



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA



LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

“INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LA RECUPERACIÓN DEL
PACIENTE GERIÁTRICO”

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A:

NAYELLI SALAS BRAVO

DIRECTORA DE TESINA:

DRA. LETICIA CUEVAS GUAJARDO

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Esta tesina, si bien ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación por parte de la autora y su directora de tesina, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación citaré y muchas de las cuales han sido un soporte muy fuerte en momentos de angustia y desesperación.

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

De igual manera mi más sincero agradecimiento a mi directora de tesina, la Dra. Leticia Cuevas Guajardo por aceptarme para realizar esta tesina bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable.

A mi familia

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

A quienes me han heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo: amor. A quienes sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme. A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho. A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo.

A Carlos, por brindarme su compañía, comprensión y amor, gracias por ser mi brazo derecho en los momentos en que más te necesité, sabes que te amo.

A mis amigas

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional, así como personal, y que hasta ahora, seguimos siendo amigas: Norma, Pamela y Lupita.

A mis maestros

Gracias por su tiempo, por su apoyo, así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala por permitirme ser parte de una generación de triunfadores.

Nayelli Salas Bravo

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	10
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
METODOLOGÍA.....	11
CAPÍTULO I.....	12
EL PACIENTE GERIÁTRICO EN UNA VISIÓN INTEGRAL.....	12
Etimología del envejecimiento.....	12
TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO.....	13
Teorías fisiológicas.....	13
TEORÍAS BIOQUÍMICAS Y METABÓLICAS.....	14
TEORÍAS GENÉTICAS.....	17
TEORÍAS SOCIALES.....	17
SÍNDROMES GERIÁTRICOS.....	18
PACIENTE GERIÁTRICO.....	20
Características del paciente geriátrico.....	20
CAMBIOS BIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO.....	21
Anatomía general.....	21
TENDENCIA A LA INCAPACIDAD.....	26
CAPÍTULO II.....	28
LA FAMILIA MEXICANA.....	28

Funciones de la familia.....	29
Cambios psicosociales asociados al envejecimiento.....	30
<i>Cambio del rol desempeñado.....</i>	<i>31</i>
<i>Autoestima.....</i>	<i>33</i>
<i>La depresión.....</i>	<i>33</i>
<i>Afrontar la muerte.....</i>	<i>33</i>
<i>Factores psicológicos y/o sociales.....</i>	<i>34</i>
<i>El anciano como individuo.....</i>	<i>35</i>
<i>El anciano como integrante del grupo familiar.....</i>	<i>35</i>
<i>El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas.....</i>	<i>35</i>
<i>Cambio de rol en la comunidad.....</i>	<i>36</i>
<i>Cambio de rol laboral.....</i>	<i>36</i>
Evolución de los vínculos de apego en las relaciones familiares.....	37
El apego en la última parte de la vida.....	38
La construcción de valores en la familia.....	38
CAPITULO III.....	40
INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LA RECUPERACIÓN DEL	
PACIENTE GERIÁTRICO.....	40
Posición de la familia ante el anciano solo.....	45
<i>La negación de la ancianidad.....</i>	<i>46</i>
CONCLUSIONES.....	49
SUGERENCIAS.....	51
REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS.....	53

INTRODUCCIÓN

La presente investigación trata el tema de la influencia que tiene la familia en la recuperación del paciente geriátrico. En este trabajo se describe el cómo se modifica la familia cuando hay un deterioro físico y emocional en el adulto mayor con una patología ya sea crónica, o por cambios anatomofuncionales que son propios de esta edad.

El objetivo principal fue analizar las razones por las que un paciente geriátrico se recupera más rápidamente bajo el cuidado de su familia que cuando no lo tiene. La característica principal de la familia es que, desafortunadamente no quiere aceptar el rol de cuidador esto debido a que se nos ha inculcado una cultura de valores que no benefician al paciente geriátrico, porque éste es considerado como una carga para la familia.

Por otra parte, para analizar esta problemática hay que entender que el adulto mayor sufre cambios que son inevitables hablando en su esfera biopsicosocial. Separando por ejemplo, su estado físico que necesita de cuidado y atención de calidad y calidez para llevar una vida plena.

La investigación de esta problemática se realizó por el interés de conocer ¿por qué el deterioro del paciente geriátrico es mayor, cuando no tiene el cuidado de su familia? y, por el contrario, cuando hay amor y cuidado por parte de la familia, la recuperación del paciente geriátrico es mayor; y hay una disminución de infecciones y complicaciones.

Profundizar la indagación desde la perspectiva de la enfermería, fue un interés académico. Asimismo, me interesé por aportar información sobre ¿cómo ha cambiado la sociedad? y ¿cómo se ha perdido el valor de la atención hacia el adulto mayor sano o con alguna patología?

En el ámbito profesional, como Licenciada en Enfermería, el interés versó en conocer el contexto social, el hospitalario y las condiciones intrafamiliares en el hogar del paciente geriátrico.

En el Capítulo 1 se describen los cambios degenerativos que se presentan por el envejecimiento tanto en la estructura, como en la función de órganos y tejidos. Estos cambios ocurren virtualmente a nivel subcelular, celular, y tisular. Ciertos órganos sufren alteraciones funcionales claramente definidas y relacionadas con el envejecimiento.

En el Capítulo 2, se aborda lo importante a señalar sobre el concepto de estructura familiar, que se refiere a un conjunto de elementos relacionados entre sí. Incluye como elementos a personas ocupando posiciones y desempeñando roles de acuerdo a su edad, sexo y a los factores culturales del medio social. Estas pueden variar en diferentes zonas geográficas, estratos sociales, y áreas de residencias urbanas o rurales, variables que se asocian a patrones culturales que condicionan la estructura y por lo tanto, el cumplimiento de sus funciones. Varía también según la etapa del ciclo vital.

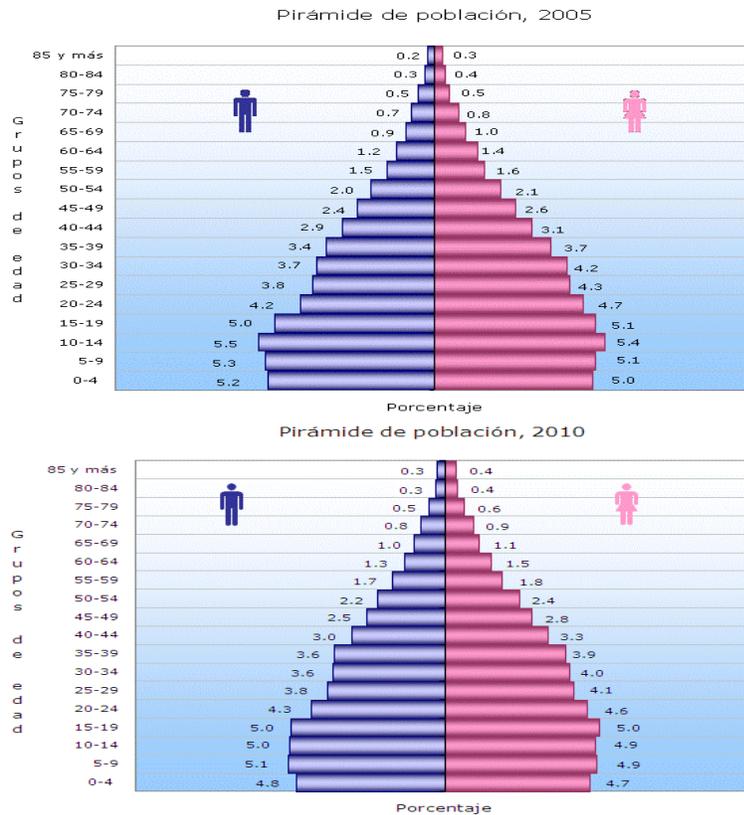
JUSTIFICACIÓN

Por lo que el propósito de esta investigación es señalar la importancia que tiene la familia en la recuperación del paciente geriátrico, así como, identificar los factores que influyen o perjudican la salud del anciano incluyendo en éstos el entorno social y familiar.

La información y difusión que se tiene sobre los aspectos sociales de este tema es escasa, ya que hay más investigaciones sobre las patologías asociadas al anciano que hacen hincapié en el modelo biológico el cual no retoma el tema de la motivación para la recuperación.

El tema también es importante, porque es un claro ejemplo de lo que significa que un paciente querido por su familia esté cuidado correctamente. Un paciente al cuidado de su familia en su recuperación, no presentará las complicaciones que uno no cuidado; por ejemplo, en una cirugía es más rápida la recuperación de un paciente cuidado por su familia.

Por el contrario, un paciente que no tiene una familia que vea por él se deteriora significativamente, y por tanto su recuperación es lenta o simplemente llegan a fallecer. La población está creciendo cada vez menos, (ver gráfica 1) lo que significa que nos estamos llenando de ancianos que necesitan atención y una mejor calidad de vida.



Grafica 1. Fuente: censo de población y vivienda INEGI 2010

Ahora bien, los ancianos muchas veces son abandonados a su suerte porque se tiene el concepto de que son personas que ya vivieron lo que tenían que vivir, y cuando se enferman se dice que ya no es importante su recuperación ya que es una “carga”, por lo que su calidad de vida se ve deteriorada. (Vidal, 2000).

Por tanto, la realización de esta investigación es importante, pues considero que es un problema que está afectando actualmente a la sociedad, por ejemplo, el abandono que existe en los ancianos, así como la violencia física y psicológica, es común observar a los adultos mayores vagando por las calles desamparados. Cada día se pierden los valores y prefieren que otras personas se encarguen de ellos.

Por otra parte considerado que en México, la esperanza de vida es de 75.4 años promedio, aunque para las mujeres sube a 77.8 años y para los hombres desciende a 73.1, difundió el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la influencia de la familia en la recuperación del paciente geriátrico

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los cambios biológicos, psicológicos y funcionales que se producen en el proceso de envejecimiento.
- Describir los cuidados que brinda la familia al paciente geriátrico.
- Identificar los factores que alteran la salud del anciano.
- Señalar la importancia que tiene la familia en la recuperación del paciente geriátrico.

