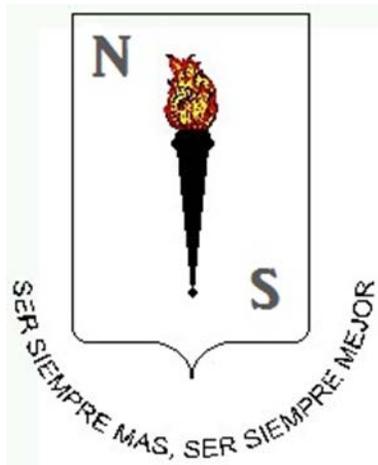


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

**PERCEPCIÓN DE ENFERMERÍA DEL ADULTO MAYOR ANTE EL MALTRATO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

MARÍA MONSERRAT AVILÉS MARTÍNEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2018



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.

## DEDICATORIA

Dedico de manera muy especial el presente trabajo a mi madre Estela Martínez y a mis hermanos José Luis y Alejandro, pues ellos fueron el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentaron en mi la base de responsabilidad y deseos de superación, en ellos tengo el espejo en el cual me quiero reflejar pues sus virtudes infinitas y su gran corazón me llevan a admirarlos cada día más.

Gracias a Dios por concederme la mejor de las familias ya que son las personas que me han ofrecido un inmenso amor y calidez, permite que siempre podamos disfrutar, unos de otros, del amor y de los logros, que nos riemos con quien ríe y lloremos con quien llora, gracias por todas las bendiciones.

## AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi infinito agradecimiento a Dios, quien sabe darme las fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentan, por permitirme haber llegado a esta importante instancia en mi vida. De la misma manera agradezco a mi familia quienes por ello soy lo que soy, por su apoyo, consejos, comprensión, por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar y por creer en mi capacidad desde que tengo memoria.

Además, agradezco a mi universidad, por haberme permitido formarme en ella, a mis directivos, maestros y a todas las personas que fueron partícipes de este proceso, de manera directa o indirecta, ya que el día de hoy se ve reflejado en el logro de la culminación de mis estudios correspondientes a la licenciatura en enfermería y obstetricia.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	6
OBJETIVOS .....	7
HIPÓTESIS .....	7
JUSTIFICACIÓN .....	8
METODOLOGÍA.....	9
CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	9
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	9
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	9
LÍMITES .....	9
CAPÍTULO I .....	11
MALTRATO.....	11
1.1 MALTRATO.....	13
1.2 FACTORES DE RIESGO EN EL MALTRATO DE LAS PERSONAS MAYORES .....	16
1.2.1 FACTORES RELACIONALES .....	16
1.2.2 FACTORES COMUNITARIOS Y SOCIALES .....	18
1.3 CONSECUENCIAS DEL MALTRATO DE LAS PERSONAS MAYORES .....	19
1.4 EDUCACIÓN Y CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN PÚBLICA.....	27
CAPÍTULO II .....	29
ADULTO MAYOR.....	29
.....	30
2.0 PROCESO DE ENVEJECER .....	31

2.1 MODIFICACIONES BIOLÓGICAS .....	32
2.1.1 PIEL Y ANEXOS .....	33
2.1.2 APARATO LOCOMOTOR .....	33
2.1.3 APARATO DIGESTIVO .....	34
2.1.4 APARATO RESPIRATORIO .....	34
2.1.5 APARATO CARDIOVASCULAR.....	34
2.1.6 APARATO GENITOURINARIO.....	35
2.1.7 SISTEMA NERVIOSO .....	35
2.1.8 ORGANOS DE LOS SENTIDOS .....	36
2.1.9 SISTEMA INMUNOLÓGICO.....	37
2.1.10 SISTEMA ENDOCRINO .....	37
2.2 MODIFICACIONES PSÍQUICAS.....	37
2.2.1 FUNCIONES COGNITIVAS.....	38
2.2.2 AFECTIVIDAD .....	40
2.3 MODIFICACIONES SOCIALES .....	40
2.3.1 ROL INDIVIDUAL.....	41
2.3.2 ROL EN LA COMUNIDAD .....	43
2.3.3 ROL LABORAL .....	46
2.4 TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN.....	47
2.5 TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON.....	49
2.6 ENVEJECIMIENTO SALUDABLE.....	51
2.6.1 FACTORES QUE FAVORECEN EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE .....	53
2.6.1.1 ALIMENTACIÓN .....	53
2.6.1.2 DIETA CORRECTA .....	55

2.6.1.3 CAMBIOS RESPONSABLES DE LA DISMINUCIÓN DEL APETITO ....	57
2.6.2 SUSTANCIAS NOCIVAS PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE .....	62
2.6.2.1 TABACO .....	62
2.6.2.2 ALCOHOL .....	65
2.7 ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD.....	66
2.8 MORTALIDAD.....	69
2.9 CUIDADO GERIÁTRICO.....	70
2.9.1 CUIDADO GERIÁTRICO POR PARTE DE LA FAMILIA .....	71
CAPÍTULO III .....	73
INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA .....	73
CAPÍTULO IV .....	94
ÉTICA DE ESTUDIO.....	94
4.1 CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERÍA.....	95
4.2 DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO.....	98
4.3 LEY GENERAL DE SALUD .....	99
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	100
CONCLUSIONES.....	103
ANEXOS .....	105
ANEXO 1 GUIÓN METODOLÓGICO .....	106
ANEXO 2 CUESTIONARIO .....	108
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	111
BIBLIOGRAFÍA .....	114

## INTRODUCCIÓN

Actualmente somos parte de una sociedad donde prevalece el maltrato que afecta a varios sectores, siendo excluidos un gran número de los seres humanos más vulnerables como son: los niños, mujeres y ancianos. Los cuales sufren el maltrato en sus múltiples facetas cuando las acciones violentas surgen y se descargan sobre los más débiles. A esto se le suma el crecimiento de la población, acompañado del incremento en el número de adultos mayores, que a la vez aumenta la esperanza de vida y desciende la mortalidad y fecundidad.

Lo anterior lleva a preguntarse ¿con qué problemas se enfrenta el Adulto Mayor de hoy? No basta con las dificultades que son conocidas por la mayoría, sino por aquellas que se encuentran ocultas y que afectan a una gran cantidad de sujetos de este grupo: tal como el maltrato.

El maltrato a las personas mayores, como un problema global, social y de salud pública que afecta en número considerable a los individuos de este grupo ha sido reconocido hasta hace poco tiempo, por lo cual la presente investigación refleja una aproximación al tema del adulto mayor ante el maltrato desde la percepción de enfermería, reconociendo que es indispensable aumentar el conocimiento y la concientización, así como desarrollar estrategias metodológicas para el problema.

El daño a las personas mayores constituye una violación de los derechos humanos y una de las causas importantes de lesiones, enfermedades y aislamiento. El maltrato existe en todas partes, pero a menudo no se denuncia, e igualmente acarrea costos económicos y humanos. (García Araneda, N. 2006) Desafortunadamente, poco se sabe sobre las características, causas y consecuencias del tema, puesto que los primeros estudios se remontan a mediados de los setenta cuando A Baker publicó el artículo “abuela golpeada” (granny bashing), y Burston utilizó el término “abuela apaleada” (granny battering)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El maltrato hacia los ancianos es un grave problema social, puesto que vulnera los derechos fundamentales de los seres humanos, como son la libertad, la propiedad, la privacidad, la libre expresión, la salud, el bienestar y la vida; por ello se debe considerar que es un compromiso de todos, y debemos tomar conciencia pues estamos destinados a ir envejeciendo siendo la sociedad en su conjunto quien puede y tiene que pensar en el tema del maltrato a los mayores.

La percepción del personal de enfermería, quienes tienen un contacto directo y continuado con los ancianos y sus familiares, es fundamental para el abordaje efectivo de este problema. Es por ello que se deben observar detalladamente los comportamientos abusivos contra las personas de edad avanzada ya que se consideran una violación a los derechos fundamentales antes mencionados; garantizados en pactos internacionales y acreditados en los Principios de las Naciones Unidas a favor de los adultos mayores.

Es necesario que la sociedad se convenza de que es indispensable el establecimiento de estrategias y programas de prevención para los malos tratos contra las personas mayores; determinando la etiología y los efectos en diversos contextos; realizando estudios cualitativos y cuantitativos en centros que albergan personas seniles a fin de entender las relaciones causales en las prácticas abusivas y llevar a cabo encuestas para documentar la incidencia del maltrato de las personas de la tercera edad. Considerando ¿Cuáles son las causas predominantes del maltrato hacia el adulto mayor desde la percepción de enfermería?

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Establecer los principales factores en el maltrato hacia el adulto mayor.

### **ESPECÍFICOS**

- Describir el tipo de factores en el maltrato hacia el adulto mayor.
- Analizar el estilo de vida de los adultos mayores alojados en estancias para ancianos y clasificar como fueron maltratados.

## **HIPÓTESIS**

La deshumanización, el desinterés y la impaciencia son factores predominantes en el maltrato hacia el adulto mayor.

### **HIPOTESIS NULA:**

La deshumanización, el desinterés y la impaciencia no son factores predominantes en el maltrato hacia el adulto mayor.

## **JUSTIFICACIÓN**

Con la presente investigación se busca lograr un aumento en la calidad de vida del adulto mayor, dado que en la actualidad nos enfrentamos a enfermedades cada vez más graves y padecimientos más duraderos. Siendo necesaria la adecuada atención e intervención de enfermería para que personas voluntarias se interesen por los problemas que afectan a los adultos mayores maltratados causados por la falta de requerimientos de salud y seguridad social. (F., 2000)

También se pretende incrementar la esperanza de vida de las personas de edad que sufren, resaltando que las consecuencias de buenas acciones se manifestaran a futuro con la disminución de altos costos económicos y sociales que podemos observar hoy en día. Reiterando que uno de los principales aspectos que se espera mejorar es la calidad de vida del adulto mayor, conociendo en condiciones reales cuales son las principales causas de los problemas u obstáculos que hacen que su vida se vuelva deplorable.

Del mismo modo se aspira a fortalecer la protección de los derechos de las personas de la tercera edad, puesto que, en muchas de las ocasiones, por considerarlos como ancianos son vulnerables de maltrato y no solamente no se les respeta, sino que además son maltratados y sus derechos humanos son pasados por alto. (Zuñiga, 2009)

## **METODOLOGÍA**

La presente investigación es de corte cuantitativo dado que plantea un estudio delimitado y concreto, su pregunta de investigación es sobre una cuestión específica, construye un marco teórico en base a la teoría y deriva una hipótesis que se someterá a pruebas mediante un instrumento de investigación a través de la recolección de datos numéricos de los participantes analizados con procedimientos estadísticos. Esta investigación es además aplicada, descriptiva, bibliográfica y documental, transversal y social.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Adultos mayores instalados en estancias para ancianos.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Familiares de los adultos mayores.
- Personal de enfermería y de otras áreas que labore en las estancias para ancianos.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Personas que no deseen participar.
- Cuestionario que no sea llenado en su totalidad.
- Cuestionario que tenga más de una respuesta.

## **LÍMITES**

Espacio: La presente investigación se realizará por un espacio de tiempo de diez meses.

Lugar: La investigación para determinar los factores predominantes en el maltrato hacia el adulto mayor se llevará a cabo en diferentes estancias para ancianos de la ciudad de Morelia, Michoacán.

Tiempo: Del 25 de Julio del 2016 al 31 de Mayo del 2017.

# **CAPÍTULO I**

# **MALTRATO**



## 1.1 MALTRATO

El maltrato hacia las personas mayores por los miembros de la sociedad y de la familia se remonta a la antigüedad. Sin embargo, hasta hace poco tiempo se han creado iniciativas para afrontar el maltrato de los mayores, anteriormente este tema se consideraba como un asunto privado, que no debía tratarse en público. Después fue considerado como un problema de bienestar social y luego como un tema relacionado con el envejecimiento, por lo cual el maltrato hacia las personas de edad se ha convertido en una situación relacionada con la salud y la atención de enfermería al adulto mayor.

Por consiguiente, es indispensable conocer la visión que se tiene del maltrato hacia las personas mayores; cómo se analiza y de qué manera debe abordarse. El maltrato de las personas mayores se describió por primera vez en 1975 en las revistas científicas británicas empleando el término “granny battering”, que podría traducirse como “abuelita golpeada”. Sin embargo, fue el Congreso de los Estados Unidos el primero que abordó el tema.

Muchas personas de edad avanzada carecen de ingresos jubilatorios y de servicios de salud y bienestar social tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados, dado que muchas veces la población en general se ha visto afectada por varios problemas como son los bajos salarios, el desempleo en aumento, las deficiencias de los servicios de salud y la discriminación contra la mujer. Lo que ha contribuido a que los ancianos sean más pobres y vulnerables.

Además, a medida que aumenta la esperanza de vida, también aumentará el riesgo de que el anciano sea víctima de enfermedades prolongadas asociadas con la vejez, en gran medida incurables y muy a menudo incapacitantes, que actualmente son las de mayor prevalencia. Las personas de edad también deberán hacer frente a los problemas ambientales y a las posibilidades de violencia en las sociedades en que viven.

En general, se puede resaltar que el maltrato de las personas mayores se puede cometer tanto por acción como por omisión en ese caso, comúnmente se denomina “descuido”, y que puede ser intencional o no. Además, puede ser de carácter físico o psíquico (este último hace inclusión de las agresiones emocionales o verbales), o puede manifestarse como abuso económico u otros perjuicios materiales. Cualquiera que sea el tipo de maltrato, es indudable que el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, de la pérdida o la violación de sus derechos humanos y del deterioro de su calidad de vida.

La calificación de una conducta como maltrato, descuido o explotación dependerá de la frecuencia con que se produzcan, su duración, gravedad, consecuencias y, sobre todo, del contexto cultural. Según la definición de la Organización Acción contra el Maltrato de los Ancianos en el Reino Unido, adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores, “El maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor”.

Por lo general, el maltrato se clasifica en las categorías siguientes:

- **Maltrato físico:**  
Causar dolor o lesiones, ejercer coerción física o restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o el uso de drogas.
- **Maltrato psíquico o emocional:**  
Infligir sufrimiento psíquico. Discriminar a los ancianos por motivos de edad, insultarlos y usar palabras hirientes, denigrarlos, intimidarlos, formular acusaciones falsas, causarles dolor y sufrimiento.

- **Abuso económico o material:**  
Explotar a una persona mayor o hacer uso de sus fondos o recursos en forma ilícita o indebida. Extorsionar a los ancianos y controlar el dinero de la pensión, robarles los bienes, e incluso obligarlos a atender a los nietos.
- **Abuso sexual:**  
Mantener contacto sexual no consentido de cualquier tipo con una persona mayor, como el incesto, la violación y otros tipos de coacción sexual.
- **Descuido:**  
Negarse a cumplir con la obligación de atender a una persona mayor, o no cumplirla. Esto puede entrañar o no la tentativa, consciente e intencional, de causar sufrimiento físico o emocional a la persona mayor. Además de negarles el afecto y desentenderse de su bienestar.

En el pasado, muchas sociedades tradicionales consideraban que la armonía familiar era un elemento importante de las relaciones familiares. Desgraciadamente hoy en día lo más usual es encontrar a los adultos mayores desplazados de su posición como jefes del hogar; privados de su autonomía lo que pueden ocasionar que la persona mayor se sienta aislada, deprimida y desmoralizada y suele considerarse como una forma de maltrato.

La mayoría de las investigaciones iniciales sobre el maltrato de los ancianos se limitaban a estudiar el tema en el ámbito doméstico y en los países desarrollados. Inicialmente para tratar de explicar el maltrato hacia los ancianos, se examinaron las bibliografías especializadas en psicología, sociología y gerontología en el estudio de este tema.

Las primeras investigaciones en este campo les restaron importancia a los trastornos de la personalidad, en tanto agentes causales del maltrato para dar mayor relevancia a los factores sociales y culturales. No obstante, más

recientemente las investigaciones sobre el maltrato han demostrado que quienes ejercen violencia física es más probable que tengan trastornos de personalidad y problemas asociados con el abuso del alcohol que la población general.

Del mismo modo, los estudios limitados a la violencia contra los ancianos en el ámbito doméstico han comprobado que quienes la infligen tienen más probabilidades de padecer problemas de salud mental y de abuso de sustancias que los miembros de la familia de los ancianos u otros cuidadores, que no son violentos o propensos a maltratar a los demás.

## **1.2 FACTORES DE RIESGO EN EL MALTRATO DE LAS PERSONAS MAYORES**

- Las deficiencias cognoscitivas y físicas de las personas mayores maltratadas están asociadas estrechamente con los factores de riesgo de maltrato.
- El género puede ser un factor determinante del maltrato de ancianos, porque es posible que las mujeres mayores hayan sido objeto de opresión y hayan estado en situación de desventaja económica durante toda su vida.
- Las dificultades económicas del agresor parecen ser un factor de riesgo importante, tomando como ejemplo el resentimiento de los miembros de la familia por los gastos que conlleva la atención de la persona mayor por sí misma.

### **1.2.1 FACTORES RELACIONALES**

- También se considera que el nivel de estrés de quienes cuidan a una persona de edad es un factor de riesgo en el que está asociado el maltrato con la atención de un familiar anciano, puesto que la mayoría de la gente ve en el adulto mayor a una víctima dependiente y la mayoría de los casos es una persona agobiada la que la cuida.

- Además, la relación entre los que brindan el cuidado y los que lo reciben, puede ser un factor importante para predecir el maltrato. Por consiguiente, hoy día se cree que la relación interpersonal puede ser un factor que favorece la aparición de los casos de maltrato, pero que sin embargo no es capaz de explicar por sí mismo este fenómeno.
- Los cambios sociales, económicos y culturales que se están produciendo en la actualidad no solamente en nuestra sociedad si no en otras sociedades harán que las familias no tengan las mismas posibilidades de cuidar a sus miembros más vulnerables siendo estos los adultos mayores y, por lo tanto, se producirá una mayor demanda de asistencia institucional.

Puede ser que la violencia sea el resultado de la acción entre varios factores, entre ellos el estrés, la relación entre quien recibe la atención y quien la brinda, las conductas perturbadoras y la agresión por parte del receptor de la atención y la depresión del cuidador. Por otro lado, algunas condiciones de vida, en especial el hacinamiento y la falta de privacidad, han sido asociadas con los conflictos familiares. Aunque el maltrato puede producirse cuando la persona que lo inflige y la que lo sufre viven separados, este último corre más riesgo cuando ambos viven bajo el mismo techo.

Existe una relación entre la dependencia y el maltrato a la persona mayor, dado que al inicio de las investigaciones sobre el maltrato solo se hacía énfasis en la relación de dependencia entre la víctima con la persona que la cuida o el agresor, aunque investigaciones de casos posteriores permitieron detectar situaciones en las cuales los agresores dependían de la persona mayor; por lo general, hijos adultos que dependen de sus padres ancianos para el alojamiento o el sustento. Resultando como un “cumulo de interdependencias”, y un vínculo emocional muy fuerte entre la víctima y el agresor que muchas veces dificulta la intervención de terceros.

### **1.2.2 FACTORES COMUNITARIOS Y SOCIALES**

El factor comunitario de aislamiento social es muy significativo en el maltrato de los ancianos. El aislamiento de las personas de edad puede ser tanto una causa como una consecuencia del maltrato, muchas veces se aíslan a las personas de edad debido a ciertas deficiencias físicas o mentales. Además, la pérdida de amigos y de los miembros de la familia también reduce las posibilidades de interacción social.

En la actualidad, se reconoce que las normas culturales y las tradiciones, como los prejuicios contra la vejez, el sexismo o la cultura de la violencia, también desempeñan un papel muy importante. Ya que se dice que las personas mayores son frágiles, débiles y dependientes, así como menos merecedoras incluso de atención familiar, igualmente se las ha considerado como blancos fáciles para la explotación.

Trazando un vínculo entre la pobreza y la violencia, se describe la manera en que una vida familiar disfuncional, la carencia de dinero para los artículos esenciales, la falta de educación, así como de oportunidades laborales contribuyen a que la población se dedique al delito, el tráfico de drogas y la prostitución. Donde se consideran al adulto mayor como un blanco para el maltrato y la explotación, pues su vulnerabilidad es el resultado de una situación de pobreza caracterizada por la carencia de una jubilación y de oportunidades de trabajo, la falta de higiene, la enfermedad y la mala nutrición (RM, 2000).

Se ha señalado que algunos de los factores que han afectado a la salud y al bienestar psicosocial en especial de los ancianos, cuya vulnerabilidad al maltrato se ha agravado son los siguientes:

- La falta de estabilidad y de los servicios de seguridad social.
- Una actitud agresiva y la falta de respeto, especialmente proveniente de los jóvenes.

- Las tensiones entre las estructuras familiares tradicionales y las nuevas.
- La reestructuración de las redes básicas de apoyo a los ancianos
- La emigración de las parejas jóvenes a las nuevas ciudades, dejando a los padres ancianos en zonas de viviendas cada vez más deterioradas.

### **1.3 CONSECUENCIAS DEL MALTRATO DE LAS PERSONAS MAYORES**

Para los ancianos, las consecuencias del maltrato pueden ser especialmente graves, pues se trata de personas físicamente más débiles y más vulnerables en comparación con los adultos más jóvenes, ello debido en parte a sus deficiencias físicas por ejemplo los huesos son más quebradizos y los procesos de convalecencia serán más prolongados. Incluso una lesión relativamente leve puede causar daños graves y permanentes.

Muchos ancianos sobreviven con ingresos limitados, de tal manera que la pérdida de una suma de dinero, por mínima que sea, puede tener un gran impacto. Posiblemente la mayoría de los individuos de edad vivan aislados, solos o desolados por alguna enfermedad y en ese caso están más expuestos al peligro.

