 la cena todo esto es diario para la mayoría de los asilados. No señores hay que buscar las formas, estrategias y conductos para ofrecer mejoras en estas instituciones y brindar mejor trato y calidad de vida a esta población que tanto necesita de nuestro apoyo, como por ejemplo elaborar programas que les ayuden a recordar (reminiscencias) ejercicios, caminatas películas, juegos de lotería (sesiones de juegos) leer el periódico (sesiones de lectura); todo esto ayudaría a ser más agradable la estancia a las y los ancianos. ¡Que triste es llegar a viejo!

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

XII. CONCLUSIONES

Nuestra investigación se enfocó en un análisis comparativo de las emociones y sentimientos que presentan las y los ancianos institucionalizados con respecto a los sentimientos de los familiares, al convertirse los ancianos institucionalizados en un problema social y de salud que repercute en su vida física y mental, así como en la forma en que impacta a la sociedad.

Como profesionales en la salud, consideramos que nuestra participación debe estar enfocada principalmente a establecer acciones como atención y orientación a esa población que carece de seguridad social, de recursos económicos, tienen alguna discapacidad o su atención no se fundamenta en un enfoque gerontológico que garantice la integración de los aspectos biopsicosociales, lo cual ocasiona que sus problemas de salud se compliquen y que en la familia se generen conflictos que los lleven a buscar como salida la institucionalización; el profesional en la salud debe de estar muy cerca también de los familiares o tutores con el fin de fomentar relaciones de equidad e igualdad entre todas las y los ancianos. Por todo ello, nos cuestionamos: ¿De que forma el profesional en la salud puede coadyuvar en la prevención, atención y orientación en la institucionalización a los ancianos y sus familiares o responsables.

Creemos que el cumplimiento de los objetivos se logró en su totalidad, ya que cada uno de ellos se abordó en cada una de las etapas de la investigación; en el marco teórico; en la investigación de campo y en el análisis de resultados.

El problema del envejecimiento involucra factores sociales culturales y económicos; los dos primeros aprendidos y el último por que vivimos en un país donde la mayoría de los ancianos no tienen la oportunidad de obtener un trabajo digno y remunerado. Si bien este es un factor importante, cabe mencionar que la pobreza de muchos hogares se ha venido agudizando en las últimas dos décadas del siglo pasado por la menor participación del presupuesto público en el gasto social y de asistencia.

Por ello, es común que los ancianos se conviertan en una carga para los familiares y terminen por recluírlo a un asilo, sin pensar en los sentimientos y emociones de la o el anciano que incluso lo lleva hasta la muerte. En este sentido, queda comprobado que el sector de la población de los adultos mayores ha estado plenamente desprotegido por el estado y la sociedad, por lo cual hay una evidente ausencia cultural del trato de las y los ancianos al interior de los hogares como en las instituciones públicas.

Es hasta tiempos recientes que se ha hecho un pronunciamiento público por la población de la tercera edad ahora llamados adultos mayores. Este esfuerzo ha sido posible gracias a las aportaciones realizadas por investigaciones que desde diferentes enfoques disciplinarios han resaltado la importancia de este sector de la población en términos culturales, económicos y laborales.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

La familia continúa siendo una institución formadora y reproductora de esquemas y conductas. Estos esquemas se basan principalmente en el sistema patriarcal dominante y en donde muchos hogares generan violencia y desigualdades entre los hijos que con el tiempo se convierten en rencor y odio hacia los padres entonces es justo ahí cuando se cambian los roles y la hija o el hijo deciden sobre el futuro de los padres. La mejor alternativa es institucionalizarlos.

Hemos mencionado en muchas ocasiones que la falta de trabajo, los problemas de familias muy numerosas, la necesidad de aumentar el ingreso familiar, la pobreza y otros factores sociales son circunstancias que generan conflictos entre los miembros de la familia en especial a los ancianos con patologías como diabetes cardiopatías, incontinencia urinaria o fecal entre otras es cuando más se agrava su estancia en el hogar.

El maltrato en muchos casos no es identificado por la sociedad incluso por los propios familiares; lo que si es bien cierto es que los regaños, castigos, gritos y el abandono son otras formas de maltrato disfrazado que de igual forma que los golpes provocan en ellos lesiones a su integridad como persona, lo que deja secuelas difíciles de sanar y en muchas ocasiones son ya irreversibles.

La situación en la que viven muchos ancianos ha provocado graves consecuencias no tan solo en su vida sino que ha afectado a su seguridad y a su autoestima muchos ancianos se encuentran en grave riesgo de adicciones y abandono de hogar y suicidio lo que se ha convertido en un problema social incontrolable.

Ante la falta de leyes que los proteja y haga valer sus derechos a la vida y a una muerte digna dentro de su hogar todo esto permite que el maltrato y abandono a esta población vaya en aumento, y trascienda de generación en generación sin que haya instancias jurídicas que den soluciones concretas a esta problemática.

La educación dentro del núcleo familiar y de la sociedad debe tomar otros rubros que reconozcan y propicien apoyos y que además promuevan el cariño y el respeto de los ancianos. Esta nueva forma de educar debe buscar como fin que haya mejores relaciones humanas para que los sentimientos hacia los seres humanos, permitan la formación de sociedades más sanas con principios y valores hacia todos los seres humanos.

La investigación nos permitió ver que el problema de los sentimientos y emociones Vs. sentimientos familiares están presentes en casi todo los hogares en donde hay ancianos, ya sean los hijos o parientes lejanos en mayor o menor medida, lo más preocupante es que no estamos conscientes de esa problemática, y que es preciso hacer evidente a fin de construir otros modelos de relación familiar.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

XIII. SUGERENCIAS

Consideramos que el tema de Emociones y Sentimientos que presentan los ancianos al ser institucionalizados Vs los sentimientos familiares es un problema que debe importarse a todos los profesionales en la salud y que además propongan soluciones y alternativas que ayuden a prevenir y atender a las personas que viven estos problemas; así como a las personas que lo generan.

En este sentido todos los profesionales en la salud tenemos la obligación de involucrarnos en este fenómeno que afecta principalmente a las y los ancianos, contando con la preparación académica dirigida principalmente a la prevención y orientación —que propicie nuestra participación—.

Por ello las propuestas que surgen como resultado de este trabajo son las siguientes:

1. Incluir programas de estudio en la licenciatura encausados a la orientación y prevención a la institucionalización de los ancianos respaldados en el marco legislativo, a las implicaciones en la salud de quienes la viven, así como a los Derechos Humanos y los Derechos de la Vejez.
2. Las prácticas de campo deben incluir pláticas donde se aborde la orientación y prevención a la institucionalización de los ancianos, para que el estudiante se involucre en esta problemática y proponga soluciones. De igual manera, consideramos que la experiencia para los egresados de la licenciatura que inician el servicio social puede ser muy importante para poner en práctica sus conocimientos en el tema, y de esta manera habrá nuevos espacios de participación con esta población que está tan abandonada.
3. Se debe de realizar un gran esfuerzo para la creación de leyes y organismos capaces de vigilar y hacer cumplir los derechos de los ancianos en nuestro país, así como la aplicación de sanciones a las personas que incurran en la violación de estos derechos, ya que no basta con atender a las víctimas o victimarios.
4. Las instituciones que atienden a los ancianos en situaciones deplorables deben de propiciar una cultura de prevención a la institucionalización a esta población y denunciar todos los casos que se presenten de maltrato y abandono con el fin de detener estos problemas que en estos momentos se encuentran tan severos.
5. Que la ENEO y otras instituciones afines promuevan este tipo de investigaciones así como el seguimiento de las mismas con el fin de aportar soluciones que ayuden a prevenir, orientar y atender a los ancianos que viven alguna situación de castigo y maltrato por parte de la institución.

6. En el sistema educativo se debe de elaborar e implementar programas dirigidos al personal docente y familiares para educar, orientar y prevenir a la institucionalización y maltrato de las y los ancianos. Este puede ser de mayor trascendencia si se propician a nivel de los hogares.
7. Por la importancia de este problema, es necesario que la elaboración de esta tesis debe dar margen a continuar trabajando y aportar soluciones a este problema que afecta cada vez más a nuestra población de las y los ancianos. Como profesionales en la salud estamos comprometidas a participar, elaborar y colaborar en la prevención de esta problemática.

Concretamente proponemos considerar lo siguiente:

1. Intervenciones de enfermería ante el problema de, abandono, maltrato e institucionalización en las y los ancianos.

Si es bien cierto que en los últimos tiempos el Gobierno del Distrito Federal de este país está creando programas de ayuda en especie, dirigidos a esta población, también es cierto que todos estos esfuerzos se han orientado a la atención de la salud y atención de las lesiones y secuelas que producen éstas.

Estas acciones resultan costosas para las instituciones de y hasta para el mismo Gobierno, puesto que cada vez aumenta el número de ancianas y ancianos institucionalizados y hospitalizados con padecimientos que pueden ser prevenidos especialmente los relacionados con el maltrato y abandono.

Parece ser que se han olvidado de que se existen otras formas para atender y disminuir este problema, todo esto es través de la prevención y promoción a la salud que se lleva a cabo en las instituciones de primer nivel de atención.

Consideramos que todos los esfuerzos para tender a estas víctimas de maltrato y abandono deben dirigirse al primer nivel de atención debido a su carácter preventivo, ya que una intervención a tiempo contribuiría a disminuir los casos a esta población.

Por otra parte, a través de pláticas con los familiares de las y los ancianos, se profundicen temas sobre la institucionalización y que lo más importante es que permanezcan con su núcleo familiar.

Estas atenciones y cuidados resultan costosas para las instituciones de 2º y 3º nivel y hasta para el mismo gobierno pues cada vez aumenta el número de ancianas y ancianos hospitalizados e institucionalizados con padecimientos que pudieron ser prevenidos a tiempo y especialmente los relacionados con la institucionalización, abandono y maltrato.

Parece ser que se han olvidado que existen otras formas para atender y disminuir este problema, esto es a través de la orientación, prevención y la promoción a la salud que se lleva a cabo en las instituciones de primer nivel de atención.

Consideramos que todos los esfuerzos para atender a esta población víctimas de la institucionalización, maltrato y abandono debido a su carácter preventivo, ya que una intervención u orientación a tiempo contribuiría a disminuir los casos de las y los ancianos. Ya que si se atienden en el primer nivel de atención, se pueden disminuir los casos de institucionalización y hospitalización.

Esto se logrará a través de la creación de Residencias temporales y clínicas especializadas para la atención domiciliaria, orientación y educación antes de la institucionalización, las cuales no solo se conformarán con curar heridas, sino que establecerán los mecanismos necesarios para propiciar y humanizar a la población en general para lograr nuevas formas de relación dentro de la familia que den cariño y respeto a cada uno de las y los ancianos que en las últimas décadas ha presentado un crecimiento considerable.

Como profesionales del equipo de salud, contamos con los conocimientos teóricos y prácticos para desempeñarnos en este tipo de instituciones y proponer y aplicar estrategias y/o programas dirigidos a la prevención.