METODOLOGÍA

Inicié el trabajo seleccionando el tema que iba a investigar de común acuerdo con mi asesora. Luego formulé los objetivos el general, y los específicos. Procedí después a redactar la justificación del trabajo. Posteriormente me aboqué a delinear los capítulos que conformarían el contenido de la tesina. Esos capítulos fueron tres: el primero fue sobre El Paciente Geriátrico en una Visión Integral. El Capítulo II lo diseñé sobre La Familia Mexicana, y el Capítulo III, sobre la Influencia de la Familia en la Recuperación del Paciente Geriátrico.

Para elaborar el primer capítulo recolecté información de bibliografía variada sobre enfermería del anciano, cambios anatomofisiológicos del adulto mayor, así como, las teorías del envejecimiento. También consulté artículos electrónicos publicados en la revista scielo.

Después de haber terminado el capítulo I, comencé a recopilar información bibliohemerográfica sobre la familia, sus características y el rol que juega el anciano en nuestra sociedad. Así como, los valores, su importancia en la familia, los cambios psicosociales que juega el adulto mayor actualmente.

Para la elaboración del capítulo III me enfoqué a buscar información sobre el abandono y el maltrato que sufre el anciano, aún cuando la mayoría de las veces él es totalmente dependiente del cuidado de su familia. Además del papel fundamental que tiene el cuidador, que en determinado momento ya no puede con esta gran responsabilidad. De la misma manera, la importancia de que la familia esté unida y cuente con valores fundamentales para darle una mejor calidad de vida al paciente geriátrico. Porque en el ámbito hospitalario observé la gran importancia que tiene ésta en la recuperación o deterioro del paciente geriátrico, por ejemplo; observé pacientes geriátricas que tenían cuidador especial o algún familiar muy cercano y la paciente salía adelante después de una cirugía complicada. Y por el contrario, pacientes geriátricos que no tenían cuidador y que lamentablemente sufrían del abandono de familiares, esto ocasionaba que el paciente se complicara y deteriorara con facilidad.

Finalmente culminé el trabajo con las conclusiones y las sugerencias que desde mi punto de vista sería conveniente tomar en cuenta con respecto a esta problemática, incluyendo las referencias bibliohemerográficas.

CAPÍTULO I

EL PACIENTE GERIÁTRICO EN UNA VISIÓN INTEGRAL

Etimología del envejecimiento

Envejecimiento es un término de carácter general que puede definirse en relación con fenómenos fisiológicos, conductuales, sociológicos o cronológicos. En sentido estrictamente médico, designa el declive de la capacidad y las funciones fisiológicas que influyen en los factores sociológicos y del comportamiento y es modificado, a su vez, por ellos. Se trata de un proceso heterogéneo e irreversible, que se inicia a partir del momento en que el organismo alcanza la capacidad funcional máxima.¹

La población mundial ha estado envejeciendo desde sus mismos orígenes, aunque no con una velocidad constante. El número de ancianos ha aumentado durante casi todo este siglo con una mayor rapidez que el resto de los habitantes y esta tendencia se mantendrá hasta bien entrada la próxima centuria.¹

Son variadas las definiciones sobre el límite inferior de edad en el adulto mayor pues algunos la enmarcan a los 55 años, mientras que otros la refieren al arribar una persona a la edad de 60 ó 65 años que es el patrón asumido mayormente por los adeptos a estudios de longevidad.

Con base en la edad cronológica B. Neugarten (1979) establece dos categorías de vejez: los jóvenes viejos, que abarcaría de los 55 a los 75 años, y la de viejos que se situaría a partir de los 75 años.²

TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Teorías fisiológicas

Teoría del Deterioro Orgánico. Explica el envejecimiento desde el punto de vista del deterioro de los sistemas por su utilización a lo largo del tiempo. Esto afecta a todas las células corporales y cuya disminución funcional causa modificaciones generales en el organismo, como el sistema cardiovascular, el sistema endocrino o el sistema nervioso. Las alteraciones de los mecanismos fisiológicos de la homeostasis, incapacitan al organismo en su conjunto para responder a los cambios medioambientales. La pérdida de mecanismos de adaptación celular o bien, la pérdida de células irremplazables, sería uno de los agentes causantes del deterioro³.

Teoría del debilitamiento del Sistema Inmunológico. Explica el envejecimiento desde el punto de vista del deterioro del sistema inmunitario, ya que en el mismo, se ha observado una incapacidad de las células de defensa para producir anticuerpos, con la consiguiente disminución de la respuesta inmune de los organismos frente a los agentes externos.³

Teoría del Estrés. Para ésta, las pérdidas en la capacidad de respuesta del organismo serían el resultado de la tensión a la que nos vemos sometidos durante la existencia.³

TEORÍAS BIOQUÍMICAS Y METABÓLICAS

El paso del tiempo produce cambios en las moléculas y en los elementos estructurales de las células que darán lugar a la alteración de sus funciones.

Teoría de la Acumulación de los Productos de Desecho. Se observa que con el paso del tiempo se van acumulando diversos cuerpos pigmentados como la lipofucsina, en el interior de las células, especialmente en las células que no se dividen, como las neuronas o las fibras musculares estriadas, lo que a la larga afectará las funciones celulares.³

La vida supone la producción de desechos y su eliminación por unos procesos normales. Algunos teóricos creen que la vejez acompañada de una disminución de la capacidad de eliminación, seguida de una acumulación de desechos, perjudican la actividad celular normal. Según esta teoría, el funcionamiento normal quedaría debilitado por el acúmulo de subproductos de nuestras propias funciones corporales.

- *Teoría del Envejecimiento Celular.* La mayor parte de las teorías celulares se interesan por la pérdida de la información que sufren las células del cuerpo en la molécula del Ácido desoxirribonucleico (ADN).

Estas teorías dicen que el envejecimiento es el resultado de la muerte de un creciente número de células del cuerpo. Las células a las que se creía que eran capaces de reproducirse, en realidad sólo pueden sufrir un determinado número de divisiones. Este número se halla programado en un bagaje genético.

El número probablemente varía de una persona a otra y de una célula a otra pero, la medida se sitúa en torno a 50 reproducciones en los seres humanos mientras que resulta superior en el organismo de larga esperanza de vida e inferior en el organismo de corta esperanza de vida.³

- *Teoría de los Radicales Libres de Oxígeno.* Ésta es una de las teorías más populares, Denham Harman (1956) propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres. Estas reacciones pueden estar implicadas en la producción de los cambios del envejecimiento asociados con el medio ambiente, enfermedad, y con su proceso intrínseco. Las reacciones perjudiciales de los radicales libres se producen sobre todo en los lípidos, los cuales son los más susceptibles.

Los radicales libres que se forman durante el proceso oxidativo del metabolismo normal reaccionan con los componentes celulares, originando la muerte de células vitales y, finalmente, el envejecimiento y la muerte del organismo.

Lo que sí es claro, es el importante papel que juega el daño producido por la liberación de radicales libres en ciertas patologías relacionadas con el envejecimiento, tales como: las enfermedades cardiovasculares, cáncer, cataratas, Enfermedad de Alzheimer y otras.

Según la evidencia con la que contamos hasta el momento, si logramos disminuir la generación de radicales libres o neutralizamos su daño, lograríamos disminuir estas enfermedades. Entonces, seríamos capaces de prevenir una muerte precoz por estas patologías. Lo que no es claro, es si logrando disminuir el daño por radicales libres, lograremos aumentar la longevidad.

Con esta teoría Harman pretendía explicar varios aspectos:

- ◆ El origen de la vida y su evolución.
- ◆ El aumento de la longevidad en especies animales sometidas a manipulaciones dietéticas y ambientales.
- ◆ El proceso de envejecimiento.
- ◆ El gran número de enfermedades en cuya patogenia están implicados los radicales libres del oxígeno.

Las reacciones de los radicales libres contribuyen considerablemente al desarrollo de desórdenes estocásticos observados durante el envejecimiento. Los radicales libres, además, están implicados en enfermedades degenerativas como arteriosclerosis, demencia senil tipo Alzheimer y enfermedades autoinmunes.⁴

- *Teoría del Colágeno de Burguer.* Está fundamentada en los cambios del tejido conectivo. Dichos cambios pueden resumirse así:

El colágeno se hace más abundante y rígido. La elastina, a la cual las arterias y el pulmón deben su elasticidad, se hace menos flexible.

La sustancia fundamental disminuye y su constitución química cambia.

La repercusión de estas alteraciones del tejido conectivo se comprende bien si se recuerda que todas las células del organismo, excepto las sanguíneas, reciben el oxígeno y los elementos nutritivos, y se liberan de sus desechos a través de él. Los cambios seniles perturban estos recambios y contribuyen a producir un deterioro celular progresivo. Explica la precipitación del colágeno con acúmulo de calcio y de colessterina, con formación de membranas que impiden los intercambios nutritivos y provocan la atrofia de órganos y tejidos.³

✓ TEORÍAS GENÉTICAS

Teoría de la Acumulación de Errores. Con el paso de los años se pierden secuencias del ADN dando lugar al deterioro y produciéndose el envejecimiento.⁵

Teoría de la Programación Genética. Según sus autores, en el genoma está marcada una secuencia de acontecimientos que se expresan de forma ordenada durante el ciclo vital y que podría ser alterada tanto por factores exógenos como endógenos, que darían como resultado una variación individual de la forma prevista

✓ TEORÍAS SOCIALES

Teoría de la Actividad. Si a los mayores se les priva de algunos papeles y los que quedan no están claramente definidos; como consecuencia, esto les crea confusión y les conduce a un estado de anomia (desorganización social que resulta de la ausencia de normas comunes en una sociedad). Es una noción formulada por Durkheim (1895) y designa la crisis por la que atraviesa una sociedad o un grupo social cuando sus miembros se ven privados de las normas que organizan su conducta y de los ideales que legitiman sus aspiraciones. Según esta teoría, si nuevos papeles no reemplazan a los anteriores, la anomia tiende a interiorizarse y el individuo poco a poco se torna inadaptado, incluso consigo mismo.