- **EN EL HAMBITO DOMESTICO**

Se ha señalado que existen otros síntomas asociados con los casos de maltrato, como los sentimientos de impotencia, perturbación, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación y el estrés postraumático que también producía efectos emocionales y problemas de salud, al decir que ellos, “se enferman del corazón”

- EN EL HAMBITO INSTITUCIONAL

Se ha comprobado que se produce maltrato de las personas mayores en los establecimientos de atención permanente como los hogares o las estancias para ancianos, los establecimientos de atención residencial, los hospitales y los centros de atención ambulatoria que en la actualidad se encuentran en casi todos los países. Siendo varias las personas que pueden infligir malos tratos, desde un miembro del personal asalariado, otro residente, un visitante voluntario o los familiares y amigos.

Una relación de maltrato o descuido entre el anciano y la persona que lo atiende en su hogar no se interrumpe necesariamente cuando el ingresa al sistema de asistencia institucional. A veces, el maltrato continúa en el nuevo ámbito. Cabe distinguir la diferencia entre los actos individuales de maltrato o descuido en un ámbito institucional y el maltrato institucional, en el que el sistema predominante en la propia institución es el maltrato o descuido.

Sin embargo, en algunas ocasiones resulta un poco difícil identificar en la práctica si el maltrato o descuido en una institución han sido consecuencia de actos individuales o se originan debido a los sistemas institucionales. La variedad de actos de maltrato y descuido en las instituciones puede estar relacionada con cualquiera de los factores siguientes:

a) La prestación de la atención:

Como la resistencia a los cambios en la medicina geriátrica, el deterioro de la atención individual, la alimentación inadecuada y las deficiencias en la atención de enfermería (por ejemplo, la falta de cuidado de las úlceras por presión).

b) Los problemas del personal:

Como el estrés laboral y el agotamiento, el trabajo en condiciones de materiales y recursos deficientes, la falta de capacitación, y los problemas psíquicos.

c) Las dificultades en las interacciones entre el personal y los residentes:

Por ejemplo, la falta de comunicación, la agresividad de los residentes y las diferencias culturales.

d) Las condiciones externas:

Como la falta de privacidad esencial, el deterioro de los establecimientos, el uso de medios de inmovilización, la falta de estimulación sensorial adecuada y la propensión a los accidentes dentro de la institución.

e) Las políticas institucionales:

Por ejemplo, las que se adoptan para beneficio de la institución dejando a los residentes pocas posibilidades de elección en lo que respecta a su vida cotidiana, las actitudes de indiferencia o desinterés hacia los internados, la escasez de personal o su rotación frecuente, la falta de personal capacitado profesionalmente, el manejo inadecuado de las pertenencias o el dinero de los pacientes y la inexistencia de un consejo de residentes o de un consejo de familiares de los residentes.

Algunas veces el personal de enfermería puede presenciar el maltrato institucional debido a la aplicación obligatoria y forzada de un sistema regimentado que ya se mencionó, el cual no admite cuestionamientos, establecido supuestamente en nombre de la disciplina o de una protección. Otro recurso usado para ese fin es aprovecharse de la dependencia de las personas mayores lo que agrava este problema.

## PRINCIPALES DEFICIENCIAS EN INSTITUCIONES PARA ADULTOS MAYORES

1. La preparación de los alimentos se realiza sin conocer el proceso y la conservación de estos, además no se respetan las exigencias sanitarias y nutritivas que permiten que el alimento llegue al consumidor en las mejores condiciones de calidad.
2. La ausencia de una evaluación integral, es decir, una evaluación documentada de todas las necesidades de atención, entre ellas la atención médica, de enfermería y la atención social.
3. Los planes de atención integral deberían estar en forma de un registro en el que se especifiquen las necesidades de atención cotidiana de un paciente y se designe a la persona responsable, así como observaciones sobre su evolución y los cambios necesarios.
4. En cuanto a los accidentes las caídas son los accidentes más frecuentes en los ancianos. A esto contribuyen factores propios de la misma naturaleza del anciano.
5. La aparición de úlceras por presión es frecuente en pacientes que viven en una estancia para adultos mayores a causa de la negligencia pues se quedan sin ser movilizados por muchas horas.
6. La calidad de la atención la mayoría de las veces es deficiente en relación con una escasa promoción de la salud y el seguimiento inadecuado de diversos padecimientos crónico-degenerativos.
7. La falta de recursos materiales para cubrir por lo menos las necesidades básicas de los pacientes se debe al corto presupuesto del que disponen las estancias para adultos mayores.

8. La ausencia de una administración interna a su vez ocasiona la carencia en el mantenimiento y abastecimiento del lugar sobre todo en cuanto a medicinas e insumos médicos.

El maltrato y el descuido pueden producirse en muchas instituciones o estancias para adultos mayores, aun en las que parecen brindar una atención de excelente calidad a los pacientes. Existen motivos para creer que una institución con una buena atención podría transformarse o cambiar a maltrato con facilidad y rapidez, sin que se detectaran cambios aparentes.

Los efectos de la violencia física y psicológica sobre la salud de una persona mayor son muy graves aunadas al proceso de envejecimiento y las enfermedades características de la vejez. Es más difícil para los ancianos evitar el maltrato o tomar decisiones correctas debido a las deficiencias físicas y cognitivas que sufren.

Por estos y otros aspectos, prevenir el maltrato de los ancianos es para los profesionales de enfermería un gran reto, puesto que, en la mayoría de los casos, el mayor dilema es cómo lograr un equilibrio entre los derechos de la persona de más edad y la necesidad de adoptar medidas necesarias para poner fin a la situación de maltrato.

Desgraciadamente en nuestros días no existe una gran cantidad de programas orientados a la intervención en favor de las personas mayores maltratadas, o si existen solo se limitan a formar equipos de consulta que están esperando tranquilamente por si se denunciara un caso de maltrato. Es por ello que el personal de enfermería puede desempeñar un papel muy importante en los programas orientados a detectar el maltrato.

Cabe mencionar que son los profesionales de enfermería quienes podrían tener las oportunidades o las condiciones para detectar los casos de maltrato, debido en parte a la confianza que la mayoría de las personas de edad depositan en ellos, muchos por la falta de capacitación, actualización y conocimiento no son capaces de diagnosticar el maltrato solo porque este tipo de situaciones no son parte de su educación formal o profesional y en consecuencia, no incluyen al maltrato en su lista de diagnósticos.

Algunas ocasiones en los hospitales, se tiene la impresión de que se presta escasa atención a las necesidades especiales de las personas mayores. El personal encargado de la atención de salud a menudo se siente más cómodos tratando a las personas jóvenes que a los ancianos, y prestan poco interés a las inquietudes y necesidades o requerimientos de estos últimos.

Muy pocas instituciones hacen uso de protocolos para detectar y tratar los problemas de maltrato de las personas mayores y rara vez tratan las cuestiones relacionadas con la salud mental o los signos y conductas del maltrato de los ancianos, como la depresión y los intentos de suicidio.

Como profesionales de enfermería se debe estar capacitado para investigar la situación del paciente y determinar la posibilidad de que sea víctima de maltrato, así como detectar cualquiera de los siguientes signos:

- El anciano tarda en solicitar atención médica cuando se lesiona o enferma.
- Las explicaciones del anciano o de la persona que lo cuida sobre las lesiones o la enfermedad son vagas o inverosímiles.
- Las versiones del paciente y de la persona que lo cuida sobre los antecedentes clínicos son distintas.

- La concurrencia frecuente al servicio de urgencias porque una afección crónica ha empeorado, a pesar de que se tienen los recursos necesarios para su tratamiento.
- Una persona de edad con deficiencias funcionales que llega a la consulta sin que la acompañe la persona que la cuida.
- Los resultados clínicos no son coherentes con el relato del paciente.

Además, se debe entrevistar al paciente solo, preguntándole directamente si ha sido víctima de actos de violencia física, si se han limitado sus movimientos o si se le ha descuidado; también se tiene que prestar especial atención a la relación entre el paciente y el presunto agresor, y la conducta de ambos. Del mismo modo se pretende realizar una evaluación geriátrica integral del paciente, con inclusión de aspectos médicos, funcionales, cognitivos y sociales.

El cuadro a continuación contiene una lista de los indicadores que pueden servir de guía si se sospecha maltrato. Sin embargo, en caso de que se verificara cualquier indicador que aparece en el cuadro no debe considerarse como una prueba de que el maltrato ha ocurrido de verdad.

CUADRO 5.1

Indicadores de maltrato a las personas mayores

Indicadores relacionados con la persona de edad				Indicadores relacionados con el cuidador
Físicos	Conductuales y emocionales	Sexuales	Económicos	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quejas de agresiones físicas</li> <li>• Caídas y lesiones no explicadas</li> <li>• Quemaduras y hematomas en lugares sospechosos o de tipo sospechoso</li> <li>• Cortes, marcas en los dedos u otros indicios de uso de medios de inmovilización</li> <li>• Pedido demasiado reiterado de recetas de medicamentos o poco uso de los medicamentos</li> <li>• Desnutrición o deshidratación sin una causa que guarde relación con la enfermedad</li> <li>• Signos de atención inadecuada o de poca higiene</li> <li>• Búsqueda de atención sanitaria con varios médicos o en centros de atención de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en los hábitos alimentarios o problemas para dormir</li> <li>• Actitud de temor, confusión o resignación</li> <li>• Pasividad, retraimiento o mayor depresión</li> <li>• Indefensión, desesperanza o ansiedad</li> <li>• Afirmaciones contradictorias u otras ambivalencias que no son el resultado de la confusión mental</li> <li>• Renuencia a conversar abiertamente</li> <li>• La persona evade el contacto físico con su cuidador, no lo mira a los ojos y evita la comunicación verbal</li> <li>• La persona mayor es dejada de lado por los demás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quejas de agresión sexual</li> <li>• Conducta sexual que no condice con las relaciones habituales y la personalidad anterior de la persona</li> <li>• Cambios no explicados en la conducta, como la agresividad, el retraimiento o la automutilación</li> <li>• Quejas frecuentes de dolores abdominales o hemorragias vaginales o anales inexplicadas</li> <li>• Infecciones genitales recurrentes o hematomas alrededor de las mamas o en las zonas genitales</li> <li>• Prendas íntimas desgarradas, manchadas o ensangrentadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retiros de dinero irregulares o atípicos de la persona de edad</li> <li>• Retiros de dinero incompatibles con los medios de la persona de edad</li> <li>• Cambio de un testamento o título de propiedad que deja la vivienda o el dinero a "nuevos amigos o parientes"</li> <li>• Falta de una propiedad</li> <li>• La persona de edad no puede encontrar joyas o efectos personales</li> <li>• Movimientos sospechosos en la cuenta de la tarjeta de crédito</li> <li>• Falta de comodidades, pese a que la persona de edad podría permitírselas</li> <li>• Problemas de salud física o mental sin tratamiento</li> <li>• El nivel de atención que recibe la persona de edad no está a la altura de sus ingresos o medios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El cuidador parece cansado o estresado</li> <li>• El cuidador parece muy preocupado o indiferente</li> <li>• El cuidador culpa a la persona de edad por ciertos actos, como la incontinencia</li> <li>• El cuidador se comporta agresivamente</li> <li>• El cuidador trata a la persona de edad como a un niño o en forma inhumana</li> <li>• El cuidador tiene antecedentes de abuso de sustancias psicotrópicas o de maltratar a otros</li> <li>• El cuidador se niega a que la persona de edad sea entrevistada sola</li> <li>• El cuidador se pone a la defensiva cuando se le pregunta algo; puede ser hostil o esquivo</li> <li>• El cuidador ha estado atendiendo a la persona de edad durante un periodo prolongado</li> </ul>

Las personas mayores generalmente son sumisas o no están en condiciones de denunciar maltrato proveniente de los miembros de su familia, porque muchas veces no se les cree lo que relatan o se las considera como testigos poco fiables. Solo algunas provincias de Canadá, varios estados en los Estados Unidos de América e Israel cuentan con una legislación que establece la obligación de denunciar el maltrato de los ancianos.

En los Estados Unidos, 43 estados establecen que tanto los profesionales como otras personas que conviven, trabajan o se relacionan con ancianos deben notificar los supuestos casos de maltrato a un organismo encargado y designado por el estado, aun cuando únicamente se tuvieran “motivos o ideas para creer” que se ha producido maltrato, descuido o explotación (AA., 1975).

#### **1.4 EDUCACIÓN Y CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN PÚBLICA**

La educación y las campañas de sensibilización pública son de vital importancia para informar a las personas acerca del maltrato de los ancianos. La educación no solo significa transmitir una información nueva sino también producir un cambio de actitudes y conductas, por lo cual sería una estrategia preventiva fundamental impartir esta educación; puesto que puede llevarse a cabo de diferentes formas, por ejemplo:

- Sesiones de capacitación
- Seminarios
- Programas de educación continua
- Talleres
- Reuniones
- Conferencias científicas.

Esta educación no está destinada exclusivamente al personal de las disciplinas como la medicina, la salud mental y la enfermería o la asistencia social, sino también para los investigadores, los educadores y los encargados de formular las políticas y tomar las decisiones.

Un programa de estudio apropiado para la mayoría, debería incluir:

- Una introducción al tema del maltrato de las personas mayores.
- La consideración de los signos y síntomas de maltrato.
- Información detallada de las organizaciones locales que pueden proporcionar asistencia y a las cuales se pudiera acudir.

Quizá la forma más insidiosa del maltrato hacia las personas de edad radique en las actitudes negativas hacia ellos y en los estereotipos que se tienen de las personas mayores y del propio proceso de envejecimiento. Mientras se siga desvalorizando a los adultos mayores y sean discriminados o rechazados por la sociedad continuarán sufriendo una falta de identidad propia y quedará expuestos o propensos a la discriminación y a todas las formas de maltrato.

Entre las prioridades para afrontar el problema del maltrato de los ancianos cabe mencionar las siguientes:

- Aumentar los conocimientos sobre el problema.
- Elaborar políticas y normas sobre el maltrato hacia los adultos mayores.
- Aplicar estrategias de prevención más eficaces.

# **CAPÍTULO II**

## **ADULTO MAYOR**



## 2.0 PROCESO DE ENVEJECER

En la actualidad día a día es más evidente como aumenta el grupo de la población integrada por adultos mayores, suceso que ocurre no solamente en nuestro entorno sino también en otros países. Según los datos y las cifras que establece La Organización Mundial de la Salud:

- Entre el año 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%
- Para el año 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años.
- La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado. Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar este cambio demográfico.

Es un tanto complicado hacer despertar a la sociedad para darse cuenta de todo lo que implica el envejecimiento. Y aunque se pudiera suponer que cada una de las personas de manera empírica conoce lo que es el envejecimiento, desafortunadamente no es así, puesto que el envejecimiento se caracteriza por el deterioro de la persona aunado a un conjunto de cambios en el organismo, así como una serie de alteraciones funcionales que finalizaran con la muerte. Sin embargo, estudiar este proceso no es algo tan sencillo de realizar dado que implica grandes cambios en todos los ámbitos en los que se desarrolla una persona.

Por lo antes mencionado se deben tomar en consideración los cambios que sufre el adulto mayor en el orden fisiológico, funcional, psicológico, morfológico, entre otros. Los cuales inician con un incremento en la pérdida de la capacidad para adaptarse, lo que a su vez produce un aumento en la vulnerabilidad debido al conjunto de carencias que se presentan en esta etapa.

Según la OMS, el envejecimiento es “la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a

un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte”

Es decir, se trata de un procesos natural o fisiológico programado genéticamente, progresivo e irreversible, que inicia desde la concepción y termina con la muerte; el cual es experimentado por todos los seres vivos siendo más evidente en los últimos años de vida debido a la dificultad para adaptarse a los cambios que transcurren a lo largo de los años. Sin embargo, no es un proceso uniforme dado que varía de una especie a otra, incluso si se tomara como ejemplo un mismo ser humano no todos sus órganos envejecen al mismo tiempo.

En el ser humano envejecer es un proceso lento, complejo, progresivo e irreversible que implica varios factores biológicos, psicológicos y sociales. Estos factores son en parte genéticos, como lo es el envejecimiento intrínseco con sus modificaciones físicas y psíquicas, pero del mismo modo los factores también están relacionados con la historia de vida de cada individuo representada con los factores externos del envejecimiento con sus modificaciones sociales.

El proceso de envejecer no debe ser considerado como una patología o padecimiento, sino más bien como una serie de modificaciones que va avanzando poco a poco en la cual se requiere de una adaptación constante de acuerdo a las actividades de la vida cotidiana de la persona.

## **2.1 MODIFICACIONES BIOLÓGICAS**

En general se va a presentar una atrofia senil de los órganos y tejidos que se verá reflejada en una disminución de la capacidad funcional, dentro de los principales cambios que corresponden a modificaciones biológicas se encuentran los siguientes:

- Cambios corporales específicamente disminución de la masa muscular y ósea, así como aumento en el tejido adiposo.
- El crecimiento celular se produce más lentamente, lo que provoca un descenso en el número de células.

- Disminución del agua corporal, por lo cual se presenta un estado de deshidratación.
- Además, disminuye la capacidad de homeostasis, incluyendo aspectos como el equilibrio electrolítico, la temperatura, la frecuencia cardíaca y la presión arterial, entre otros.

Para una descripción más detallada las modificaciones serán divididas por aparatos y sistemas:

### **2.1.1 PIEL Y ANEXOS**

- Aparecen canas en el cabello y se presenta la pérdida de este; en el área frontal y temporal llamada *alopecia androgénica*.
- En la piel aparecen manchas seniles y líneas de expresión o mejor conocidas como arrugas.
- Hay un aumento de vello, facial en las mujeres y en los hombres el aumento se da en los pabellones auriculares, cejas y orificios nasales.
- Disminuye la sudoración por el déficit de glándulas sudoríparas, lo que conlleva al descontrol en la regulación de la temperatura y a una mayor sensibilidad al frío o al calor.
- Las uñas se vuelven frágiles, engrosadas torcidas y de lento crecimiento.
- Hay pérdida de elasticidad de los tejidos y menor protección de las prominencias óseas, por lo tanto, existe mayor riesgo en la presencia de úlceras por presión.
- En el caso de la cicatrización de heridas, hay una disminución desencadenada por la escasa vascularización.

### **2.1.2 APARATO LOCOMOTOR**

Los músculos se acortan y se debilitan, la fuerza de las extremidades inferiores se pierde más rápido que en las superiores y baja la tolerancia al ejercicio, por lo que aumenta la *astenia* y *adinamia* para desarrollar las actividades diarias. Se incrementan las alteraciones en la marcha y en el equilibrio lo que predispone a las

caídas. Además, hay mayor presencia de calambres musculares llamados *parestesias*.

- Las superficies de las articulaciones entran en contacto, hay dolor y limitación de movimientos.
- A nivel óseo es posible que se presente osteoporosis. Así como cifosis en la columna dorsal caracterizada por una flexión anterior de la cabeza y la nuca. Y la estatura disminuirá 1 cm. Por década.

### **2.1.3 APARATO DIGESTIVO**

Las piezas dentales en la mayoría de los casos están en mal estado o no las hay, por lo que se presentan problemas de masticación. Además, se pierden las papilas gustativas y las glándulas salivales lo que ocasiona una disminución del gusto y de la saliva.

- Hay menor producción de ácido clorhídrico lo que afecta a la digestión y ocasiona un retraso en el vaciado gástrico y es habitual la aparición de hernia hiatal, gastritis y ulcera péptica.
- El tamaño y peso del hígado disminuye lo que condiciona la síntesis de las proteínas y el metabolismo de los fármacos se alarga.
- Mala absorción de vitamina D, vitamina B12 y hierro.

### **2.1.4 APARATO RESPIRATORIO**

- La frecuencia respiratoria aumenta, la espiración requiere de un mayor esfuerzo, sobre todo en posición decúbito dorsal.
- Existe una mayor susceptibilidad a infecciones a causa de la reducción en la protección dada por una serie de factores.

### **2.1.5 APARATO CARDIOVASCULAR**

- Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas lo que se conoce como arterioesclerosis.

- En los adultos sanos se produce un aumento y rigidez normales de las paredes del ventrículo izquierdo. Del mismo modo el tamaño de la aurícula izquierda aumenta con la edad.
- El gasto cardiaco esta reducido y el tiempo de recuperación después de un esfuerzo aumenta.

### **2.1.6 APARATO GENITOURINARIO**

En el riñón se da una pérdida de masa que inicia a partir de los 50 años, de modo que a los 80 años la masa renal se ha reducido un 30% por lo que la capacidad de diluir al máximo la orina es menor.

- Se da una reducción en el tono muscular de la vejiga urinaria, lo que se relaciona con la presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo. Además, la vejiga contiene cierta cantidad de orina de forma permanente que se conoce como *orina residual*, suceso que aumenta el riesgo de sufrir infecciones urinarias.
- La disminución de la excreción del riñón produce un aumento a la posible intoxicación por fármacos y sus efectos secundarios.

### **2.1.7 SISTEMA NERVIOSO**

- En cuanto al comportamiento se produce una perdida en la adaptación al medio, la fluidez verbal y las habilidades visuales se vuelven lentas.
- Tienen lugar alteraciones del sueño por los cambios en el ritmo circadiano, por lo que los periodos largos de sueño se acortan y se presentan más periodos de sueño ligero durante el día, aunque en general, los ancianos tardan más tiempo en dormirse y se despiertan más fácilmente.
- Hay una disminución de los diferentes reflejos.
- El umbral del dolor y los puntos dolorosos también aumentan.
- La motilidad intestinal disminuye lo que se traduce en estreñimiento.

- Asimismo, tiene lugar una pérdida de la memoria a corto plazo y se da también una disminución en la capacidad de aprendizaje, pero cabe resaltar que la inteligencia a largo plazo adquirida se conserva.