La creación de Residencias temporales y clínicas de atención a la institucionalización, maltrato y abandono deben surgir como respuesta a las recomendaciones que hace la propia Norma Oficial (NOM-167-SS-A1 1997) y que establece:

- Todas las instituciones, dependencias y organizaciones del sistema nacional de salud que presten servicios de salud deberán otorgar atención médica a las y los usuarios involucrados en situaciones de atención al maltrato, abandono e institucionalización.
- Incluye la promoción, protección y restauración física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a otras instancias especializadas.
- Las instituciones de salud deberán participar en el diseño, aplicación y evaluación de los programas de promoción de la salud-educación para la participación social y operativa.
- Las instituciones de Salud y Residencias temporales e Instituciones deberán propiciar la coordinación o concentración de otras instituciones para que se proporcione la atención médica y cuidados en su caso de apoyo legal, psicológico u otros para los cuales se este facultado.

ESTA TESIS NO SE PUEDE PUBLICAR

Con el marco de las Normas Oficiales Mexicanas vigentes para la Asistencia Social (NOM-167-SS-A1 1977 publicada en el diario Oficial de la federación el 17 de noviembre de 1999) se justifica y se hace inaplazable la participación del profesional en la salud.

Proponemos que como parte de la formación académica en la salud pública, en especial las áreas de Geriatria profesionales en la salud se agregue y profundicen temas en lo que respecta en la salud de los ancianos, familiares en particular el problema de gran magnitud como es la institucionalización, maltrato y abandono donde uno de los actores que directamente o indirectamente se ve afectado siendo las ancianas/nos.

Estamos convencidas de que los profesionales de la salud les corresponde una amplia gama de actuación en materia de salud. Desafortunadamente poco hemos ampliado nuestras intervenciones más allá del ámbito intramural hospitalario. Son muchos los factores que han limitado nuestra participación en áreas comunitarias y familiares, factores que escapan al propósito de este trabajo, basta señalar que: primero estamos capacitadas profesionalmente para hacerlo y segundo la Norma Oficial Mexicana señalada nos da la oportunidad de vincular nuestro quehacer profesional hacia espacios tan poco explorados.

Hoy queremos que nuestro trabajo pueda aportar la sugerencia de que desde la propia ENEO se consolide con la participación de espacios de intervención (de enfermería) a favor de los ancianos que sufren algún tipo de abandono y maltrato en su hogar. Este interés de la ENEO es real en comunidades como el CCCOAPS donde, desde hace tiempo los profesionales en la salud participamos en forma continúa atendido directamente en sus hogares los grandes problemas de salud y abandono que se viven en esta comunidad.

Estos logros están bien documentados por lo que es importante ampliar la cobertura de participación a otras comunidades aportando conocimientos orientación y educación en los cuidados de los ancianos familiares y cuidadores a estos problemas que tanto les afecta a su salud.

2. Perfil profesional de los profesionales en la salud de la ENEO.

Agradecemos la formación profesional del LEO; los egresados de la ENEO cuentan con el perfil necesario para hacer frente a los problemas que afectan la salud individual y colectiva. Este marco formativo le da los elementos necesarios al profesional, tanto en materia de salud, como en el sentido social y humanitario para intervenir en acciones de prevención y atención que coadyuven en el restablecimiento de su salud y bienestar

El profesional de la salud cuenta con la capacidad para:

- Comprender los factores sociales, económicos, culturales y ecológicos que condicionan el proceso salud enfermedad a fin de analizar la realidad nacional y los problemas prioritarios de salud
- Interpretar críticamente los programas de salud para ubicar la participación de Enfermería, su función real y posible en los niveles de atención y su contribución en el fortalecimiento de las acciones de atención primaria
- Diseñar programas integrales encausados al mejoramiento de salud.
- Aplicar acciones preventivas terapéuticas de enfermería al individuo, familia y grupos sociales de alto, mediano y bajo riesgo.
- Diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud, dirigidos a individuos y grupos sociales, mediante estrategias de aprendizaje que modifiquen hábitos y estilos de vida.
- Detectar y clasificar las manifestaciones de alteración orgánica funcional, durante las diversas etapas de la vida.

3. Propuesta de Intervenciones de Enfermería

Las funciones que deberá realizar el profesional de la salud serán clínicas, administrativas, docente y de investigación, tales como:

- Identificar, desde la exploración física los signos que puedan sugerir que la o el anciano son objeto de algún tipo de maltrato, abandono e institucionalización.
- Aplicar programas permanentes dirigidos a la prevención y orientación a la institucionalización a un mayor número de individuos, principalmente en centros educativos y en la comunidad, a través de sesiones talleres conferencias que aborden problemas relacionados como el fenómeno de institucionalización como un problema social, sus características y sus formas de manifestación, sus implicaciones en la salud individual y colectiva; así como las redes de apoyo con las que cuenta la comunidad. Todas estas acciones deberán estar enfocadas a la prevención y orientación a la institucionalización, maltrato y abandono, promoviendo formas igualitarias de relación entre las y los ancianos el respeto a los Derechos Humanos y a una vejez digna con calidad de vida.
- Promover la salud y orientación en los casos confirmados de maltrato, abandono e institucionalización a través de charlas que aborden cómo identificarla y cómo evitarla, además de otros temas que las y los ancianos necesitan y algunas otras necesidades que requiera la familia

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ASILI, Nelida y otros Psicología y Envejecimiento México. Revista de Psicología 1997.
- BALSEIRO, Almairo. L. Investigación en Enfermería. México. Ed. Prado 1991, 120 p.p.
- BROCKLEHURT, J.C. Tratado de Geriatria y Gerontología. Ed. Panamericana, Argentina, 1995.
- BURNS, Enfermería Geriátrica. Ed. Morata, Madrid, 1990
- CARROLL, Mary y Brue Jane. Cuidados de Enfermería individualizados en el anciano. Ed. Doyman, España 1997.
- CAPE, Ronald Geriatría. Ed. Salvat Barcelona, 1995
- CARBAJAL, Aguilar Gustavo, Biomecánica en la osteoporosis. Ed. Syntex. México.
- CARNEVALI D. L. Patrick, Tratado de geriatría y gerontología. Ed. Panamericana 1996.
- CASTELLANOS Robayo, Jorge, Atención integral del anciano. Ed. Manuel Moderno 1996.
- CERDA, E., Una Psicología de Hoy, Ed. Herder 1998 p.p 709
- COWDRY, E. V. El cuidado del paciente geriátrico. Ed. La Prensa Medica Mexicana., México 1992 p.p. 401
- CHARLES G. Alberto, A. Morris Malsto Psicología Ed. 2001 pp.721
- DICCIONARIOENCICLOPÉDICO De Ciencia en la Salud. Ed, Mcgraw-Hill Interamericana 1999.
- DOVAL, Mathy. Evaluación de la salud en el anciano. Ed. Ediciones científicas la Prensa Mexicana. México1990. p.p.198
- GARCÍA H. A. J. Sociedad de geriatría y gerontología Ed. Manual Moderno 1995.
- GARCÍA H. M. Enfermería geriátrica. Ed. Manual Moderno 1997
- GONZÁLEZ, A. J. Manuel. Autocuidado y salud en el envejecimiento. Ed. Manual Moderno 1994

HAM, Richar Atención primaria en geriatría Casos clínicos. Ed Mosby-Doyman libros Madnd. 1995 p p 754

HARRISON Principios de medicina interna. Ed McGraw-Hill Interamericana. España. 1998 p p. 1602

HERRERA, F E Investigación gerontológico. Ed San Pedro España 1993

HUNGLER, Polit Investigación científica en ciencias de la salud Ed. Mcgraw-Hill Interamericana. México. 1997 p.p. 890

INVESTIGACIÓN CIENTIFICA, En ciencias de la salud. Ed. 1995 p.p.595

KASCHAK, Newman Diana. Planes de cuidados en geriatría. Ed. Mosby Doyman Libros. Madrid, p.p. 321

KRUSOIEUHCH, Miguel. Psicoterapia en el anciano. Ed. Fondo de la cultura Económica, México 1998, p.p. 560

LAFOREST, JACQUES. Introducción a la gerontología. Ed. Herder 1996.

LAVIZZO. Secretos de la geriatría. Ed. McgrawHill Interamericana. México, 1996. p.p. 309

LAWRENCE Tiemey y Stepehn J, Psicoterapia geriátrica. Ed. Panamericana Mac-Grill 1997.

LEHR, Ursula, Psicología de la Senectud. Barcelona Herder

LÓPEZ C.J. Los viejos, Ed. Salvat 1996

LÓPEZ Azpitarte, La edad inútil. Ed. Trillas 1998.

LOZANO, Arturo Introducción a la geriatría. Ed. Méndez editores. México 1996 p.p.320

MATTESON y Otros Gerontological Nursing Concepts and Practice. Philadelfia W. B Ed. Sauders Company. 1998 857 p

NAMAKFFOROOSH. Mohammad. Metodología de la investigación científica. 8VA. Reimpresión México Ed Limusa. 1998. 531 p p.

NORMAN A Y Exton-Smith Tratado de geriatría. Ed Pediatrica. Barcelona. 1997 p p 550

PELAÉZ C M Historia de la Beneficencia en México Embajada Española 1979

- PERLADO, Fernando Geriatría. Ed. Manual Moderno. México. D. F. 1998. p.p. 313.
- PIEDROLA Gil P. Medicina preventiva y salud Pública. Ed. Paidós 1998.
- PIETRO. De Incola. Geriatría. Ed. Manual Moderno. México. D. F. 1998. p.p. 304
- POLIT, D. Hungler, B. Investigación Científica. México Ed. Interamericana 2ª edición 1996.
- POLIT, D. H. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Ed. Interamericana 1998.
- RAYALA, Aquiles. El proceso del envejecimiento. Gaceta Médica de México. Órgano Oficial de la Academia Nacional de Medicina. Vol. 131 Marzo-Abril 1995.
- REGLAMENTO Ley General de salud en Materia de Investigación para la salud. 1997.
- REYES Zubiría L. A. Acercamiento Tanatológico al enfermo terminal y a su familia. Ed. Trillas 1998.
- REVISTA Española Geriatría y Gerontología. Diciembre de 1999 volumen 34 Cuidados en el anciano. Ed. Garsi.
- REVISTA Médica del IMSS Múltiples formas de Violencia Maltrato a los Ancianos. Volumen 40 No. 4 Julio -Agosto de 02.
- ROBERT L. Kane, Geriatría clínica. Ed. MacGraw-Hill Interamericana México, D. F. 1997. p.p. 455
- RUIEZPÉREZ, Cantera I. El paciente anciano. MacGraw-Hill Interamericana, Madrid, 1998.
- SALGADO, Alberto Manual de geriatría. Ed. Salvat Editores. México 1994 p.p. 593.
- SAN MARTIN Pastor V. Epidemiología de la vejez. Ed. Interamericana 1990.
- STARR, A. S. y Hodges. L. C. Enfermería Gerontológica Ed. McGrawhill Interamericana. México 1998 p. p. 474
- SINGER, Kari Vida Sana y prolongada fuera de los asilos. Revista actualización médica. Abril 1999
- TAMAYO Y Tamayo M. El proceso de investigación científica. 6ta. Reimpresión. México 1986. 127 p p

TIERNEY, Stepehn J. Enfermería geriátrica. Ed. Interamericana 1995

VANDER, J. J. M y Ray G. S Manual clínico de geriatría. Ed. Manual Moderno. México 1994.

WILLIAM, Reichel. Aspectos clínicos de envejecimiento. Ed. El Ateneo Argentina 1997. p.p. 475.

ZIMBERG N.E. Kaufman. Psicología Normal de la vejez. Ed. Paidós, Argentina 1987.