- ✓ *Teoría de la Continuidad.* Esta teoría mantiene que la última etapa de la vida, prolonga los estadios anteriores. Sostiene que las situaciones sociales pueden presentar una cierta discontinuidad, pero que la adaptación a las diferentes situaciones y el estilo de vida, se hallan principalmente determinados por los estilos, hábitos y gustos adquiridos a lo largo de toda la vida. La adaptación social a la vejez, a la jubilación y a otros acontecimientos del mismo género está determinada principalmente por el pasado.⁵

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Con el envejecimiento se producen cambios fisiológicos en todos los sistemas del organismo que determinan disminución de la reserva funcional limitando la capacidad de respuesta ante un aumento de la demanda o un estrés. También se produce un deterioro de los procesos reguladores que mantienen la integración funcional entre los diferentes órganos y sistemas del individuo. Así pues, el envejecimiento no es sólo la suma de la reducción individual de la reserva funcional de cada órgano, sino también de los mecanismos de acción que integran sus funciones.

Una consecuencia directa de todo lo anterior, sería el concepto de presentación atípica de las enfermedades. En geriatría es habitual la presencia de “alteraciones iceberg”, es decir, de enfermedades no conocidas ni por el paciente ni por su médico, que además con frecuencia son el origen de incapacidades no explicadas por los trastornos previamente documentados, en un marco funcional que obliga a medir la enfermedad a través de sus consecuencias y no sólo a partir de las causas que la generan.⁶

Esta forma de “presentación atípica” de las enfermedades en los ancianos es la responsable de los denominados síndromes geriátricos, sin caer en el error de considerar a éstos única y exclusivamente como una manifestación atípica de una enfermedad. Estos síndromes pueden generar mayor morbilidad y consecuencias en ocasiones más graves que la propia enfermedad que los produce.

Los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en los ancianos y que son el frecuente origen de incapacidad funcional o social en la población. Son la manifestación (síntomas) de muchas enfermedades, pero también son el principio de muchos otros problemas que debemos tener en cuenta desde su detección para establecer una buena prevención de los mismos.⁷

Cuadro1. Principales síndromes geriátricos

▪ Inestabilidad y caídas
▪ Inmovilidad
▪ Deshidratación y mal nutrición
▪ Depresión y ansiedad
▪ Incontinencia de esfínteres
▪ Úlceras por presión
▪ Enfermedad terminal
▪ Yatrogenia

Fuente: Francisco Guillén Llera, Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico (2008).

Tendencia a la incapacidad y/o a la dependencia. La cronicidad con que cursan la mayoría de procesos geriátricos, originan en el individuo limitaciones orgánicas y funcionales que le impiden de forma progresiva la realización de actividades propias de la vida diaria (comer, desplazarse, dormir, eliminar, etc.) y le obligan a buscar ayuda mediante diferentes recursos tales como: técnicos (movimientos, maniobras y/o ejercicios especiales), materiales (bastones, audífonos, cubiertos especiales) y/o personales (personas entrenadas, familiares y profesionales).

Hay que tener presente que en gerontología la capacidad de adaptación individual a las diferentes limitaciones es básica, y también la motivación que acompaña a cada una de las personas ancianas en su búsqueda de la autonomía funcional. Hay que recordar también que uno de los objetivos básicos de las enfermeras gerontológicas es trabajar con el anciano y su familia en el mantenimiento de las capacidades restantes, para mantener la autonomía durante el mayor tiempo posible, aunque sea en diferentes grados.⁸

- PACIENTE GERIÁTRICO

El paciente geriátrico es la persona generalmente mayor de 65 años, que padece una o varias enfermedades que tienden a producir incapacidad o invalidez, cuya evolución está condicionada por factores psíquicos y/o sociales, y que requiere institucionalización.⁹

1. Características del paciente geriátrico

La edad. El envejecimiento fisiológico empieza mucho antes de los 65 años en el joven adulto, por lo que, si una persona por una causa u otra se ve abocada a un envejecimiento patológico mucho antes de llegar a la edad sexagenaria, también puede ser considerado como paciente geriátrico.

1.1 La pluripatología. El proceso de envejecimiento de la persona comporta una serie de cambios anatomofuncionales que le conducen a una situación de inestabilidad, con una evidenciable disminución de la capacidad de adaptación de órganos y sistemas, lo que torna al anciano frágil y vulnerable frente a cualquier entidad etiopatogénica.

La presencia de cualquier noxa extrínseca o intrínseca, favorecedora de enfermedad, repercute en el organismo anciano vulnerable con un sobreesfuerzo tanto físico como psíquico, y por la disminución de la capacidad de adaptación y respuesta, desencadena en él un trastorno primario. Éste a su vez incide en el anciano con un sobreesfuerzo que le predispone a padecer tarde o temprano una afección secundaria, o hace que la originaria se agudice o curse con gravedad.¹⁰

El envejecimiento es:

- Universal, propio de todos los seres vivos.
- Progresivo, porque es un proceso acumulativo.
- Continuo, tiene un inicio y un final.
- Dinámico, porque está en constante cambio y evolución.
- Irreversible, no puede detenerse ni revertirse; es definitivo.
- Declinante, las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- Intrínseco, porque ocurre en el individuo, a pesar de que está influido por factores ambientales
- Heterogéneo e individual, porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.¹¹

- CAMBIOS BIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios en el funcionamiento de las esferas biológica, psicológica y social. Con el paso de los años tales transformaciones predisponen al adulto mayor a presentar variadas enfermedades. Se debe considerar que no todos los procesos están presentes en los adultos mayores debido a que tienen en su desarrollo un carácter individual y heterogéneo, por lo que cada uno llega a tener su propia manera de envejecer. A continuación se revisarán algunos cambios asociados al envejecimiento.

- **Anatomía general**

La estatura. Generalmente a partir de los 40 años, disminuye; esta pérdida es más acentuada en las mujeres, evidenciada por los cambios en la postura del cuerpo, disminución de la altura de las vértebras, el encorvamiento de la columna, caderas

y piernas, que se arquean. También el peso disminuye a partir de los 50 años y en un 20% el de tejido graso.¹¹

Piel, uñas y cabello. La piel se hace más delgada por la disminución del tejido graso, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica “arrugada” y toma un tinte amarillento; presenta depresiones irregulares, pierde su color normal y existe tendencia a los cambios premalignos. Se produce la pérdida de cabello y la aparición de canas. Las uñas reducen su velocidad de crecimiento, aumentan su grosor y se vuelven opacas y más duras. La piel, por su extensión, es el órgano más susceptible de recibir daño ambiental a través de los años, en especial por la acción de la luz solar.¹¹

- *Sistema muscular y esquelético.* Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular. Dicha pérdida se acelera con la edad. Asimismo, disminuye la fuerza muscular y las capacidades de movimiento y respuesta rápida, y las de reparación o cicatrización de músculos, tendones y ligamentos. La capacidad para formar tejido óseo disminuye, reduciéndose el grosor y la masa de los huesos, pues se produce la pérdida de calcio en los de la cadera (osteoporosis), los del muslo y en las vértebras. Estos cambios afectan a hombres y mujeres; pero afectan con mayor incidencia a las mujeres durante la menopausia, por la disminución del estrógeno.¹¹

Sistema nervioso. El sistema nervioso se afecta de manera importante con el paso del tiempo. El peso cerebral disminuye con la edad y el flujo cerebral se reduce en un 20%, produciéndose alteraciones y disminución de la síntesis de neurotransmisores. Estos deterioros, sin embargo, no se traducen necesariamente en cambios intelectuales ni conductuales. Tanto la acumulación de cambios como la actitud con que el sujeto los asume, sí le predisponen a sufrirlos. Los principales son:

- Los reflejos disminuyen en intensidad de respuesta y estructura
- El ciclo del sueño se altera.¹¹

- *Oído y audición.* En el oído externo se produce acumulación de cerumen, que dificulta la audición. Hay adelgazamiento del tímpano y pérdida de su elasticidad, así como disminución de la eficiencia en la conducción de los sonidos. Estos cambios provocan pérdida de la audición, principalmente de las tonalidades bajas.¹¹
- *Ojo y visión.* Los cambios de los párpados pueden provocar su caída o suspensión. La córnea pierde transparencia y por depósito de lípidos se produce el “arco senil”. La pupila reduce su tamaño y el iris disminuye su capacidad de acomodación. El cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido. Frecuentemente aparecen cataratas. A nivel de la retina se reduce la acumulación de pigmentos, produciéndose pérdida de la agudeza visual con los años.¹¹
- *Sistema hormonal.* Con respecto a la glucosa (azúcar) e insulina se observa una mayor resistencia de los tejidos periféricos a la acción de la insulina, lo que puede condicionar niveles altos de glucosa en la sangre y, por tanto, diabetes. También disminuyen la secreción de glucocorticoides, lo que provoca la pérdida de la capacidad para tolerar el estrés.¹¹
- *Sistema inmunológico.* Las defensas inmunológicas presentan cambios por la reducción de las células encargadas de la defensa y la reducción de la respuesta mediante anticuerpos, con una mayor susceptibilidad a infecciones, enfermedades autoinmunes y neoplásicas.¹¹
- *Sistema cardiovascular.* En este sistema es sumamente difícil diferenciar entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas enfermedades que se manifiestan a través de los años. El corazón aumenta su tamaño y peso.

El músculo cardíaco se llena de grasa, se incrementa el colágeno, que provoca su endurecimiento (fibrosis) y, por ende, rigidez de las cavidades del corazón, alterando el ritmo cardíaco y disminuyendo su fuerza. El interior del corazón se adelgaza, las válvulas se calcifican y el tejido conductor presenta la pérdida progresiva de su actividad. El corazón de la persona adulta mayor generalmente es capaz de mantener adecuadamente un flujo cardíaco suficiente para suplir sus necesidades, pero su adaptación al estrés se reduce paulatinamente con el paso de los años.¹²

- *Sistema respiratorio.* La concentración de oxígeno en la sangre disminuye, debido a que se reduce la capacidad de la caja torácica para expandirse. Aumenta la secreción mucosa de la pared bronquial, por la disminución de la capacidad respiratoria hasta un 30% a los 80 años. Asimismo, disminuye la elasticidad del árbol bronquial y la fuerza muscular en los músculos respiratorios.¹²
- *Área cognitiva.* Entre los cambios cognitivos se pueden considerar la existencia de problemas en la inteligencia fluida o rápida, y no en la inteligencia centrada en la experiencia, que se desarrolla a lo largo de toda la vida. El coeficiente intelectual no parece descender con la edad. Algunos pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales, como en la capacidad mental y capacidad de razonamiento abstracto.