### **2.1.8 ORGANOS DE LOS SENTIDOS**

Los órganos de los sentidos también sufren una disminución en cuanto a su agudeza (vista, oído, tacto y gusto).

En el sentido de la vista:

- Hay una relajación de los párpados lo que se conoce como *ectropión* o *entropión*, laxitud de los párpados y ptosis senil que a veces también dificulta la visión.
- Las pupilas están contraídas y los reflejos son lentos, se deteriora la tolerancia al reflejo de la luz y la adaptación a la oscuridad se vuelve más lenta, además la apreciación del color es defectuosa.

En el sentido del oído:

Existe una pérdida de la audición progresiva y un aumento de la presencia de ruidos y voces lo que se conoce como *acufenos*. Además, disminuye la producción de endolinfa uno de los dos líquidos implicados en el mantenimiento del equilibrio. Siendo estas modificaciones las que comportan una *presbiacusia*, caracterizada por el deterioro de la sensibilidad a la frecuencia alta, a la percepción, y a la localización de los sonidos.

En el sentido del gusto y del olfato:

- El gusto disminuye principalmente para lo dulce y lo salado, mientras que la sensibilidad para los sabores ácido y amargo permanece igual. Y también la deglución se ve afectada.
- Disminuye la capacidad para distinguir los olores.

### 2.1.9 SISTEMA INMUNOLÓGICO

- La respuesta frente a los antígenos esta disminuida, al igual que la producción de anticuerpos, por lo que aumentan las neoplasias y las infecciones.
- Se dice que tres años antes de morir hay una caída del número de linfocitos circulantes.

### 2.1.10 SISTEMA ENDOCRINO

- En las glándulas suprarrenales, la secreción de aldosterona disminuye con la edad, lo cual puede contribuir al mareo y así mismo a una disminución de la presión arterial.
- En las mujeres, los valores de estrógeno y prolactina generalmente disminuyen, mientras que los valores de testosterona generalmente también disminuyen a medida que los hombres envejecen.

## 2.2 MODIFICACIONES PSÍQUICAS

El estudio del comportamiento humano incluye el abordaje de:

- La **conducta motora** que se refiere a lo que la persona hace.
- La **conducta emocional** interpretándose como lo que la persona siente.
- Los **procesos cognitivos** siendo estos lo que la persona piensa.

Así como otros aspectos como son la conciencia, la experiencia, la personalidad y la inteligencia.

A partir de los treinta años se inicia un declive de las capacidades intelectuales, que se acelera con la vejez, provocando a su vez una pérdida de la capacidad para resolver problemas debido a una falta de espontaneidad en los procesos del pensamiento reduciendo en gran medida la capacidad de adaptación ante situaciones desconocidas, dificultando también el lenguaje y la expresión. Del mismo modo se producen modificaciones en la memoria y por lo general aparecen

episodios de *amnesia*. Estas modificaciones pueden manifestarse en diversos aspectos como son:

- Las funciones cognitivas.
- La afectividad.

### 2.2.1 FUNCIONES COGNITIVAS

Como sugiere (Sánchez, 2005) hay otros factores que influyen de manera más significativa en el envejecimiento que la propia edad, como son factores históricos, económicos, sociales y biográficos, el nivel cultural y laboral, el estilo de vida, los déficits, las patologías, entre otros, tienen una influencia más relevante.

Siendo posible observar cambios en algunas de las siguientes funciones:

#### a) INTELIGENCIA

Es necesario resaltar dos tipos de inteligencia en este apartado por un lado la **inteligencia fluida** se refiere a la capacidad de adquirir nuevos conceptos y adaptarse a nuevas situaciones; y la **inteligencia cristalizada** se refiere a la utilización de las habilidades intelectuales ya aprendidas.

Según (Crespo, 1998) hay estudios que señalan que la inteligencia que se ve afectada en el envejecimiento es la de tipo fluida, mientras que la cristalizada la mayoría de las veces se mantiene estable. Sin embargo, debido a una falta de concentración, a la fatiga intelectual, más una falta de interés se puede dar una disminución de la eficiencia intelectual.

#### b) MEMORIA

En ese caso la pérdida de la memoria si está muy asociada a la edad y es demostrable y las modificaciones de la memoria están ligadas a la motivación cuyos factores que intervienen son:

- La interferencia de los datos, es decir, si los datos presentes entran en contradicción con la información que la persona ya tiene.

- Los sentimientos de impotencia o estados depresivos, donde se realiza un esfuerzo para recordar.
- La pérdida de interés.
- La lentitud en emitir la reacción de recordar ante los estímulos recibidos.
- Los problemas de percepción, como algunas modificaciones en los órganos de los sentidos mencionadas anteriormente.

Al envejecer, disminuye la habilidad para distinguir entre los recuerdos percibidos, los cuales se caracterizan por contener más detalles y los recuerdos generados por la propia persona ocasionando el aumento en la probabilidad de cometer errores de confusión.

#### c) RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Los adultos mayores presentan una mayor dificultad para utilizar estrategias nuevas. En el pensamiento existe un aumento en la prudencia e incluso dificultad quizás por miedo para la toma de decisiones, también hay tendencia a mantener los propios hábitos y las mismas estrategias que, aunque son poco pertinentes se repiten.

#### d) CREATIVIDAD

La creatividad depende de la experiencia y de la propia motivación del mismo entorno, la salud, el estilo de vida y la energía que uno tiene. Es por ello que se conserva la creatividad en cuanto a lo que tiene que ver con la originalidad, las elaboraciones, las acciones prácticas tomando como ejemplo a Picasso, Dalí, Alberti entre otros que crearon muchas de sus mejores obras en edad avanzada.

#### e) REACCION A ESTIMULOS

A medida que se envejece se observa una menor eficacia para responder a ciertos estímulos y transformar esos estímulos en imágenes mentales, lo que causa dificultad en la comprensión. Y en el caso de que exista una respuesta esta será lenta ante el estímulo emitido previamente.

### **2.2.2 AFECTIVIDAD**

Hasta el momento no hay datos de que la vida afectiva de los adultos mayores sea mejor o peor en comparación con la vida de las personas más jóvenes, la afectividad a su vez está relacionada con tres aspectos que son:

#### **a) LAS EMOCIONES**

Con el envejecimiento se desencadenan ciertos sentimientos de inutilidad o de impotencia ante determinadas situaciones, especialmente de pérdida que puede ser de familiares, amigos, trabajo y salud.

#### **b) LAS MOTIVACIONES**

La motivación está muy relacionada con la capacidad de mantener actividades satisfactorias, de ocupar el tiempo en alguna actividad de interés propio, así como la influencia del entorno en la vida de cada persona.

#### **c) LA PERSONALIDAD**

La mayoría de los autores entre ellos (Freud, 2006) afirman que la personalidad permanece estable a lo largo de la vida. Sin embargo, los factores que pudieran influir en las modificaciones de la personalidad son: la salud física y mental, las actitudes desarrolladas a lo largo de la vida, la pertenencia a un grupo, la identidad social, las interacciones familiares actuales y pasadas, las situaciones de vida como la jubilación y la madurez emocional.

### **2.3 MODIFICACIONES SOCIALES**

Como es evidente la sociedad asigna a cada grupo de edad un rol específico, y por supuesto el papel que desarrolla el adulto mayor en la comunidad tiene una relevancia y características importantes. En el envejecimiento a nivel social se debe tener presente la influencia que ejercen entre sí el individuo y la sociedad. En estas modificaciones sociales se incluye la salud, el trabajo, la familia, la economía, la cultura y hasta aspectos jurídicos.

De acuerdo a García, Cardozo y otros autores es posible estructurar las modificaciones sociales del envejecimiento de acuerdo a los diferentes roles que ejerce una persona. (Sellarés, 2012)

### **2.3.1 ROL INDIVIDUAL**

Al envejecer se hacen muy evidentes las pérdidas especialmente las afectivas usualmente caracterizadas por la muerte de un cónyuge o de algún amigo, lo cual va acompañado de una gran tensión emocional y un sentimiento de soledad que casi siempre es difícil de superar. Siendo así es a partir de este momento, que el adulto mayor va tomando conciencia de que la muerte está cada vez más cerca.

Del mismo modo las relaciones con la familia cambian:

- En una primera etapa cuando el adulto mayor es independiente, es muy probable que su rol sea ayudar a los hijos y actuar como el cuidador de los nietos.
- En una segunda etapa cuando ya aparecen problemas de salud para el adulto mayor las relaciones se invierten, y es en este momento donde aparece la polémica de analizar que opciones existen y cuales; se pueden utilizar para cubrir las necesidades que el adulto mayor presenta, siendo las opciones más comunes la ayuda domiciliaria o el ingreso del adulto mayor en una residencia.

Algunas de estas situaciones se deben a los cambios en las estructuras familiares, por ejemplo, la inclusión de la mujer en el mundo laboral, la disminución en el número de los integrantes que componen a la familia, siendo todo esto lo que provoca que padres, abuelos, tíos y nietos no convivan en el mismo espacio al contrario de lo que ocurría en los núcleos familiares a principios y mediados del siglo XX. Además de la transición de un medio rural a uno urbano siendo este hecho el que ocasiona en la persona una sensación de desarraigo respecto a su entorno y una dependencia respecto a los hijos.

En términos de estructura familiar, los individuos envejecen en la actualidad de forma muy diferente a como lo hacían sus ancestros, en lo que respecta a las formas

de convivencia se han protagonizado una verdadera separación de las relaciones familiares, al papel individuo dentro de la familia y a la respuesta que puede dar cuando aparecen las situaciones de dependencia, más frecuentes ahora que en generaciones anteriores (Puga, Abellán y Sancho, 2006).

Una mayor longevidad y una menor fecundidad están cambiando las estructuras familiares; teniendo como resultado el desarrollo de familias con más generaciones viviendo a la vez y menos extensas, con menos parientes y menos generaciones colaterales, en las que el tamaño empieza a ser similar, es decir, a tener parecida cifra de personas entre abuelos, hijos y nietos.

La longevidad es responsable de que un adulto viva más años en el papel de hijo de un padre de edad, que como padre de su propio hijo. En muchos de los casos, este papel de hijos implica la responsabilidad de atender y cuidar a padres que ya no tiene la capacidad de ser autónomos. Es posible que las mujeres quienes son tradicionalmente las proveedoras de los cuidados dentro de la familia, inviertan muchos años cuidando a sus padres, que con frecuencia serán dependientes, al igual que a sus hijos mientras no son autónomos del todo para las actividades de la vida cotidiana.

Sin duda el estado matrimonial tiene gran relevancia dentro del rol individual ya que afecta al bienestar emocional y económico de los mayores, especialmente a los que sufren alguna enfermedad o discapacidad; pues la situación en varias de las ocasiones determina la forma de convivencia de la persona de edad y la disponibilidad que tendrá de cuidadores (Naciones Unidas, 2009). Así mismo las personas mayores casadas tienden a tener una mayor seguridad financiera y menos probabilidad de institucionalizarse.

## VIUDEZ

Los cambios en el estado conyugal pueden llegar a afectar a los ingresos por pensión y a las redes sociales de apoyo; es sin duda más probable que los varones puedan perder contactos si la mujer fallece, mientras que la mujer tiende a mantener la red de apoyo tras la muerte de su esposo (Kinsella y Wan, 2005). Vivir con el cónyuge es un factor determinante que contribuirá o no a la independencia

funcional. En cuanto a los varones de edad que están casados será más probable que estos vivan acompañados y reciban asistencia de su esposa en caso de discapacidad hasta su fallecimiento.

Los varones y las mujeres casadas tienen las tasas de mortalidad más bajas, los varones viudos seguidos de los solteros y las solteras tienen las tasas más altas; las mujeres separadas o divorciadas representan las cifras más bajas de todos. Quizá los varones viudos tienen una edad más alta en comparación con la de su mujer ya fallecida, lo que aumenta su riesgo de mortalidad. Además, las mujeres viudas pueden encontrar una red social más amplia, muchas veces constituida también por mujeres viudas, porque es una mayor cantidad que los varones viudos.

### **2.3.2 ROL EN LA COMUNIDAD**

En la actualidad la sociedad valora únicamente al ser humano activo caracterizado por ser capaz de trabajar y ganar riquezas. En este caso el adulto mayor en la mayoría de las ocasiones es jubilado y es una persona que no es activa para la sociedad, pero sin embargo todavía tiene las posibilidades de aportar conocimientos y realizar tareas comunitarias. El hecho de envejecer modifica el rol del adulto en cuanto a dos actividades significativas como son la actividad laboral y las tareas comunitarias.

A partir del momento en el cual la sociedad empezó a relegar al individuo en edad senil al grupo de los ancianos, se fomentó el crecimiento de grupos formados únicamente por adultos mayores lo que provoca un mayor distanciamiento entre una generación y otra, en los últimos años se ha observado una despreocupación por parte de los nietos hacia sus abuelos, hasta el punto de no querer convivir en el mismo núcleo familiar.

## CAMBIOS EN LOS TIPOS DE CONVIVENCIA

Otro de los factores que influye en el rol social se enfoca fundamentalmente en el tipo de convivencia, la proximidad de la convivencia, la frecuencia de los contactos. Se trata de transferencias entre espacio y tiempo. La convivencia es la primera forma de relación entre las personas y uno de los principales vehículos de la solidaridad. Las formas de convivencia reflejan preferencias socioculturales, por ejemplo, a vivir con hijos o en familias grandes, o en una creciente propensión a la autonomía residencial, pero también un mayor o menor valor del deseo de institucionalización al llegar a la edad adulta.

En la vejez, el tipo de convivencia cambia debido a diversos eventos o transiciones demográficas o familiares o se vive de la misma forma durante toda la vejez, por otro lado, la mayoría de las personas de edad pasan por diferentes etapas en las que forman parte de distintos tipos de hogares.

Siendo el ciclo más frecuente el del hogar familiar que empieza con un hogar conformado por padres e hijos durante la edad adulta; para luego transformarse en un nido vacío con las separaciones residenciales de los hijos; después se produce el fallecimiento de uno de los cónyuges, dando paso a una etapa en soledad y, por último, se puede producir la reagrupación en el hogar de alguno de los hijos o la institucionalización o la desaparición del hogar.

Este patrón de transformación de las formas de convivencia a lo largo de la vejez es bastante común, de este modo, entre los 65 y los 69 años, menos de la mitad de las personas mayores vive con algún hijo. Esta forma de convivencia se va reduciendo progresivamente a medida que aumenta la edad y es posible que aparezca la soledad.

El aspecto de soledad se ha estado modificando constantemente y posiblemente esta tendencia continúe en los próximos años representada por una mayor presencia de soledad y un menor número de hogares en pareja; debido a que la mortalidad masculina y la autonomía han disminuido, en consecuencia, de la escasez de las mejoras en las condiciones de salud y un incremento de

dependencia económica. Pero, esta situación puede traducirse también en una mayor vulnerabilidad frente a situaciones de fragilidad y necesidad de ayuda.

De este modo las personas que viven solas tienen un mayor riesgo de experimentar aislamiento social y deprivación económica. Resaltando que el aislamiento social se presenta en mayor medida en la viudez que como ya se comentó predomina en las mujeres, debido al aumento en la mortalidad masculina, causante de que sean las mujeres las que sufren la soledad la mayoría de las veces. Lo que hace que se encuentren solas; cuando comienzan los problemas de dependencia y de necesidad de ayuda en los últimos años de la vida, este hecho se ha observado desde inicios de los años noventa con una tendencia al aumento de hogares solitarios.

## PROXIMIDAD

La proximidad es un instrumento muy útil, pues permite mantener lazos estrechos siguiendo una tradición cultural y creando una intimidad a distancia que permite autonomía e independencia, con la certeza y la seguridad de un apoyo material y emocional próximo. La frecuencia del contacto entre padres e hijos repite el patrón de resistencia a la proximidad.

## CONTACTOS

Los lazos dentro de la comunidad se han debilitado con el paso del tiempo. Incluso las relaciones pueden ser cada vez más prolongadas, pues hay menos tiempo compartido hasta en la familia, es decir, entre padres mayores e hijos, y más aún entre miembros de otras generaciones como es el adulto mayor.

El contacto no solamente con la familia (hijos y nietos) es un elemento destacado de la calidad de vida para muchas personas mayores. La cantidad de contactos (presenciales o por teléfono) que las personas mayores tienen es un indicador importante de su integración dentro de la comunidad a la que pertenecen y también del potencial de asistencia, apoyo material y emocional del que disponen.

Se ha observado que las mujeres ven más a menudo a los miembros de su familia o por lo menos hablan con ellos a diario en comparación con los hombres. Sin embargo, se ha recabado información sobre el mayor contacto presencial que tiene

los hombres con sus amigos incluso más que con sus familiares, a diferencia de las mujeres. Es decir, mientras el hombre ve a diario o casi diario a todos sus amigos, contacta a todos o casi a todos los familiares en menor porcentaje.

Reproduciéndose así las redes sociales previas a la edad de jubilación, en donde por lo general los hombres serán más próximos a los amigos y a los compañeros de trabajo, mientras que las mujeres se preocuparán más por mantener los lazos familiares, aspecto del cual se hablara de forma breve a continuación.

### **2.3.3 ROL LABORAL**

La modificación de mayor relevancia que se produce a nivel laboral es la de la jubilación de la persona, entendiendo la jubilación como el acto administrativo por el que un trabajador activo, ya sea por cuenta propia o ajena, pasa a una situación pasiva o de inactividad laboral, luego de alcanzar una determinada edad máxima de acuerdo a las disposiciones legales para trabajar, o edad a partir de la cual se le permite a la persona abandonar la vida laboral y recibir una retribución por el resto de la vida.

Sin embargo, el establecimiento de una retribución económica se plantea sin tener en cuenta los aspectos físicos, psicológicos y sociales que conlleva la jubilación, ni tampoco el difícil proceso de adaptación por el que pasan algunas personas, dado que la adaptación es difícil porque la vida para la mayoría de los individuos está orientada al trabajo y a la actividad.

De la misma manera las relaciones sociales se ven afectadas al abandonarse el ambiente laboral, además los recursos económicos son menores y aumenta el tiempo libre lo que genera el sentimiento de angustia al “no tener nada que hacer” Algunos autores han estudiado las modificaciones sociales en el proceso del envejecimiento por lo que se han desarrollado diversas teorías sobre los cambios en el envejecimiento, entre estas teorías destacan:

## 2.4 TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN

La Teoría de la desvinculación fue establecida por Cumming y Henry en el año 1961, Se conoce también como “teoría del retraimiento”, o “teoría del desapego”, como indica Leopoldo Salvarezza. Esta es una teoría psicosocial del envejecimiento porque afecta a las relaciones entre el individuo y la sociedad, así como a los procesos internos que experimenta una persona en su declinar de la vida.

E. Cummings y W.E. Henry publicaron el resultado de una investigación llevada a cabo por un equipo de investigadores pertenecientes al Comité de Desarrollo Humano de la Universidad de Chicago. El estudio se realizó en el medio ambiente natural donde viven las personas, ya que ahí han establecido sus vínculos afectivos y desarrollo laboral. En este encuadre, se observó cómo los individuos estudiados en edad madura con el paso de los años iban reduciendo el número de actividades y limitando los contactos sociales.

Esto dio lugar a la formulación de la teoría de la desvinculación de las personas mayores con la sociedad, como proceso inevitable del envejecimiento que va acompañado de una disminución gradual del interés por las actividades y los acontecimientos sociales del entorno de las personas ancianas. Se produce una dinámica de desarraigo generada por la disolución del anciano a la red social de pertenencia, separándose de este grupo sin unirse a otro.

Consecuentemente, se va originando una serie de comportamientos y reacciones que le impulsan a la búsqueda del retiro social:

- Alejamiento de interacciones sociales.
- Desinterés por la vida de los demás.
- Reducción de compromisos sociales.
- Interés principal centrado en sí mismo, en su mundo interior y circunstancias personales.

A la par que el individuo se va desvinculando de la sociedad, también ésta va promoviendo acciones para favorecer este distanciamiento entre la sociedad y el individuo que envejece facilitando la exclusión del medio social como:

- El cese de actividades laborales.
- La pérdida del rol social o familiar.

Según esta teoría, el distanciamiento que se produce entre el individuo y la sociedad es beneficioso para ambos:

Por una parte, la persona anciana no se verá sometida a situaciones de difícil solución que al no encontrar respuesta le provocaría sentimientos de incapacidad o de angustias. Y de esta manera, la persona adulta se libera de cumplir con los compromisos y obligaciones sociales que se requieren en una vida activa.

Por otro lado, la sociedad también obtiene beneficios porque merced a esta actitud de distanciamiento o retirada de las personas que van envejeciendo se facilita la entrada en la vida social y económica de las generaciones más jóvenes.

Las premisas que sirven de soporte a esta teoría son las siguientes:

1º.- La desvinculación es un proceso universal, es decir, todas las personas mayores de cualquier cultura y momento histórico tienen tendencia a este desapego de la vida social.

2º.- La desconexión o ruptura de vínculos entre el individuo y la sociedad es un proceso inevitable en el envejecimiento.

3º.- El desarraigo es intrínseco a todos los individuos y no está condicionado por variables sociales.

Podría concluirse que la desvinculación del individuo y la sociedad y su tendencia al aislamiento es un proceso normal del envejecimiento. Además, la teoría de la desvinculación, se encuentra justificada por quienes conceptúan la vejez como un proceso de declinación o transformación fisiológica o biológica, repleto de pérdida de las funciones sensorio-motoras como consecuencia del deterioro progresivo de los distintos sistemas del cuerpo humano. (Cáceres, 2014)

## **2.5 TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON**

Margaret Jean Harman Watson nació en el sur de Virginia en 1940. Enfermera estadounidense. Licenciada en enfermería y psicología, doctora en psicología. Es fundadora del Center for Human Caring en Colorado y es miembro de la American Academy of Nursing. En su teoría muestra un interés por el concepto del alma y enfatiza la dimensión espiritual de la existencia humana. Watson afirma que su orientación es existencial-fenomenológica y espiritual. También adopta el pensamiento de la escuela humanista, existencial y de la psicología transpersonal.