Anexos

CUADROS Y GRÁFICAS

Anexos

**CUADROS
Y GRÁFICAS**

Anexos

**CUADROS
Y GRÁFICAS**

CUADRO No. 1

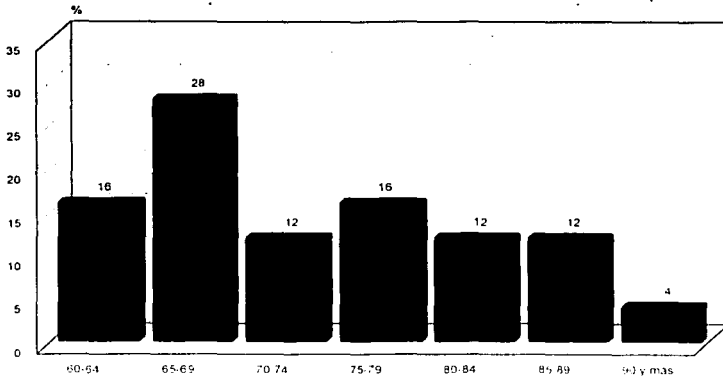
DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DEL FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Edad	F	%
60-64	4	16
65-69	7	28
70-74	3	12
75-79	4	16
80-84	3	12
85-89	3	12
90 y +	1	4
TOTALES	25	100%

Fuente: Cuestionarios de la investigación: "Emociones y sentimientos que presenta el adulto mayor al ser institucionalizado vs. Sentimientos familiares, aplicados del 11 de junio al 6 de julio de 2001. México. D.F.

Gráfica No. 1

Distribución de la edad del familiar del adulto mayor del Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Muestreo

CUADRO No. 2

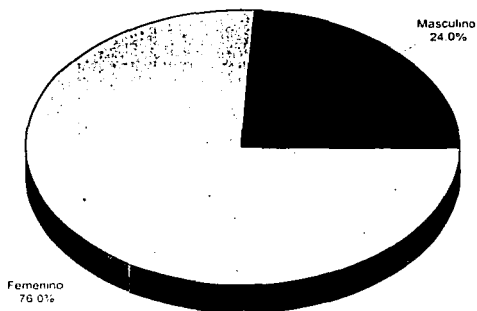
DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DEL FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Sexo	F	%
Masculino	6	24
Femenino	19	76
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

Gráfica No.2

Distribución del sexo del familiar del adulto mayor del Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Misma cuadro 1

CUADRO No. 3

DISTRIBUCIÓN DE LA OCUPACIÓN DEL ADULTO MAYOR ANTES DE SER INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

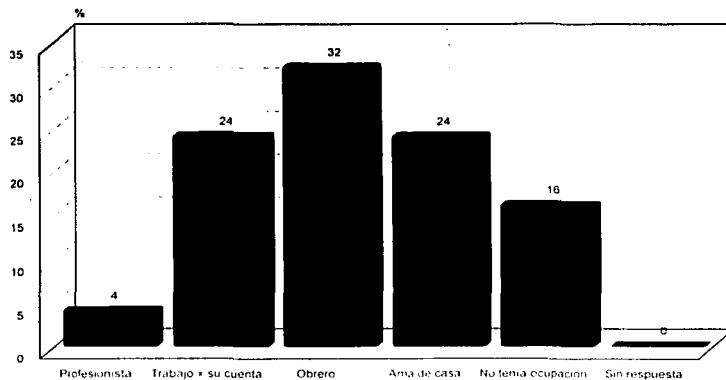
Ocupación	F	%
Profesionista	1	4
Trabajo por su cuenta	6	24
Obrero	8	32
Ama de casa	6	24
No tenía ocupación	4	16
Sin respuesta	0	0
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 3

Distribución de la ocupación del adulto mayor antes de ser institucionalizado en el Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Misma del cuadro 1.

CUADRO No. 4

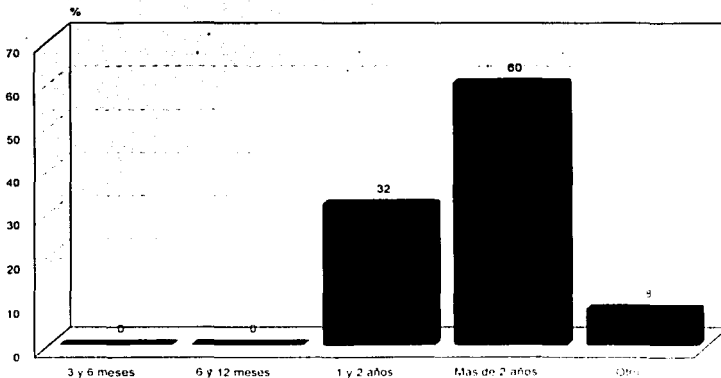
DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO DE ESTANCIA EN LA INSTITUCIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Tiempo	F	%
3 y 6 meses	0	0
6 y 12 meses	0	0
1 y 2 años	8	32
Más de 2 años	15	60
Otro	2	8
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

Gráfica No. 4

Distribución del tiempo de estancia en la Institución del adulto mayor del Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Misma Cuadro 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 5

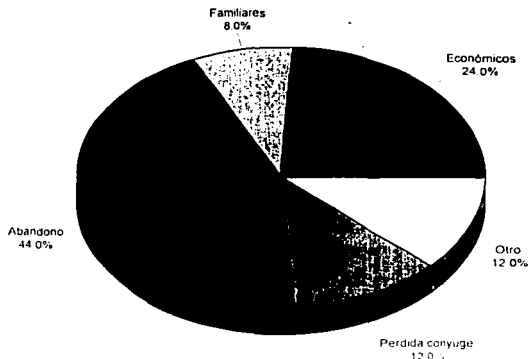
DISTRIBUCIÓN DE LOS MOTIVOS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Motivos	F	%
Económicos	6	24
Familiares	2	8
Abandono	11	44
Pérdida de cónyuge	3	12
Otro	3	12
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

Gráfica No.5

Distribución de los motivos de la institucionalización del adulto mayor del Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Misma cuadro 1

TEJES CON FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 6

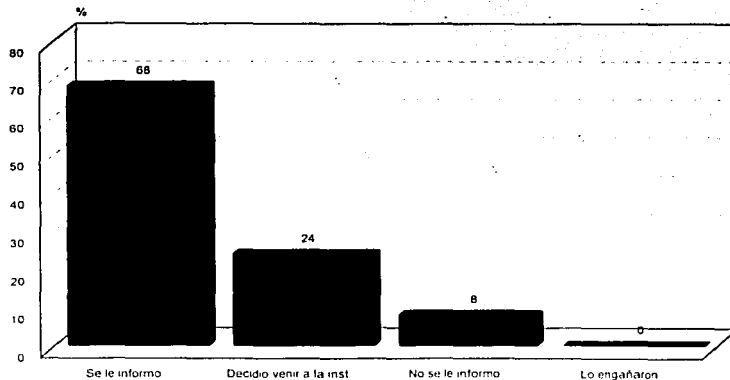
DISTRIBUCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA INSTITUCIÓN ANTES DE INGRESAR AL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Información	F	%
Se le informó	17	68
Decidió venir a la institución	6	24
No se le informó	2	8
Lo engañaron	0	0
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

Gráfica No. 6

Distribución de la información sobre la institución antes de ingresar el adulto mayor al Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Misma Cuadro 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 7

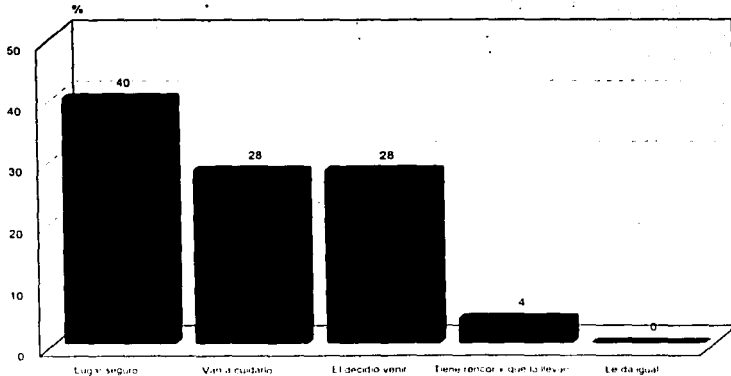
DISTRIBUCIÓN DEL PENSAMIENTO AL MOMENTO DEL INGRESO DEL ADULTO MAYOR AL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Pensamiento	F	%
Lugar seguro y adaptable	10	40
Van a cuidar de él	7	28
Él decidió venir	7	28
Tiene rencor x que lo llevan	1	4
Le da igual	0	0
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

Gráfica No. 7

Distribución del pensamiento al momento del ingreso del adulto mayor al Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Misma Cuadro 1

CUADRO No. 8.

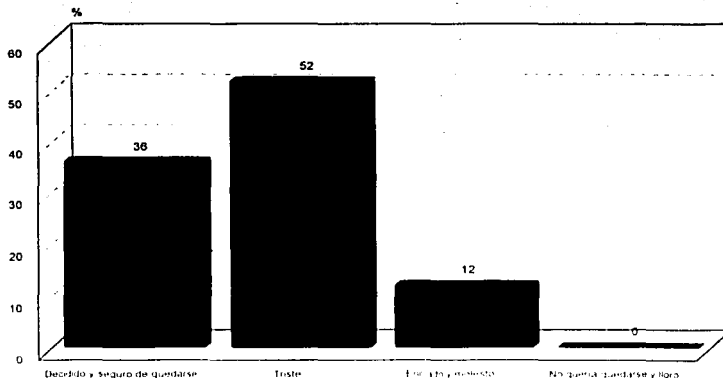
DISTRIBUCIÓN DE LA OBSERVACIÓN AL MOMENTO DE INGRESAR AL ADULTO MAYOR AL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

1er. día en institución	F	%
Decidido y seguro de quedarse	9	36
Triste	13	52
Enojado y molesto	3	12
No quería quedarse y lloró	0	0
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

Gráfica No. 8

Distribución de la observación al momento de ingresar al adulto mayor al Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Misma Cuadro 1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 9

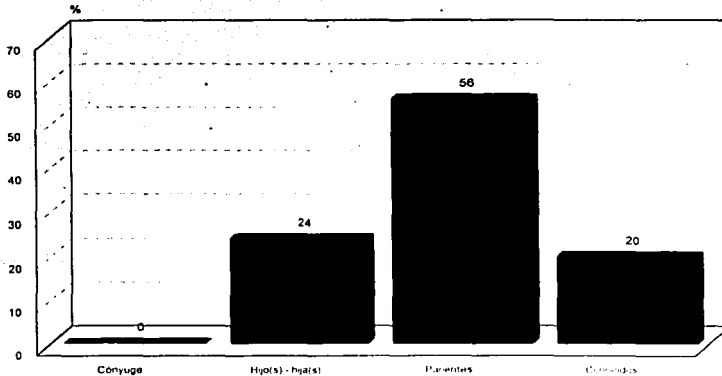
DISTRIBUCIÓN DEL RESPONSABLE DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Responsable	F	%
Cónyuge	0	0
Hijos (as) o hijo (a)	6	24
Parientes	14	56
Conocidos	5	20
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

Gráfica No. 9

Distribución del responsable del adulto mayor del Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente Misma Cuadro 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 10

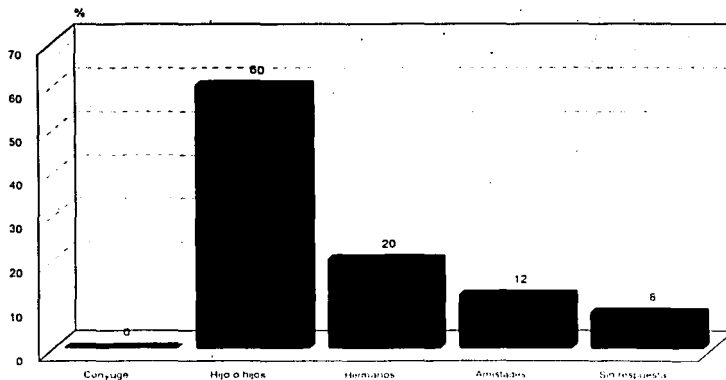
DISTRIBUCIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Responsable	F	%
Cónyuge	0	0
Hijo ó hijos	15	60
Hermanos	5	20
Amistades	3	12
Sin respuesta	2	8
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

Gráfica No. 10

Distribución de la persona responsable del adulto mayor institucionalizado en el Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet.