Puede observarse disminución de la percepción de análisis e integración de la información sensorial, disminución de la memoria reciente o de corto plazo y alguna pérdida de la habilidad de adquirir nuevas habilidades. Estos cambios, que son relativamente normales, no se encuentran en todos los adultos mayores. Existe un grupo numeroso que conservan sus funciones intelectuales y cognitivas intactas y, por tanto, el interés en el mundo.

En la personalidad del adulto mayor se pueden observar nuevos signos de maduración, estabilidad emocional. Visión más ponderada de las cosas y hegemonía de valores relacionados con el mundo interior. Sin embargo, puede perder la capacidad de adaptación a nuevas situaciones.¹³

- *Sistema gastrointestinal.* Existe disminución del tono del esfínter y musculatura del esófago, por ello existe disminución de la deglución, inadecuada relajación del esófago y la digestión se hace lenta, con menor absorción de sustancias y tendencia al estreñimiento. También se presentan por atrofia intestinal de las glándulas intestinales y disminución del peristaltismo, la flatulencia y el dolor abdominal. Se reduce la secreción de ácido clorhídrico y de enzimas. Se altera la absorción de hierro, de calcio, de grasa, de proteínas, de vitamina B12 y de ácido fólico. Disminuye el metabolismo de los fármacos.¹³
- *Sistema genitourinario.* Hay disminución de la velocidad de filtración, por lo que se presenta aumento de urea y creatinina en sangre. Se reduce la excreción de fármacos. Por esclerosis de vasos renales, se es más susceptible al deterioro de la función renal.

Existe también un debilitamiento de la musculatura renal y reducción de la fuerza de chorro, por lo que ocurre incontinencia urinaria. También presentan retención urinaria, con aumento de la susceptibilidad a infecciones.

En la mujer, existe atrofia genital con estenosis de la vagina, menos elasticidad y lubricación, produciendo dolor en las relaciones sexuales. También disminuye la acidez de las secreciones vaginales, que propicia las infecciones, y se debilita la musculatura pélvica, produciendo prolapso uterino con incontinencia urinaria. Se atrofia el tejido mamario. En el varón existe atrofia testicular con esperma menos viable y en menor volumen, demora la erección y la eyaculación

- TENDENCIA A LA INCAPACIDAD

Algunas enfermedades habituales en los ancianos persisten durante un largo periodo, originando limitaciones orgánicas y funcionales que les impiden de forma progresiva realizar las actividades de la vida diaria, valerse por sí mismos, modificar su modo de vida y requerir, en general, una asistencia continua y permanente.

Existe una clasificación internacional de deficiencias, incapacidades, minusvalías, publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980, que se caracteriza por plantear una estrecha asociación entre enfermedad, deficiencia e incapacidad.

Se define a la *deficiencia* como toda pérdida o anomalía de estructura o de función psicológica, fisiológica o anatómica. La *incapacidad* es toda restricción cuantitativa o cualitativa de la capacidad para ejecutar una actividad dentro de los márgenes que se consideran normales.¹⁴

La *minusvalía* se define como la desventaja que tiene un individuo, es una consecuencia de una deficiencia o una incapacidad, que limita o impide el desempeño de una función considerada normal teniendo en cuenta la edad, el sexo, los factores sociales y culturales para ese individuo.¹⁴

Factores psicológicos y/o sociales. La mayoría de los ancianos presentan algún tipo de problemática social y condicionantes psicológicos¹⁵ que se agudizan extraordinariamente al contraer una enfermedad¹⁶ y que, en muchos casos, se convierte en el principal impedimento para lograr una situación de salud aceptable.¹⁷

Los epidemiólogos advierten sobre un grupo de riesgo entre los ancianos, en lo que a su salud se refiere: son las personas de edad avanzada, con restricciones funcionales y anatómicas propias de la edad que viven en hábitats inadecuados, que están y se sienten solas y aisladas, desarraigadas del núcleo familiar, y con insuficientes recursos económicos.¹⁷

Estos ancianos fácilmente se verán sometidos tarde o temprano al padecimiento de una enfermedad que difícilmente podrá superarse con total eficacia si se mantienen estos factores concomitantes mencionados; éstos superan en muchos casos la propia enfermedad y se convierten en el principal problema de asistencia.¹⁷

Por otra parte, el anciano que padece una o varias enfermedades incapacitantes puede sufrir, a nivel individual, repercusiones sociales y psicológicas que desfavorecen su evolución. Puede verse apartado de su núcleo familiar y su entorno habitual, para ingresar en una institución. Puede verse dañado en su dignidad al tener que depender de otras personas.

Puede ver reducida su actividad habitual por su incapacidad, perder su rol, su estatus, etc. Ello hace que muchas veces el paciente geriátrico presente actitudes de sumisión, apatía, retraimiento y pérdida de iniciativa, todos ellos factores contraproducentes para poder vivir “suficientemente de manera autónoma, solidaria y gozosa”.¹⁷

CAPÍTULO II

LA FAMILIA MEXICANA

Se dice que la familia es la célula básica de la sociedad. La familia es la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen ciertas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.¹⁵

Una mirada hacia las sociedades actuales nos permitirá reconocer, pese a la resistencia cultural y normativa, que la estructura familiar ha trascendido el concepto occidental cristiano de familia representado por el padre, la madre y los hijos biológicos para manifestarse en un sinnúmero de estructuras emergentes: la pareja que independientemente de su vínculo legal o religioso, y a veces hasta de su sexo, decide criar un niño; la mujer que por circunstancias ajenas a su voluntad o aún por decisión propia decide ser madre soltera; el hombre que hace frente a los hijos en ausencia de la mujer, o el tío o la tía que frente al infortunio de sus sobrinos decide ser jefe de familia. Cada una de estas estructuras emergentes demanda nuevos tratos y conlleva valores diversos que se transmiten consciente o inconscientemente a los menores.¹⁶

A estas situaciones habría que agregar la realidad, cada vez más frecuente, de familias compuestas o reconstruidas, que describen a sus hijos en términos coloquiales como “los tuyos, los míos y los nuestros”. Las familias que se reconstruyeron en segundos o terceros matrimonios, sumando a los hijos de cada uno de los cónyuges con los hijos producto de la nueva unión.

Estas familias compuestas y reconstruidas se forjan con la idea de sumar, no necesariamente en términos de vínculos biológicos o de parentesco. Surge la figura de los abuelos por decisión y de los tíos de cariño, muestra de la vitalidad de la familia extensa como relación que no se impone, sino que se reconstruye a partir de la voluntad y el afecto.

Funciones de la familia

► Es un escenario donde se construyen personas adultas con una determinada autoestima y un determinado sentido de si mismo, y que experimentan un cierto nivel de bienestar psicológico en la vida cotidiana frente a los conflictos y situaciones estresantes. Este bienestar está relacionado con la calidad de las relaciones de apego que las personas adultas han tenido desde su niñez, relaciones de las que derivan diferentes márgenes de seguridad y de confianza en si mismos y en los demás para plantear relaciones de apego en la vida adulta.¹⁸

► Es un escenario de preparación en donde se aprende a enfrentar retos, así como asumir responsabilidades y compromisos que orientan a los adultos hacia una dimensión productiva, plena de realizaciones y proyectos, e integrada en el medio social. Es un lugar donde encontrar el suficiente empuje motivacional para afrontar el futuro.¹⁸

► Es un escenario de encuentro intergeneracional donde los adultos amplían su horizonte vital formando un puente hacia el pasado (la generación de los abuelos) y hacia el futuro (la generación de los hijos). La principal “materia” de construcción y transporte entre las tres generaciones son por una parte, el afecto y, por otra, los valores que rigen la vida de los miembros de la familia y sirven de inspiración y guía para sus acciones. En este sentido, los abuelos

pueden ayudar a sus hijos en la tarea de educar a los nietos. Pero también los abuelos se pueden constituir en puntos de referencia para que sus hijos y sus nietos puedan contrastar su visión del mundo y beneficiarse de su sabiduría.¹⁸

► Es una red de apoyo social para las diversas transiciones vitales que ha de realizar el adulto; búsqueda de pareja, de trabajo, de vivienda, de nuevas relaciones sociales, jubilación, vejez, etc. La familia es un núcleo que puede dar problemas y conflictos, pero que también constituye un elemento de apoyo ante dificultades surgidas fuera del ámbito familiar y un punto de encuentro para tratar de resolver las tensiones surgidas en su interior. Puede ser una baza segura de apoyo en caso de necesidades económicas, enfermedades, minusvalías físicas o psíquicas, problemas laborales, etc.¹⁸

Por todo ello, la familia es una muy importante red de apoyo personal y social, en la que destacan su eficiencia y su adaptabilidad a las circunstancias.¹⁹

Cambios psicosociales asociados al envejecimiento

El campo psicosocial es de una gran amplitud, por lo que sintetizaremos la descripción aludiendo solamente a los principales cambios.

- *La ideología del “viejismo”*

Nuestra sociedad tiene prejuicios sobre el “viejo”, identificando esta etapa de la vida con el retiro forzado del trabajo. Considera los cambios biológicos como el inicio de la decadencia física y mental, que hacen del adulto mayor un incapaz, un dependiente y un inútil social. El entorno social es rígido y no está dispuesto a aceptar al “viejo”, esto hace percibirse al adulto mayor como un inadaptado, considerando su deterioro algo malo y fatal.