En 1985 publica su libro *The Philosophy and Science of Caring*, donde afirma la necesidad de aportar un nuevo significado y dignidad a enfermería y al cuidado del paciente. Según la Teoría del Cuidado Humanizado de Watson J, sustenta la necesidad de integrar sus preceptos teóricos en las diferentes esferas del quehacer enfermero, gestión, asistencia, formación, docencia e investigación.

El cuidado transpersonal es “una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana”, lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica. El cuidado humanizado representa una guía y apoyo a la práctica por cultivar una conciencia de cuidados, y establecer una relación terapéutica fuerte y sostenible; que representa el quehacer de enfermería, basado en valores humanísticos con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes y mejorar su calidad de vida.

La Teoría del Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. Lo anterior requiere de un compromiso moral por parte todos, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado.

Se debe asumir una respuesta que envuelva un poder espiritual de afectividad, junto con los siguientes elementos:

- **Paciencia y Tolerancia:**  
La paciencia es un componente importante del cuidado: yo dejo al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera, con paciencia, yo doy tiempo y por lo tanto posibilito al otro encontrarse a sí mismo en su propio tiempo.
- **Sinceridad:**  
En el cuidado soy sincero al intentar ser verdadero, al cuidar de otro, debo ver al otro como él es y no como a mí me gustaría que fuese, o como siente que debe ser. Si voy a ayudar a otro a crecer, debo corresponder a sus necesidades de cambio. Pero además de ver al otro como él es, debo también verme a mí como yo soy.
- **Confianza:**  
El cuidado implica confiar en el crecimiento de cada persona en el tiempo determinado. Confiar en el otro es dejarlo en libertad; esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, y ambos exigen coraje.
- **Esperanza:**  
Existe la esperanza de que el otro crezca a través del cuidado brindado. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades.

Igualmente, la comunicación representa una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad. (Ramirez, 2015)

## 2.6 ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

El aumento en el número de personas mayores no debe significar necesariamente más dependencia ni más enfermedad, puesto que al mismo tiempo aumenta la esperanza de vida y así será posible la producción de una mejora del estado de salud y un retraso en la aparición de la morbilidad. La actual imagen negativa del envejecimiento asociada a las enfermedades, el deterioro, la carga social y económica, la dependencia entre otros aspectos se debería modificar para lograr un envejecimiento saludable.

Los hábitos y los estilos de vida que se adoptan en la infancia y en la edad adulta influyen en el nivel de salud en el envejecimiento. Hasta hace poco se consideraba que era posible la implementación de estrategias preventivas aplicadas en las etapas más jóvenes de las personas, pero actuar en beneficio de los estilos de vida y los factores de riesgo de los adultos mayores no tenía efectividad porque eran difícilmente modificables y mejorables. Hoy en día se busca incrementar el número de actividades preventivas dirigidas a los ancianos que favorezcan una mejora en la salud.

Dentro del envejecimiento, las personas que tiene un mayor riesgo de la pérdida de la autonomía debido a la presencia de *comorbilidad*; son las que podrían beneficiarse más de las medidas preventivas para evitar o retrasar la presencia de deterioro funcional y/o cognitivo, además de disminuir la morbimortalidad y mantener o mejorar la calidad de vida.

Es en esta etapa de la vida donde son aplicables actividades de prevención a:

- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades endocrinas.
- Enfermedades infecciosas.
- Cáncer.

Donde destacan:

- El tratamiento de la hipertensión arterial (HTA).
- El abandono del tabaco.
- Las vacunaciones (neumonía, gripa, etc.).
- La práctica de ejercicio físico.
- La detección de la osteoporosis en las mujeres mayores de 65.

Es necesario comprender que envejecer no significar enfermarse. Por ello, se debe entender al envejecimiento como un proceso de adaptación. Lo que quiere decir que no tendría que ser una etapa de renunciadas innecesarias, sino una adaptación a una nueva situación.

Anteriormente los jóvenes convivan con sus abuelos y abuelas y ser parte de una familia con bisabuelo o bisabuela era algo novedoso. Todo ello ha derivado en que las personas mayores tengan cada vez más una menor presencia en nuestra vida dado que: tienen un peor estado de salud, son menos participativos y, por lo tanto, no desempeñan un papel importante en nuestra sociedad, ni por derecho ni por deber, como parte de la ciudadanía.

Este hecho también exige una adaptación de los grupos sociales, para que reconozcan la auténtica realidad de las personas mayores y sus enormes potencialidades, pero como ya se mencionó las personas mayores se encuentran en buena parte inactivas y enfermas, además de ser dependientes para realizar la mayoría de sus actividades, demandando espacio y voz social. La mayoría de los adultos mayores tienen baja autoestima, porque se sienten inútiles para la sociedad.

La OMS define el envejecimiento activo como:

El envejecimiento activo es el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas. (OMS, 2001)

## **2.6.1 FACTORES QUE FAVORECEN EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE**

Las actividades preventivas que se deberían realizar en esta etapa principalmente son: las vacunaciones, los cribados, la detección oportuna para diagnosticar y tratar precozmente los problemas de salud existentes aunado del consejo para afrontar las enfermedades crónico-degenerativas y los problemas de salud relacionados con los estilos de vida como: la alimentación, el ejercicio físico, el tabaquismo, el consumo de medicamentos, la salud bucodental, los trastornos cognitivos y los trastornos depresivos.

Se debe insistir en una mejora del nivel de salud de la población, para que del mismo modo se vea reflejado en un incremento notable de la esperanza de vida y de la calidad de vida. Dado que en nuestro estado de salud intervienen diferentes factores como los ya mencionados, además del sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad ocasionados por dietas poco equilibradas, que se relacionan con un incremento en las diferentes enfermedades crónico-degenerativas (cardiovasculares, diabetes, etc.)

Se reitera que envejecer no significa enfermarse y por el contrario es un proceso de adaptación a una nueva etapa de la vida y situación corporal que requiere unos nuevos hábitos que se adquieren incorporando cambios de acuerdo al estilo de vida para beneficiar y mantener la salud, es por eso que se requiere un especial énfasis en algunos aspectos que se mencionaran a continuación.

### **2.6.1.1 ALIMENTACIÓN**

Para mantener un buen estado de salud, se necesita una alimentación equilibrada y un correcto estado nutricional. Además de la relación que existe entre la alimentación y los riesgos cardiovasculares, la osteoporosis o el cáncer. En las personas mayores se producen múltiples situaciones que pueden provocar riesgo de malnutrición. La persona mayor que tiene enfermedades crónico-degenerativas o algún déficit funcional, habitualmente también tiene estados nutricionales

inadecuados, e igualmente existen subgrupos que presentan un alto riesgo de desnutrición, entre los que destacan:

- Las personas de edad avanzada.
- Los adultos mayores que viven en residencias para ancianos.
- Las personas mayores que viven solas.
- Los individuos de edad avanzada que se encuentran hospitalizadas en centros de larga estancia.

Una forma útil para conocer y poder intervenir en los problemas de alimentación toma en consideración algunos aspectos como: el control de peso o el índice de masa corporal (IMC), la detección oportuna de los factores de riesgo de la desnutrición, los trastornos del comportamiento, el abuso en el consumo de medicamentos, entre otros.

Las patologías que pueden aparecer si existe una mala alimentación son:

- Enfermedades coronarias y cerebrovasculares:  
Relacionadas con el exceso de colesterol malo (low density lipoproteins ([LDL]) y el déficit de colesterol bueno (high density lipoprotein [HDL]). Una manera de mejorar el valor del HDL es el ejercicio físico. Además, las frutas y las hortalizas disminuyen el riesgo de aterosclerosis prematura, trombosis de arterias coronarias, cerebrales o periféricas, trombosis venosa y como se ha descubierto recientemente, el riesgo de desarrollar Alzheimer.  
Por otro lado, también los ácidos grasos OMEGA 3 modulan la trombosis, y la hipertensión arterial (HTA) muy relacionada con el exceso de sal en la dieta.
- Cáncer:  
Está demostrado que la ingesta de fruta y verdura disminuye el riesgo de la aparición de cáncer, ya que estos alimentos tienen un efecto antioxidante.
- Osteoporosis:  
La ingesta de calcio, fósforo, zinc, magnesio, cobre y vitaminas D, K y C ayuda a disminuir el riesgo de padecer dicha enfermedad.

- Anemias carenciales:  
El déficit de minerales y vitaminas como el hierro, el ácido fólico, la vitamina B12 y el zinc son la causa de la mayoría de las anemias carenciales.
- Cataratas:  
Los antioxidantes (vitamina C, vitamina E y carotenos, pueden prevenir la catarata senil; puesto que la riboflavina y la niacina reducen el riesgo de catarata nuclear en ancianos.

También se deben tomar en consideración aspectos relacionados como son la conservación, la elección y la manipulación de los alimentos. Además, cabe mencionar que una buena alimentación no podrá garantizar la salud, pero si cumple con las características fundamentales, combinada con un buen estilo de vida, si puede contribuir a prevenir y tratar las diferentes enfermedades.

Cabe destacar que la alimentación para el envejecimiento saludable necesita, en muchos de los casos, ciertas adaptaciones para poder obtener un mejor rendimiento desde el punto de vista nutricional. En primer lugar, es importante considerar la cantidad de energía que una persona mayor necesita al día, es decir, el total de kilocalorías que tendría que ingerir de los alimentos para mantener sus funciones orgánicas en buenas condiciones y llevar a cabo las diferentes actividades de su vida diaria.

Sin dejar de lado que las personas mayores tienen un menor gasto energético, por lo tanto; su ingesta de alimentos es menor también, pero es importante incluir en cada tiempo de comida (desayuno, comida, cena) un alimento de cada grupo de acuerdo al Plato del Bien Comer y además cumplir con ciertas características.

#### **2.6.1.2 DIETA CORRECTA**

1. Que la alimentación sea **completa**, es decir, que se incluyan en cada comida alimentos de los 3 grupos. Es indispensable combinar los alimentos de los diferentes grupos, para obtener todos los nutrientes que necesitamos diariamente para mantenernos vivos y sanos. Ningún alimento contiene todos los nutrientes que necesita nuestro organismo.

2. Que la alimentación sea **suficiente**, que satisfaga las necesidades que tenemos de todos los nutrientes, de tal manera que un adulto tenga una buena nutrición y peso saludable. Usualmente esto nos lo indica nuestro propio organismo mediante sensaciones como el hambre y la saciedad, que son las que regulan la cantidad de alimentos que comemos.
3. Que la alimentación sea **equilibrada**, que los nutrientes guarden las proporciones apropiadas entre sí, que son aproximadamente las sugeridas en las fracciones que corresponden a los distintos grupos de alimentos en el Plato del Bien Comer.
4. Que la alimentación sea **inocua**, que su consumo habitual no implique riesgos para la salud. Que esté libre de toxinas, contaminantes, bacterias u otros microorganismos que causen daño a la salud.
5. Que la alimentación sea **adecuada**. Que sea acorde a los gustos y la cultura de quien la consume y ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características.
6. Que sea **variada**, que incluya diferentes alimentos de cada grupo en las comidas. Los alimentos de un mismo grupo pueden intercambiarse entre sí para lograr una mejor combinación con los otros, según los gustos y costumbres de cada quién. La utilización de alimentos de temporada, de diferentes sabores, colores, olores y consistencias en cada comida, asegura una gran variedad en el consumo de los diferentes nutrientes que requiere nuestro organismo.

Los cereales y sus derivados, los tubérculos, las verduras y frutas son los alimentos que van a estar en una mayor proporción en nuestra alimentación, mientras que las leguminosas y los alimentos de origen animal deberán estar

en menor proporción y las grasas y azúcares en una proporción mucho más pequeña. (preveniSSSTE, 2011)

Es necesario en la medida de lo posible tratar de cumplir con las características anteriores para que la dieta sea saludable y contribuya a mantener y mejorar el estado de salud. Los cambios fisiológicos que provocan la disminución del apetito en la persona de edad avanzada serán mencionados posteriormente.

### **2.6.1.3 CAMBIOS RESPONSABLES DE LA DISMINUCIÓN DEL APETITO**

- Cambios en la sensación del hambre:

Dado que se presenta una disminución de la sensación del hambre que hace que se ingieran alimentos en menor cantidad. Lo que puede provocar que aparezca un patrón de ingestas irregulares y con ello una ingesta de nutrientes insuficientes.

- Alteraciones en la sensación de sed:

La hidratación se considera esencial para la salud. Para avisarnos que estamos deshidratados, el cerebro hace que tengamos sed, pero con la edad esta sensación disminuye y el mecanismo que regula estas señales se deteriora y se vuelve menos eficaz de informar sobre la sensación de la sed, por lo tanto, aunque el cuerpo necesite agua, no se producen las señales en el organismo para hacer tomar conciencia de esta necesidad favoreciendo la deshidratación.

En general, los síntomas de deshidratación son:

- Cefaleas.
- Polidipsia.
- Astenia.
- Adinamia.
- Dificultad de concentración.

- Fiebre.
- Taquicardia.

A fin de evitar la deshidratación, se pueden recomendar: Beber de 2 a 3 litros diarios sin esperar a tener sed y además de beber agua, tomar otros líquidos como, refrescos, zumos, caldos... Recordando que el sabor de las bebidas puede ayudar. El adulto mayor también debe consumir alimentos ricos en agua como: frutas, verduras y legumbres. Así mismo evitar el consumo de bebidas alcohólicas, mantenerse en un ambiente fresco y ventilado evitando la exposición al sol en horas de calor intenso, usar protección solar y usar ropa ligera y transpirable.

El sistema inmunitario puede debilitarse y también existirán menos defensas para combatir una deshidratación. Del mismo modo es más frecuente padecer otras enfermedades, ya que las personas mayores acostumbran a tomar medicamentos que causan pérdidas de líquidos. Por lo cual, es importante tomar la cantidad de agua que el cuerpo necesita y considerar las recomendaciones previas.

- Alteraciones en el sentido del gusto:  
Resaltando que en la gente mayor hay una cierta disminución del número de papilas gustativas y como consecuencia, se percibirán con una menor intensidad los sabores básicos de los alimentos. Para compensar esa disminución, se intensificarán las cantidades de sal y azúcar, pudiendo llegar al abuso de estas sustancias. El apetito también puede presentar algunas alteraciones debido a otros cambios en los órganos de los sentidos, como pueden ser la vista y el olfato.

- **Modificaciones en la dentición:**  
Siendo los problemas bucales y dentales perjudiciales para la capacidad de masticar y mantener la variabilidad alimentaria, porque es muy difícil, e incluso imposible, masticar determinadas consistencias si no se cuenta con piezas dentales completas. Es necesario tener presente que, aunque hoy en día es viable la obtención de una prótesis dental, la buena adaptación será muy importante para la buena masticación.
- **Alteraciones en la motricidad:**  
Como los temblores o gestos imprecisos, junto con la pérdida de fuerza muscular, dificultan la preparación y más aún la ingesta de los alimentos.
- **Alteraciones intestinales:**  
Principalmente la absorción de algunos nutrientes como el calcio se puede ver alterada. Y también suelen producirse cambios en la salivación, coincidentes con las modificaciones dentales que van a dificultar la ingesta de alimentos. Por último otro factor que influye en la alimentación es la disminución de la peristalsis del aparato digestivo, que afecta a la capacidad de contracción y, por lo tanto, al paso de los alimentos.

Otros factores ligados al entorno que también afectan a la disminución del apetito son:

- **Factores psicológicos:**  
Dado el aumento del número de personas mayores en la sociedad actual y el elevado costo que conlleva a nivel personal, económico, social y familiar asociado al deterioro cognitivo y a la dependencia que produce es fundamental identificar los factores que puedan ayudar a reducir o, incluso, invertir el deterioro cognitivo (Colcombe et al., 2003).

Se deben resaltar la necesidad de comprender lo que significa el envejecimiento cognitivo una nueva disciplina conocida como neurociencia cognitiva del envejecimiento (Cabeza, Nyberg, y Park, 2005). Siendo el principal objetivo de esta ciencia el estudio de los cambios que se producen en el cerebro humano a nivel neural como consecuencia del envejecimiento.

Todos los seres vivos con el paso del tiempo sufren un deterioro físico que al final conduce irreversiblemente a la muerte. El hombre, como el resto de los seres vivos, nace, se desarrolla, se reproduce y muere. Una vez superado el periodo de la vida reproductiva, entra en un proceso de involución y deterioro progresivo de sus funciones físicas y mentales que le va a llevar a la muerte cierta, aunque cada vez se produzca más tarde.

Los factores genéticos interactúan con factores ambientales para producir una amplia diversidad de modos y tiempos de envejecer. El componente ambiental marca las pautas del envejecimiento. Por eso, es importante tener muy presente que cada individuo tiene en su mano mejorar su calidad de vida física y mental en esta etapa de la vida. La adhesión a formas de vida activa y saludable a lo largo de la vida contribuye a que las personas envejecan de forma saludable, de este modo seguir pautas de vida saludable redundan en el mantenimiento de la salud física y mental.

Estos factores predispondrán a una malnutrición, ya que disminuirán la motivación por la comida y por alimentarse para mantener un buen estado de salud. Se recomienda que no solamente el adulto mayor si no también los otros integrantes de la familia coman acompañados con el objetivo de disfrutar con la comida, siempre y cuando la convivencia sea armoniosa. (Ballesteros, 2007)

- Ejercicio físico:

Dado que la mayoría de la gente mayor disminuye su actividad física; no gastan tanta energía y no requieren tantas kilocalorías. Es por eso que se recomienda, realizar un mínimo de actividad para mantener el apetito, actividad que debe ser adaptada a las posibilidades de cada persona y que además ayude a mejorar el contacto con el entorno.

La práctica regular de actividad física moderada es benéfica para la mayoría de las personas y reduce el riesgo de padecer enfermedades cardíacas, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), y cáncer de colon, entre otras. También ayuda a mantener la independencia funcional de las personas mayores y mejora la calidad de vida.

Una deficiente actividad física aumenta el riesgo de morir junto con otros factores de riesgo como el tabaquismo, la diabetes mellitus o las enfermedades cardio-respiratorias. Además, beneficia a todas las patologías relacionadas con los huesos y las articulaciones e incluso está demostrado que disminuye el riesgo de caídas. Tal como afirma Becerro, la actividad física mejora las funciones: cognitiva, sensorial y motriz del cerebro; la función respiratoria, cardiovascular y digestiva.

Entendiendo a la actividad física como: Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y otras estructuras, lo que tiene como resultado un gasto energético que se añade al metabolismo. En otro orden de ideas hablamos de ejercicio físico cuando la actividad es planificada, estructurada, repetitiva, y tiene como objetivo la mejoría o el mantenimiento de la forma física.

Por lo antes mencionado realizar ejercicio físico permite:

- Mantener la capacidad de hacer cosas.
- Reducir el riesgo de padecer problemas cardiacos.

- Enlentecer la progresión de las enfermedades crónicas.
- Promover el bienestar psicológico.
- Facilitar las relaciones sociales.
- Obtener beneficios físicos, psicosociales, sociales, etc.

Entre los beneficios físicos destacan la capacidad de acelerar la cicatrización, la mejora del equilibrio, la coordinación y la agilidad. En cuanto a los aspectos psicosociales, permite mejorar el bienestar psicológico, la autoestima y la seguridad en sí mismo. También reduce el riesgo de aislamiento y soledad, mientras que aumenta la capacidad de ser independiente, autónomo y favorece la creatividad.

Del mismo modo el ejercicio físico incrementa los beneficios para la sociedad, puesto que se ha observado que se relaciona con una reducción en la demanda de servicios sociales y de salud, además aporta una imagen más positiva de la gente mayor y de su importancia para la comunidad favoreciendo también la economía de toda la comunidad.

## **2.6.2 SUSTANCIAS NOCIVAS PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE**

Por otro lado, se debe reconocer la gran importancia que tiene que el adulto mayor no tenga antecedentes de haber consumido sustancias tóxicas durante su vida tomando en consideración el tipo, la cantidad y la duración del consumo de una o varias sustancias, siendo las siguientes algunas de las principales.

### **2.6.2.1 TABACO**

El tabaquismo constituye la primera causa de muertes prevenibles y prematuras. Siendo uno de los factores de riesgo más importantes para las principales enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas en la persona mayor.

La nicotina y sobre todo el monóxido de carbono son las sustancias responsables del aumento de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares como cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y vasculopatía periférica.

De la misma manera las sustancias irritantes, como el óxido de nitrógeno, es uno los principales causantes de los procesos crónicos del aparato respiratorio presentándose como bronquitis crónica, enfisema pulmonar y asma bronquial que aparecen en el fumador.

Finalmente, las partículas procedentes del humo del tabaco (hidrocarburos policíclicos, aminas aromáticas, etc.) las cuales tienen un poder carcinogénico ya demostrado son responsables de la aparición de cáncer en distintas variedades como son: Pulmón, cavidad oral, faringe, laringe, esófago, páncreas, vejiga urinaria, pelvis renal y útero.

El tabaquismo es entonces una de las causas que dificultan la llegada al envejecimiento saludable, ya que disminuye la capacidad respiratoria y favorece la fatiga de rápida aparición, lo que limitara en gran medida e incluso invalida la realización de ejercicio físico. Además, el tabaquismo ocasionara patologías bucales y esto a su vez provocara la distorsión de los sabores, con el riesgo de sufrir desnutrición por una mala alimentación.