Fuente: Misma Cuadro 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 11

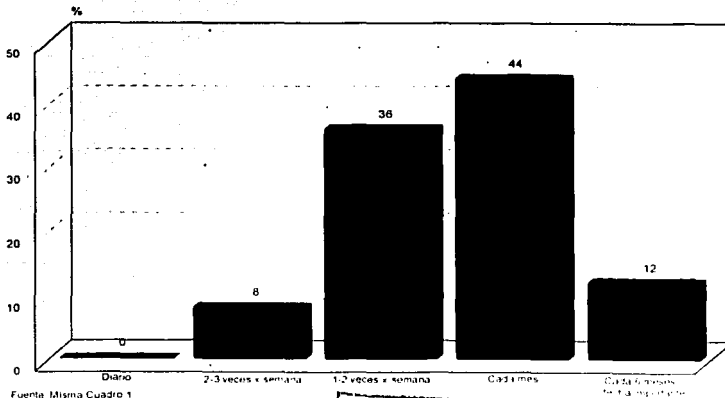
DISTRIBUCIÓN DE LAS VISITAS QUE LE HACEN AL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Días visitas	F	%
Diario	0	0
2 a 3 veces x semana	2	8
1 a 2 veces por semana	9	36
Cada mes	11	44
Cada 6 meses o fecha importante	3	12
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

Gráfica No. 11

Distribución de las visitas que le hacen al adulto mayor del Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Misma Cuadro 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 12

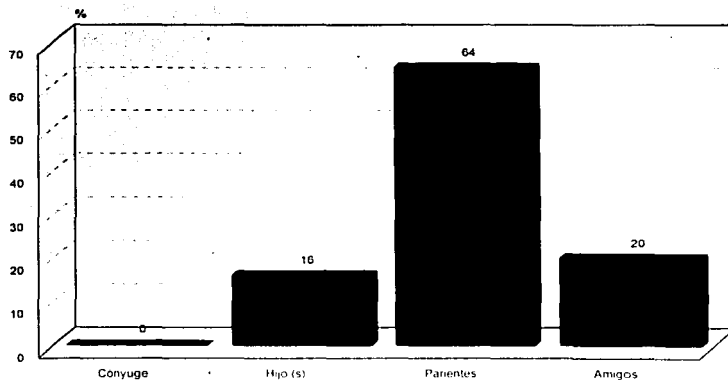
DISTRIBUCIÓN DE QUIEN LO VISITA AL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Quien lo visita	F	%
Cónyuge	0	0
Hijo (s)	4	16
Parientes	16	64
Amigos	5	20
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

Gráfica No. 12

Distribución de quien visita al adulto mayor del Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Misma Cuadro 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 13

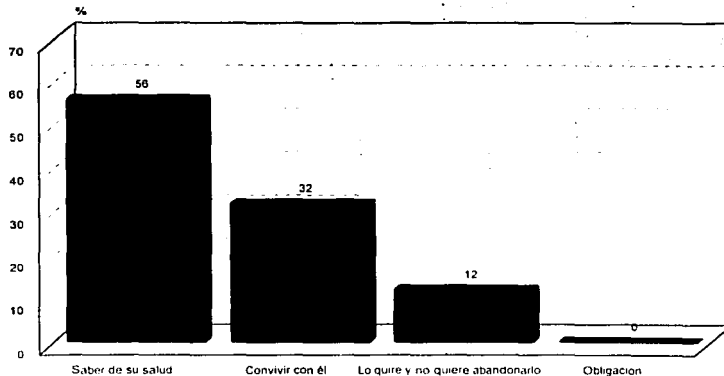
DISTRIBUCIÓN DE POR QUÉ VISITAN AL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Por qué lo visitan	F	%
Saber de su salud	14	56
Convivir con él	8	32
Lo quiere y no quiere abandonarlo	3	12
Obligación	0	0
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

Gráfica No. 13

Distribución de por qué visitan al adulto mayor del Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Misma Cuadro 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 14

DISTRIBUCIÓN DE CÓMO SE SIENTE EL ADULTO MAYOR CUANDO LO VISITAN EN EL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

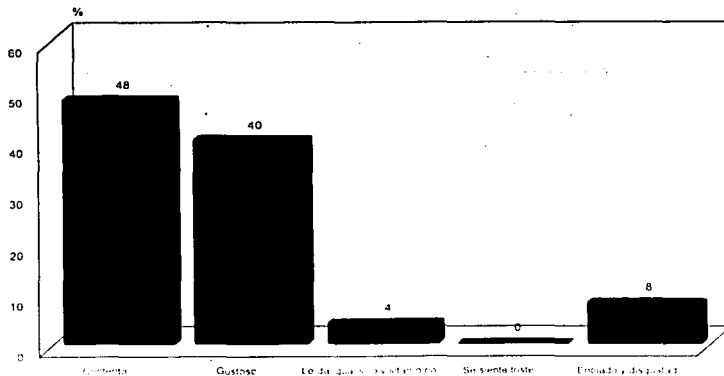
Cómo se siente	F	%
Contento	12	48
Gustoso	10	40
Le da igual si lo visitan o no	1	4
Se siente triste	0	0
Enojado y disgustado	2	8
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 14

Distribución de cómo se siente el adulto mayor cuando lo visitan en el Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Misma Cuadro 1

CUADRO No. 15

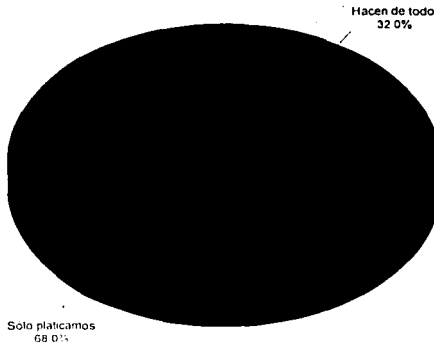
DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN CUANDO LO VISITAN AL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Actividades	F	%
Hacen de todo	8	32
Sólo platicamos	17	68
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

Grafica No. 15

Distribución de las actividades que realizan cuando lo visitan al adulto mayor del Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Misma cuadro 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 16

DISTRIBUCIÓN DE LA ADAPTACIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

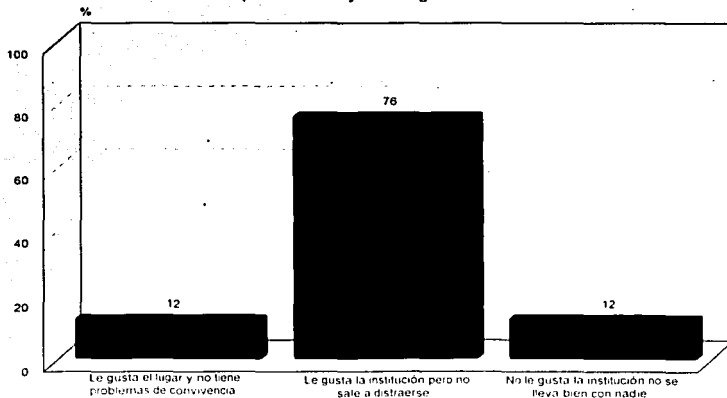
Adaptación	F	%
Le gusta el lugar y no tiene problemas de convivencia	3	12
Le gusta la institución pero no sale a distraerse	14	76
No le gusta la institución no se lleva bien con nadie	3	12
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 16

Distribución de la adaptación del adulto mayor del Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Misma Cuadro 1

CUADRO No. 17

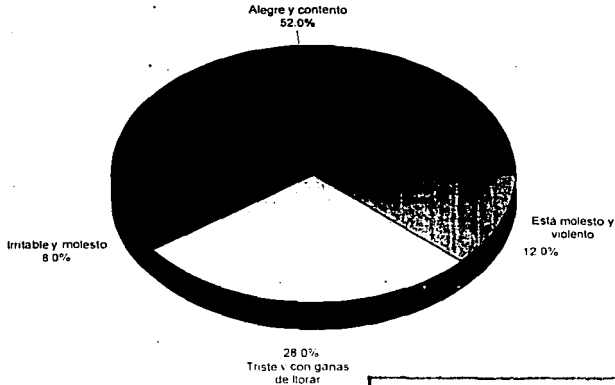
DISTRIBUCIÓN DE LOS CAMBIOS EMOCIONALES AL SER INSTITUCIONALIZADO EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Cambio emocional	F	%
Alegre y contento	13	52
Irritable y molesto	2	8
Triste y con ganas de llorar	7	28
Está molesto y violento	3	12
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

Grafica No. 17

Distribución de los cambios emocionales al ser institucionalizado el adulto mayor del Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Misma cuadro 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 18

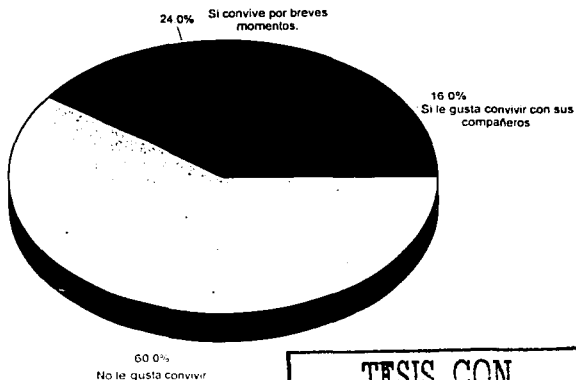
DISTRIBUCIÓN DE LA CONVIVENCIA CON SUS COMPAÑEROS DE LA INSTITUCIÓN,
DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO
Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Convivencia	F	%
Si le gusta convivir con sus compañeros	4	16
Si convive por breves momentos	6	24
No le gusta convivir	15	60
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

Grafica No. 18

Distribución de la convivencia con sus compañeros de la Institución, del adulto mayor del Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Misma cuadro 1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 19

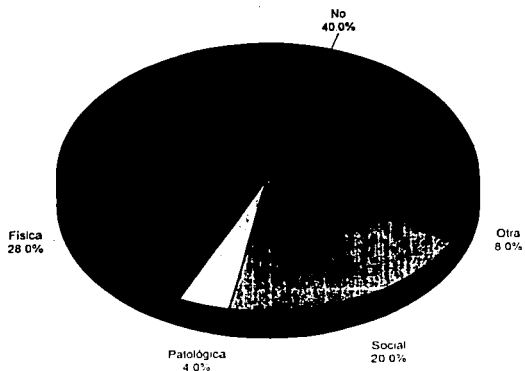
DISTRIBUCIÓN DE LA ALTERACIÓN AL SER INSTITUCIONALIZADO EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Alteración	F	%
No	10	40
Física	7	28
Patológica	1	4
Social	5	20
Otra	2	8
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