Esta concepción, interiorizada por los adultos mayores, les hace asumir una actitud de resignación y apatía, restringiéndose cualquier iniciativa de superación, debido al gran temor a ser rechazados.²⁵

- *La vida laboral*

El llegar a ser adulto mayor implica para muchos el cese laboral, con pensiones de jubilación bajas, pérdida de competitividad en el mercado laboral. Su trabajo es menos remunerado y cada vez les es más difícil conseguir empleo. Disponen de mayor tiempo libre y se sienten inútiles. Estos cambios producen un gran impacto psicológico, llevando muchas veces a graves y progresivos problemas de depresión por pérdida de su identificación dentro de la sociedad. Siente que “no son nadie” y pierde su sociabilidad. Por otro lado, la Teoría de la Continuidad refiere que el empleo del tiempo libre evita que se produzca esa crisis de ruptura e identidad social.²⁶

- *Cambio del rol desempeñado*

Las etapas de niñez, adolescencia y adultez tienen perfectamente establecidos sus roles, pero para los adultos mayores no existe una definición sociocultural del conjunto de actividades que les serían específicas cuyo desempeño los haría sentirse útiles, y con reconocimiento social, elevando su autoestima. Muchos adultos mayores deben enfrentar los desajustes emocionales de la viudez, unidos en la mayoría de los casos con la independencia de los hijos. Las mujeres viudas tienen mayores probabilidades de vivir solas que los hombres viudos, debido a su longevidad (viven más tiempo) y a motivos culturales (se casan con hombres mayores que ellas). Por esta razón, también, tienen menos probabilidades de contraer nuevo matrimonio después del fallecimiento del cónyuge.

La carga de atender a los adultos mayores recae con un peso mayor en las mujeres, pues son ellas quienes atienden a los miembros mayores de la familia, además, de ocuparse de sus esposos e hijos.²⁷

Las personas adultas mayores deben buscar quehacer, ocuparse en tareas más o menos valiosas para ellos, aún sin el estímulo de la garantía de que serán reconocidas socialmente. Esto hace que apenas unos pocos logren encontrar su quehacer y que muchos otros deban resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes de su hogar, donde viven como desocupados, con un transcurrir sin anhelos, sin entusiasmo y sin horizontes. Sin embargo, muchos se sienten realizados en el matrimonio a medida que se va dejando de mantener la familia y de criar a los hijos.

Escogen amigos, como lo hicieron en su juventud, y suelen disfrutar de ellos. Los nietos son importantes para la mayoría de los ancianos y, ellos mismos son para éstos, en crisis o no, una fuente de sabiduría, compañeros de juego, enlace con el pasado y símbolo de la continuidad de la vida familiar.

La familia debe recibir el conocimiento necesario para responsabilizarse plenamente del compromiso que supone comprender sus nuevos roles, acoger y compartir su vida con una persona adulta mayor. Valorar cuanto puede brindar esa persona al grupo familiar de positivo y creativo, sobre todo teniendo en cuenta que se trata de un ser humano querido, lleno de experiencia y vivencias que, de ser escuchadas por los más jóvenes, contribuirán a mejorar la vida de todos los miembros de la familia. Aceptando también todas sus limitaciones, problemas y necesidades.¹¹

- *Autoestima*

Muchas veces la autoestima disminuida está asociada a los cambios físicos, psicológicos, ambientales, actitud social, enfermedades y a los estereotipos negativos. Si el adulto mayor se percibe a sí mismo en esos términos, toma una actitud fatalista, de resignación y apatía, inhibiendo así cualquier iniciativa de superación.²⁸

- *La depresión*

La pérdida del entusiasmo de vivir es el trastorno mental más habitual, asociado a todos los cambios y pérdidas. Poco puede hacer el adulto mayor para evitar su aparición pero mucho para superarla. Los síntomas somáticos y fisiológicos son más frecuentes e importantes que los emocionales y psicológicos, porque se mezclan con los cambios normales que se producen en la vejez. Pueden configurarse esas sensaciones de soledad y aislamiento por el déficit sensorial, disminución del poder adquisitivo, cambios de vivienda, poca cantidad y calidad de los contactos y por la pérdida de sus seres queridos y amigos.²⁸

- *Afrontar la muerte*

Algunos ven el cese de la vida como alternativa, de pasar a “mejor vida” y no como pérdida, pero entre quienes culturalmente lo experimentan como tal, puede significar la eterna pérdida del alma, o de la esencia de su ser único, de su unidad biopsicosocial y espiritual. El adulto mayor tiene menor temor a la muerte que a morir sólo, desamparado y con dolor intenso. Las creencias filosóficas y religiosas, sus valores y experiencias son recursos que le ayudan a disminuir sus temores acerca de la muerte. Se considera que adaptarse satisfactoriamente a la idea de la muerte (el “bien morir” de los antiguos filósofos estoicos, prueba de haber llevado una vida sana) puede ser el logro más importante de los últimos años.²⁹

Todas las pérdidas biopsicosociales dificultan la satisfacción de las necesidades a las personas que envejecen y restringen las oportunidades de desarrollar sus potencialidades. Por lo que los adultos mayores deben adaptarse adecuadamente a esta crisis de desarrollo con la finalidad de alcanzar un envejecimiento satisfactorio y saludable hasta donde humanamente sea posible.³⁰

- *Factores psicológicos y/o sociales*

Los procesos de enfermedad geriátrica van siempre acompañados de otros factores, la mayoría no orgánicos, que responden en gran medida al comportamiento o a los recursos con que cuenta la persona. La problemática social y los condicionantes psicológicos agravan las situaciones físicas y el deterioro producido por la enfermedad repercute en el comportamiento y en la capacidad de respuesta para buscar ayuda.

Los epidemiólogos ponen especial atención en las personas ancianas que califican en riesgo:

- Las que viven solas
- Con edades muy avanzadas
- Con viviendas obsoletas o inadecuadas
- Con bajos ingresos
- Que sufren depresiones
- Con importantes restricciones de la movilidad.

Todas ellas, tarde o temprano, se verán sometidas a enfermedades que difícilmente podrán superar si se mantienen todos o algunos de los factores mencionados.

Determinadas enfermedades, especialmente incapacitantes, son causa a su vez de aislamiento social, lo que dificulta su capacidad de evolución positiva. En muchos de estos casos la solución suele ser el ingreso a una institución.³¹

- *El anciano como individuo*

Los individuos en su última etapa de vida se hacen patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Ésta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.³²

- *El anciano como integrante del grupo familiar*

Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.³²

- *El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas*

La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas, etc.). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión

emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.³³

- *Cambio de rol en la comunidad*

La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. No debemos olvidar que el hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.³⁴

- *Cambio de rol laboral*

El gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe de tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas. La jubilación es la situación de una persona que tras haber cumplido una determinada edad y haber desarrollado durante un considerable número de años una actividad laboral, cesa en su oficio y tiene derecho a una pensión. El cambio en las costumbres laborales que llega con la jubilación tiene sus consecuencias, la adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientados en torno al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral y los recursos económicos disminuyen.³⁵

- **Evolución de los vínculos de apego en las relaciones familiares**

El apego es un vínculo afectivo que una persona (niño, adolescente o adulto) establece con algunas personas del sistema familiar, lazo que impulsa a buscar la proximidad y el contacto con las personas a la que se apega, llamadas figuras de apego. Aunque este vínculo forma un todo, pueden distinguirse en él tres componentes básicos:

- Conductas de apego
- Representación mental de la relación
- Sentimientos

Estos tres componentes se mantienen a lo largo del ciclo vital, pero van cambiando su contenido concreto.

La función del apego es proporcionar seguridad emocional. El sujeto quiere las figuras de apego porque con ellas se siente seguro, aceptado incondicionalmente, protegido y con los recursos emocionales y sociales necesarios para su bienestar.

La ausencia o pérdida de las figuras de apego es percibida como amenazante, como pérdida irreparable, situación de desprotección y desamparo, como situación de riesgo.

Para cumplir estas funciones básicas (supervivencia y seguridad emocional) el vínculo del apego tiene cuatro manifestaciones fundamentales:

- a) Buscar y mantener la proximidad
- b) Resistirse a la separación y protestar si ésta se consuma

- c) Usar la figura de apego como base de seguridad desde la que se explora el mundo físico y social
- d) Sentirse seguro/a buscando en la figura de apego el bienestar y el apoyo emocional.

- **El apego en la última parte de la vida**

El sistema familiar en la última parte de la vida es aún más variable, porque junto a la diversidad propia de los adultos, se añaden todas aquellas situaciones en la que los esposos se quedan solos o permanecen en casa con los hijos mayores, uno de los esposos se queda viudo con o sin hijos en casa, ambos o uno se incorpora al sistema familiar de alguna de las hijas o hijo, ambos o uno pasa a vivir en una residencia. Es imposible, por tanto indicar qué es lo convencional o normativo en este caso.²⁰

- **La construcción de valores en la familia**

No hay nada en la naturaleza biológica del ser humano, más allá de la mera satisfacción de necesidades básicas que explique la adopción de unos valores u otros. Los valores son metas u objetivos de carácter general que permanecen estables a través de las situaciones, guían la conducta de los seres humanos y se ordenan según su importancia subjetiva (Schwartz, 1992).

Los valores son utilizados como meros instrumentos o medios (valores instrumentales) para la consecución de ciertos fines o metas más globales que reflejan modos ideales de existencia (valores terminales).²¹ Los valores instrumentales pueden tener un significado de competencia para la persona; mientras que los valores terminales generan autoconcepciones más significativas que ocupan posiciones más centrales en el sistema cognitivo y son más persistentes en el tiempo²²

Dentro de los valores terminales Rokeach (1970) incluye valores personales como la felicidad, armonía interior, etc., y los valores sociales como la paz, la igualdad, la justicia; dentro de los instrumentales, distingue los valores de competencia como ser capaz, curioso, imaginativo y los valores morales, como ser honesto, responsable, etc.²³

Schwartz y Bilsky (1992) proponen una categorización de los valores basada en dos aspectos fundamentales:

- a) Los intereses que cubren, pueden ser individuales, grupales o ambos.
- b) Tipo de meta motivacional que expresan, en tanto representación de necesidades universales de la existencia humana: biológicas y orgánicas, de interacción social coordinada, y de supervivencia y funcionamiento de los grupos e instituciones.