Por ultimo afecta al sistema cardiocirculatorio, dado que contribuye al deterioro del sistema circulatorio, provocando **estenosis** de los vasos sanguíneos y cabe resaltar que también disminuye el proceso de cicatrización de cualquier herida. En términos generales, más de un proceso orgánico se ve afectado por el mal hábito de fumar en una persona de edad avanzada, que tendrá como consecuencias el retraso de su evolución y una mayor dependencia a otra persona.

La sintomatología clínica inducida por el tabaco se presenta de la siguiente manera:

- Astenia.
- Adinamia.
- Anorexia.
- Disnea ante esfuerzos violentos y de corta duración.
- Cefalea de predominio vespertino.
- Disfonía.
- Faringitis seca, crónica y con fases de reactivación.
- Tos seca, impulsiva, irritativa o productiva, con expectoración matutina.
- Alteraciones de la esfera sexual.
- Disminución de la libido y, en algunos casos, hasta impotencia debido a la insuficiencia arterial.
- Embotamiento matinal, sensación de descanso insuficiente y dolores erráticos.
- Coloración amarillenta de los dientes/ Quelación.
- Lengua saburral.
- Gingivitis y piorrea.
- Halitosis.
- Dolores perioculares y frontales.
- Dolores torácicos atípicos, que pueden ser difusos
- Pseudopresión torácica y pinchazos precordiales.
- Bronquitis episódicas.
- Aumento de la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria.
- Interferencia en la actividad física y mental, con disminución de la capacidad o resistencia corporal y de la agudeza visual.
- Aumento del peristaltismo gástrico y de su secreción glandular.
- Disminución de la secreción de insulina.
- Aumento de la glucogénesis hepática.

### 2.6.2.2 ALCOHOL

El alcoholismo es un factor de riesgo muy presente en la sociedad actual, no solamente para el adulto mayor sino también para los otros grupos de edad, en este caso el tema se desarrollará brevemente. Se considera como un consumo de riesgo al ingerir la cantidad de alcohol que es capaz de llegar a producir problemas de cualquier tipo o también en algunas circunstancias que pueden aumentar las complicaciones como la medicación y los problemas hepáticos, etc.

En la mujer se habla de un consumo de riesgo cuando se beben cantidades de alcohol superiores a 140 g a la semana; mientras que en el hombre esta cantidad se eleva a 280 g. Así mismo se considera en riesgo aquella persona que consume más de 80 g en un periodo de tiempo corto o al menos una vez al mes. Normalmente para las personas no es fácil reconocer que tienen una adicción al alcohol y es poco probable que pidan ayuda.

Dentro de los principales síntomas que provoca el alcohol están:

- Aspecto de mayor edad de la que se tiene.
- Edema generalizado.
- Desnutrición.
- Inyección conjuntival.
- Fetor etílico.
- Aspecto descuidado.
- Ronquidos y sibilancias
- Piel y faneras con:  
rubicundez, telangiectasias malares, hipertrofia parotídea, eritema palmar.
- Hipertensión
- Arritmias

- Signos de insuficiencia cardíaca
- Varices.
- Dolor abdominal
- Hepatomegalia
- Ascitis
- Esplenomegalia
- Pancreatitis
- Trastornos de esófago y estómago.
- Temblor fino en la lengua y extremidades.
- Déficit sensitivo-motor bilateral simétrico.
- Parestesias.
- Disminución de la agudeza visual.
- Mialgias
- Atrofias vasculares.
- Ginecomastia.
- Insomnio.

## **2.7 ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD**

El envejecimiento patológico, por el contrario, se caracteriza por un envejecimiento que viene marcado por distintas enfermedades físicas y mentales. Un ejemplo típico del envejecimiento patológico es el que se produce cuando la persona mayor padece la demencia conocida como enfermedad de Alzheimer (Baltes y Baltes,1990).

La calidad de vida de las personas mayores va a depender del tipo de vida que tengan. Sin embargo, las personas pueden hacer mucho por conseguir un envejecimiento activo. Es preciso comprender cómo se relacionan los cambios producidos en la estructura del cerebro con los cambios conductuales, y en qué medida ciertas variables relacionadas con estilos de vida saludables y activos, una dieta equilibrada y otros factores pueden prevenir el deterioro cognitivo producido

como resultado de las alteraciones del sistema nervioso central (SNC) y para contribuir a una mejor calidad de vida.

En la actualidad las enfermedades crónicas y degenerativas sustituyen a las enfermedades infecciosas y parasitarias que nos afectaban antes, es un cambio epidemiológico global, mucho más acentuado entre los mayores, donde las enfermedades degenerativas son los principales diagnósticos de enfermedades y causas de muerte. Por lo cual es indispensable implementar las mejoras en los medicamentos, la rehabilitación y en desarrollar un sistema sanitario que contribuya a la disminución de la discapacidad y la muerte.

El incremento de demencias y alzhéimer comprometen una buena parte de las enfermedades crónicas y degenerativas, siendo los problemas que crean mayor presión emocional y física en las personas mayores destacando al grupo de las mujeres por ser más numeroso.

El resultado de estos padecimientos entre otros, es el importante incremento del gasto sanitario, no solamente atribuible al proceso de envejecimiento como se mencionó anteriormente sino también al incremento de las situaciones de cronicidad, por ello es necesaria una mejora notable de los equipamientos y especialmente en los servicios sanitarios.

Desafortunadamente la cifra de estancias para adultos mayores es aún más significativa día con día, dado que las personas de edad han pasado de tener una estancia media a una estancia más prolongada o permanente en estos lugares. Este suceso cada vez es más frecuente en el resto de la población, tanto que, si se llevara a cabo una estadística y computo únicamente en hospitales y estancias de larga duración, la mitad estarían ocupadas por personas de edad que en su mayoría han sufrido maltrato en algún punto de la vida.

Si se planteara una situación caracterizada por mayor supervivencia y un aumento en la longevidad, dicha situación desencadenaría la necesidad de conocer de qué manera se viven esos años ganados a la muerte, es decir, conocer si lo que provoca el cambio en la mortalidad se debe a discapacidad o bien si se viven en mejores

condiciones de vida. Para confirmar si las mejores condiciones de vida están retrasando la aparición de la morbilidad y la mortalidad (teoría de la compresión de la morbilidad), al igual que conocer si ahora se vive más gracias a los avances médicos y farmacéuticos.

Por otro lado, se ha comentado que se vive más años, con más enfermedades crónicas, pero solo si estas no son graves, por lo que la calidad de vida no se ve afectada seriamente, es decir, menos limitaciones graves en tiempo actual, pero a futuro mayores situaciones de cronicidad en la enfermedad y la discapacidad. Puesto que la discapacidad y las limitaciones funcionales aumentan con la edad y están muy presentes entre los mayores.

La mayoría de las personas de edad tienen limitaciones para realizar las **actividades cotidianas básicas o de autocuidado** como vestirse, alimentarse, asearse, etc. Y las **actividades instrumentales** como quehaceres o tareas domésticas, comprar etc.) Según la encuesta Nacional de Salud, 2006) se estima que 2.034.369 individuos, sirven como evidencia de un serio problema de dependencia, pues la mayoría de esas personas mayores requieren ayuda para poder realizar esas actividades, o bien serán más propensos a institucionalización en alguna estancia destinada para ello.

A continuación, se mencionan algunos rasgos que influyen en la **dependencia** por parte del adulto mayor:

- El primer rasgo de la dependencia es que afecta más a las mujeres:  
Puesto que los varones son menos en comparación con las mujeres, donde ellas declaran experimentar limitaciones que aumentan notablemente con la edad y además tener problemas funcionales.
- El nivel de escolaridad:  
Este aspecto también marca diferencias, de modo que la proporción entre adultos mayores analfabetos o sin estudios casi triplica a las personas de edad dependientes pero que cuentan con estudios superiores; por lo cual es

uno de los factores determinantes del bienestar, del estado de salud y de las situaciones de discapacidad. Ya que cuando un individuo logra obtener un mayor nivel de escolaridad simultáneamente garantiza mejores oportunidades en la vida y la posibilidad de disponer de más recursos (materiales e intelectuales) para afrontar problemas de salud o discapacidad.

- La proyección de dependencia:

Es posible que se desarrolle una proyección de la dependencia iniciando con un escenario pesimista, con gran cantidad de dependencia constante similar a la actual, se estima un incremento de dependencia.

## **2.8 MORTALIDAD**

CONCEPTO La mortalidad de las personas mayores ha pasado a ser uno de los aspectos más relevantes, sustituyendo a la mayor proporción de fallecidos de corta edad observable desde la época pasada, en cambio ahora la mayoría de los fallecidos son personas mayores, pero a principios de siglo la situación era distinta.

Por otra parte, se está produciendo una homogeneización de las edades de muerte, siendo ahora muy próximas entre sí, es decir, edades más tardías y más concentradas en fecha y en causas. También se ha observado un descenso de las tasas de mortalidad de las personas mayores; lo que ocasiona como ya se mencionó anteriormente mayor longevidad.

En términos generales las enfermedades crónicas degenerativas como las circulatorias y los tumores son algunas de las principales que afectan a los adultos mayores. Lo que sin duda cambiara en la mortalidad entre los mayores determinando así el perfil general de la muerte pues la mayoría de los fallecimientos corresponden a personas de edad.

Además, es conveniente destacar por su incremento continuo en los últimos años los fallecimientos producidos a causa de enfermedades mentales o trastornos seniles y enfermedades nerviosas como alzhéimer. La mortalidad es mayor entre

las mujeres en estrecha relación con la longevidad y por lo tanto existirá un mayor riesgo de padecer las enfermedades degenerativas antes mencionadas.

## **2.9 CUIDADO GERIÁTRICO**

La mayoría de las personas mayores llevan una vida independiente. Sin embargo, algunas viven solas en estancias o centros para ancianos. Por lo cual para los que viven en instituciones es muy importante la atención y el tratamiento que reciben por parte de todo el personal de salud incluyendo al profesional de enfermería. Una atención adecuada contribuye de manera importante a la mejora de las condiciones de vida de los adultos mayores.

Por lo antes mencionado, la formación del personal, el trabajo dentro del equipo interdisciplinar y el control de la calidad de los servicios que se prestan a las personas de la tercera edad en las estancias son los pilares fundamentales para el buen funcionamiento de estos centros.

El estereotipo tan extendido hasta la fecha considera al anciano como alguien con una forma de ser fija, difícil o imposible de cambiar. Aunque no se debe pasar por alto que las conductas están estrechamente relacionadas con el entorno físico y social. Sin embargo, en ellos existen una serie de dificultades sensoriales, motoras, cognitivas y de comunicación que pueden hacer más difícil un cambio en el comportamiento.

Vallejo y Jordán aportan una serie de herramientas muy útiles que pueden utilizarse para ayudar a reducir las conductas problemáticas de los mayores en los ambientes geriátricos. Entre estas conductas, las más frecuentes son: la deambulacion, la incontinencia, las conductas agresivas y los problemas de sueño.

Los autores proponen la técnica del refuerzo diferencial (reforzar la ocurrencia de conductas diferentes o incompatibles con la que se desea) para lograr establecer conductas adaptadas y destacar la influencia de los encargados del cuidado hacia

las personas de la tercera edad. Del mismo modo es importante la forma en la que el individuo se comunica con el adulto senil.

En este sentido, es indispensable tener en cuenta ciertos puntos para fomentar una relación adecuada. Por ejemplo:

- Dirigirse a los mayores con frases cortas y lenguaje claro.
- Evitar tecnicismos profesionales que no entienden
- Mantener el contacto visual durante la comunicación.
- Atender a sus demandas con interés

Esos son solo algunos puntos útiles que ayudaran a favorecer la buena comunicación entre los encargados del cuidado de la persona senil y el propio adulto mayor. Para conocer de qué manera ayudar a la persona de edad avanzada se debe realizar un análisis funcional de sus necesidades y conductas antes de planificar cualquier intervención partiendo entonces de una definición clara de lo que se observó.

### **2.9.1 CUIDADO GERIÁTRICO POR PARTE DE LA FAMILIA**

Los cuidados y la ayuda por parte de la familia son el mejor ejemplo de solidaridad para el adulto mayor y la expresión más clara de lo que se entiende por familia o vínculos familiares, pues buena parte de esa solidaridad es de los hijos hacia los padres. El papel de la familia respecto al cuidado de la persona de edad avanzada también se modifica al ritmo que lo hace la longevidad, pues la dependencia incrementa en paralelo a la edad.

Cuanto más crezca la población de personas mayores dependientes, más lo hará la población de cuidadores que normalmente son los miembros de la familia. En este sentido, el cuidado debe ser una respuesta a los cambios y a los problemas originados por el gran número de personas seniles que llegan a edades avanzadas. De este modo también se observa un incremento en la cantidad de cuidadores secundarios y al mismo tiempo un cambio que se caracteriza por una mayor

tendencia y presencia hacia la ayuda formal a través de estancias o centros de día, ayuda a domicilio, y otros servicios con oferta de institucionalización.

Cuando se trata de cuidados de larga duración las mujeres que son las más dependientes, la mayoría de veces son cuidadas por sus hijas. Mientras que los hombres dependientes son cuidados en primer lugar por su mujer si están casados, y en segundo lugar por alguna hija, puesto que, en los hogares solitarios, la hija sigue siendo la cuidadora importante, pues de otra forma no podrían vivir. En los hogares en pareja la ayuda procede del cónyuge, aunque también la hija desde fuera del hogar tiene un papel destacado.

Como se ha dicho, aunque se retrase el inicio de la discapacidad y se ganen años a la muerte viviendo en un mejor estado de salud, el número de personas dependientes aumentara; así como el número de parejas que no pueden atenderse mutuamente por tener limitaciones funcionales, teniendo como resultado de todo ello, una mayor demanda de ayuda formal en domicilio o en institución. (Araujo, 2011).

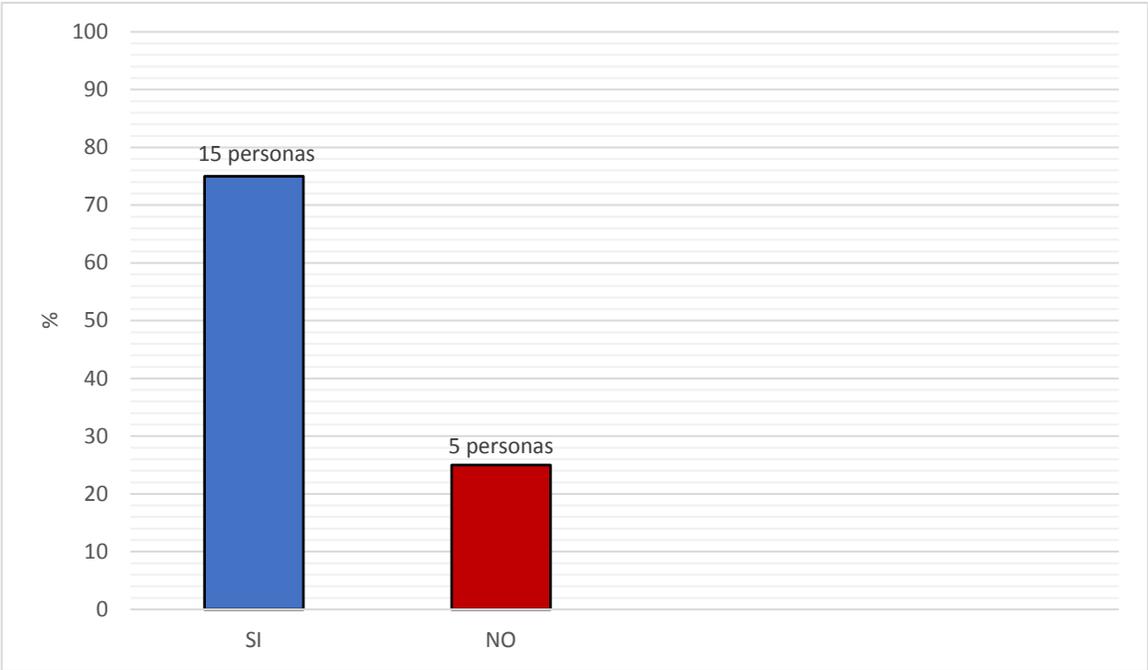
**CAPÍTULO III**

**INSTRUMENTACIÓN**

**ESTADÍSTICA**

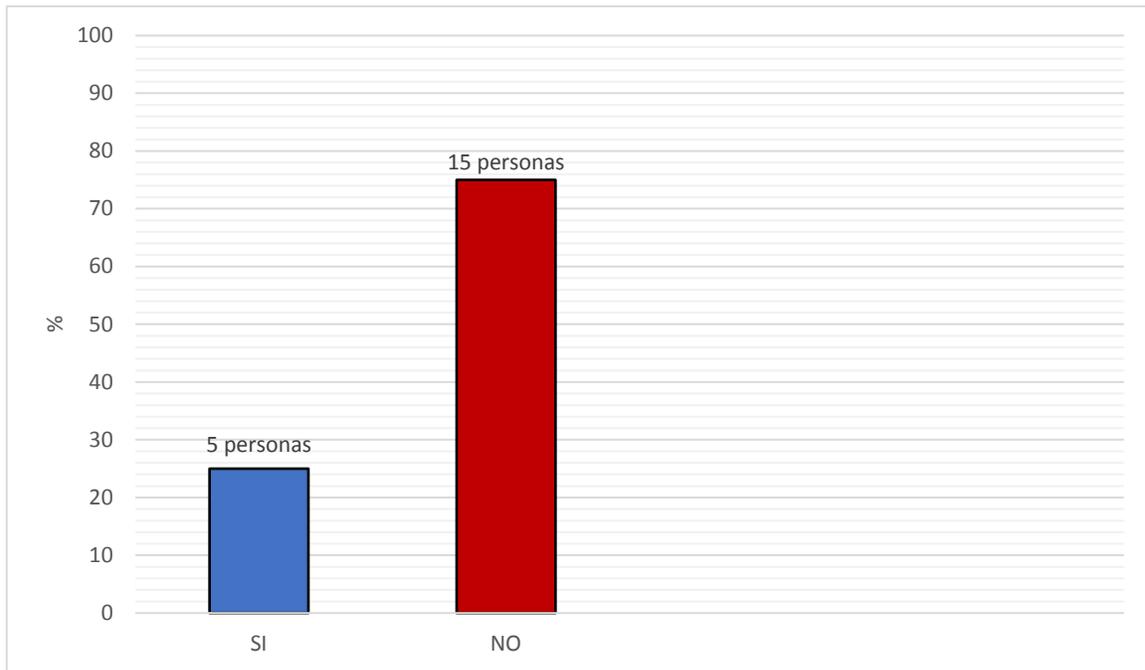
A continuación, se evidencian los resultados de la muestra la cual fue de 20 adultos mayores encuestados, encontrando en la población los siguientes datos de cada una de las interrogantes.

1. En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado ayuda para una de las siguientes actividades: ¿bañarse, vestirse, comer o ir de compras?



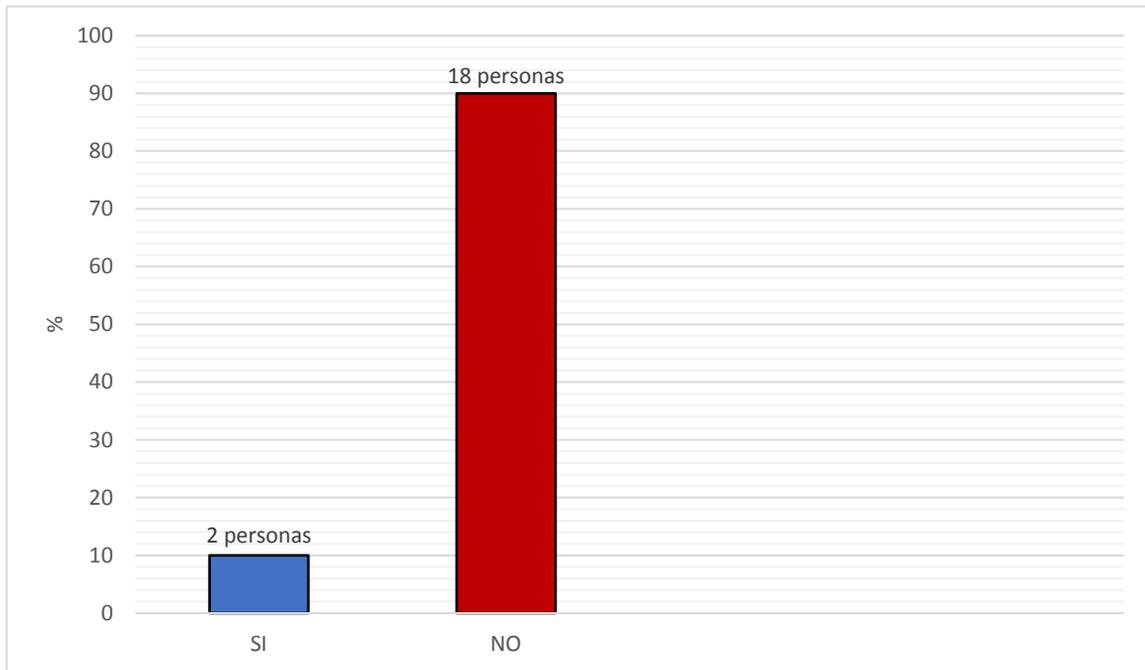
Entre los adultos mayores encuestados se encontró que al 75% si le han proporcionado ayuda para realizar alguna actividad de la rutina diaria entre ellas bañarse, vestirse, comer o ir de compras por algunos víveres especificando que han necesitado más este apoyo debido a su edad e incapacidad para deambular. Mientras que el 25% menciono que no le han brindado esta ayuda porque todavía no lo necesita o no lo requiere.