Grafica No. 19

Distribución de la alteración al ser institucionalizado el adulto mayor del Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente. Misma cuadro 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 20

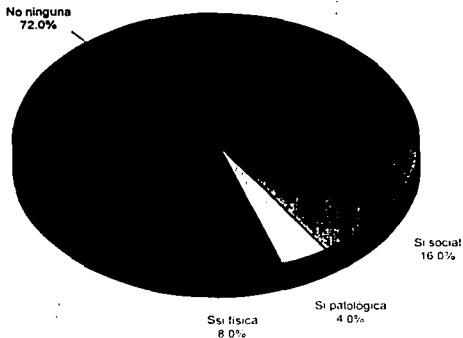
DISTRIBUCIÓN DE LA MEJORÍA DEL ADULTO MAYOR AL SER INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Mejoría	F	%
No ninguna	18	72
Si física	2	8
Si patológica	1	4
Si social	4	16
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

Grafica No. 20

Distribución de la mejoría del adulto mayor al ser institucionalizado en el Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Misma cuadro 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 21

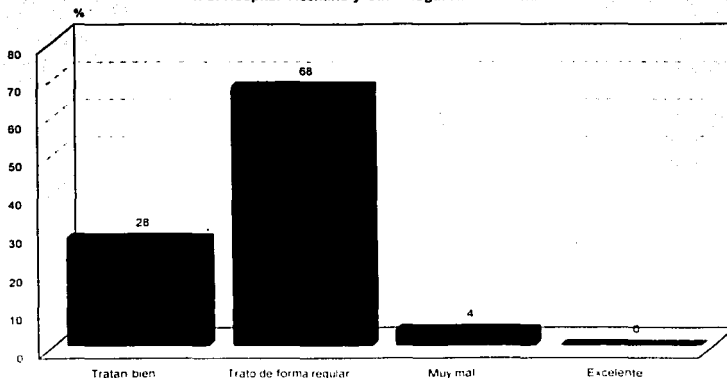
DISTRIBUCIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL ADULTO MAYOR AL SER INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Trato de enfermería	F	%
Tratan bien	7	28
Trato de forma regular	17	68
Muy mal	1	4
Excelente	0	0
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

Gráfica No. 21

Distribución de la atención del personal de enfermería al adulto mayor al ser institucionalizado en el Hospital Vicentino y Casa Hogar Arturo Mundet



Fuente: Misma Cuadro 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 1

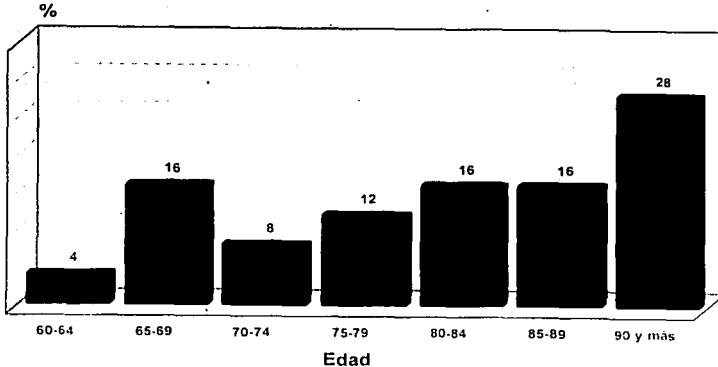
DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Edad	F	%
60-64	1	4
65-69	4	16
70-74	2	8
75-79	3	12
80-84	4	16
85-89	4	16
90 y +	7	28
TOTALES	25	100%

Fuente: Cuestionarios de la investigación: "Emociones y sentimientos que presenta el adulto mayor al ser institucionalizado vs. Sentimientos familiares, aplicados del 11 de junio al 6 de julio de 2001, México. D.F.

GRAFICA No. 1

DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET



FUENTE: Misma cuadro No. 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 2

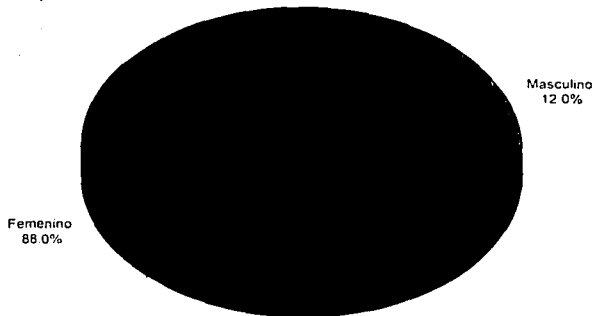
DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL
VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Sexo	F	%
Masculino	3	12
Femenino	22	88
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

GRÁFICA No. 2

DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET



FUENTE: Misma cuadro 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 3

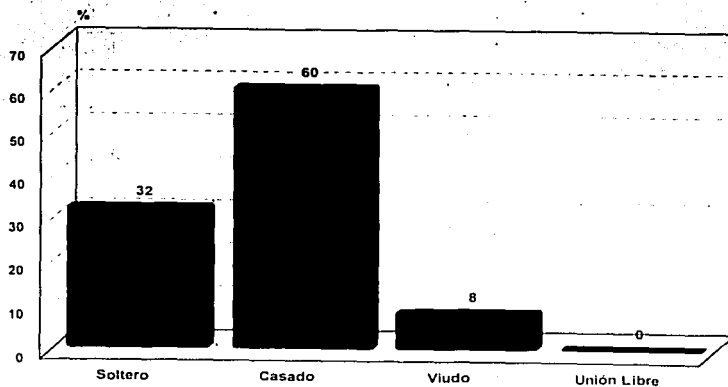
DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Estado Civil	F	%
Soltero	8	32
Casado	15	60
Viudo	2	8
Unión libre	0	0
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

GRÁFICA No. 3

DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET



FUENTE: Misma del cuadro 1.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 4

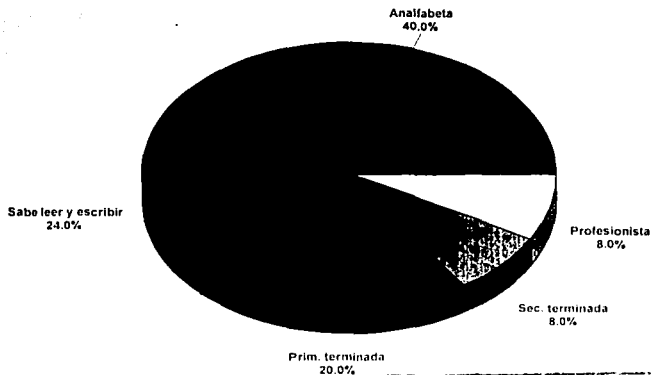
DISTRIBUCIÓN DE LA ESCOLARIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Escolaridad	F	%
Analfabeta	10	40
Sabe leer y escribir	6	24
Primaria terminada	5	20
Secundaria terminada	2	8
Profesionista	2	8
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

GRÁFICA No. 4

DISTRIBUCIÓN DE LA ESCOLARIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET



FUENTE: Misma del cuadro 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 5

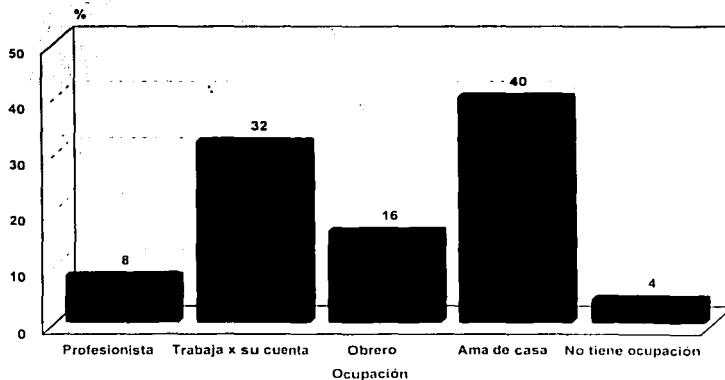
**DISTRIBUCIÓN DE LA OCUPACIÓN ANTES DE SER INSTITUCIONALIZADOS
LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR
ARTURO MUNDET**

Ocupación	F	%
Profesionista	2	8
Trabaja x su cuenta	8	32
Obrero	4	16
Ama de casa	10	40
No tiene ocupación	1	4
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

GRAFICA No. 5

**DISTRIBUCIÓN DE LA OCUPACIÓN ANTES DE SER INSTITUCIONALIZADOS LOS ADULTOS
MAYORES DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET**



FUENTE: Misma cuadro 1.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 6

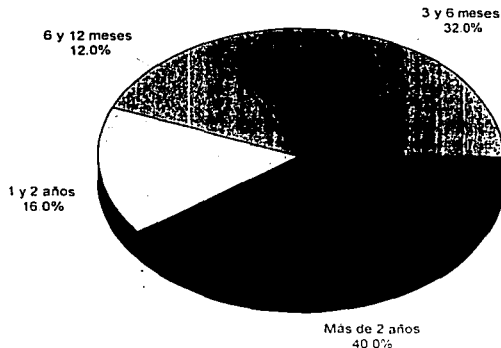
DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO DE ESTANCIA EN LA INSTITUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Tiempo de estancia	F	%
3 y 6 meses	8	32
6 y 12 meses	3	12
1 y 2 años	4	16
Más de 2 años	10	40
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

GRÁFICA No. 6

DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO DE ESTANCIA EN LA INSTITUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET



FUENTE Misma cuadro 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 7

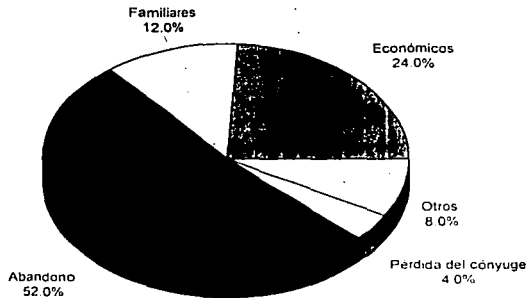
DISTRIBUCIÓN DE LOS MOTIVOS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Motivos	F	%
Económicos	6	24
Familiares	3	12
Abandono	13	52
Pérdida de cónyuge	1	4
Otros	2	8
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

GRÁFICA No. 7

DISTRIBUCIÓN DE LOS MOTIVOS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET



FUENTE: Misma cuadro 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 8

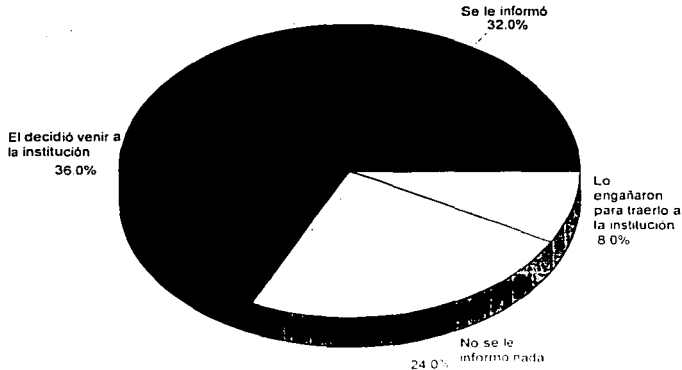
DISTRIBUCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA INSTITUCIONALIZACIÓN ANTES DE INGRESAR LOS ADULTOS MAYORES AL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Información	F	%
Si se le informó	8	32
El decidió venir a la institución	9	36
No se le informó nada	6	24
Lo engañaron para traerlo a la inst.	2	8
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