Los valores nos permiten definir con claridad los objetivos de la vida, nos ayudan a aceptarnos tal y como somos y a estimarnos, al tiempo que nos hacen comprender y estimar a los demás. Los valores se mantienen y desarrollan en la medida en que son potenciadores de la autoestima y de la competencia social. Por tanto, son mediadores del bienestar subjetivo de las personas.²⁴

CAPITULO III

INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO

Los ancianos, al igual que las mujeres y los niños, constituyen un grupo vulnerable y víctima frecuente de abusos y maltratos por parte de sus cuidadores y personas que conviven con ellos. El abuso hacia los adultos mayores es un problema social y sanitario en aumento, debido al incremento de la expectativa de vida, los avances terapéuticos que prolongan la supervivencia en patologías crónicas, y la pérdida de los valores familiares tradicionales.³⁶

La pérdida de ocupaciones en la familia, en el grupo y en el trabajo, conducen a inadaptaciones sociales y, de su intensidad o continuación resultan serias perturbaciones al nivel de la propia personalidad.³⁷

Recordemos que la dependencia y el deterioro físico y psíquico, más que la muerte en sí misma, constituyen el fantasma de la edad senil y la mayor preocupación del anciano.³⁸

El cuidado de un anciano o enfermo discapacitado, es siempre una dura "carga" para cualquier persona que se vea sometida a dicha tarea, y es frecuente que en algún momento el "cuidador" se sienta incapaz de afrontarlo.

El abandono es una de las formas de maltrato más comunes en adultos mayores. Es una realidad de muchas familias, basta con recorrer las calles, hospitales y asilos para darse cuenta del gran número de ancianos que han sido abandonados por sus propios hijos u otros familiares.³⁹

La mayoría de casos de maltrato y abandono ocurren en el entorno doméstico, y el espacio familiar no siempre constituye el lugar de afecto y protección para las personas adultas mayores, ya que muchas familias tienen dinámicas inapropiadas de relación.

Especialistas en Geriátrica indican que es frecuente observar actualmente situaciones en las cuales la familia cercana manifiesta cansancio, agotamiento y desinterés.⁴⁰

El adulto mayor se vuelve más dependiente, fácil de influenciar por el temor a ser abandonado, se abandona a sí mismo y se deprime.⁴¹

La “fragilidad” que reflejan las personas mayores acentúa aún más el grado en que cada uno de estos problemas los afectan, exponiéndolos a sufrir por la pérdida de apoyo y cariño del que son víctima y de la cual los familiares parecen no darse cuenta del daño que les hacen.⁴²

Existe erróneamente la relación de la ancianidad con la incapacidad, enfermedad y pérdida de facultades; relación que muchas personas, especialmente los familiares, parecen tener muy en cuenta cuando atraviesan algún tipo de situación, en la cual una persona mayor es partícipe.⁴³

El adulto mayor es una persona que experimenta un conjunto de cambios psicológicos, entre los que tenemos sentimientos como: temor, hostilidad, inseguridad, desasosiego, ansiedad o depresión.⁴⁴

Las personas que en todo momento deberían mostrar más apoyo, son aquellas con quienes hemos compartido el mayor tiempo de nuestras vidas, la cual es la familia. Lamentablemente, en la sociedad actual, este concepto no es el que en realidad está presente en la mayoría de los hogares, por el contrario, es la familia

aquella que no se interesa por el estado en el que se encuentran los adultos mayores, dejándolos solos y sin ningún tipo de ayuda.⁴⁵

En la cultura actual, en el ámbito familiar, cada integrante cumple un rol y función determinados (padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, tíos, etc.) Generando y recreando espacios físicos, psíquicos y sociales en un proceso interactivo. Cada miembro ocupa lugares en la sociedad que se complementan unos a otros. La desarmonía grupal puede surgir cuando uno de ellos prevalece, toma el lugar del otro y el invadido queda marginado; la lucha por el poder implícita o explícita se ha establecido.⁴⁶

Personas jóvenes vienen en busca de trabajo y mejor vida. Muchas veces, al principio lo hacen solos para luego traer parte o la totalidad de la familia, entre los que se encuentran personas mayores. En los casos en que los ancianos se han quedado en los lugares de origen, se ha fracturado la familia extendida: unos habitan aquí, el resto allí, se ha fracturado la función de “abuelidad”.

Estas movilizaciones sociales han originado en los viejos procesos de discriminación, conflictos intergeneracionales. Por ende sufren de dos situaciones:

- a) Reducción de espacios físicos (aislamiento)
- b) Soledad

El primer fenómeno se vincula al cambio de espacios para vivir: de poseer casas, habitaciones amplias y terreno, han pasado a cuartos pequeños de departamentos, sin poder traer sus muebles y pertenencias.

El segundo se refiere a la queja de los viejos: los hijos por razones laborales o de estudio los dejan la mayor parte del día solos. No hay contacto afectivo como antes, no tienen actividades caseras que realizar, han perdido la compañía de colaterales (parientes, amigos, vecinos).⁴⁷

Estos cambios sociales pueden conducir a problemas de identidad, de despersonalización del esquema corporal, a “vivencias de desamparo”, a estados depresivos o enfermedades psicosomáticas para obligar a los familiares, a través de ellas, a ocuparse de ellos.⁴⁸

Para colmo de males los hijos, efectivamente, no cubren estas necesidades, porque o bien llegan cansados de sus trabajos, o no tienen tiempo suficiente, ni paciencia, ni ánimo para atender y conversar con sus padres.

El círculo vicioso se cierra, el estrés cotidiano malhumora de tal modo, que apenas pueden cenar, hablar con su esposa e hijos pequeños, ver un poco de TV e irse a dormir. Los vínculos emocionales padres / hijos mayores se distancian o cortan definitivamente.

Por el contrario en una familia unida se abastecen, hacen quehaceres domésticos, mandados y trámites y si tienen familia, visitan a sus hijos u otros parientes cercanos, están en continuo movimiento energético, armonizados emocionalmente.⁴⁸

En ciertos casos, el equilibrio existencial se rompe a raíz de un trastorno físico, psíquico o social de tal magnitud que los discapacita de tal manera que no pueden manejarse por sí mismos como lo habían hecho hasta ahora. Necesitan ayuda externa social y gerontológica (acompañantes, vecinos, etc.), se vuelven dependientes; algunos de ellos cuando las condiciones del entorno son favorables son atendidos en sus propios domicilios; otros, en cambio, deben optar por trasladarse a pensiones, hogares de ancianos, etc., perdiendo sus atributos de autonomía.⁴⁹

El “estar a solas”, es decir, vivir solo sin tener la sensación de soledad, es una función psíquica considerada por muchos autores como “normal”, a diferencia de la soledad que es conceptualizada como “anormal”.⁵⁰

Está relacionada al mundo interno de los objetos, cómo han sido los vínculos primarios, las pérdidas, además de los conflictos emocionales posteriores. La otra cara de esta situación es la hiperdependencia con los seres queridos cercanos, no pueden tomar una distancia operativa válida, se aferran a ellos, les cuesta desprenderse, están apenados, viven a través de la mirada del otro, tienen fallas en la individualización.⁵¹

Este fenómeno se incrementa en la vejez, cuando se desarrollan enfermedades crónicas, que producen discapacidad biopsicosocial. En viejos que viven solos (viudas/os, separadas/os, solteras/os), es en los que se observan personalidades de tipo esquizoparanoide, y en quienes aparecen actitudes peculiares (se aferran a cosas materiales, como mobiliarios, decorados, etc.) o a animales domésticos, reliquias del pasado con alto voltaje emocional (se vuelven retraídos y desconfiados socialmente). Les cuesta mantener y establecer nuevas relaciones amistosas.

Solo aceptan la ayuda de familiares directos del entorno si los hay; si estos vínculos emocionales se tornan disfuncionales pueden emerger procesos delirantes de tipo persecutorio (daño, robo, etc.). Por esta razón rechazan acompañantes que puedan vivir con ellos. Se apoyan afectivamente en pedidos y quejas permanentes, a veces sin sentido, intensificándose el círculo vicioso de desprotección a que han llegado. Con estos comportamientos negativos hacen sufrir a familiares cercanos que se hallan impotentes para resolver las demandas que se exteriorizan a través de dichas manifestaciones.⁵⁰

Los adultos mayores que viven solos, son los que menos conciencia tienen a la hora de pedir la ayuda que necesitan dado que siempre se han manejado con independencia.⁵¹

Posición de la familia ante el anciano solo

La soledad se diferencia de la vivencia de desamparo por ser esta última situación más profunda y dolorosa. El desamparo se caracteriza por una sensación interna de total despoblamiento de objetos, vínculos afectivos y vacío interno, relacionado generalmente a estados de abandono traumático a nivel psíquico o depresivo profundos. Este fenómeno depende de la historia personal, cómo ha superado las experiencias primarias de acercamiento o pérdidas en sus relaciones protectivas.⁵²

El temor de los hijos a que “les pase algo malo” a sus progenitores mayores que viven solos les hace tomar, a veces, determinaciones apresuradas e inapropiadas, como por ejemplo: tratarlos como niños pequeños, retirarlos de su hábitat para ir a vivir con ellos; resolver una rotación filial cada 15 a 30 días en casa de cada familiar, con el sólido convencimiento de que todos los hijos tienen la misma obligación de cuidarlos.

Por otra parte se sabe que la separación abrupta, cambiando de distintos lugares cuando los ancianos no desean hacerlo, puede agravar la situación, provocando despersonalización, disminución de autoestima, delirios, depresión, enfermedades psicosomáticas y muerte.⁵³

En ciertos casos también genera entre los hijos disputas y conflictos emocionales difíciles de abordar. Se observa a menudo que un solo hijo, entre varios, es el que se hace cargo del cuidado y protección de sus padres enfermos, con amor y abnegación, alegría y paz interior, del mismo modo que estos últimos lo hicieron cuando aquellos eran niños. Con su acción de amor filial completan el círculo de la propia existencia. Se cree que los hijos que no aman a sus padres mayores, que los han concebido, poseen conflictos emocionales y personales.⁵³

La negación de la ancianidad

A todo lo largo de la historia de la humanidad, la ancianidad fue valorada y respetada como depositaria de la sabiduría nacida de la experiencia de vivir.⁵⁴

Actualmente en este milenio, nos encontramos con una realidad diametralmente opuesta: nadie quiere llegar a viejo. En nuestra insaciable cultura del consumo, valoramos sólo lo nuevo y sólo lo joven. Lo que no lo es, se convierte en descartable. Hemos tomado el camino más fácil, el de la negación y marginación del anciano, lo que en rigor, es un mero mecanismo de defensa que se llama “escapismo”. Pero también, como no queremos ser viejos, nos proponemos “parecer” jóvenes.