2. Si la respuesta anterior es si ¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa(s) persona(s)?



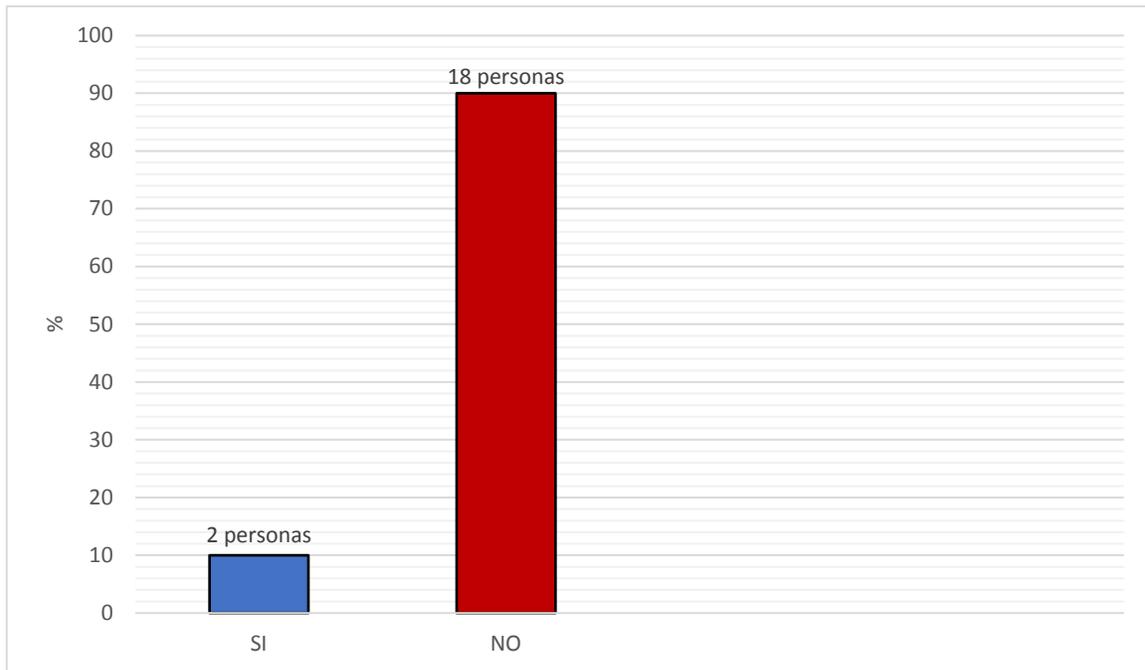
De las personas adultas encuestadas se obtuvo que el 25% habitualmente tiene problemas cuando alguna persona le ayuda a realizar sus actividades diarias porque a veces lo hacen de una forma muy acelerada” o “sus hijos ya no quieren hacerlo”. Mientras que el 75% no tiene problemas cuando alguna persona le proporciona ayuda para lo ya antes mencionado.

3. ¿Alguien le ha impedido que obtenga: comida, ropa, medicamentos, etc.?



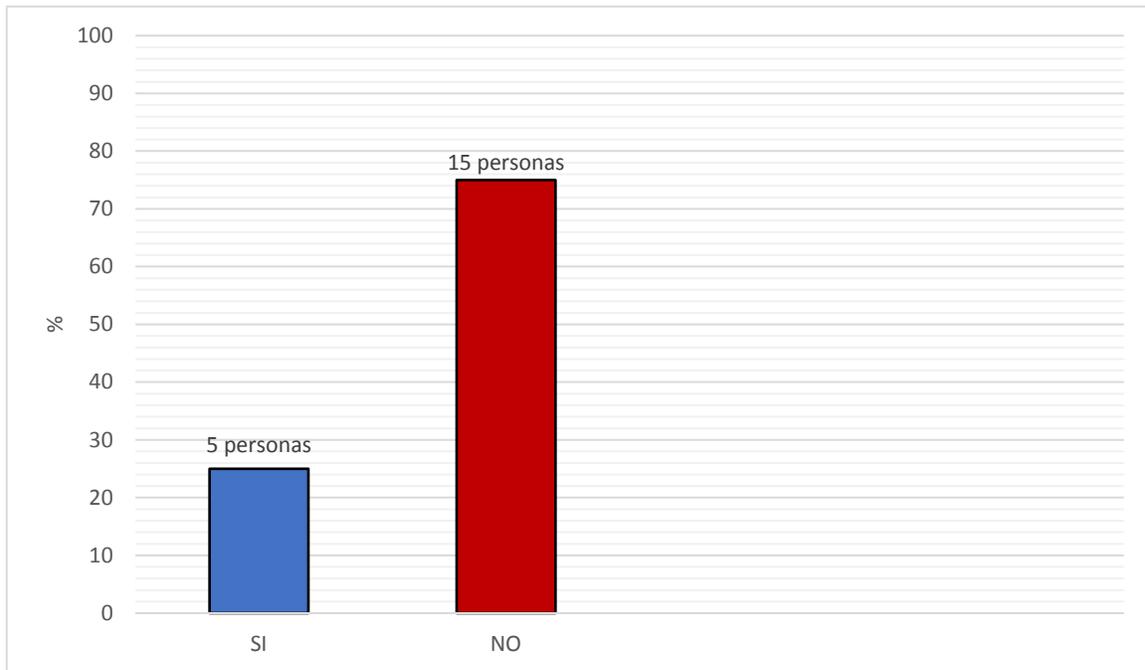
De la población encuestada se obtuvo que al 10% si le han impedido obtener algunos artículos básicos entre ellos: comida, ropa y medicamentos. Pero el 90% no ha tenido problema al obtener estos artículos.

4. ¿Si la respuesta anterior es si ¿Esa situación se ha producido más de una vez?



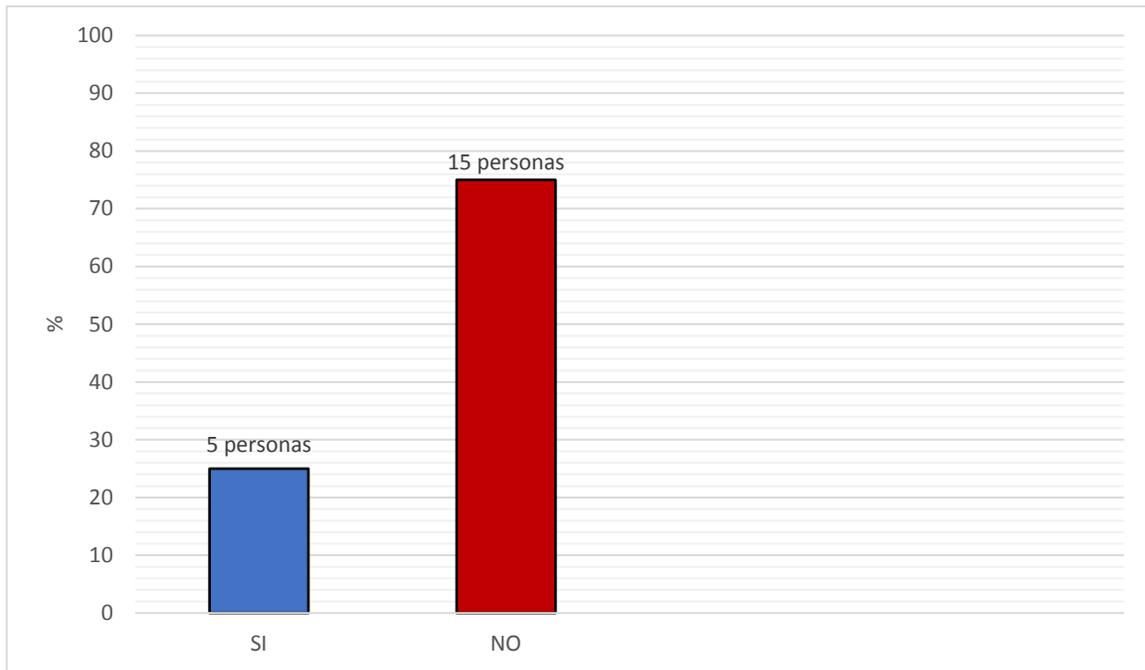
De acuerdo a la interrogante anterior el 10% de los adultos mayores respondió que si le han impedido que obtenga sus artículos básicos en más de una ocasión, aunque el 90% señaló que no ha estado en esta situación.

5. ¿Alguien le ha impedido estar con la gente que quiere?



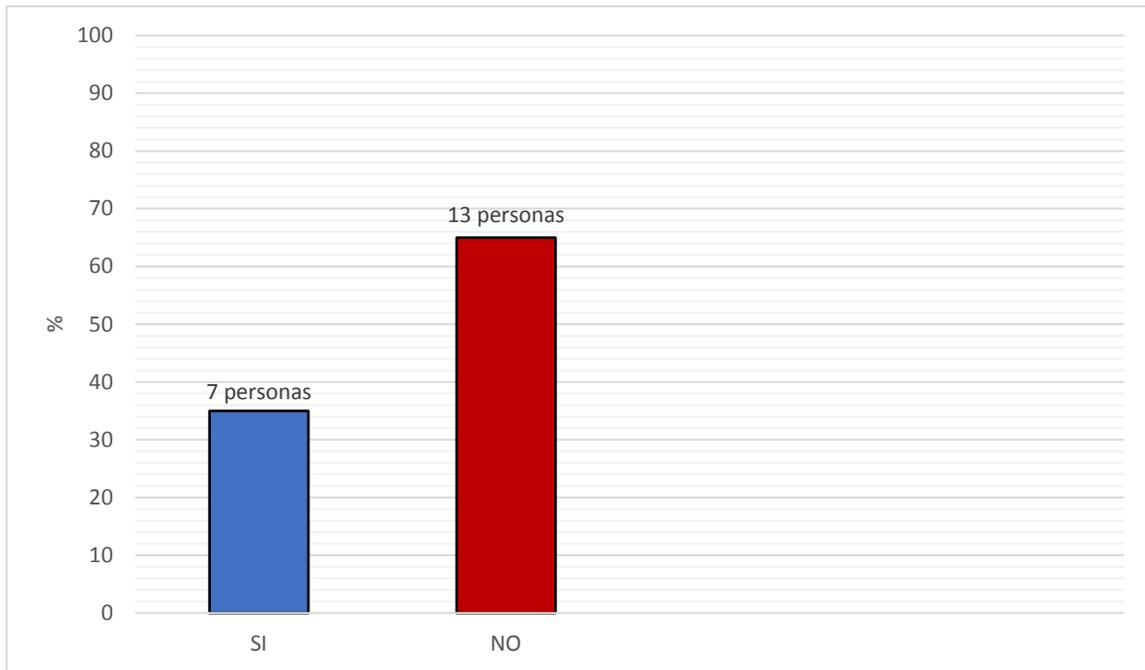
El 25% de las personas mayores contestó que si han tenido algunos impedimentos para estar con la gente que quiere, mencionaron que muy frecuentemente no pueden estar con sus seres querido debido a que “se les complica por el trabajo” o “viven lejos y a veces ni los visitan”. Por otro lado, el 75% de los encuestados no ha tenido ningún impedimento para ello.

6. Si la respuesta anterior es si ¿Esa situación se ha producido más de una vez?



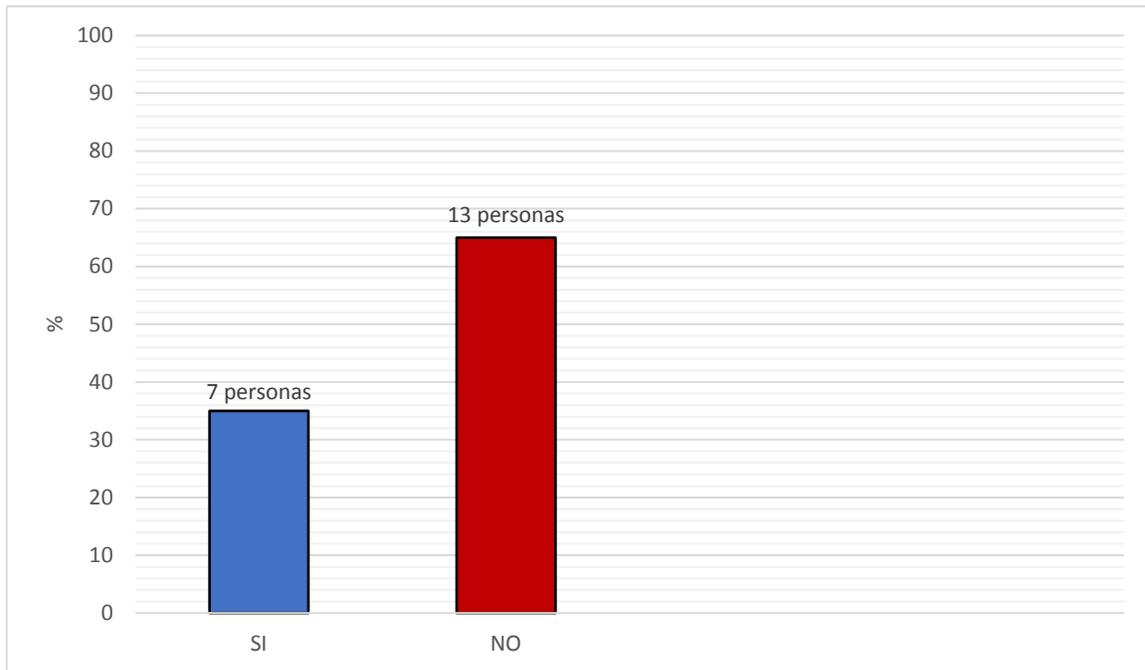
Acorde a la pregunta anterior el 25% de las personas mayores interrogadas si han tenido impedimentos para estar con la gente que quieren más de una vez, sin embargo, el 75% no ha tenido inconvenientes para la convivencia con quien desean.

7. ¿Se ha sentido molesto porque alguien lo ha tratado de alguna forma que lo ha hecho sentirse avergonzado o amenazados?



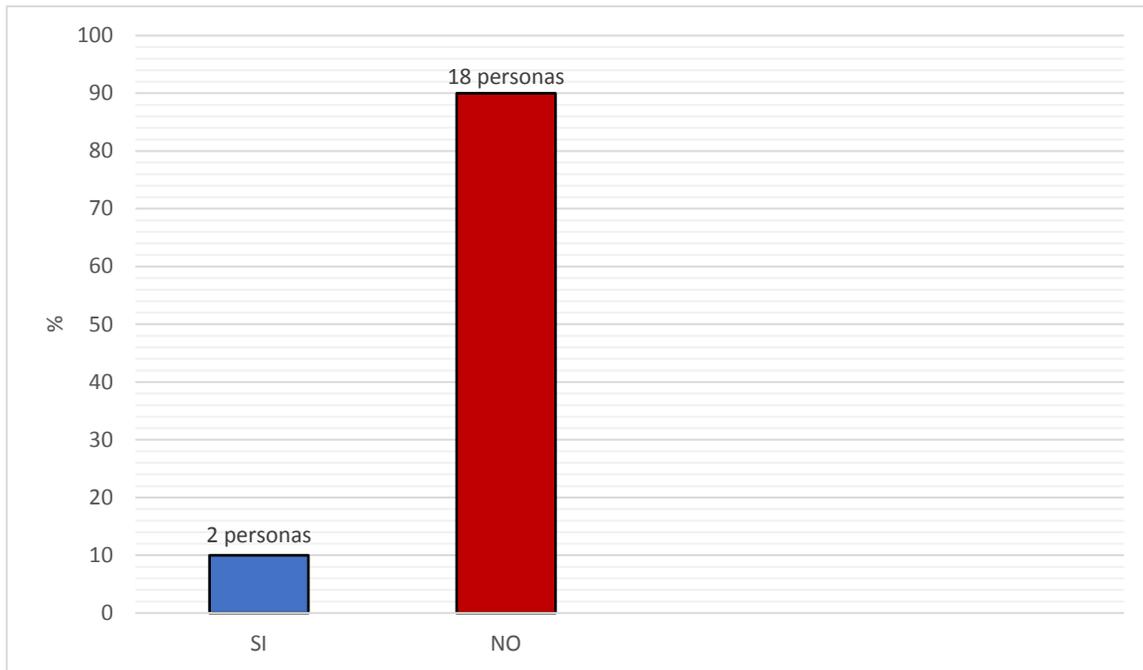
Al cuestionar a los adultos mayores si alguna vez se sintieron molestos porque alguien lo hizo sentir avergonzado o amenazado el 35% asegura que sí y dijeron que “así se trata a todas las personas de edad” además especificaron que la mayoría de las veces “lo hacen las personas del género masculino”. El 65% de los interrogados asumió que no han sufrido esta situación.

8. Si la respuesta anterior es si ¿Esa situación se ha producido más de una vez?



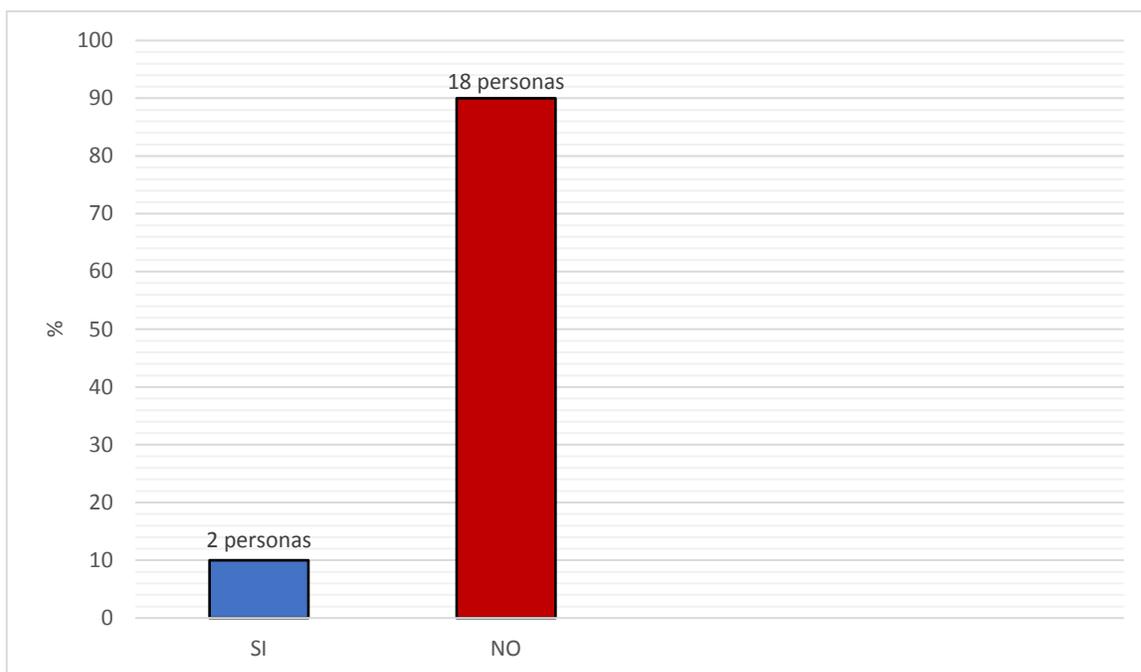
Conforme a la pregunta anterior el 35% argumentó que si lo han hecho sentir avergonzado o amenazado en más de una ocasión pues dijeron que lo toman como “algo normal de la vida del anciano”. El 65% respondió que no se ha sentido así.

9. ¿Alguien ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero y pertenencias en contra de su voluntad?



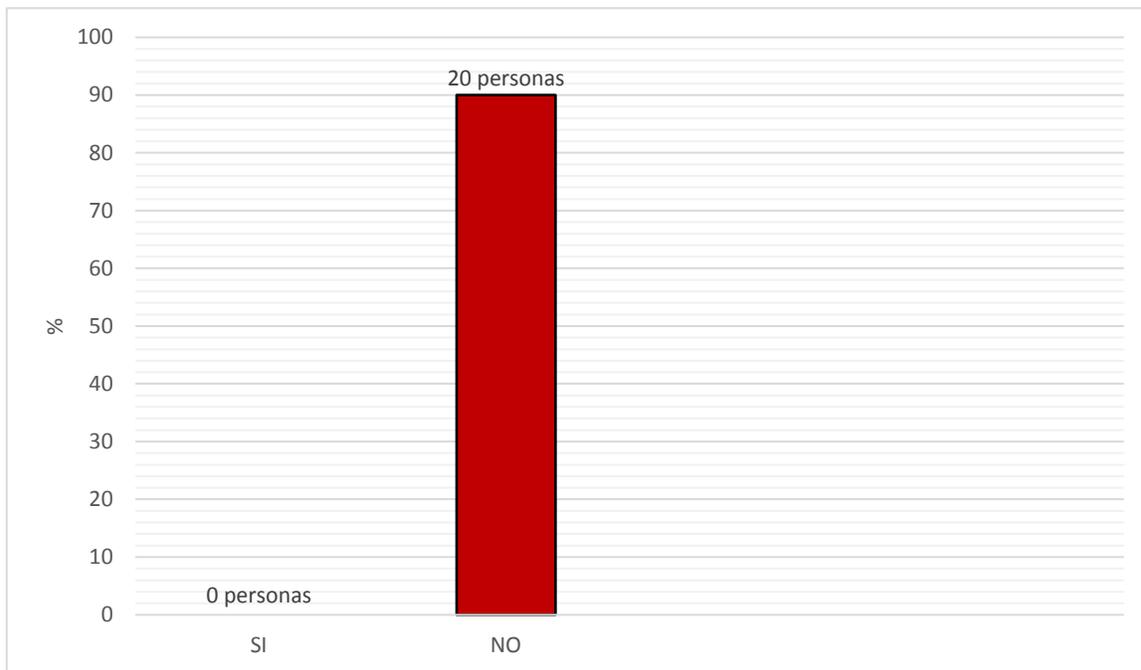
Al preguntar a las personas de edad si alguien los había obligado a firmar documentos o a utilizar sus bienes en contra de su voluntad el 10% menciona que sí y que además a veces se les desaparecían sus cosas y/o objetos personales, pero el 90% contesto que no.