GRÁFICA No. 8

DISTRIBUCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA INSTITUCIONALIZACIÓN ANTES DE INGRESAR AL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET



FUENTE: Misma cuadro 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 9

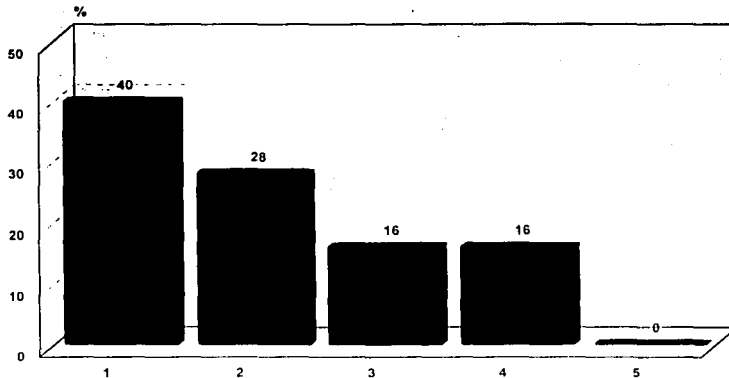
DISTRIBUCIÓN DEL PENSAMIENTO HACIA LA PERSONA QUE LO INSTITUCIONALIZÓ AL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Pensamiento	F	%
1. Pienso que está bien que me hayan traído a este lugar.	10	40
2. Fue la mejor decisión que tomé o que tomaron mis familiares.	7	28
3. Pienso que soy un estorbo para la persona o familia que me trajo aquí.	4	16
4. Siento un gran rencor hacia la persona o familia que me trajo a este lugar	4	16
5. Me da igual	0	0
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

GRAFICA No. 9

DISTRIBUCIÓN DEL PENSAMIENTO HACIA LA PERSONA QUE INSTITUCIONALIZÓ AL ADULTO MAYOR, EN EL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET.



FUENTE: Misma cuadro 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

106

CUADRO No. 10

DISTRIBUCIÓN DE LA DEPENDENCIA ECONÓMICA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

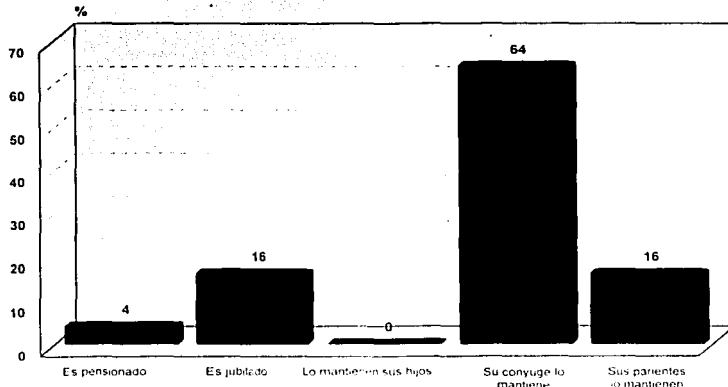
Dependencia económica	F	%
Es pensionado	1	4
Es jubilado	4	16
Lo mantienen sus hijos (as)	0	0
Su cónyuge lo mantiene	16	64
Sus parientes lo mantienen	4	16
Otro	0	0
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No. 10

DISTRIBUCIÓN DE LA DEPENDENCIA ECONÓMICA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET



FUENTE Misma cuadro 1

CUADRO No. 11

DISTRIBUCIÓN DE QUIEN DEPENDE ECONÓMICAMENTE EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

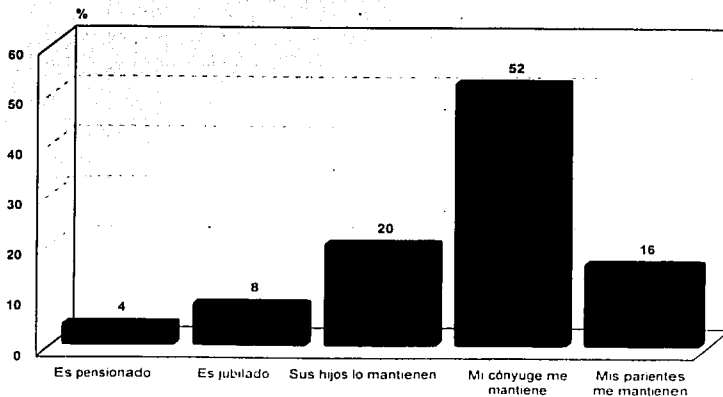
Dependencia económica	F	%
Es pensionado	1	4
Es jubilado	2	8
Sus hijos lo mantienen	5	20
Mi cónyuge me mantiene	13	52
Mis parientes me mantienen	4	16
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No. 11

DISTRIBUCIÓN DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET



FUENTE Misma cuadro 1

CUADRO No. 12

DISTRIBUCIÓN DE QUIEN LO VISITA AL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

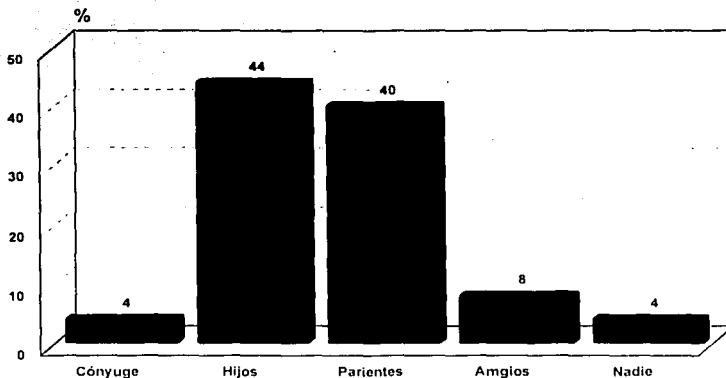
Quien lo visita	F	%
Cónyuge	1	4
Hijos	11	44
Parientes	10	40
Amigos	2	8
Nadie	1	4
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No. 12

DISTRIBUCIÓN DE QUIEN VISITA AL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET



FUENTE: Misma cuadro 1

CUADRO No. 13

DISTRIBUCIÓN DE LOS SENTIMIENTOS CUANDO LO VISITAN AL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

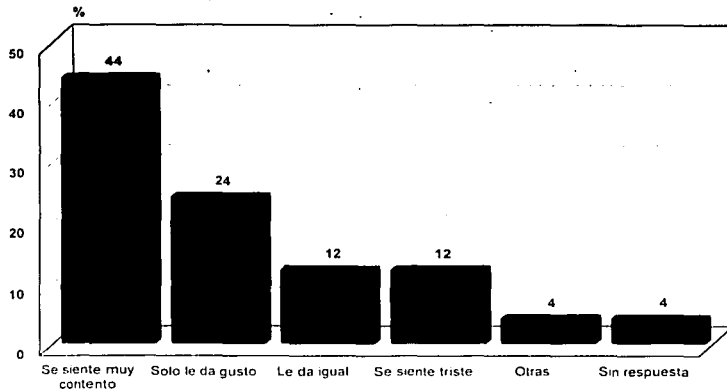
Sentimiento	F	%
Se siente muy contento	11	44
Solo le da gusto	6	24
Le da igual si lo visitan o no	3	12
Se siente triste	3	12
Otras	1	4
Sin respuesta	1	4
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No. 13

DISTRIBUCIÓN DE LOS SENTIMIENTOS CUANDO LO VISITAN AL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET



FUENTE Misma cuadro 1

CUADRO No. 14

DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES QUE REALIZA CUANDO LO VISITAN AL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

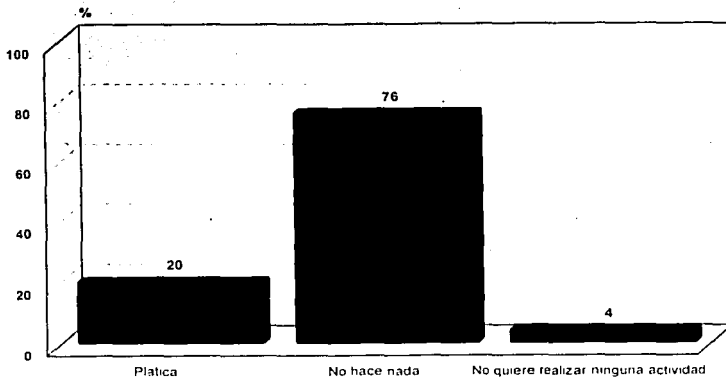
Actividades	F	%
Platica	5	20
No hace nada	19	76
No quiere realizar ninguna actividad con ellos	1	4
0	0	0
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

GRÁFICA No. 14

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES QUE REALIZA CUANDO LO VISITAN AL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET



FUENTE: Misma cuadro 1

CUADRO No. 15

DISTRIBUCIÓN DE LA ADAPTACIÓN A LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE
LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL VICENTINO
Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

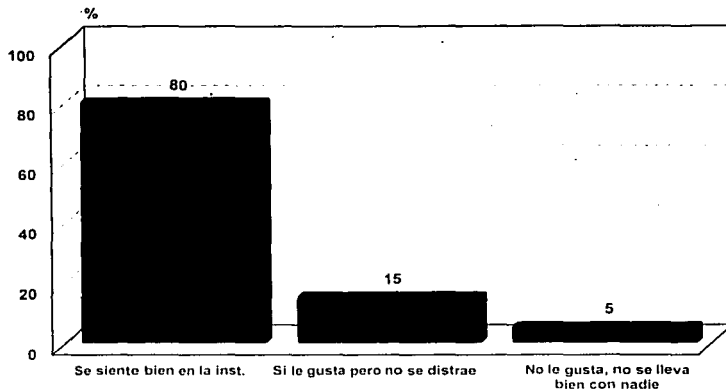
Adaptación	F	%
1. Se siente bien en la institución, le gusta el lugar, no tiene problemas de convivencia	15	60
2. Si le gusta pero no sale a distraerse	6	24
3. No le gusta, no se lleva bien con nadie	4	16
4. Sin respuesta	0	0
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No. 15

DISTRIBUCIÓN DE LA ADAPTACIÓN A LA INSTITUCIÓN DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET



FUENTE Misma cuadro 1

CUADRO No. 16

DISTRIBUCIÓN DE LA CONVIVENCIA CON LOS OTROS RESIDENTES DE LA INSTITUCIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

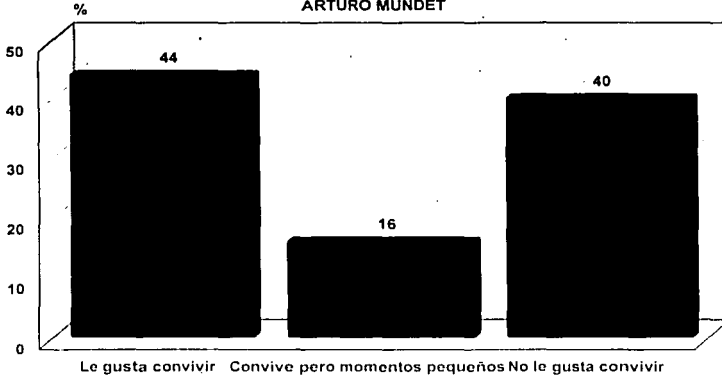
Convivencia	F	%
1. Le gusta convivir con sus compañeros	11	44
2. Convive, pero por pequeños momentos	4	16
3. No le gusta convivir con ellos	10	40
4. Sin respuesta	0	0
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No. 16