Nos vestimos, hablamos, actuamos como adolescentes, algunos tiñen sus canas o recurren a cirugías. Todos los signos de nuestro propio envejecimiento son tapados prolijamente. Y sin embargo, negar la ancianidad es:

- Negar el natural proceso del vivir
- Negar nuestra historia, la continuidad de la vida
- Renunciar a ser trasmisores de nuestras raíces .⁵⁵

El Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, reafirma solemnemente la convicción de que los derechos humanos se aplican plena e íntegramente a las personas de edad. Fue la Argentina el país que propuso en 1948, los siguientes Derechos de la Ancianidad: asistencia; vivienda; alimentación; vestido; cuidado de la salud física y moral; esparcimiento; trabajo; tranquilidad y respeto.

Sin embargo hoy, a pesar de las reformas constitucionales del 49 y del 57 que incorporaron los derechos de la ancianidad y la seguridad social, no se respetan plenamente en sus derechos humanos a las personas de edad, ya que: los haberes jubilatorios son indignos; no se respeta el derecho al trabajo; no siempre

los hijos prestan asistencia a sus padres ancianos; existen barreras arquitectónicas que limitan su movilidad y no tienen una participación equitativa en el ingreso nacional.

Así vemos con más frecuencia en nuestra práctica habitual familias que deben hacerse cargo del cuidado de algunos de sus miembros ancianos con incapacidad para valerse por sí mismos. Esta nueva situación genera importantes cambios en la estructura familiar, en los roles y patrones de conducta. Estos cambios, incluso, pueden precipitar crisis que amenazan la estabilidad de la familia, y pueden afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador crucial, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados del discapacitado.⁵⁶

El cuidado de una persona anciana representa una gran carga emocional para la familia, a partir de los diferentes problemas a los que habrán de enfrentarse. Ello genera un alto grado de estrés y depresión en los cuidadores.⁵⁷ El mayor costo de esta enfermedad es, sin lugar a dudas, su costo humano, cuyas dimensiones son inestimables, no sólo para los enfermos sino para la familia, y en especial, los cuidadores, que dedican años de su vida a brindar afecto y cuidado a un enfermo, que con el avance de la enfermedad, será incapaz de reciprocitar esta dedicación, y en muchas ocasiones, hasta reaccionará con agresividad y conductas inapropiadas.⁵⁷

La mujer sigue siendo la destinada al rol de cuidar al enfermo. Esta costumbre, es prácticamente universal y un reflejo de la enorme carga que se añade, al tradicional rol de ama de casa.⁵⁸

Las mujeres son las que actúan como proveedoras de cuidados en la familia, dada la discriminación que durante años tuvo, así como la concepción de ser ella quien juegue el papel protagónico en los quehaceres hogareños, siendo este tabú difícil de eliminar en nuestros días a pesar de los múltiples intentos y logros obtenidos.

Al considerar la familia como un sistema, se constatará que funciona como una unidad, ya que a través de las interacciones que se generan entre sus miembros y la dependencia mutua que existe entre ellos, los factores que influyen en uno de sus miembros afectan a todos los demás en mayor o menor grado.”⁵⁹

Las transformaciones que sufre la vida moderna sin duda producen cambios en los requerimientos de salud, a su vez se ve influida la demanda de una mayor y mejor cobertura de estos mismos. La enfermedad, la discapacidad logran alterar ese equilibrio del grupo familiar lo que conlleva a que se afecte la salud física y un agotamiento mental de sus miembros.⁶⁰

CONCLUSIONES

- ✚ El ser humano evoluciona durante su vida en un entorno biopsicosocial, pasando por diferentes etapas, hasta llegar a la ancianidad y siempre dentro de un núcleo social, que es la familia, siendo ésta susceptible de perderse en la última etapa evolutiva.
- ✚ Es indispensable brindar una buena educación a los niños y a los jóvenes en cuanto a los valores y el respeto a los derechos humanos del anciano. Es necesario preparar al ser humano para envejecer. Es exigible también promover la toma de conciencia de que el envejecimiento es connatural a los seres vivos y que, inevitablemente, todos llegaremos a ser viejos.
- ✚ Todos los ancianos tienen el derecho a que su propia familia, el conjunto de la sociedad y el Estado, los respeten, valoren y en la medida de lo necesario, los protejan cuando afrontan situaciones de carencia o enfermedad.
- ✚ Tenemos un desafío: honrar la vida, valorándola en cada una de sus etapas y ofreciendo a los ancianos la asistencia y el respeto que requieren en el medio familiar y social.
- ✚ Existen factores macro y microsociales que repercuten negativamente en la capacidad funcional del anciano y que se asocian con un incremento en la susceptibilidad para el desarrollo de enfermedades, accidentes, pérdidas de autonomía o muerte.
- ✚ Al evaluar el vínculo de la actividad social que tienen los pacientes y relacionarlos con la recuperación después del acto quirúrgico, coincidimos con lo que plantean otros estudios realizados en la comunidad; que la soledad es peligrosa para éstos y se convierte en un factor determinante que posibilita la ocurrencia de accidentes, tales como las caídas, sobre todo en aquellos que viven aislados, sin amparo filial.

- ✚ La soledad puede ser responsable de crisis emocionales en la persona mayor que pueden ir desde una confusión aguda, depresión, temor, impavidez e impotencia, lo que incrementa el aislamiento y la retracción, y por consiguiente actúa como factor predisponente para deteriorar su estado de salud.

- ✚ Al evaluar el desenvolvimiento social que ha tenido el anciano en el desempeño de su larga vida y su relación con la recuperación posterior, muchos autores reafirman que el fracaso de su rol social trae como consecuencia la reducción de su actividad y de las relaciones humanas; además, de trastornos afectivos y de autoestima lo que influye negativamente en la recuperación del anciano.

- ✚ Se ha observado el valor positivo que desempeña la convivencia del anciano en su medio familiar en la recuperación biopsicosocial de los pacientes. Un clima familiar adecuado y armonioso, de respeto al criterio del anciano en el núcleo familiar y el grado de apoyo que se le brinde al mismo, constituyen factores sociales que a su vez influyen en el aspecto biológico y psicológico, y en la recuperación después de operado el individuo.

- ✚ Los pacientes sin amparo tienen menores posibilidades de recuperación, por lo que esto es un factor de riesgo.

- ✚ La familia constituye por siempre, la mejor garantía para el bienestar físico y espiritual de las personas de edad avanzada y se señala el papel que juega la estructura familiar en la red de apoyo no formal para pacientes de la tercera edad.

- ✚ Para el anciano la familia representa la posibilidad de permanencia en un grupo insustituible, la cual cumple con la función protectora, promotora de elevar su autoestima, promover su salud, prevenir y cuidar las enfermedades cuando se presentan en los mismos. Por tanto, el anciano desvinculado de su medio familiar constituye un factor de alto riesgo social.

SUGERENCIAS

- La Enfermería se caracteriza y distingue de otras profesiones del sector salud, por ser una disciplina de orden biopsicosocial, que abarca a lo largo de todo su proceso de valoración, diagnóstico, tratamiento y evaluación, al ser humano como un ser holístico, que está formado de cuerpo, mente y alma, cuyas necesidades se superponen en el orden de cada plano de su existencia, comprometiendo tanto su físico, como su psiquis, sus emociones y sentimientos, siendo un todo que fluctúa en el continuo salud-enfermedad.
- Como es sabido por todos, el sistema de salud formal, hospitales, consultorios, etc. no se da abasto para atender en forma eficiente a toda la población que padece de alguna enfermedad, y es la familia, amigos, vecinos quienes se transforman en los cuidadores de estos individuos.
- Se ha demostrado que el apoyo de las personas cercanas se convierte en fuente de bienestar y una mejor calidad de vida para las personas que sufren una enfermedad crónica o discapacidad, ya que la vida en familia les proporciona muchos beneficios como lo son; mayor atención, que va desde la prevención, una nutrición apropiada, higiene personal, uso correcto de los medicamentos, a una atención directa en caso de accidentes, enfermedades, etc. Además provee de apoyo psicoafectivo lo que conlleva una disminución del estrés, que genera la incertidumbre de un accidente o enfermedad, ayuda para la realización de las actividades de la vida cotidiana en caso de incapacidad o minusvalía, mejorando así los procesos

de rehabilitación, produciéndose una mayor, mejor y rápida incorporación a su vida.

- El rol de la Enfermera en la valoración de los sistemas de apoyo social, es ayudar a identificar a las personas importantes que le pueden ayudar cuando lo necesite, hacerlos participe del proceso salud/enfermedad que afecta al paciente y así poder promover mejores cuidados, no sólo en el posterior periodo de tratamiento y rehabilitación sino promover la salud y prevenir otros episodios de quebrantamiento en ésta. Con el fin de estimular a aquellos pacientes que se encuentran capacitados, para proporcionarse autocuidado e incorporando a su red de apoyo para que este proceso sea eficiente y evitar rehospitalizaciones por otras causas, porque no sólo se estará trabajando en la actual patología, sino que también se hará una continua educación frente a las diferentes patologías agregadas que padecen este tipo de pacientes.

- El propósito de la enfermería gerontogeriátrica es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder.

- Para Miller, las fuentes de poder son la fuerza física, la reserva psicológica y social, el concepto de sí mismo y su autoestima, la energía, el conocimiento, la motivación y las creencias.

- Para lograr lo anterior, se requiere de profesionales de enfermería que se destaquen por sus actitudes, habilidades y valores en el campo de la ética, la actitud humanitaria, la sensibilidad, el respeto y el amor al adulto mayor y el interés por el desarrollo profesional basado en la investigación continua.

REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS

1. Márquez Capote Eduardo, Ferrer Terrero Dunia, Piñera Martínez Marjoris y Verdecia Rosés Miguel. *El Paciente Geriátrico en la Unidad de Cuidados Intensivos*. Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora". Medisan: 2001. pp. 41-48.
2. Godínez Do-Val, Yanelda. *Medicina Preventiva y Salud Pública, Geriátrica y Gerontología*. Problemática de Salud y Componentes Demográficos del Paciente Geriátrico: 2010.
3. García López, Ma. Victoria. *Enfermería del Anciano*. 2ª ed. Madrid, Valencia, México. Difusión Avances De Enfermería: 2005. pp. 38-63.
4. Pardo Andreu, Gilberto. Consideraciones generales sobre algunas de las Teorías del Envejecimiento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. La Habana. Universidad De Camagüey. Vol. 22 No.1 Jan-Mar. 2003.
5. Mauk, Kristen L. *Enfermería Geriátrica*. 2ª ed. México. McGraw-Hill Interamericana, 2008. pp. 45-58.
6. Luengo Márquez, Carmen. *Síndromes Geriátricos*. Disponible en: http://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2013_II.pdf. Recuperado 4 de febrero, 2011.
7. Guillén Llera. Francisco, *Síndromes y Cuidados en el Paciente Geriátrico*, 2ª ed. Barcelona: Elsevier Masson, 2008. p. 54.
8. Ballesteros Jiménez, Soledad. *Gerontología, un saber multidisciplinar*. 3ª ed. Madrid. Universitas: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2005. pp.15-19.

9. Wachtel, Tom J. y Fretwell, Marsha D. *Guía práctica para la asistencia del paciente geriátrico*. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Masson, 2009. p. 23.
10. Simon Staab, Angela. *Enfermería Gerontológica: adaptación al proceso de envejecimiento*. 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2005. pp. 65.
11. Leitón Espinoza, Zoila. *Autocuidado de la salud para el adulto mayor: Manual de Información para profesionales*. Perú. Ministerio de la mujer y desarrollo social. Instituto Nacional de Bienestar Familiar. 2005. pp. 23-30.
12. Marin Larrain, Pedro Paulo. *Geriatría y gerontología*. 3ª ed. Buenos Aires: Homero E. y Marcela Carrasco, editores adjuntos. 2008. pp.147-168.
13. García Hernández, Misericordia. *Enfermería Geriátrica*. 2ª ed. Barcelona: Masson. 2000. pp.110.
14. Pastor Fayos, Ana. *Enfoque multidisciplinar sobre el discapacitado*. 2ª ed. Alcalá la Real: Formación Alcalá. 2007. pp. 455.
15. Rodrigo, María José y Palacios, Jesús. *Familia y desarrollo humano*. 2ª ed. Madrid: Alianza. 2005. pp.16.
16. Villa García, Juan. *Familia y literatura en una sociedad de cambio*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca. 2008. pp. 68.
17. Castanedo Pfeiffer, Cristina y García Hernández, Misericordia. *Guía de Intervención rápida en Enfermería Geriátrica*. Madrid: Difusión avances de Enfermería. 2004.
18. Borobio, Dionisio. *Familia e interculturalidad*. 2ª ed. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca. 2003. pp. 47.

19. Fuentes, Mario L. y cols. *La Familia: investigación y política pública*. 2ª ed. México, D.F. El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. 2005. pp. 64.
20. Cyrulnik, Boris. *Bajo el signo del vínculo: una historia natural del apego*. 3ª ed. Barcelona: Gedisa. 2005. pp. 21-56.
21. Schwartz, S.H. Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical test in 20 countries. En Zanna M.P. editor. *Advances in experimental social psychology*. Londres: Academic Press. Vol. 25. 1992. pp. 1-65.
22. Chávez González, Guadalupe. *México, investigación en educación y valores*. México, D. F. Gernika. 2007. pp. 56.
23. Cardona Sánchez, Arturo. *Formación de Valores: Teoría, Reflexiones y Respuestas*. 2ª ed. Grijalbo. 2005. pp. 84.
24. Díaz, Carlos. *Educar con valores y vivir con humanidad*. México, D.F. Progreso. 2007. pp. 49.
25. Burke, Mary. *Enfermería gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor*. Madrid: Harcourt Brace. 2002. pp. 89.
26. Hernández Rodríguez, Gerardo. *Cese de la actividad profesional y preparación para la jubilación*. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/rla/11318635/articulos/CRLA0909220063A.PDF> Recuperado el 26 octubre 2010.

27. Disponible en:

http://www.mimdes.gob.pe/files/PROGRAMAS%20NACIONALES/PNCVFS/planes/plan_nac_PAM2006_2010.pdf. Recuperado el 30 octubre 2010.

28. Sackeim, Harold A. *Depresión en la vejez*. 3ª ed. New York: Oxford University. 2004. pp. 165.

29. González Vizcaíno, Guillermo, Pereira Corpasi, Ana M. Carrilloii, Luis. SIMPOSIO: ATENCIÓN AL DUELO Disponible en: <http://cbioetica.org/revista/62/620411.pdf> Recuperado el 16 octubre 2010.

30. Bukay, Jorge. *El camino de las lágrimas*. Editorial Grijalbo. 2001.

31. Torres Egea, Mª Pilar. *La enfermedad en el anciano*. Disponible en: <http://www.arrakis.es/~seegg/documentos/libros/pdflibro/Cap10.pdf> Recuperado el 21 de noviembre de 2010.

32. Barrera Cárdenas, DF y Parra Parra, MM. *Situación de salud de los adultos mayores de 60 años afiliados al régimen subsidiado en salud del municipio de Gámeza*. Biblioteca Lascasas. 2007. Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0194.pdf> Recuperado el 18 noviembre 2010.

33. Rovaletti, Maria Lucrecia. *Entre ésta y la otra ribera: reflexiones sobre la muerte y el morir*. Buenos Aires: Lugar. pp. 25.

34. Trigueros, Isabel. *Manual de Ayuda a Domicilio*. 3ª ed. España: Siglo XXI. 2008. pp.181-195.

35. Fermín Nivardo, Vicente. *Valoraciones de la jubilación. Importancia y ventajas de su preparación*. Geroinfo. Publicación de Gerontología y Geriatria. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/jubilacion_fermin_nivardo_.pdf Recuperado el 10 de noviembre de 2010.

36. Álvarez Gómez, Tamara. *Maltrato en el paciente geriátrico hospitalizado*. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.\(2\)_05/vol.11.2.05.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.(2)_05/vol.11.2.05.pdf) Recuperado el 5 de noviembre 2010.

37. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Revista Cubana de Enfermería*.2002. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000100008 Recuperado el 7 de noviembre de 2010.

38. Morrison. *Fundamentos de Enfermería en salud mental*. España: Ed. Harcourt Brace. 2002.

39. ABANDONO. *Revista Hablemos On line*. 2004. Disponible en: <http://www.elsalvador.com/hablemos/2004/250104/250104-5.htm> Recuperado el 15 de noviembre de 2010.

40. La experiencia de los cuidadores familiares de personas mayores con depresión. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342010000100005&script=sci_arttext&tlng=en Recuperado el 14 de enero de 2011.

41. Manual de Geriatria: Enfermería Geriátrica. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/Geriatria/Geriatria> Recuperado el 21 de enero de 2011.

42. Mendez González, Elsa. *La "fragilidad" que reflejan las personas mayores acentúa aún más el grado en que cada uno...* Disponible en: <http://red-am.com.ar/buscador/files/CALID006.pdf> Recuperado el 22 de enero de 2011.

43. Mercé Romans, Antoni Petrus. *De profesión educador social*. 2ª ed. México: Paidós. 2004. pp. 113.

44. González Núñez, Manuel Lorenzo. *Depresión: un enfoque gerontológico*. Madrid: Ediciones 2010. 2001. pp. 102.

45. Roldán Monzón Angie Vanessa. *Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas*. 2007. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/roldan_ma/pdf/roldan_ma.pdf
Recuperado el 12 de febrero de 2011.

46. Anzola Pérez, E. y Galinsky, D. *La atención de los ancianos un desafío futuro*. Publicación científica. 556. OPS. 2007. pp. 360-367.

47. De Uries, M. y Ahmend, A. *La salud mental y el envejecimiento*. Día mundial de la salud mental. 10 de octubre de 2007.

48. González Vera, E. G. y Libre Rodríguez, J.J. *Manual educativo para la atención de pacientes con demencia presenil y senil*. La Habana, Editorial Academia. 2004.

49. Gómez Busto F., Ruiz de Alegría L., Martín, AB., San Jorge, B. y Letona J. "Perfil del cuidador, carga familiar y severidad de la demencia en tres ámbitos

diferentes: domicilio, centro de día y residencia de válidos". *Rev. Esp. Geriátría y Gerontología*. 2004: 34(3)141-149.

50. Mesa, MP. El cuidador crucial. Detección y medición de necesidades (ponencia). XIX Reunión de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Zaragoza. *Rev. Esp. Geriátría y Gerontología*. 2005:(30) 5.

51. Pérez Trullen JM, Abanto Alba J, Labarta Mancho J. "El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia)". *Atención Primaria* 2007.18 (4):82-98.

52. Valles MN, Gutierrez V, Luquin AM, Martin MA, López F. "Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia". *Atención Primaria* 2006:22.

53. Sandrino, T. "Caracterización psicosocial del cuidador principal de pacientes con demencia". Trabajo de Terminación de la Especialidad. Ciudad Habana, 2006.

54. Bernal L. Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud-enfermedad. Experiencia en la Atención Primaria de Salud. Ciudad de la Habana; Facultad de Salud Pública, 1998.

55. García Rubalcaba J. "Neuropatías vs. cuidador una experiencia médica". *Rev. Arg. Ger y Ger.* 2006.18: 21 –31.

56. Bermejo F, Rivera J y Pérez del Molino F. "Aspectos familiares y sociales en la demencia". *Med. Clin. Barcelona.* 2006:109.

57. Rayunal Gómez, O. "El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia)". *Atención Primaria* 2007.18(4):82-98.

58. Gómez Rivas E; Perez del Molino Martin, Z. y cols. "Familiares de enfermos con demencia; un paciente más". *Revisión esp. Geriatr y Gerontol,* 2007. 28(3) 183-88.

59. División de Promoción y Protección de la Salud. Familia y senectud: indicadores de salud. Manual de instrumentos: Washington: K Kellogg; 2006.

60. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/pronacional.html> Recuperado el 5 de enero de 2011.