10. Si la respuesta anterior es si ¿Esa situación se ha producido más de una vez?



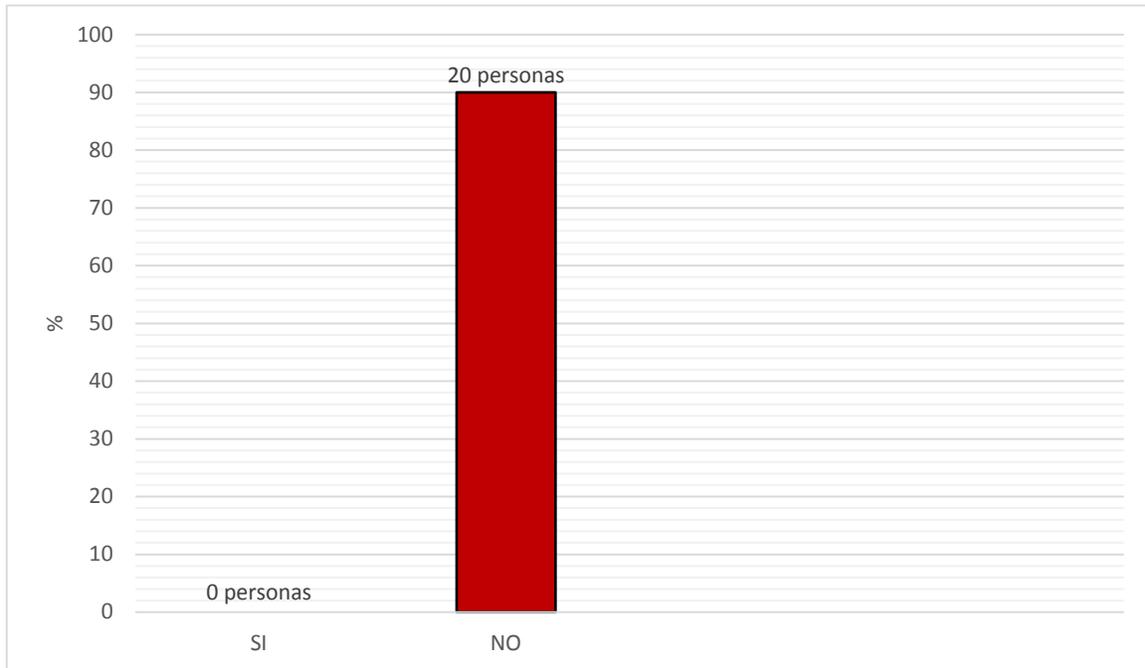
De la pregunta anterior se obtuvo que solo el 10% de los adultos mayores si ha sufrido ese abuso al mismo tiempo que el 90% no ha tenido que pasar por firmar documentos y obsequiar pertenencias o bienes en contra de su voluntad.

11. ¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándolo de alguna manera que no le gusta o dañándolo físicamente?



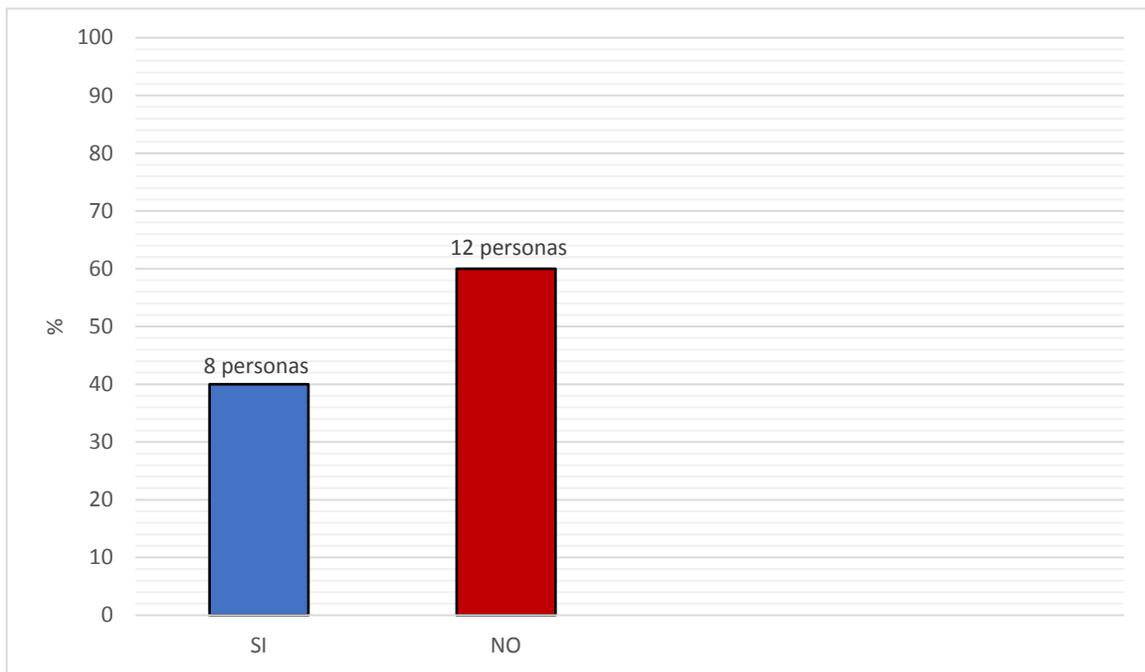
Cuando se cuestionó a los adultos mayores si alguna persona lo había dañado físicamente el 100% contestó que no aun que se negaron a discutirlo y aseguraron que si alguna vez se presentó “fue por su culpa”.

12. Si la respuesta anterior es si ¿Esa situación se ha producido más de una vez?



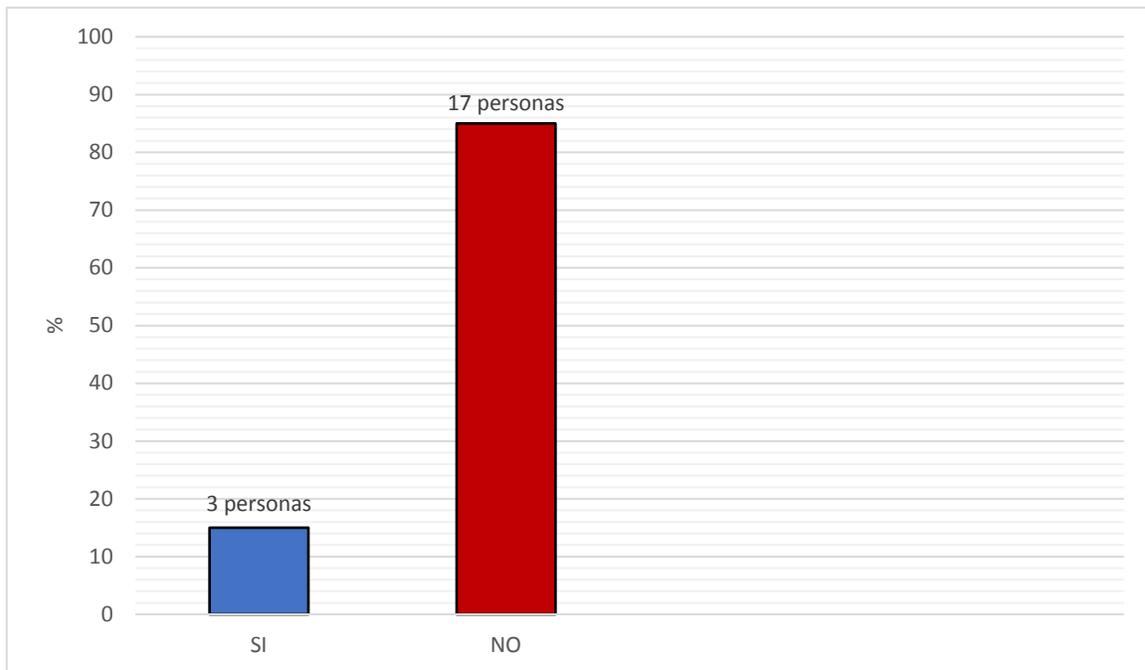
De igual manera se cuestionó si se les había dañado físicamente más de una vez a lo que el 100% reitero que no ha sido así, aunque se les observo dudosos ante la pregunta.

13. ¿El diálogo con las personas de su entorno es problemático?



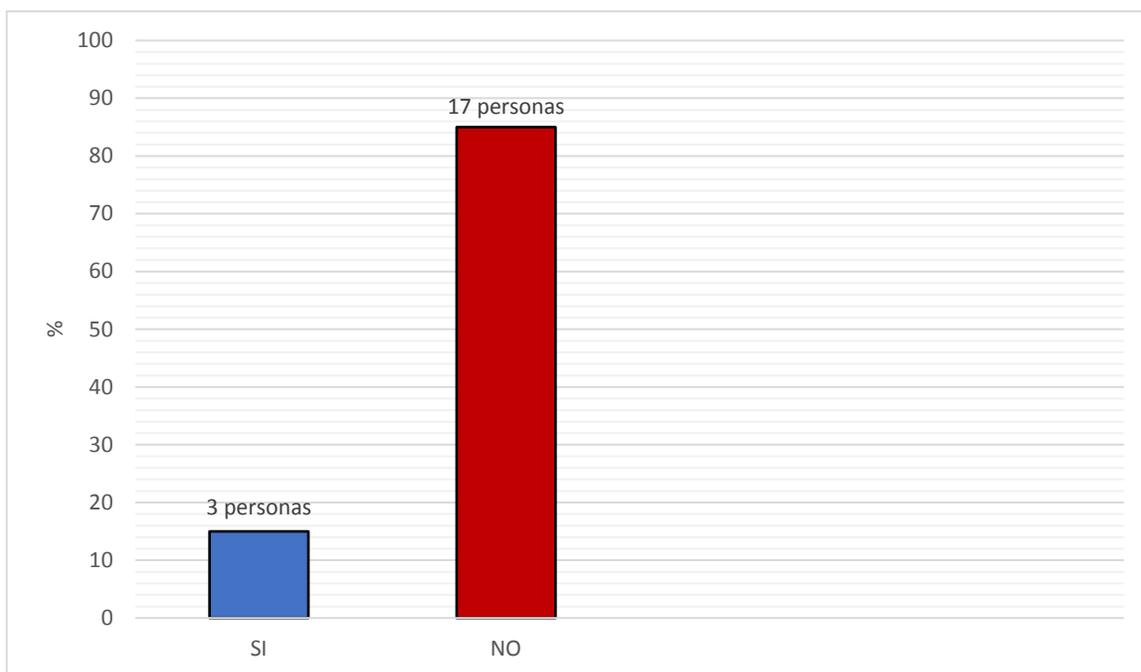
Se les interrogó también sobre el tipo de diálogo que tenían con las personas que los rodean y el 40% de los adultos mayores contestó que el diálogo que tienen si es problemático puesto que “no tiene comunicación y si la hay sienten que no se les da importancia y nadie los escucha verdaderamente” y o muchas veces sus cuidadores dicen “no hay tiempo y ni siquiera los saludan”. En tanto que el 60% dijo que no es así.

14. ¿Habitualmente las personas usan vocabulario despectivo hacia su persona?



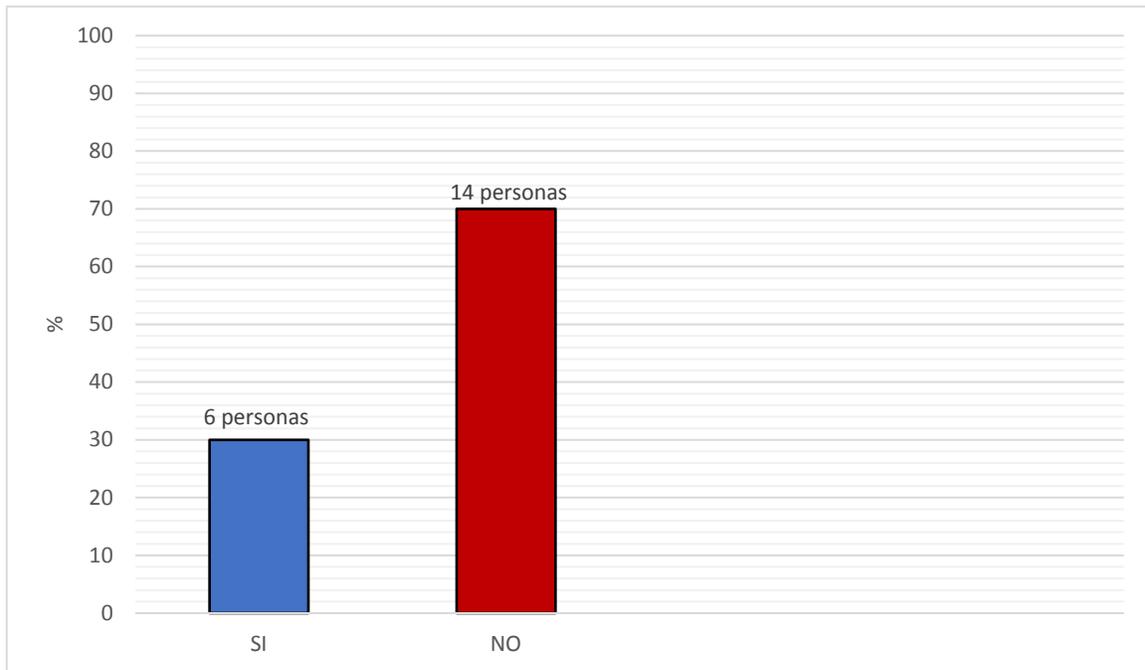
El 15% de las personas de edad admitió que efectivamente en algunas ocasiones si utilizan un vocabulario despectivo para referirse a “los ancianos” diciéndoles todo tipo de apodos para referirse a ellos; sin respetar a la persona, con impaciencia y precipitación. Por otro lado, el 85% de los cuestionados contestaron que no se han percatado.

15. Si la respuesta anterior es si ¿Esa situación se ha producido más de una vez?



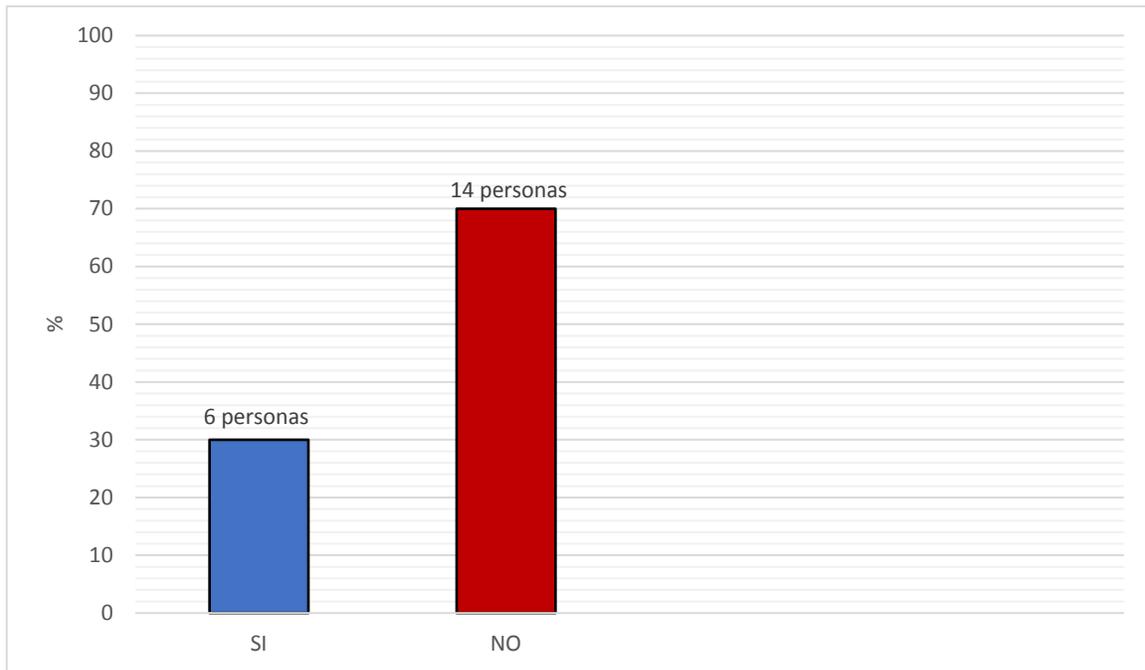
De acuerdo con la interrogante anterior el 15% de las personas mayores afirmo que si se ha utilizado vocabulario despectivo para referirse a ellos; en más de una ocasión y el 85% menciono no haber prestado atención y por lo tanto no darse cuenta.

16. ¿Alguien ha intentado apropiarse de alguna cosa de usted?



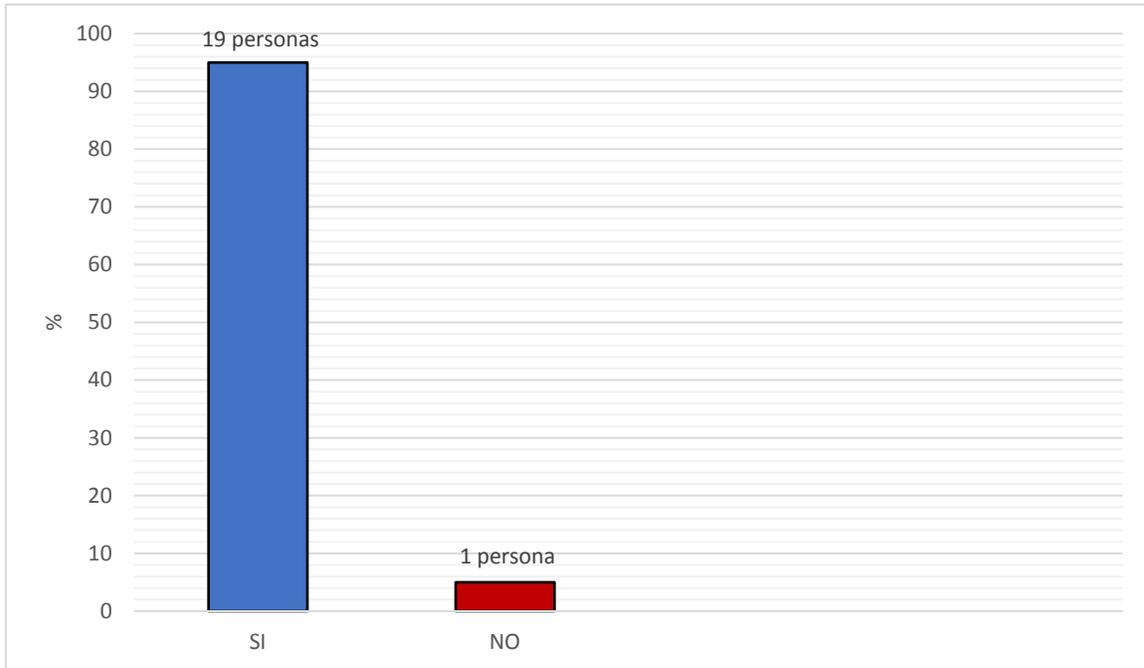
En similitud con la pregunta anterior el 30% de los adultos mayores encuestados afirmaron que en algunas ocasiones no solamente han intentado apoderarse de sus pertenencias si no que se han apoderado de alimentos como café, o artículos personales como crema corporal entre otros. El 70% de ellos respondió que no han pasado por estas circunstancias.

17. Si la respuesta anterior es si ¿Esa situación se ha producido más de una vez?



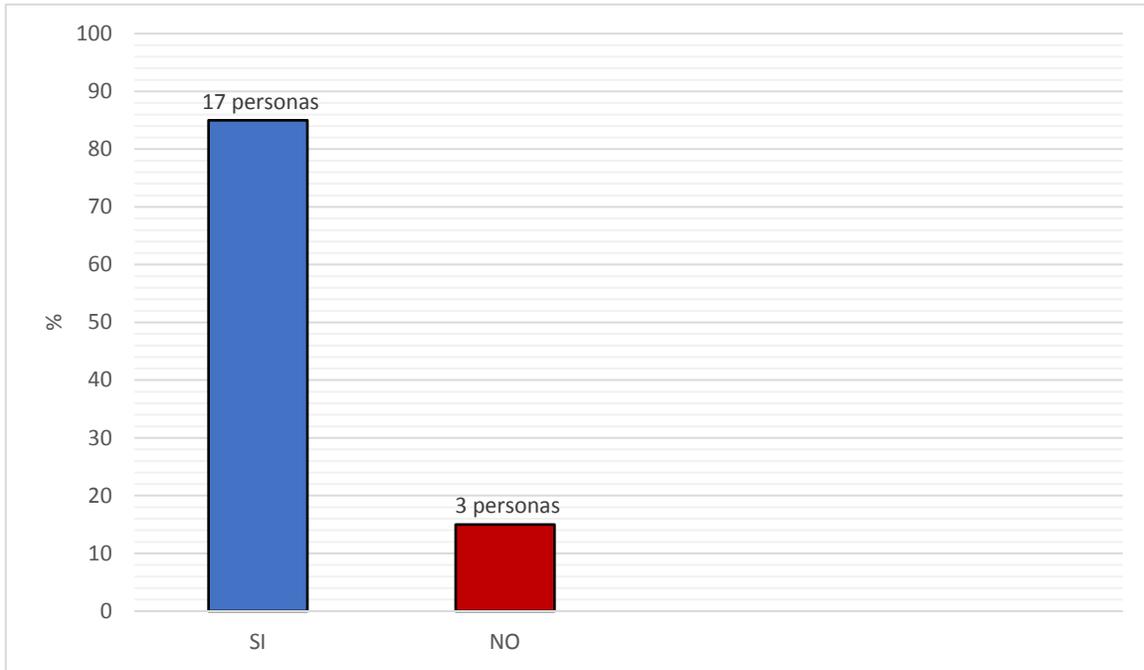
De la población encuestada y en relación con la pregunta anterior se obtuvo que el 30% si ha experimentado la perdida de sus pertenencias más de una vez, mientras que el 70% de los interrogados dijo no haber pasado por esta situación.

18. ¿Esta solo(a) la mayor parte de la semana?



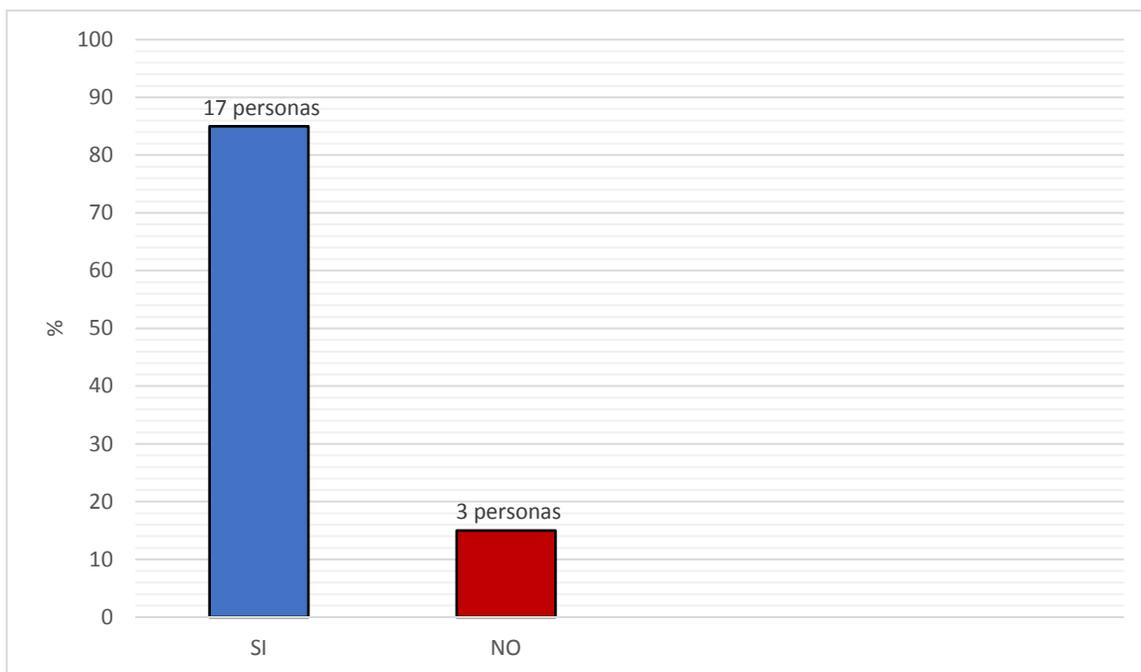
De la muestra encuestada la mayoría de los adultos mayores en un 90% afirmo que evidentemente están solos la mayor parte de la semana debido a que sus hijos trabajan y comentaron que “es triste porque necesitan con quien hablar” y “si a veces los visitan es para que cuiden a los nietos”. En mínima cantidad representando un 10% contestaron que no están solos.

19. ¿Se asea y come todos los días a sus horas?



La mayoría de las personas de edad encuestadas en un 85% señalaron que casi todos los días se asean y comen todos los días a sus horas, aunque cuando dependen de un cuidador en ocasiones “se les olvida o les dan los alimentos fríos teniendo las posibilidades de calentarlos” y además “no son conscientes de como tratan a los viejitos”. Sin embargo, el 15% afirmó que no todos los días comen o se asean a sus horas debido a lo antes ya mencionado.

20. ¿Generalmente se encuentra seguro y libre de peligros en donde esté?



Por último, a las personas mayores se les cuestiono si se encuentran seguros y libres de peligros en donde están a lo que el 85% dijo que sí, pero el 15% señalo que no es así puesto que algunas veces están solos, “les falta atención pues no se les ayuda ni siquiera a bajar las escaleras y por consecuencia han sufrido accidentes como caídas, fracturas u otras lesiones”. Además, “no respetan ni cuidan la integridad física al bañarlos o asearlos y este descuido al mismo tiempo lastima dado que los adultos mayores también sienten no son de palo y los jóvenes, así como la familia debe conservar sus valores para tratar de comprender a la persona mayor”

# **CAPÍTULO IV**

## **ÉTICA DE**

## **ESTUDIO**

## 4.1 CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERÍA

### **CAPITULO I.**

#### *DISPOSICIONES GENERALES*

Artículo primero. - El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

### **CAPITULO II.**

#### *DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS*

Artículo segundo. - Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero. - Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto. - Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto. - Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto. - Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo. - Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo. - Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno. - Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

### ***CAPITULO III.***

#### **DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS**

Artículo décimo. - Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero. - Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo. - Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero. - Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto. - Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto. - Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto. - Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

### ***CAPITULO IV.***

#### **DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS**

Artículo décimo octavo. - Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno. - Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo. - Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero. - Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo. - Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

## ***CAPITULO V***

### **DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION**

Artículo vigésimo tercero. - Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto. - Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto. - Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

## ***CAPITULO VI***

### **DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD**

Artículo vigésimo sexto. - Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo. - Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo. - Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.(Comision nacional de arbitraje medico)

## 4.2 DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> [http://www.gonamed.gov.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.gonamed.gov.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf)

## 4.3 LEY GENERAL DE SALUD

### TITULO QUINTO

#### Investigación para la Salud

#### CAPITULO UNICO

**ARTICULO 96.-** La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI.- A la producción nacional de insumos para la salud<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> <http://www.salud.gov.mx/unidadades/chi/legis/legis/indeξ-t5.htm>

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

<b>ACTIVIDADES.</b>	<b>SEP.</b>	<b>OCT.</b>	<b>NOV.</b>	<b>DIC.</b>	<b>ENE.</b>	<b>FEB.</b>	<b>MAR.</b>	<b>ABR.</b>	<b>MAY.</b>	<b>JUN.</b>
Elaboración del protocolo.	*	*								
Elaboración del marco teórico	*	*	*							
Elaboración de instrumentos				*						
Prueba del instrumento					*	*				
Recopilación de información							*			
Análisis y ordenación de datos.								*		
Elaboración del informe final									*	
Exposición de los trabajos y datos.										*
Publicación del artículo.										*

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### TEMA: PERCEPCION DE ENFERMERÍA DEL ADULTO MAYOR ANTE EL MALTRATO

Responsables: E.L.E.O María Monserrat Avilés Martínez

Asesora: M.P. Yanitzia Alvarez Reyes

En la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud se está realizando un estudio sobre la percepción de enfermería del adulto mayor ante el maltrato cuyo objetivo es resaltar las causas predominantes que influyen en el maltrato hacia el adulto mayor.

La información que usted proporcione será de mucha utilidad para la investigación, por lo cual se le invita a colaborar en este trabajo sin embargo su participación es voluntaria, de manera que usted está en su derecho de no participar si así lo desea, en caso de que usted requiera alguna aclaración podrá solicitarla en el momento.

La información que usted aporte será confidencial y únicamente será utilizada para los resultados de la investigación, quedando en anonimato su nombre y datos personales.

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Habiendo contado con la información proporcionada sobre la investigación y habiendo tenido la oportunidad de hacer preguntas, de recibir respuestas que me dejen satisfecha y entendiendo que tengo derecho a no responder el cuestionario, sin que esto tenga consecuencias para mi trabajo, **ACEPTO** participar en la investigación.

Morelia, Michoacán Abril del 2017

---

Nombre y firma de la participante

---

Nombre y firma de la Responsable

---

Testigo

---

Testigo

## ESCUELA DE ENFERMERÍA

DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

A QUIEN CORRESPONDA:

En virtud de que se están realizando trabajos de investigación en la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud se le solicita con toda atención el permiso para realizar la investigación "Percepción de enfermería del adulto mayor ante el maltrato" para lo cual se requiere información sobre el número total de adultos mayores. Este estudio se llevará a cabo por la alumna: María Monserrat Avilés Martínez, del 7° semestre asesorada por la M.P. Yanitzia Alvarez Reyes.

Sin otro particular por el momento, me es grato enviarle un cordial saludo.

**Atentamente:**

**L.E.O. Martha Alcaraz Ortega**

**Directora de la Escuela de Enfermería**

## CONCLUSIONES

De acuerdo a la investigación que se realizó para responder a la interrogante acerca de cuáles son las causas predominantes del maltrato hacia el adulto mayor desde la percepción de enfermería, el objetivo general fue establecer los principales factores, así como los objetivos específicos que se basaron en describir el tipo de estos elementos y analizar el estilo de vida de las personas mayores alojadas en estancias para ancianos y poder clasificar como fueron maltratados.

Se encontró que más del 75% de los adultos de la tercera edad tienen problemas al depender de ayuda o algún tipo de apoyo para realizar las actividades de la rutina diaria; debido a su edad e incapacidad para deambular. Además, se le prestó especial interés a la hipótesis que establece que la deshumanización, el desinterés y la impaciencia son factores predominantes en el maltrato hacia los adultos mayores.

Muy frecuentemente las personas seniles han experimentado sentirse avergonzados o amenazados pues el tipo de relación que tienen con los individuos que los rodean es problemática, ya que no existe una buena comunicación y si la hay, no se les da importancia ni se les escucha con un interés verdadero pues muchas veces los encargados de su cuidado no tienen tiempo ni siquiera de saludarlos.

Por lo tanto, la hipótesis que se formuló al inicio de esta investigación se acepta acorde a los resultados obtenidos en la convivencia mutua entre el binomio enfermera-paciente, dado que mediante esta cercanía con los adultos mayores fue posible observar que las personas de edad sufren maltrato; que en base a la literatura corresponde a la categoría de maltrato psíquico y emocional caracterizado por discriminar a los ancianos por motivos de edad, insultarlos y usar palabras hirientes, denigrarlos, intimidarlos, formular acusaciones falsas, causarles dolor o sufrimiento.

De acuerdo a lo antes mencionado la gran parte de los adultos de la tercera edad admitieron que los individuos a su alrededor utilizan vocabulario despectivo para

referirse a ellos; sin mostrar respeto por ninguno de sus derechos humanos. Incluso han sido víctimas de abuso económico o material que consiste en explotar a una persona mayor o hacer uso de sus recursos en forma indebida, extorsionar y controlar el dinero de la pensión, así como robar objetos personales puesto que no solamente lo han intentado si no que se han apoderado de sus pertenencias por completo.

De la misma manera otra categoría de maltrato evidente en el desarrollo de la investigación fue el descuido; que se presenta cuando existe la negación por cumplir con la obligación de atender a una persona senil, de forma consciente e intencional de causar sufrimiento físico o emocional, además de negarles el afecto y desentenderse de su bienestar. Notando que en general los adultos mayores viven y están solos la mayor parte del tiempo, lo que causa tristeza en ellos porque expresan la necesidad de hablar con alguien y si en ocasiones los atendieron fue por interés o para obtener algún beneficio.

En reiteradas ocasiones la impaciencia al brindar atención a la persona mayor ha sido un factor que predispone accidentes como caídas, fracturas u otras lesiones que dañan considerablemente su estado de salud. Aunado a esto la deshumanización no permite que se cuide su integridad física en acciones tan simples como ayudarlos en su aseo personal y/o alimentación sucesos que los lastiman emocionalmente, es por eso que la sociedad debe conservar sus valores ponerlos en práctica y comprender al adulto mayor.

Por último, es indispensable que se cuide y atienda a los adultos mayores con amor permitiéndoles hablar porque hay en su pasado un tesoro lleno de experiencia y verdad y se sentirán contentos al ser escuchados, igualmente accede a acompañarlos porque tienen la necesidad de sentirse seguros y a tu lado sentirán volver a vivir, tolera sus equivocaciones porque los ancianos como los niños tienen derecho a la comprensión, déjalos envejecer con la misma paciencia con que dejas crecer a tus hijos porque todo es parte de la naturaleza y no le limites viajar contigo porque tal vez el próximo año ya no esté más.

# ANEXOS

## ANEXO 1 GUIÓN METODOLÓGICO

TEMA	PREGUNTA	VARIABLES	DEFINICIÓN DE VARIABLES	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
PERCEPCIÓN DE ENFERMERÍA DEL ADULTO MAYOR ANTE EL MALTRATO	¿Cuáles son las causas predominantes de maltrato hacia el adulto mayor desde la percepción de enfermería?	INDEPENDIENTES 1) Maltrato 2) Percepción de enfermería	MALTRATO: Acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad  PERCEPCIÓN DE ENFERMERÍA: Es la que juzga según lo que el paciente percibe	GENERAL: Establecer los principales factores en el maltrato hacia el adulto mayor	La deshumanización, el desinterés y la impaciencia son factores predominantes del maltrato hacia el adulto mayor
		DEPENDIENTE 1) Adulto mayor	ADULTO MAYOR: Es la llamada tercera edad donde existen cambios morfológicos, biológicos, psicológicos y funcionales.	ESPECÍFICOS 1 Describir el tipo de factores en el maltrato hacia el adulto mayor 2 Analizar el estilo de vida de los adultos mayores alojados en	

			Así como el desgaste global del organismo humano	estancias para ancianos y clasificar como fueron maltratados	
--	--	--	---	--	--

## ANEXO 2 CUESTIONARIO



# ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

Estimados encuestados el presente cuestionario necesita de su colaboración con respecto al tema **Maltrato Hacia El Adulto Mayor** que tiene como objetivo general: Resaltar las causas predominantes que influyen en el maltrato hacia el adulto mayor. Agradezco anticipadamente su participación.

Responda Si o No a las siguientes preguntas. La información es confidencial.

1. ¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado ayuda para una de las siguientes actividades: ¿bañarse, vestirse, comer o ir de compras?
  - Si
  - No
  
2. Si la respuesta anterior es si ¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa(s) persona(s)?
  - Si
  - No
  
3. ¿Alguien le ha impedido que obtenga: comida, ropa, medicamentos, etc.?
  - Si
  - No
  
4. ¿Si la respuesta anterior es si ¿Esa situación se ha producido más de una vez?
  - Si
  - No
  
5. ¿Alguien le ha impedido estar con la gente que quiere?
  - Si
  - No
  
6. Si la respuesta anterior es si ¿Esa situación se ha producido más de una vez?
  - Si
  - No
  
7. ¿Se ha sentido molesto porque alguien lo ha tratado de alguna forma que lo ha hecho sentirse avergonzado o amenazados?
  - Si
  - No

8. Si la respuesta anterior es si ¿Esa situación se ha producido más de una vez?
- Si
  - No
9. ¿Alguien ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero y pertenencias en contra de su voluntad?
- Si
  - No
10. Si la respuesta anterior es si ¿Esa situación se ha producido más de una vez?
- Si
  - No
11. ¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándolo de alguna manera que no le gusta o dañándolo físicamente?
- Si
  - No
12. Si la respuesta anterior es si ¿Esa situación se ha producido más de una vez?
- Si
  - No
13. ¿El diálogo con las personas de su entorno es problemático?
- Si
  - No
14. ¿Habitualmente las personas usan vocabulario despectivo hacia su persona?
- Si
  - No
15. Si la respuesta anterior es si ¿Esa situación se ha producido más de una vez?
- Si
  - No
16. ¿Alguien ha intentado apropiarse de alguna cosa de usted?
- Si
  - No

17. Si la respuesta anterior es si ¿Esa situación se ha producido más de una vez?

- Si
- No

18. ¿Esta solo(a) la mayor parte de la semana?

- Si
- No

19. ¿Se asea y come todos los días a sus horas?

- Si
- No

20. ¿Generalmente se encuentra seguro y libre de peligros en donde esté?

- Si
- No

## **GLOSARIO DE TÉRMINOS**

**ATROFIA.** - Disminución del volumen de un órgano o de un tejido por causas fisiológicas o patológicas.

**HOMEOSTASIS.** - Principio general de regulación de los organismos vivos por el que tienden a estabilizar sus diversas constantes fisiológicas.

**ALOPECIA ANDROGÉNICA.** - Pérdida de pelo genética causada por una excesiva cantidad de hormonas masculinas, los andrógenos. También llamada calvicie común. (LA ROCHE-POSAY, 2017)

**ASTENIA.** - Debilidad o fatiga general que dificulta o impide a una persona realizar tareas que en condiciones normales hace fácilmente.

**ADINAMIA.** - Ausencia total de fuerza física síntoma de algunas enfermedades graves que impide los movimientos del enfermo.

**HERNIA HIATAL.** - Protrusión de parte del estómago desde la cavidad abdominal al tórax a través del diafragma.

**ÚLCERA PÉPTICA.** - Llagas en la mucosa que recubre el estómago o el duodeno, que es la primera parte del intestino delgado.

**DECÚBITO DORSAL.** - Posición anatómica que toman las personas al acostarse boca arriba, en un plano horizontal paralelo al suelo.

**ECTROPIÓN.** - Eversión del borde del párpado inferior: el borde queda hacia afuera, dejando al descubierto la conjuntiva o membrana mucosa que recubre el interior del párpado.

**ENTROPIÓN.** - Inversión patológica del párpado inferior hacia el globo ocular originada por una inflamación o parálisis.

**COMORBILIDAD.** - Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas.

**CEFALEA.** - Dolor de cabeza intenso y persistente que va acompañado de sensación de pesadez

**POLIDIPSIA.** - Sensación de sed excesiva que se presenta en algunos estados patológicos.

**CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.** - Enfermedad ocasionada por la arteriosclerosis de las arterias coronarias.

**VASCULOPATÍA PERIFÉRICA.** - Trastorno de la circulación lento y progresivo. Incluye todas las enfermedades en cualquiera de los vasos sanguíneos fuera del corazón y las enfermedades de los vasos linfáticos (arterias, venas o vasos linfáticos). (HEALTH UNIVERSITY OF UTAH, 2017)

**ESTENOSIS.** - Estrechamiento de un conducto, orificio u otra parte del cuerpo.

**DISFONÍA.** - Trastorno de la fonación o emisión de la voz.

**QUELACIÓN.** – Pigmentación amarilla-cobrizo en los dientes.

**LENGUA SABURRAL.** - Lengua recubierta de una capa de color blanco-parduzco o amarillento debido a la acumulación de material descamado, bacterias o restos alimenticios por una limpieza mecánica insuficiente tras la masticación.

**HALITOSIS.** - Mal olor del aliento.

**PIORREA.** - Flujo de pus.

**GLUCOGÉNESIS.** - Producción de azúcar por hidrólisis del glucógeno de reserva que se realiza, por lo general, en el hígado y en los músculos.

**FETOR ETÍLICO.** – Olor desagradable y penetrante a alcohol. (REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 2017)

**TELANGIECTASIAS.** - Dilataciones de pequeños vasos sanguíneos en la superficie de la piel, que pueden aparecer en zonas como la cara o las piernas.

**FANERAS.** - Órgano de origen epitelial, como las uñas.

**ASCITIS.** - Acumulación de líquido seroso en el peritoneo.

**PARESTESIAS.** - Sensación de hormigueo, picores o ardor que notan en la piel algunos enfermos del sistema circulatorio o nervioso.

**MIALGIAS.** - Dolor muscular.

**GINECOMASTIA.** - Crecimiento excesivo de una o de las dos glándulas mamarias en el hombre. (LAROUSSE, 2017)

## BIBLIOGRAFÍA

Comision nacional de arbitraje medico. (s.f.). *conamed.gob.mx*. Obtenido de [www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf)

F., M. (2000). Cuidados de enfermería en el adulto mayor. *Boletín de escuela de medicina*, 29.

Garcia, C. M. (2014). Percepción del cuidado de enfermería en el paciente adulto. *De investigación en enfermería FESI-UNAM*, 11.

Maria Elena Flores Villavicencio, G. J. (2011). *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Organizacion Panamericana de la Saud. (2012). Enseñanza de la enfermería en la salud del adulto mayor. *Recursos humanos para la salud*, 54.

Strejilevich, L. (2004). *Gerontología social*. Buenos Aires: Dunken.

Zuñiga, A. B. (2009). La bioética y el adulto mayor. *Horizonte medico*, 61-66.

AA., B. (1975). *Granny-battering*. *Moder Geriatrics*.

Araujo, B. R. (2011). *Envejecimiento Activo*. IMSERSO.

Ballesteros, S. (2007). *Editorial Universitas UNED*.

Cáceres, E. M. (marzo de 2014). *TEORIAS PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO*. Obtenido de <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>

- HEALTH UNIVERSITY OF UTAH. (Mayo de 2017). *HEALTH UNIVERSITY OF UTAH*. Obtenido de <https://healthcare.utah.edu/healthlibrary/related/doc.php?type=85&id=P03358>
- LA ROCHE-POSAY. (Mayo de 2017). *LA ROCHE-POSAY LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE*. Obtenido de <http://www.laroche-posay.es/glosario-de-belleza/A/Alopecia-androgen%C3%A9tica-gl1-w2469.aspx>
- LAROUSSE. (Mayo de 2017). *LAROUSSE*. Obtenido de <http://www.larousse.mx/resultados/>
- OMS. (2001). *Campaña de la OMS por un envejecimiento activo*. Obtenido de [http://www.who.int/ageing/publications/alc\\_elmanual.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf)
- prevenISSSTE. (2011). *ISSSTE*. Obtenido de <http://www.prevenissste.gob.mx/nutricion-ejercicio/alimentacion-correcta#ancla>
- Ramirez, R. G. (2015). *Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson*. Lima.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (Mayo de 2017). *REAL ACADEMIA ESPAÑOLA*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=K5SoA91>
- RM, C. (2000). *Elder abuse in the family*. New York: Springer.
- Sellarés, M. G. (2012). *Enfermería y envejecimiento*. España: Elsevier España, S.L.