DISTRIBUCIÓN DE LA CONVIVENCIA CON LOS OTROS RESIDENTES DE LA INSTITUCIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET



FUENTE Misma cuadro 1

CUADRO No. 17

DISTRIBUCIÓN DE CÓMO LO TRATA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

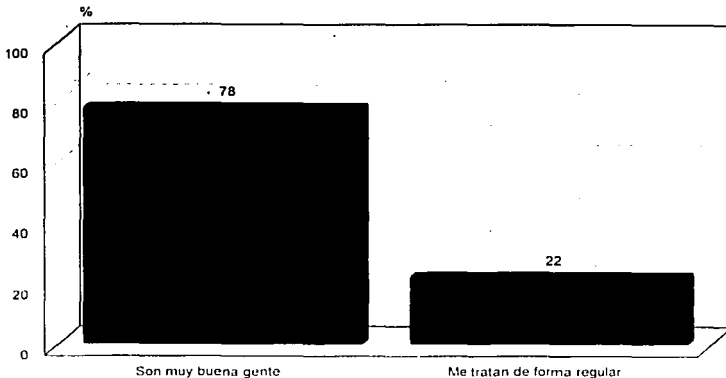
Convivencia	F	%
1. Son muy buena gente, son las personas que me tratan bien	20	78
2. Me tratan de forma regular	5	22
3. Me tratan muy mal	0	0
4. Me tratan excelente	0	0
5. Sin respuesta		
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No. 17

DISTRIBUCIÓN DE CÓMO LO TRATA EL PERSONAL DE ENFERMERIA AL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y LA CASA HOGAR ARTURO MUNDET



FUENTE: Misma Cuadro 1

CUADRO No. 18

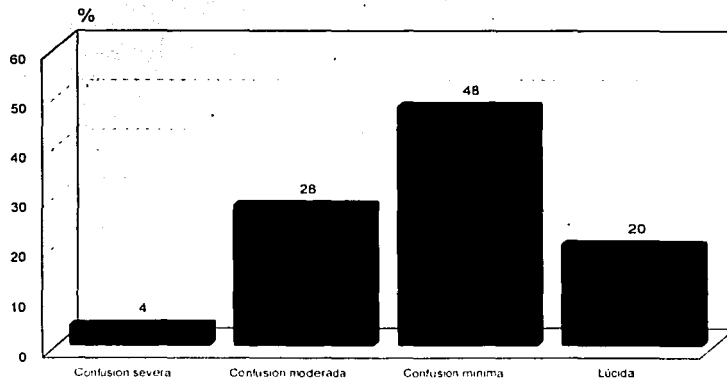
DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO MENTAL DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Estado mental	F	%
Confusión: Severa	1	4
Moderada	7	28
Mínima	12	48
Lúcida	5	20
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

GRÁFICA No. 18

DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO MENTAL DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET



FUENTE: Misma cuadro 1

CUADRO No. 19

DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Actividad	F	%
Independiente	17	68
Interdependiente	5	20
Dependiente	3	12
TOTALES	25	100%

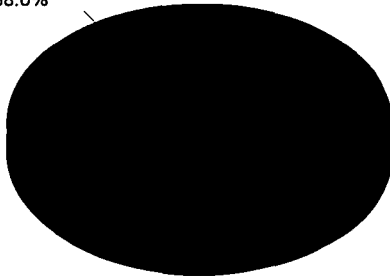
Fuente: Misma del cuadro 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No. 19

DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Independiente
68.0%



Dependiente
12.0%

Interdependiente
20.0%

FUENTE: Misma Cuadro 1.

CUADRO No. 20

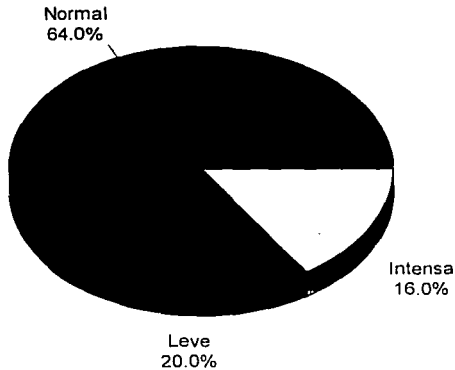
DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET

Depresión	F	%
Normal	16	64
Leve	5	20
Intensa	4	16
TOTALES	25	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

GRAFICA No. 20

DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESION GERIÁTRICA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL VICENTINO Y CASA HOGAR ARTURO MUNDET



FUENTE Misma cuadro 1.

Anexos 2

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO

Ficha de Identificación.

Nombre _____ Edad _____
Sexo _____ Edo. civil _____
Teléfono _____ Escolaridad _____ Institución _____

1.- ¿ CUAL ERA SU OCUPACION ANTES DE SER INSTITUCIONALIZADO?

- 1. Soy profesionista
- 2. Trabajo por mi cuenta
- 3. Soy obrero
- 4. Soy ama de casa
- 5. No tengo ocupación
- 6. Sin respuesta

2.- ¿ CUANTO TIEMPO DE ESTANCIA TIENE EN LA INSTITUCION?

- 1. Tengo entre 3 y 6 meses
- 2. Tengo entre 6 y 12 meses
- 3. Tengo entre 1 y 2 años
- 4. Tengo más de 2 años
- 5. OtraCuál? -----
- 6. Sin respuesta

3.- ¿ CUALES SON LOS MOTIVOS POR LOS CUALES TUVO QUE SER INSTITUCIONALIZADO?

- 1. Por motivos económicos
- 2. Por motivos familiares
- 3. Por motivos de abandono
- 4. Por perdida del conduje
- 5. Otro cuál?-----
- 6. Sin respuesta

4. - ¿ A USTED SE LE INFORMO SOBRE ESTA INSTITUCION ANTES DE LLEGAR?

- 1. Sí se me informó
- 2. Yo decidí venir a la institución
- 3. No se me informó nada
- 4. Me engañaron al traerme aquí
- 5. Otra cuál? -----
- 6. Sin respuesta

5.- ¿ QUE PIENSA DE LA PERSONA O FAMILIA QUE LO INGRESARON A ESTE LUGAR?

- 1. Pienso que esta bien que me hayan traído a este lugar.
- 2. Fue la mejor decisión que tomé o que tomaron mis familiares.
- 3. Pienso que soy un estorbo para la persona o familia que me trajo aquí.
- 4. Siento un gran rencor hacia la persona o familia que me trajo a este lugar.
- 5. Me da igual que me hayan traído aquí.

- 6. Sin respuesta.
- 6.- ¿ QUIEN ES EL RESPONSABLE DEL PACIENTE?
- 1. Es mi conduje
- 2. Son mis hijos o hijo
- 3. Son mis parientes
- 4. Son mis conocidos
- 5. Sin respuesta
- 7.- ¿ DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE?
- 1. Soy pensionado
- 2. Soy jubilado
- 3. Mis hijos me mantienen
- 4. Mi conduje me mantiene
- 5. Mis parientes me mantienen
- 6. Otro cuál? -----
- 7. Sin respuesta.
- 8.- ¿ CADA CUANDO LO VISITAN?
- 1. Me visitan a diario.
- 2. Me visitan entre 2 a 3 veces por semana
- 3. Me visitan entre 1 a 2 veces por semana
- 4. Me visitan cada mes
- 5. Nunca me visitan
- 6. Sin respuesta
- 9.- ¿QUIEN LO VISITA?
- 1. Mi conyuge
- 2. Mis hijos
- 3. Parientes
- 4. Amigos
- 5. Nadie
- 6. Sin respuesta
- 10.- ¿ COMO SE SIENTE USTED CUANDO LO VISITAN?
- 1. Me siento muy contento
- 2. Solo me da gusto
- 3. Me da igual si me visitan o no lo hacen.
- 4. Me siento triste.
- 5. Otra cuál? -----
- 6. Sin respuesta
- 11.- ¿ QUE ACTIVIDADES REALIZA CUANDO LO VISITAN?
- 1. Hacemos de todo, platicamos, paseamos por el jardín, comemos, cantamos, bailamos, hacemos cosas recreativas, leemos, escuchamos música, etc..
- 2. Solo platicamos.
- 3. No hacemos nada.
- 4. No quiero realizar ninguna actividad con el o con ellos.
- 5. Otra, cuál? -----
- Sin respuesta.
- 12.- ¿ SE ADAPTA USTED A LA INSTITUCION?
- 1. Si. me siento bien en la institución, me gusta este lugar, no tengo problemas de convivencia.

- 2. Sí, me gusta la institución, pero no salgo a distraerme.
- 3. No me gusta la institución, no me llevo bien con nadie.
- 4. Sin respuesta.

13.- ¿ CONVIVE CON SUS COMPAÑEROS DE LA INSTITUCION?

- 1. Si, me gusta mucho convivir con ellos todo el tiempo.
- 2. Sí lo hago, pero solo por pequeños momentos.
- 3. No, me gusta convivir con ellos.
- 4. Otra cuál? -----
- 5. Sin respuesta

14.- ¿ COMO LO TRATA EL PERSONAL DE ENFERMERIA?

- 1. Son muy buena gente, son las personas que me tratan bien.
- 2. Me tratan de forma regular.
- 3. Me tratan muy mal
- 4. Me tratan excelente
- 5. Sin respuesta

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS:

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA.

1. ¿ Esta usted satisfecho con su vida?	NO	SI
2. ¿ Ha abandonado usted, muchos de sus intereses y actividades?	NO	SI
3. ¿ Siente usted que su vida está vacía?	NO	SI
4. ¿ Se aburre usted con frecuencia?	NO	SI
5. ¿ Tiene usted esperanza en el futuro?	NO	SI
6. ¿ Esta usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	NO	SI
7. ¿ Esta usted de buen humor la mayor parte del tiempo	NO	SI
8. ¿ Tiene miedo de que algo malo le vaya a suceder	NO	SI
9. ¿ Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?	NO	SI
10. ¿ Se siente usted frecuente mente desamparado?	NO	SI
11. ¿ Se siente usted tranquilo y nervioso con frecuencia	NO	SI
12. ¿ Prefiere usted quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas.	NO	SI
13. ¿ Se preocupa usted frecuentemente en el futuro?	NO	SI
14. ¿ Cree usted que tiene mas problemas de memoria que los demás?	NO	SI
15. ¿ Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	NO	SI
16. ¿ Se siente usted desanimado y triste con frecuencia?	NO	SI
17. ¿ Se siente usted que nadie lo aprecia?	NO	SI
18. ¿ Se preocupa usted mucho por el pasado?	NO	SI
19. ¿ Cree usted que la vida es muy emocionante?	NO	SI
20. ¿ Le es difícil a usted comenzar nuevos proyectos?	NO	SI
21. ¿ Se siente usted lleno de energía?	NO	SI
22. ¿ Siente usted que su situación es desesperante?	NO	SI

- | | | |
|--|----|----|
| 23. ¿ Cree usted que los demás están mejor que usted? | NO | SI |
| 24. ¿ Se molesta usted con frecuencia por cosas sin importancia? | NO | SI |
| 25. ¿ Tiene usted ganas de llorar con frecuencia? | NO | SI |
| 26. ¿ Tiene usted problemas para concentrarse ? | NO | SI |
| 27. ¿ Disfruta usted al levantarse por las mañanas? | NO | SI |
| 28. ¿ Prefiere usted evitar las reuniones sociales? | NO | SI |
| 29. ¿ Es fácil para usted tomar decisiones? | NO | SI |
| 30. ¿ Esta su mente tan clara como solía estar antes ? | NO | SI |

TOTAL DE PUNTOS _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO.

EVALUACIÓN MENTAL.

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Fecha de la Evaluación: - _____

PUNTAJE

- | | |
|-------------------------------------|-------|
| 1.- ¿Cuántos años tiene? | _____ |
| 2.- ¿En qué año nació? | _____ |
| 3.- ¿En que año estamos? | _____ |
| 4.- ¿En qué mes estamos? | _____ |
| 5.- ¿Qué día de la semana es hoy? | _____ |
| 6.- ¿Cuántos hijos tiene y nombres? | _____ |
| 7.- ¿En donde nació? | _____ |
| 8.- ¿Cuenta del 1 al 10 y al revés? | _____ |
| 9.- ¿Cuál es su dirección? | _____ |
| 10.- ¿En qué trabajo, o se ocupó? | _____ |
| TOTAL DE PUNTOS: | _____ |

REALIZADO POR: _____

PUNTAJE:
0-3 Confusión severa.
4-6 Confusión moderada.
7-8 Confusión mínima.
9-10 Lúcida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO

Actividades del Diario Vivir	Puede hacerlo sólo	Con ayuda	Incapaz de hacerlo
Beber de una taza	4	0	0
Alimentarse	6	0	0
Vestirse parte superior	5	3	0
Vestirse parte inferior	7	4	0
Colocarse una prótesis	2	0	0
Arreglo personal	6	0	0
Aseo y baño	6	0	0
Control de micción	10	5	0
Control de evacuación	10	5	0
Sentarse y levantarse de una silla	15	7	0
Silla			
Entrar y salir de tina o regadera	1	0	0
Sentarse y levantarse del w.c.	6	0	0
Caminar 20 metros planos	15	7	0
Subir o bajar 15 o 20 escalones	10	5	0
Capacidad de maniobrar silla de ruedas	5	0	0

NOTA: Máximo valor 100 puntos = INDEPENDIENTE.
 60 puntos = INTERDEPENDIENTE.
 mínimo valor 40 puntos o menos = DEPENDIENTE

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE = _____

124

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO

Ficha de Identificación.

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Edad. civil _____

Teléfono _____ Escolaridad _____ Institución _____

1.- ¿ CUAL ERA LA OCUPACION DEL ADULTO MAYOR ANTES DE SER INSTITUCIONALIZADO?

- 1. Profesionista
- 2. Trabajo por su cuenta
- 3. Obrero
- 4. Ama de casa
- 5. No tenia ocupación
- 6. Sin respuesta

2.- ¿ CUANTO TIEMPO DE ESTANCIA TIENE EN LA INSTITUCION?

- 1. Entre 3 y 6 meses
- 2. Entre 6 y 12 meses
- 3. Entre 1 y 2 años
- 4. Tiene más de 2 años
- 5. Otra Cuál? -----
- 6. Sin respuesta

3.- ¿ CUALES SON LOS MOTIVOS POR LOS CUALES TUVO QUE SER INSTITUCIONALIZADO?

- 1. Por motivos económicos
- 2. Por motivos familiares
- 3. Por motivos de abandono
- 4. Por perdida del conyuje
- 5. Otro cuál? -----
- 6. Sin respuesta

4.- ¿ LE INFORMO AL ANCIANO SOBRE ESTA INSTITUCION ANTES DE INGRESARLO?

- 1. Sí se le informó
- 2. El decidió venir a la institución
- 3. No se le informó nada
- 4. Lo engañe (amos) al traerlo aquí
- 5. Otra, cuál? -----
- 6. Sin respuesta

5.- ¿QUE PENSO EN EL MOMENTO DE INGRESARLO A ESTE LUGAR?

- 1. Es un lugar seguro y adaptable para el anciano.
- 2. Aquí van a cuidar de él y le van a dar todo lo que no le doy en casa.
- 3. El anciano decidió venir a este lugar.
- 4. Pienso que me chá a guardar rencor por traerlo aquí. ←
- 5. Pienso que le dio igual que lo haya traído aquí.
- 6. Sin respuesta.

6.- ¿CÓMO OBSERVO AL ANCIANO CUANDO LO INSTITUCIONALIZO POR PRIMERA VEZ A ESTE LUGAR?

- 1. Lo observe muy decidido y seguro de quedarse.
- 2. Se observo triste.
- 3. Estaba enojado y molesto con todos.
- 4. No quería quedarse y lloró.
- 5. Otra, cuál.? -----

7.- ¿ QUIÉN ES EL RESPONSABLE DEL ANCIANO?

- 1. Su conyuje
- 2. Hijos o hijo
- 3. Parientes
- 4. Conocidos
- 5. Sin respuesta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8.- ¿ DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE?

- 1. Es Pensionado
- 2. Es jubilado
- 3. Lo mantiene su (s) hijo(s).
- 4. Su conyuje lo mantiene
- 5. Sus parientes lo (a) mantienen
- 6. Otro. Cuál? -----
- 7. Sin respuesta.

9.- ¿ CADA CUANDO VISITAN AL ANCIANO?

- 1. A Diario.
- 2. Entre 2 a 3 veces por semana
- 3. Entre 1 a 2 veces por semana
- 4. Lo visito (amos) cada mes
- 5. Lo visito (amos) cada 6 meses o fecha importante.
- 6. Sin respuesta

10.- ¿ QUIÉN LO VISITA?

- 1. Su conyuje
- 2. Sus hijos
- 3. Parientes
- 4. Amigos
- 5. Nadie
- 6. Sin respuesta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11.- ¿ USTED POR QUE VISITA AL ANCIANO?

- 1. Por que quiero saber como esta de salud.
- 2. Por que quiero estar y convivir con el.
- 3. Por que lo quiere mucho y no quiere abandonarlo.
- 4. Por obligación y/o me llama (an) por teléfono para venir.
- 5. Por que mandan mis familiares a visitarlo.
- 6. Otra. cuál? -----

12.- ¿ CÓMO SE SIENTE EL ANCIANO CUANDO USTED LO VISITA?

- 1. Se siente muy contento
- 2. Solo le da gusto
- 3. Le da igual si lo visito o no lo hago.
- 4. Se siento triste.
- 5. Se siente enojado y disgustado.
- 6. Otra. cuál? -----

13.- ¿ QUE ACTIVIDADES REALIZA CUANDO LO VISITA?

- 1. Hacemos de todo, platicamos, paseamos por el jardín, comemos, cantamos, bailamos. hacemos cosas recreativas, leemos, escuchamos música, etc...
- 2. Solo platicamos.
- 3. No hacemos nada.
- 4. No quiero realizar ninguna actividad con el o con ellos.
- 5. Otra. cuál? -----
- Sin respuesta.

14.- ¿ PIENSA USTED QUE EL ANCIANO YA SE ADAPTA A LA INSTITUCION?

- 1. Si, siente bien en la institución, le gusta este lugar, no tiene problemas de convivencia.
- 2. Si, le gusta la institución, pero no sale a distraerse.
- 3. No le gusta la institución, no se lleva bien con nadie.
- 4. Sin respuesta.

15.- ¿ EL PACIENTE HA MOSTRADO ALGUN CAMBIO EMOCIONAL AL SER INSTITUCIONALIZADO?

- 1. Si, esta mas alegre y contento.
- 2. Se encuentra irritable y molesto todo el tiempo.
- 3. Se encuentra triste y con muchas ganas de llorar.
- 4. Esta molesto y violento
- 5. Otra. cuál? -----

16.- ¿ HA OBSERVADO COMO CONVIVE CON SUS COMPAÑEROS DE LA INSTITUCION?

- 1. Si. Le gusta mucho convivir con ellos todo el tiempo.
- 2. Si, lo hace, pero solo por pequeños momentos.
- 3. No, le gusta convivir con ellos.
- 4. Otra, cuál? -----
- 5. Sin respuesta

17.-¿ EL ANCIANO HA MOSTRADO ALGUNA ALTERACION AL SER INSTITUCIONALIZADO?

- 1. No, ninguna.
- 2. Si. Física.
- 3. Si. Patológico.
- 4. Si. Social.

-----5. Especifique cuál y por que -----

18.- ¿ HA OBSERVADO ALGUNA MEJORIA DEL ANCIANO AL SER INSTITUCIONALIZADO?

- 1. No. Ninguna.
- 2. Si. Física.
- 3. Si. Patológico.
- 4. Si. Social.

-----5. Especifique cuál y por que. -----

19.- ¿CÓMO TRATA EL PERSONAL DE ENFERMERIA AL ANCIANO?

- 1. Son muy buena gente, son las personas que lo tratan bien.
- 2. Lo tratan de forma regular.
- 3. Lo tratan muy mal
- 4. Me tratan excelente
- 5. Sin respuesta

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS:

TAMIZAJE DE CARGO AL CUIDADOR (C.B.S.)

Durante las últimas cuatro semanas (hasta- 6 meses si es la primera vez)

Encuestador: _____ Paciente: _____
 Sexo: _____ Edad: _____ Dx. _____ Registro _____
 Cuidador primario: _____ Sexo: _____
 Edad: _____ Ocupación: _____ Parentesco: _____

Cuenta con otros familiares o convivientes: SI _____ NO _____
 (0) Nunca (1) Rara vez (2) Frecuentemente (3) La mayor parte del tiempo.

Al cuidar a su anciano le afectaba a usted en:

- 1.- Su salud _____
- 2.- Su privacidad _____
- 3.- Su vida social _____
- 4.- Debido al cuidado de su anciano (a) usted perdió el control de su vida _____
- 5.- Se sintió sobre cargado o agobiado _____
- 6.- Pensó alguna vez dejarle el cuidado a alguien más _____
- 7.- Pensó que en poco tiempo le sería imposible con el cuidado del anciano _____
- 8.- Se sentía usted: triste _____ Melancólico _____ Deprimido _____
 (en el periodo que se mostró)

¿ Cuáles de las siguientes actividades se vieron trastornadas por el cuidado de su paciente?

- (1) No (2) Poco (3) Mucho (4) No aplica

- 1.- Su sueño personal _____
- 2.- Cocinar _____
- 3.- Labores domésticos (aseo del hogar). _____
- 4.- Tiempo de recreo personal. _____
- 5.- Trabajo remunerado _____

Comentarios:

FACTORES DISRUPTIVOS

- 1= Nunca
 2= Raramente.
 3= Ocasionalmente.
 4= Frecuentemente.

- | | | | | |
|---|---------|---------|---------|---------|
| 1.- Vagabundeaba o se perdía | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ |
| 2.- Se agitaba o rea impaciente | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ |
| 3.- No reconocía a familiares o amigos | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ |
| 4.- Tenía problemas para expresar sus ideas | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ |
| 5.- Se deprimía | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ |
| 6.- No le gustaba que lo dejarán solo con extraños | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ |
| 7.- Escuchaba voces o veía cosas que no están ahí | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ |
| 8.- No podía controlar la orina y evacuaciones | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ |
| 9.- Su manera de dirigirse a usted era demandante | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ |
| 10.- Cuando se dirigía a usted lo hacía ofensivamente | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ |