



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS BENEFICIOS AL ADULTO MAYOR QUE ACUDE

A LAS CASAS DE LA SALUD

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

QUE PRESENTAN:

GABRIELA LANZAGORTA PARRA.

No. CUENTA 94573198

BEATRIZ MARTINEZ INES

No CUENTA 094573198

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. VIRGINIA REYES AUDIFFRED.

MÉXICO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

GABRIELA LANZAGORTA PARRA

Agradezco a mi familia porque gracias a su confianza, apoyo y motivación logran que día a día reflexione de una manera positiva ante cualquier circunstancia de la vida.

A la Familia Villa Ruiz porque me brindaron su apoyo incondicional en los momentos mas difíciles.

A todas las personas que integran la Casa de la Salud porque me dieron la oportunidad de conocerlos, ofreciendo su ayuda, amistad y conocimientos.

apoyo y confianza, esto no hubiera sido posible.

AGRADECIMIENTOS.

BEATRIZ MARTINEZ INES.

A Dios: Por haberme dado la oportunidad de encontrarme en este momento y en esta situación, que con altas y bajas pero sobre todo aun con los obstáculos en este camino, al estar a punto de lograr uno de mis objetivos más importantes de mi vida gracias....

A toda mi familia por el apoyo y el entusiasmo que me brindaron para continuar con la carrera.

A la profesora Virginia Reyes Audifred por su paciencia, apoyo y asesoramiento en la tesis. A todos los profesores que tuve la oportunidad de conocer y que compartieron el conocimiento, su experiencia y su amistad.

A todas las personas que estuvieron a mi lado y que siempre me alentaron para seguir adelante.

DEDICATORIAS

GABRIELA LANZAGORTA PARRA

A MIS PADRES: Que han sido los mejores amigos que he tenido, que en todo momento me han escuchado y aconsejado; que día con día me alimentaron de pensamientos positivos impulsándome a luchar por lograr mis propósitos, siendo un ejemplo a seguir.

Porque con su apoyo y cariño me demostraron que con la ayuda de Dios se pueden hacer maravillas de una tempestad.

A MIS HERMANOS Porque con sus vivencias me demuestran que hay muchas cosas por las que hay que luchar para poder triunfar.

A MI ABUE FELICITAS PARRA. Por el recuerdo de haber sido una persona inigualable que fue ejemplo de lucha, superación, admiración y humildad.

DEDICATORIA

BEATRIZ MARTINEZ INES

A MI MADRE

Alejandra Inés Gabina por darme la vida y enseñarme que aunque la vida es difícil, tiene momentos satisfactorios y que nunca hay que darse por vencida y que siempre existe la esperanza de crecer como persona en todos los aspectos pero sobre todo el respeto a los demás.

A MI PADRE

Guillermo Martínez por darme la vida y darme la oportunidad para llegar a ser alguien en la vida pero sobre todo por el apoyo y esfuerzo que dedico para que terminara la carrera.

A MIS HERMANOS

Por estar conmigo y estar unidos en los momentos más difíciles de nuestra vida y por el apoyo que me han brindado.

INDICE

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Introducción | 10 |
| 2 | Justificación | 12 |
| 3 | Planteamiento del problema | 14 |
| 4 | Pregunta de investigación | 14 |
| 5 | Objetivos | 15 |
| 6 | Metodología | 16 |
| 6.1 | Lugar | 16 |
| 6.2 | Universo | 16 |
| 6.3 | Muestra | 16 |
| 6.4 | Criterios para selección de muestra | 16 |
| 6.5 | Tipo de investigación | 17 |
| 6.6 | Etapas de la investigación | 17 |
| 6.7 | Recursos | 18 |
| 6.8 | Presupuesto | 19 |
| 6.9 | Categorías de estudio | 19 |
| 6.10 | Instrumento de recolección | 21 |
| 6.11 | Plan de análisis de los resultados | 21 |
| 7 | Marco referencial | 22 |
| 7.1 | Antecedentes de San Luis Tlaxialtemalco | 22 |
| 7.1.1 | Características geodemograficas | 22 |

| | | |
|--------|--|----|
| 7.1.2. | Servicios Públicos | 24 |
| 7.1.3 | Grupos de edad | 25 |
| 7.1.4 | Recursos para la salud | 25 |
| 7.1.5 | Daños a la salud | 26 |
| 7.2 | Envejecimiento | 27 |
| 7.2.1 | Cambios biológicos | 27 |
| 7.2.2 | Cambios psicosociales del envejecimiento | 31 |
| 7.3 | Enfermedades frecuentes del adulto mayor | 34 |
| 7.3.1 | Hipertensión | 34 |
| 7.3.2 | Enfermedad Vascul ar Cerebral | 37 |
| 7.3.3 | Diabetes mellitus | 41 |
| 7.3.4 | Deterioro visual | 44 |
| 7.3.5 | Disminución de la audición | 45 |
| 7.3.6 | Estreñimiento | 46 |
| 7.3.7 | Insomnio | 46 |
| 7.3.8 | Obesidad | 47 |
| 7.3.9 | Malnutrición | 49 |
| 7.3.10 | Enfermedad periodontal | 50 |
| 7.3.11 | Problema de memoria | 51 |
| 7.3.12 | Piel seca | 52 |
| 7.3.13 | Gastritis | 53 |
| 7.3.14 | Artritis | 53 |
| 7.3.15 | Osteoartritis | 54 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 7.3.16 | Osteoporosis | 58 |
| 7.3.17 | Incontinencia urinaria | 62 |
| 7.3 | Casa de la salud | 64 |
| 7.4.1 | Toma de signos vitales | 65 |
| 7.4.2 | Toma de peso y talla | 67 |
| 7.4.3 | Chequeo de glicemia capilar | 68 |
| 7.4.4 | Platicas de educación para la Salud | 69 |
| 7.4.5 | Ejercicio | 70 |
| 7.4.6 | Terapias cognitivas | 72 |
| 8 | Resultados | 79 |
| 8.1 | Descripción de resultados | 79 |
| 9 | Conclusiones | 100 |
| 10 | Sugerencias | 102 |
| 11 | Anexos | 104 |
| | Anexo 1: Entrevista Semi estructurada y de observación | 106 |
| 12 | Referencias Bibliográficas | 109 |

1. INTRODUCCION

El anciano ha sido una figura fundamental en la historia de la humanidad, ya que en algunas culturas su papel fue determinante en los aspectos políticos, económicos y religiosos, sin embargo en nuestros días su experiencia y habilidades individuales no son del todo valoradas, marginando parcialmente o totalmente su participación social. Erróneamente es considerado como una carga económica para la familia, sin tomar en cuenta que gran parte del desarrollo del país fue generado por ellos en su juventud (INEGI)

La Casa de la Salud, es un espacio destinado al adulto Mayor en el que se brinda atención primaria bajo la responsabilidad de los pasantes de Enfermería para el control del Proceso Salud Enfermedad de este grupo de edad, a través de diferentes actividades de manera permanente en el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (C. U. E. C.).

El presente proyecto de investigación es de tipo cualitativa – exploratoria y permitió identificar cuales fueron los beneficios del estado de salud del Adulto Mayor que acudió a la Casa de la Salud del Centro Comunitario de San Luís Tlaxialtemalco.

El universo muestral fue constituido por 6 mujeres mayores de 60 años que residan en la comunidad de San Luís Tlaxialtemalco y lugares aledaños de Xochimilco de México D. F. Los datos se recolectaron a través de una entrevista semiestructurada de 14 preguntas abiertas, la cual fue grabada con el consentimiento de la mujer adulto mayor, posteriormente se realizó el análisis de contenido para identificar las dimensiones o temáticas más relevantes mediante la codificación de los datos por categorías para su posterior descripción y presentación de los resultados.

2. JUSTIFICACION

La población mexicana vive un proceso de envejecimiento acelerado mismo que se agravará en los próximos 20 años ocasionando que se incremente la demanda de los servicios de salud, pensiones y los requerimientos asistenciales. La atención a los viejos representará uno de los mayores retos para los servicios de salud, ya que este grupo de edad los utiliza con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población. Además los servicios que requieran esas personas son por lo general más costosos (INEGI).

El proceso de envejecimiento y la presencia de enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes mellitas y la hipertensión arterial, deterioran la capacidad funcional de forma acelerada. También puede encontrarse declinación en funciones intelectuales tales como: análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata.

Sin embargo, es importante considerar, que el anciano presenta menor deterioro cuando se mantiene activo y productivo, cualquiera que sea la actividad que realice, por lo que es importante darle la oportunidad de seguir siendo parte del sistema productivo en actividades que le permitan sentirse útil. Además de tener a su alcance los cuidados para promover su auto cuidado. Esto significa una nutrición adecuada, estilos de vida saludable, ejercicio, uso del tiempo libre,

descanso, actitud mental positiva, control médico adecuado y oportuno. Por lo antes descrito surge la Casa de la Salud del CUEC, como un espacio creado para brindar atención al adulto mayor, de acuerdo a sus necesidades físicas, psicológicas y sociales. Con la asistencia del adulto mayor a la Casa de la Salud se pretende mejorar la calidad de vida tomando en cuenta que la adaptación social es un proceso gradual y activo en el cual el individuo debe tener muy clara su situación y expectativas para que mediante acciones estratégicas congruentes con su edad, economía, estado físico, escolaridad, género e interés se incorpore a una nueva forma de vida que es la senectud.

Por ello se toman en cuenta las necesidades físicas, psicológicas y sociales en el anciano, ofreciéndole un ambiente óptimo para realizar sus actividades que sean benéficas para su salud; como son: tensión arterial, pulso, respiración, glicemia, Terapia del arte (Manualidades), juegos de destreza (Lotería, Memorama y rompecabezas), Música terapia y terapia física (ejercicios activos y pasivos).

Aunque se observa que el grupo de adultos mayores que asiste a las casas de salud desde hace dos años, ha mejorado o conserva su estado de salud, se considera importante realizar una evolución de los beneficios que ha reportado el asistir a la casa de salud para justificar su existencia, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación (CUEC).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mexicana vive un proceso de envejecimiento acelerado mismo que se agravará en los próximos 20 años ocasionando que se incremente la demanda de los servicios de salud, pensiones y los requerimientos asistenciales. La atención a los Adultos mayores representará uno de los mayores retos para los servicios de salud, ya que este grupo de edad los utiliza con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población. Además los servicios que requieran esas personas son por lo general más costosos.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿El asistir a la casa de salud para el adulto mayor reportara beneficios en su estado de salud?

5. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Identificar en que les beneficia a los adultos mayores asistir a la casa de la salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la percepción de los beneficios biopsicosociales de la adulta mayor a partir de su asistencia a la casa de salud.
- Conocer si ha mejorado la relación grupal y familiar de las adultas mayores desde que acuden a la casa de la salud.
- Identificar las actividades que les gusta realizar a las adultas mayores durante su asistencia a la casa de salud.
- Conocer como perciben las adultas mayores la actitud de las pasantes de enfermería responsables de la casa de salud.

6. METODOLOGIA

6.1 LUGAR

La investigación se realizó en el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC) de la ENEO – UNAM en San Luís Tlaxialtemalco, DF, México.

6.2 UNIVERSO

Mujeres mayores de 60 años que acudieron a la casa de la salud en el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria de San Luís Tlaxialtemalco de la Delegación Xochimilco.

6.3 MUESTRA

6 adultas mayores voluntarias.

6.4 CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA

DE INCLUSION:

- Sexo femenino
- Mayores de 60 años

- Residentes de San Luís Tlaxialtemalco o lugares aledaños.
- Que hayan acudido frecuentemente durante todo el año a la Casa de la Salud del C. U. E. C.

DE EXCLUSION:

- Sexo masculino
- Menores de 60 años
- Que no hayan asistido frecuentemente a la Casa de la Salud.

6.5 TIPO DE INVESTIGACION

El estudio se abordó con una finalidad exploratoria, por lo que se contempló desde la perspectiva del método cualitativo. Esta metodología permite a los participantes del estudio reflexionar sobre su experiencia y por tanto ayuda al investigador a explorar sus pensamientos. Además con la investigación cualitativa se puede acceder a innumerables detalles sobre el fenómeno objeto de estudio que podrían pasar inadvertidos empleando un método cuantitativo.

6.6 ETAPAS DE LA INVESTIGACION.

- Piloteo del instrumento: Se aplicó una entrevista a una mujer con las características a las de la muestra para después hacer las correcciones al instrumento.
- Aplicación del instrumento: Se aplicó el instrumento a través de una entrevista semiestructurada, la cual fue grabada con el consentimiento de la adulta mayor.
- Transcripción de la entrevista: Se procedió a transcribir todas las entrevistas a hojas.

6.7 RECURSOS

RECURSOS FISICOS

- Biblioteca de la ENEO.
- Centro Universitario de Enfermería Comunitaria.

RECURSOS HUMANOS:

- 2 pasantes de Lic. Enfermería y Obstetricia y asesora.

RECURSOS:

- Grabadora de reportero, Cassettes, Pilas alcalinas, Hojas, Lápices, Bolígrafos, Fotocopias, Computadora, Impresora, Libros, Fólderes, Sacapuntas, Engrapadora, Grapas, Goma, Clips.

6.8 PRESUPUESTO.

| Material | Costo \$ |
|--|-------------------|
| 100 hojas blanca, lápices, plumas, goma, sacapuntas, fólder, engrapadora, grapas, clips | 150.00 |
| 10 copias del instrumento | 50. 00 |
| Fotocopias de libros y revistas | 150.00 |
| Refrigerio para dos personas por 5 días | 120.00 |
| Pasajes para asistir a las diferentes bibliotecas y a San Luís para aplicar las entrevistas. | 150.00 |
| Grabadora para reportero | 300.00 |
| 3 Cassettes | 45.00 |
| Renta de Internet y computadora | 200.00 |
| Total | \$ 1165.00 |

6. 9 CATEGORÍAS DE ESTUDIO.

CATEGORIA I. CONCEPTO SOBRE CASA DE LA SALUD.

CATEGORIA II. BENEFICIOS CASA DE LA SALUD.

CATEGORIA III. PORQUE ACUDE A LA CASA DE LA SALUD.

CATEGORIA IV. MEJORA DEL ESTADO DE ANIMO.

CATEGORIA V. BENEFICIOS AL REALIZAR EJERCICIO.

CATEGORIA VI. MANUALIDADES.

CATEGORIA VII. EJERCITAR LA MEMORIA.

CATEGORIA VIII. RELACION FAMILIAR.

CATEGORIA IX. INFLUENCIA DE LA CASA DE LA SALUD EN SU VIDA DIARIA.

CATEGORIA X. QUE MAS LE GUSTA.

CATEGORIA XI. QUE LE DESAGRADA.

CATEGORIA XII. OTRAS POSIBLES ACTIVIDADES.

CATEGORIA XIII. PERFIL DE LA ENFERMERA.

CATEGORIA XIV. INFLUENCIA DE LA ENFERMERA.

CATEGORIA XV. SUGERENCIAS PARA FUTURAS ENCARGADAS DE LA CASA DE LA SALUD.

6. 10 INSTRUMENTO DE RECOLECCION.

Se realizó una entrevista a través de un cuestionario estructurado con 14 preguntas abiertas. El tiempo estimado de contestación del cuestionario, fue de 60 minutos.

6. 11 PLAN DE ANALISIS DE RESULTADOS

Procesamiento y análisis de datos: Una vez transcritas las entrevistas, la técnica utilizada para el análisis de los datos fue el análisis cualitativo de contenido, que consiste en analizar como su nombre indica, el contenido de los datos descriptivos- narrativos a fin de identificar los principales temas y patrones que surgen de los mismos. Para llevar a cabo este análisis fue preciso codificar y agrupar los datos siguiendo un criterio establecido en el diseño de estudio. En este caso se trataba de estudiar diferencias y similitudes entre las opiniones de las mujeres entrevistadas e identificar las dimensiones o temáticas que parecieran más relevantes, permitiendo así hacer la codificación de los datos por categorías para su posterior descripción y relación.

7. MARCO REFERENCIAL

7.1 ANTECEDENTES DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

El pueblo de San Luís Tlaxialtemalco es un asentamiento ribereño del antiguo lago de Xochimilco, cuya fundación se remonta a la época prehispánica. Esta cerca del manantial de Acuexcomac, que hasta mediados del siglo XX, fue el más caudaloso de la cuenca de México y que está vinculado a las tradiciones mitológicas locales.

En el pasado San Luis fue el barrio más grande de San Gregorio Atlapulco, y ambos pertenecieron a la parcialidad de Tepetenchi. El 25 de julio de 1603 fue congregado el pueblo de San Luís a causa de un fuerte aguacero a las faldas del cerro Tehutlí que obligo a los habitantes a trasladarse al lugar donde hoy se sitúa dicho pueblo

7.1.1 CARACTERISTICAS GEODEMOGRAFICAS

San Luis cuenta con una superficie de 6. 2km. Aproximadamente, se localiza a 40 kilómetros del centro del DF. Limita al norte con Tlahuac, al sur con Milpa Alta, al

este con Tulyehualco, al oeste con san Gregorio Atlapulco. Se encuentra a una altitud de 225 mts. sobre el nivel del mar, esta rodeado por montañas de origen volcánico, uno de los más importantes es el cerro Teutli, cuenta con grandes canales como el Nacional, Ameca y el de Chalco que hoy en día reciben aguas negras de la ciudad de México que irrigan a las chinampas.

CLIMA.

Es templado, lluvioso con invierno frío. Las lluvias se presentan principalmente durante el verano y otoño.

El problema más agudo que causa la naturaleza son las heladas de invierno y el granizo en épocas de lluvia, ya que ocasionan grandes pérdidas agrícolas.

Se encuentra a una altitud de 2225 de metros sobre el nivel del mar, y esta rodeado por montañas de origen volcánico, el Teutli es uno de los más importantes.

FAUNA.

Hace tiempo podíamos encontrar en la zona fauna diversa como venados, liebres, tigrillos, tepezcuintles así como truchas, carpas, acosijes y tortugas. En la actualidad estos animales han ido desapareciendo como consecuencia de la urbanización.

Los animales característicos son cerdos, vacas, borregos, pollos guajolotes. Caballos, los que son utilizados para autoconsumo o venta de vecino a vecino, lo que ocurre también con los derivados alimenticios.

FLORA.

Es una zona lacustre donde la vegetación esta compuesta principalmente por sauces, alcanfores, agüerotes y eucalipto que fueron sembrados para fijar las chinampas que bordean los canales de la zona. También podemos encontrar a la orilla de los canales abundantes hojas de flechas y alcatraces y otras plantas. Así mismo podemos observar algunas zonas de bosques mixtos.

Esta constituida por plantas de ornato y de consumo.

Entre las primeras tenemos: nochebuena, agasamia, pensamiento, petunia, aretillo y juanita. Estas son las más representativas ya que existe una gran variedad de flores. Entre las segundas encontramos maíz, verdolaga, cilantro, espinaca, acelga, romero y otras.

La población se dedica de manera muy importante a la floricultura, por lo que las plantas son comercializadas en lugares de venta: jamaica, central de abastos, Xochimilco y estados de la república (Investigación realizada generación 2005).

7.1.2. SERVICIOS PÚBLICOS

Cuenta con alumbrado público, drenaje, pavimentación, servicios de limpieza, principalmente en la zona céntrica, siendo deficiente en la zona periférica, existe además y una planta de tratamiento de aguas residuales (Investigación realizada generación 2005).

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El pueblo cuenta con teléfonos, vías de comunicación Terrestre, transporte público, rutas de colectivos Tulyehualco - Xochimilco, R-55 R-20 Mixquic-Xochimilco R-61 Xochimilco Col. Del Carmen R- 61, autobuses ruta Tulyehualco-Xochimilco, Taxi (Manual cuec).

7.1.3 GRUPOS DE EDAD.

El mayor porcentaje de población es del grupo de edad 25 a 49 años (37.8%) seguido del grupo de edad de 5 a 14 años con un porcentaje de 22.3% así mismo el grupo de 15 a19 años con un 10.8% el grupo de 0 a 4 años con el 10.3% el de 20 a24 con el 9.9% de 50 a 64 años con 5.6% y de 65 años a más con 3.3% con base a lo anterior se observa que el mayor porcentaje de la población es joven y se encuentra tanto en edad productiva como reproductiva (Investigación realizada generación 2005).

7.1.4 RECURSOS PARA LA SALUD

Se cuenta con un Centro de Salud, consultorios médicos privados e instituciones periféricas a donde se refieren a los usuarios para su atención como son: Hospital General de Milpa Alta, Hospital materno infantil de Tlahuac, Hospital pediátrico de Xochimilco y clínica del ISSSTE, además se cuenta con el apoyo de otros hospitales como el GEA González y el Hospital General de México (Investigación realizada generación 2005).

7. 1. 5 DAÑOS A LA SALUD

Desde el punto de vista de salud pública, los daños a la salud son las enfermedades que afectan una determinada población, agrupadas y analizadas según alguna característica común.

Dentro de las principales causas de morbilidad se encuentran las infecciones de vías respiratorias, enfermedades gastrointestinales, enfermedades exantemáticas, infecciones oculares dermatitis y dermatosis, diabetes mellitas, hipertensión reumatismo, malformaciones de los huesos e infección de vías genitourinarias, enfermedades, debidas en su mayoría a las condiciones ambientales características de la región geográfica, donde la presencia de tolveneras se acentúa por el deficiente servicio de pavimentación así como el del uso de plaguicidas en la zona chinampera, en los invernaderos y el ambiente húmedo

constante propio de los canales, dando en consecuencia el particular estilo de vida de los habitantes.

En relación con la mortalidad se encuentra entre las principales causas, las enfermedades del corazón, diabetes, hipertensión, cáncer, cirrosis hepática, neumonía, cisticercosis, prematuridad y senectud (Investigación realizada generación 2005).

7.2 ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso normal que se traduce en una serie de cambios en el funcionamiento de las distintas estructuras del cuerpo que lenta y progresivamente se presentan en el transcurso del tiempo, caracterizándose por el deterioro gradual de algunas funciones y desaparición de otras, produciendo de ese modo disminución de la adaptabilidad y defensas frente a los cambios ambientales, aumentando así la vulnerabilidad del sujeto.

El envejecimiento es un fenómeno que afecta a todos los órganos y sistemas del individuo. Estos cambios se presentan de manera individualizada por lo que no todos los órganos, sistemas y personas envejecen igual ni al mismo ritmo.

El envejecimiento acelerado está asociado generalmente con la presencia de enfermedades crónicas y un estilo de vida no saludable (Gutiérrez 2002).

7. 2. 1CAMBIOS BIOLÓGICOS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO.

Los cambios que ocurren en órganos y sistemas que ocurren durante el envejecimiento son en cierta medida de las modificaciones en la composición corporal que caracterizan el envejecimiento biológico.

COMPOSICIÓN CORPORAL

Durante el envejecimiento se presenta una disminución de hasta un 30% de la masa celular y de hasta un 50% del agua corporal, acompañados de un aumento de la grasa corporal de hasta el 30%, proporcionando una pérdida progresiva de la función global del organismo de hasta 1% promedio anual a partir de los 30 años.

SISTEMA DIGESTIVO.

Los ancianos presentan disminución en la motilidad del esófago e intestinos y en la secreción ácida del estómago. Así mismo el grosor del tejido del estómago está disminuido y la absorción alimenticia y funcionamiento hepático son deficientes en comparación con el funcionamiento de los adultos jóvenes.

SISTEMA CARDIOVASCULAR.

Con el envejecimiento los vasos sanguíneos se hacen más rígidos, se deposita grasa y se forma tejido fibroso en el corazón, la frecuencia cardíaca y la fuerza de

contracción disminuyen, las válvulas cardiacas se calcifican y los mecanismos del sistema nervioso para mantener la presión arterial son deficientes.

SISTEMA RESPIRATORIO.

Se observa disminución de la elasticidad, calcificación de los cartílagos costales, así como debilidad de los músculos respiratorios, limitando los movimientos respiratorios de inspiración y expiración.

SISTEMA NERVIOSO.

En los ancianos disminuye el tamaño del cerebro en un 10% debido a la pérdida de las células del sistema nervioso y a la disminución en las prolongaciones celulares, hay disminución en la velocidad en la conducción nerviosa y aumento en el tiempo de la respuesta refleja.

SISTEMA RENAL.

Se observa disminución en el número y tamaño de las neuronas, disminuye la capacidad de la filtración renal.

SISTEMA GENITOURINARIO.

En los adultos mayores varones se observa un aumento de tamaño de la próstata, en las mujeres después de la menopausia disminuye el grosor función del tejido que cubre la vagina y provocando resequeidad y susceptibilidad para las erosiones.

SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO.

Se observa disminución en el tamaño y en el tono muscular, la fuerza muscular se pierde entre un 20 y 30% de los 60 a 90 años. Hay una disminución en la estatura de aprox. 1.5 cm. cada 10 años a partir de los 50 años.

PIEL Y TEGUMENTOS

La piel del adulto mayor se torna delgada, dura, áspera y reseca con sensación frecuente de comezón, el pelo se vuelve cano y se cae, las uñas son frágiles engrosadas, torcidas y de lento crecimiento.

OJOS.

Con el envejecimiento se presenta disminución de la grasa que rodea al globo ocular, disminución en el tamaño y funcionamiento de las glándulas lagrimales y estrechamiento del conducto lagrimal, sequedad del tejido que rodea al ojo.

AUDICION Y EQUILIBRIO.

Se presenta adelgazamiento y resequedad de la piel de los pabellones auriculares; en el conducto auditivo aumenta el número y longitud de los pelos y se incrementa la descamación de la piel haciendo más difícil la eliminación del cerumen.

OLFATO, GUSTO Y FONACION.

Hay disminución en el número y tamaño de las papilas gustativas y las células olfatorias, así como disminución en la elasticidad de los músculos y cartílagos laríngeos (Carnevali 1988).

7. 2. 2 CAMBIOS PSICOSOCIALES EN EL ENVEJECIMIENTO.

En los ancianos se puede detectar diferencias individuales debido a características de la personalidad y acentuados por el cúmulo de experiencias de cada cual. En la vejez se da una reducción de la capacidad funcional del individuo. Puede encontrarse declinación en funciones intelectuales tales como: análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata. El anciano presenta menor deterioro de sus facultades intelectuales siempre y cuando se mantenga activo y productivo, cualquiera que sea la actividad laboral que realice. En el anciano se incrementa el temor a lo desconocido, porque tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de inseguridad. Estos son agravados por pautas culturales que los ubican en una posición desventajosa con respecto al adulto joven, determinando los roles que deben desempeñar.

Otras reacciones negativas que puede sufrir el anciano ante la angustia y frustración provocadas por las pérdidas son la depresión y regresión. La depresión no es necesariamente un síntoma de envejecimiento pero se relaciona con el ámbito social estrecho en que vive el anciano, el cual lo conduce al aislamiento. Esto no se debe necesariamente a que el anciano viva solo, sino a que se le dificulta entablar nuevas relaciones significativas y algunas veces se presenta una rigurosa resistencia a abordar nuevas amistades.

Todas las edades son portadoras de opiniones sociales, sin dudas la Tercera Edad constituye una etapa de la vida muy influenciada, más bien determinada por la opinión social, por la cultura donde se desenvuelve el anciano. Hasta hoy día la cultura, de una forma u otra, tiende mayoritariamente a estimular para la vejez el sentimiento de soledad, la segregación, limitaciones para la vida sexual y de pareja, y de la propia funcionalidad e integración social del anciano.

Se ha llegado a considerar además, que los elementos conformadores de identidad son tomados generalmente de los prejuicios negativos que la cultura como tendencia, ha reservado para la vejez. "Soy viejo porque ya me queda menos, soy inútil, incapaz, retirado, final."

Un resultado de depresión e inseguridad puede ser el intento del anciano por regresar a etapas anteriores de la vida. La persona dependiente e insegura en momentos de tensión tenderá a regresar a conductas infantiles y a no realizar esfuerzos constructivos para resolver los problemas.

El anciano experimenta una necesidad creciente de seguridad, en un momento de la vida en que los recursos físicos y psicológicos están en rápida decadencia. Existe un sentimiento de impotencia para satisfacer las necesidades, lo cual le provoca frustración, miedo e infelicidad.

Aún cuando el anciano evita establecer relaciones afectivas estrechas, intensifica sus vínculos con la familia cercana. Esta representa la fuente principal de ajuste socio-psicológico en el proceso de envejecimiento, debido a que es el medio que ofrece mayores posibilidades de apoyo y seguridad.

El anciano debe valorarse como un individuo que posee un cúmulo preciado de experiencia que puede transmitir a los jóvenes en el interactuar diario. Debe dársele la oportunidad de seguir siendo parte del sistema productivo en actividades que le permitan sentirse útil. La familia como red social primaria es esencial en cualquier etapa de la vida, es "el primer recurso y el último refugio." La familia como grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad, constituye un determinante importante para el presente análisis de la Tercera Edad.

Con relación a la vejez como última etapa, habría que incluir los principales eventos que los autores han descrito para la misma, a saber: la viudez, la abuelita, el papel de los cuidadores del anciano y del anciano como cuidador, la jubilación, y la muerte.

De los cambios más universales, el anciano de hoy se queja de su falta de autoridad, en el núcleo familiar dado por la independencia que van tomando los hijos, la dependencia económica del anciano hacia ellos, la imposibilidad muchas

veces de realizar todas las actividades hogareñas que antes realizaba, entre otros factores.

Uno de los cambios desde el índole social que ocurren en la vejez es la jubilación. Al hombre jubilado le es mas difícil reencontrarse en el hogar, y en muchas ocasiones aparecen vivencias de soledad y de perdida de lugar. La mujer jubilada continúa su rol doméstico que antes compartía con el laboral social y vivencia como un cambio transaccional más natural, la pérdida de su status social y su estancia a tiempo completo en el hogar. La jubilación constituye entonces un evento vital a considerar por la familia (Gutiérrez 2002)

7.3 ENFERMEDADES Y/O PROBLEMAS FRECUENTES DEL ADULTO MAYOR.

7.3.1. HIPERTENSION ARTERIAL

La presión que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias, la cual esta dada por el gasto cardiaco, la viscosidad de la sangre, las resistencias vasculares periféricas y la elasticidad de las arterias. La hipertensión se define como elevación permanente de la presión en el sistema arterial; los límites se encuentran en 140 mm. Hg. para la sistólica y 90 para la diastolica.

Cuando el complejo sistema que regula la presión arterial, no funciona como debe ser, puede desarrollarse demasiada presión dentro de las arterias. La presión

aumentada en las arterias que continua persistentemente es llamada presión arterial alta o hipertensión arterial.

Dentro de las cifras normales se maneja:

| Presión arterial Diastólica | Presión arterial sistólica |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 90 a 99 hipertensión leve | 140 a 159 hipertensión leve |
| 100 a 109 hipertensión moderada | 160 a 179 hipertensión moderada |
| 110 a 119 hipertensión grave | 180 a 209 hipertensión grave |
| 120 ó más hipertensión muy grave. | 210 ó más hipertensión muy grave. |

De acuerdo a su complejidad se clasifican en:

- Hipertensión arterial esencial o primaria. Es la elevación sostenida de la presión arterial sin causa orgánica o funcional identificable.
- Hipertensión arterial secundaria: Es la elevación sostenida de la presión arterial, con causa orgánica o funcional identificable.

- Hipertensión arterial resistente. Es la presión arterial que no disminuye a niveles de normotensión en un paciente adherente al tratamiento, a pesar de seguir las medidas de control recomendadas.
- Urgencia hipertensiva. Es la condición clínica con elevación grave o muy grave de la presión arterial diastólica y/o sistólica que requiere reducción inmediata, de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente si le compromete la vida.

La hipertensión arterial es llamada “el asesino silencioso” porque no produce ningún signo o síntoma que le adviertan que tiene un problema. Se puede tener la presión alta durante años sin saberlo.

Se estima que existe 30.5 % de hipertensos entre los 20 y los 69 años de edad. Después de los 50 años de edad, la prevalencia supera 50% y es más frecuente el sexo femenino. La prevalencia es del 65 al 70% en adultos mayores de 65 años.

El incremento del riesgo es lineal, es decir que a mayores niveles de hipertensión arterial, mayor el riesgo de enfermedad vascular cerebral y cardiovascular.

Signos y síntomas tales como dolor de cabeza, mareo o hemorragia nasal no ocurren típicamente hasta que la presión arterial alta ha avanzado a un grado mayor, que posiblemente pone en riesgo la vida. Sin embargo, incluso algunas personas con presión arterial alta grado tres no presentan ningún signo o síntoma.

Otros síntomas que algunas veces se asocian a la presión arterial alta, como transpiración excesiva, calambres musculares, debilidad, micción frecuente o latidos cardiacos rápidos o irregulares (palpitaciones) son generalmente causados por otros trastornos que puede llevar a una presión arterial alta no controlada (Gutiérrez 2002)

7.3.2 ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL EN EL ADULTO MAYOR

La enfermedad vascular cerebral (EVC), es una lesión del cerebro debida al cese brusco del flujo sanguíneo ya sea oclusivo o por ruptura arterial, con déficit neurológico focal, que se presenta en forma súbita con rápida progresión, es la primera causa de invalidez en el ámbito mundial. Se debe diferenciar del síncope causado por reducción generalizada del flujo sanguíneo cerebral debido a hipotensión. La isquemia focal, el infarto cerebral o la hemorragia son causados por enfermedad de los vasos cerebrales, embolia arterial o del corazón, y ruptura de las arterias del cerebro.

La causa inmediata o directa de la embolia es el bloqueo o rompimiento de una de las arterias del cerebro, la mayoría de embolias son causadas por el estrechamiento de una arteria cerebral (arteriosclerosis) y o por un coagulo sanguíneo, (trombosis cerebral).

La causa inmediata de un accidente cerebro vascular, 6 de ellas crónicas e incluso potencialmente manejable contribuyen a producir una embolia que incapacita: hipertensión, diabetes mellitus, tabaquismo, enfermedad cardíaca, obesidad y aumento de los niveles de grasa sanguínea. Algunos de estos factores conocidos como los factores de alto riesgo pueden modificarse para evitar una embolia.

Los síntomas y signos dependen del sitio afectado, generalmente hay hemiparesia o hemiplejía, o signos focalizados en el caso de infartos lacunares, con progresión de los síntomas en horas o días. Los signos clásicos de lesión de neurona motora superior se presentan de inmediato en un evento hemorrágico, en el isquémico tardan aproximadamente 24 hrs. en que sean evidentes.

Para realizar un diagnóstico adecuado efectuar la historia clínica y exploración neurológica completa, sin olvidar la auscultación de las arterias carótidas. Se resumen en los siguientes criterios diagnósticos

- a. Presencia de factores de riesgo
- b. Presentación brusca
- c. Hemiplejía, hemiparesia o manifestaciones clínicas del síndrome de neurona motora superior
- d. Tomografía axial computarizada compatible con el diagnóstico (por lo general 48 hrs. des pues del evento).

El laboratorio biometría hemática, determinación de electrolitos, perfil bioquímico y tiempos de coagulación, aunque no existen datos específicos en este rubro para

la enfermedad por lo que deberá buscarse solo datos de factores de riesgo que puedan ser apoyados por el laboratorio como hiperglucemia en diabetes mellitus, incremento del colesterol o triglicéridos en la dislipidemia, etc.

Los estudios de gabinete deben incluir: electrocardiograma, radiografía de tórax, tomografía axial computada de cráneo y en casos especiales resonancia magnética nuclear de cerebro que puede ser de utilidad sobre todo en el diagnóstico diferencial. En forma excepcional ecocardiograma, angiografía digital Doppler de carótidas, etc.

Para establecer el diagnóstico se deben excluir otras posibilidades que pueden simular un EVC, como el estatus postepiléptico, el de estado de coma, migraña, hipoglucemia. Los criterios diagnósticos son: Historia familiar o antecedentes de hipertensión, diabetes, presentación súbita con rápido deterioro del paciente en horas, y presencia de signos de focalización.

Las complicaciones son la progresión de la lesión y la presencia de hemorragia intracerebral concomitante, descontrol metabólico en especial de la glucosa, complicaciones con la presión arterial, infecciones de predominio pulmonares y urinarias, así como deshidratación, insuficiencia cardíaca, inmovilidad, úlceras por presión, riesgo alto de abandono (maltrato), y dependencia física y psicológica, depresión reactiva.

Los lineamientos terapéuticos son medidas de sostén y tratamiento específico. Los primeros consisten en regular los signos vitales mediante monitoreo continuo,

vigilancia cardiovascular, colocación de catéter central o de una línea venosa, administración de oxígeno por mascarilla, control de las convulsiones, tratamiento de las infecciones, mantener la hidratación adecuada; Iniciar en las primeras horas maniobras de rehabilitación con movilización pasiva de las articulaciones y alineamiento de los miembros afectados, si el paciente está consciente se debe de iniciar la atención de psicología para evitar mayor deterioro emocional, la complicación de la depresión y las dependencias físicas y psíquicas.

El tratamiento específico incluye las medidas “anti edema” y de “neuroprotección”, así como de “prevención” de nuevos ataques. Las primeras consisten, en la administración de manitol al 20%, sobretodo en los que cursan con deterioro progresivo, iniciando con 300 ml seguidos de 100 a 150 ml cada 6 hrs, durante 3 a 5 días como máximo; los esteroides no han mostrado un efecto benéfico. Puede administrarse furosemide por vía endovenosa a dosis de 20 a 40 mg día, vigilando el estado de hidratación del paciente y el estado cardiovascular.

Si hay seguridad de que no se trata de un evento hemorrágico, administrar pentoxifilina 400 mg IV cada 12 hrs. El uso de nifedipina no es recomendable, ya que disminuye en forma significativa la presión arterial, eleva los costos de atención y puede ocasionar mayor complicación.

El empleo de heparina y la anticoagulación posterior dependerá de la causa del EVC, queda en forma exclusiva para los pacientes con FA. La prevención consistirá en adecuado control de los factores de riesgo y en los pacientes con FA

el uso de coumarínicos, el uso de pentoxifilina, o antioxidantes no han demostrado beneficio en forma profiláctica (Gutiérrez 2002).

7.3.3 DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico causado por un déficit de insulina o por la utilización ineficaz de la misma y caracterizada por presentar hiperglucemia y glucosuria. Afecta casi a un 20% de las personas mayores de 65 años y casi un 40% tienen intolerancia a la glucosa. El tipo de diabetes más frecuentemente presentada por el adulto mayor es la diabetes tipo 2 con un alto componente de insulino resistencia acentuada por el proceso de envejecimiento y con una insulino deficiencia relativa; la diabetes tipo 1 de origen auto inmune que lleva a la destrucción total de las células beta del páncreas, ha sido descrita en un porcentaje bastante bajo en adultos mayor.

La principal causa del aumento de los niveles de glucosa es una resistencia a la insulina periférica, debida principalmente a un defecto posreceptor aunque es posible que también este disminuido el número real de receptores insulínicos

La insulina, una hormona secretada por el páncreas, es la clave para que el organismo procese los alimentos que uno ingiere porque ayuda a mantener los

niveles adecuados de azúcar (glucosa) en la sangre. Las células son las encargadas de usar esta glucosa para producir la energía que les permite crecer y funcionar normalmente.

Cuando una persona sufre de diabetes, la falta de insulina o la resistencia de las células a la insulina impide la penetración de la proporción adecuada de glucosa a las células, causando la acumulación de glucosa en la sangre (hiperglicemia).

La hiperglicemia persistente ocasiona casi todos los síntomas que indican la presencia de diabetes: orina frecuente; sed extrema; visión borrosa; fatiga; pérdida de peso y hambre.

Generalmente la diabetes tipo 2 se presenta en los adultos mayores de manera asintomática y pueden cursar con glicemias elevadas sin presentar los síntomas característicos. Los pacientes sintomáticos presentan: poliuria, polidipsia y pérdida de peso importante con o sin hiperfagia. Pueden asociarse también síntomas como visión borrosa, astenia, somnolencia, susceptibilidad a las infecciones sobre todo urinarias y en el caso de las mujeres prurito vulvar y leucorrea. Otra forma de presentación muy frecuente en el adulto mayor es el síndrome hiperosmolar caracterizado por glicemias mayores de 600mg/dl y compromiso severo del sensorio. Un porcentaje importante de pacientes cuando son diagnosticados por primera vez presentan evidencia de complicaciones crónicas ya sea retinopatía, neuropatía o neuropatía diabética.

Generalmente, los pacientes portadores de diabetes tipo 1 debutan con un cuadro severo de cetoacidosis diabética. El diagnóstico de diabetes mellitus es posible por cualquiera de los siguientes procedimientos:

- Una glicemia en ayunas igual o mayor de 126 mg/dl, especialmente asociada a síntomas: astenia, somnolencia, prurito vulvar y susceptibilidad a las infecciones.
- Una glicemia al azar igual o mayor de 200 mg/dl, asociado o no a síntomas clásicos (poliuria, polidipsia, pérdida de peso, visión borrosa).
- Una glicemia igual o mayor de 200 mg/dl, dos horas después de una sobrecarga de 75g de glucosa por vía oral.

Cualquiera de estos tres criterios hace el diagnóstico de diabetes mellitus, pero tienen que ser confirmados en otro momento por cualquiera de éstos mismos procedimientos. La glicemia en ayunas es preferible para el diagnóstico por ser un procedimiento fácil, reproducible y de bajo costo.

Se considera ayunas a la no ingesta calórica por lo menos en las 8 horas previas.

Se considera glicemia al azar a toda determinación de glucosa en cualquier momento del día, sin relación a ingesta calórica alguna.

Prevención y promoción

Las medidas de prevención y promoción de la diabetes mellitus deben dirigirse principalmente a la población adulta mayor en mayor riesgo de adquirirla constituida por:

- Obesos
- Antecedentes familiares de diabetes
- Hipertensos

- Hiperlipidémicos
- Mujeres menopáusicas

La prevención primaria debe estar dirigida a combatir los factores de riesgo modificables como son la obesidad, sedentarismo, hiperlipidemias, hipertensión, tabaquismo y nutrición inapropiada, es decir fomentar un estilo de envejecimiento saludable.

La prevención secundaria estará dirigida a los pacientes portadores de diabetes mellitus o intolerancia a la glucosa y tiene como objetivos a través del buen control metabólico de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas.

La prevención terciaria está dirigida a pacientes diabéticos con complicaciones crónicas, para detener o retardar su progresión; esto incluye un control metabólico óptimo y evitar las discapacidades mediante la rehabilitación física, psicológica y social, impidiendo la mortalidad temprana.

Tanto la prevención secundaria como terciaria, requieren de la participación multidisciplinaria de profesionales especializados (García H. Torres, 1993)

7.3.4. DETERIORO VISUAL

La pérdida de la visión en adultos mayores se asocia con el descenso de las funciones tanto físicas como mentales.

En pacientes con pérdida visual, las caídas se vuelven más frecuentes y peligrosas, ya que disminuye la sensibilidad para el contraste, para la profundidad y la agudeza visual. Los individuos con deterioro visual y alguna otra limitación funcional tienen un mayor riesgo del triple en comparación a los que no los tienen de desarrollar una incapacidad física. En relación a lo psicológico se ve afectada la seguridad emocional presentando estrés ante las dificultades.

7.3.5. DISMINUCION DE LA AUDICION

El oído percibe sonido, tiene dos funciones: la audición y el mantenimiento del equilibrio. Con el envejecimiento las estructuras auditivas se deteriora y la audición puede declinar levemente y esta pérdida de audición relacionada con la edad se denomina presbiacusia, la cual es una afección común y que genera muchas alteraciones psicológicas y sociales.

La agudeza de la audición declina alrededor de los 50 años, el cerebro puede tener una disminución leve de la capacidad para procesar los sonidos en información significativa. Otra causa común de problemas auditivos es la impactación de cerumen en el oído debido a una atrofia y deshidratación de la piel del conducto auditivo externo que favorece la acumulación de secreción ceruminosa junto con restos epiteliales de descamación, aunado a la falta de educación sobre como limpiar el conducto auditivo externo.

La problemática auditiva se presenta cuando el sonido tiene problemas para pasar a través del oído externo y medio. La pérdida auditiva neurosensorial comprende daño del oído interno del nervio auditivo o del cerebro y puede responder o no al tratamiento. El ruido auditivo anormal persistente (tinnitus) es otro problema común de la audición (Robert K. Kane, 1994).

7.3.6. ESTREÑIMIENTO

En el adulto mayor, a causa del envejecimiento, se produce con frecuencia estreñimiento, que es el estado en que el individuo experimenta un cambio en la función intestinal normal, caracterizado por una reducción de la frecuencia y/o por la eliminación de heces secas y duras.

La escasa ingesta de líquidos y de actividad física, el poco consumo de fibra, la disminución del tono muscular abdominal, contribuyen a agravar este problema.

7.3.7. INSOMNIO

Dormir adecuadamente todos los días es esencial para el buen funcionamiento del cuerpo humano. La privación de dormir puede provocar varios síntomas y

enfermedades como pérdida de la memoria de corto plazo, reducción de la capacidad de atención, disminución en la coordinación motora, disminución de la capacidad para adaptarse, irritabilidad, etc. Además ingesta insuficiente de nutrientes, en especial de proteínas, contribuye a los trastornos del sueño, al igual que medicamentos y alimentos

- Los Cambios del Sueño con el Envejecimiento Son:
Aumento de las fases de vigilia nocturna.
- Mayor permanencia en la cama con menor tiempo de sueño.
- Anticipación de la hora de dormir y despertar.
- Sueño, generalmente, menos eficaz.
- Disminución del sueño profundo y del sueño REM (Movimientos oculares).
- Algunos medicamentos pueden ocasionar vigilancia excesiva.

Los principales trastornos del sueño del adulto mayor son el insomnio y la apnea del sueño. Para evaluar el insomnio debemos recordar que él necesita menos horas de sueño que el niño o el joven; y que muchas veces un adulto mayor aburrido querría dormir más de lo necesario o mal interpreta su fatiga diurna.

El insomnio puede deberse a causas ambientales (ruido, frío), dolores o molestias físicas, trastornos psicológicos (depresión, ansiedad), ingestión de café, alcohol o estimulantes. El uso de medicamentos debe ser reservado para casos especiales y siempre bajo control médico.

7.3.8 OBESIDAD

Definida sólo como exceso de grasa corporal, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la obesidad de acuerdo con el incremento del índice de masa Corporal medida en Kg. /m² de superficie corporal. Se considera un aumento de 120 a 130% del peso deseable como obesidad moderada y mayor de 130% como obesidad mórbida, valoraciones que eran casi exactas, así que se tenía que definir sobrepeso con valor de 25 a 29.9 del IMC; obesidad grado I, 30 a 34.9; grado II, 35 a 39.9 y grado III llamada también extrema con IMC igual o mayor de 40 Kg./m²; grado IV o mórbida igual o mayor a 50.

Problema común en los ancianos, la disminución de su actividad física así como de su gasto energético, predispone para la acumulación de grasa y su redistribución, la obesidad disminuye de 6 a 13 años la esperanza de vida, cuando el problema existe desde la juventud. La inflamación crónica y cambios endocrinos contribuyen a los cambios en el metabolismo y composición corporal.

Determinar la composición corporal, para evaluar la cantidad de grasa en el anciano, no tiene una correlación adecuada con las medidas antropométricas: el grosor del pliegue cutáneo tricipital y la circunferencia del antebrazo debido a que la distribución de grasa en el tejido subcutáneo aumenta en el abdomen y cadera, esto aunado a los cambios en la piel que al perder agua y aumentar tejido conectivo la hacen menos elástica. La medición de la circunferencia solo permite diferenciar grados de sobrepeso u obesidad.

Se relaciona la obesidad con un aumento en el riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes mellitas tipo 2, dislipidemia, osteoartritis y algunos cánceres, pero no se enlaza con el riesgo de mortalidad (Norman Exton, 1988).

7.3.9 MALNUTRICION

La malnutrición se refiere a la inadecuada ingesta de alimentos o una ineficaz absorción o utilización de los nutrientes, la malnutrición normalmente no es evidente aunque son muchos los ancianos que consumen alimentos con un mínimo valor nutritivo. Los cambios relacionados con el envejecimiento afectan la correcta nutrición. Pasados los 50 años, la persona sufre una reducción entre el 10 y el 15% en el metabolismo basal y a menudo una reducción en la actividad física. Por lo tanto el paciente debe reducir su ingesta calórica para conservar un peso óptimo. También existe una pérdida de masa muscular y una reducción de las proteínas y agua total del cuerpo.

La malnutrición puede deberse a factores físicos o psicosociales. Los factores físicos que pueden afectar el apetito del paciente o a su capacidad de absorber eficazmente los nutrientes son los problemas dentales (caries, falta de dientes o dentaduras que encajan mal), estreñimiento, déficit sensorial, falta de movilidad,

menor fuerza, artritis, minusvalías físicas, déficit neurológico, enfermedad crónica y la utilización de múltiples medicamentos.

Los factores psicológicos que pueden disminuir el apetito del pacientes o su capacidad de preparar comidas nutritivas incluyen la depresión, la soledad, un duelo reciente, la desorientación, salida de su ambiente cultural y dietas habituales, abuso del alcohol y determinados depresores del SNC, deseo intencionado o inconsciente de morir y unos bajos ingresos. Dentro de los signos y síntomas existe debilidad, fatiga, confusión, insomnio, fragilidad, pérdida de peso. Algunas posible complicaciones pueden haber debilidad y fragilidad generalizada, obesidad, infección.

7.3.10. ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es un problema de la boca que se presenta con la edad. La saliva puede hacerse menos efectiva en la limpieza de las superficies del diente y en el control del crecimiento bacteriano. Algunos adultos mayores presentan una sequedad de la boca, dolencia que puede predisponer a los individuos a la infección de la encía y al daño de las áreas periodontales. La higiene bucal deficiente especialmente la falta de atención a la eliminación en la placa dental, acelera claramente el daño de la encía y los dientes.

Ciertos factores específicos parecen acentuar las dificultades periodontales. La formación de la placa periodontal es la más importante ya que este material permite que los organismos y sus productos irritativos ataquen a las encías.

La masticación defectuosa resultante produce una presión excesiva sobre los dientes debilitados. Algunos expertos atribuyen ciertas infecciones de la encía a reacciones inmunes o protectoras deficientes que se encuentran en algunas personas de edad avanzada.

Con la enfermedad periodontal, las encías tiran hacia atrás de las raíces de los dientes. La inflamación empieza dentro del borde de la encía que se ha desprendido y con frecuencia produce enrojecimiento, edema y úlceras de las encías, que sangran fácilmente con el cepillado. Además las capas del diente o coronas que se adaptan débilmente contribuyen a la irritación de la encía y al daño de las raíces nerviosas.

La enfermedad periodontal descuidada conduce a la molestia y pérdida de los dientes afectados. La importancia de los dientes y la masticación con las funciones digestivas es tan conocida que ocupan casi un lugar común en particular en ancianos y en las alteraciones del envejecimiento dental y de la masticación (Norman Exton, 1988).

7.3.11. PROBLEMAS DE MEMORIA

La pérdida de memoria es una amenaza siempre presente para los adultos mayores.

En ella influyen:

- La angustia y la depresión, el aislamiento y la inactividad.
- Alcohol y medicamentos que pueden interferir con la atención y, eventualmente, producir daño cerebral.
- Mal estado general, con desnutrición, falla cardíaca o respiratoria, pueden repercutir sobre el funcionamiento cerebral.
- Enfermedades cerebrales: Alzheimer, lesiones vasculares o de otro tipo.

Para mantener la memoria deben evitarse estos factores que la amenazan, por una parte y por otra, debe mantenerse la actividad cerebral. Esto significa interesarse y pensar en lo que lo rodea, adquirir nuevos intereses, evitar la rutina. Es necesario interactuar con otras personas, saber qué sucede en la vida de sus familiares y amigos, colaborar en las tareas de la casa, de la comunidad o de los nietos.

Muchas veces es posible aprender o adquirir nuevas habilidades: seguir un curso, integrarse a un grupo de teatro, aprender jardinería o repostería.

- La actividad de la mente puede mejorar su memoria, estar interesado en hacer algo es bueno para el cerebro.
- El buen estado general favorece al cerebro.

- Una agenda puede ayudar a compensar una pérdida de memoria leve.
- Si la memoria falla mucho, consulte médico.

7.3.12. PIEL SECA

El envejecimiento normal de la piel causa adelgazamiento de la capa externa de células; disminución de su elasticidad, reducción en la secreción de grasas protectoras: y retraso o lentitud en el proceso de curación cuando la piel se corta o se golpea. Como resultado de este proceso de envejecimiento, la piel de las personas mayores, tiende a ser brillante, rubosa y seca y propensa a la irritación especialmente en las áreas expuestas al sol. A medida que avanza la edad, la piel se hace más sensible a numerosas sustancias, esta hipersensibilidad en parte resulta de la condición de la capa externa de células.

La sequedad prolongada y el rascado de estas áreas, a menudo conduce a una mayor irritación, con enrojecimiento y agrietamiento de la piel afectada (Logroñes, 2006).

7.3.13. GASTRITIS

La gastritis aguda y crónica son problemas frecuentes que incluyen inflamación y otras alteraciones de la mucosa gástrica. La gastritis aguda suele presentarse después de abusos de ingestión de comida o de bebidas alcohólicas, colmo una reacción a determinados medicamentos tales como aspirina o prednisona, o un síntoma de intoxicación alimenticia. El tratamiento se orienta hacia la eliminación

de la causa y el mantenimiento del equilibrio de líquidos y electrolitos. La gastritis crónica puede terminar por causar disminución de las secreciones gástricas, trastornos digestivos y generales.

7.3.14. ARTRITIS REUMATOIDE

Es una enfermedad crónica que origina dolor, rigidez, hinchazón y pérdida de función en las articulaciones y puede también acompañarse de inflamación en otros órganos. Aunque la causa de la AR sigue siendo desconocida, se están produciendo importantes progresos en la investigación de los mecanismos inmunológicos inflamatorios, que conducen a la artritis y al daño articular.

Los trastornos articulares suelen ser considerados como parte inevitable del proceso de envejecimiento. Aproximadamente dos terceras partes de las mujeres mayores de 65 años presentan síntomas de osteoartritis (deterioro del cartilago que cubre las articulaciones) especialmente en la articulación de la cadera, la rodilla, el hombro y las vertebrales.

Recientes estudios demuestran que algunas personas tienen una tendencia hereditaria a desarrollar AR. Esta tendencia se asocia con la presencia de ciertos marcadores genéticos en la superficie de las células.

La osteoporosis no tiene un comienzo bien definido y, hasta hace poco, el primer signo visible de la enfermedad (Logroñes, 2006).

7.3.15. OSTEOARTRITIS

La osteoartritis también llamada enfermedad articular degenerativa u osteoartritis, es la enfermedad articular mas común en la edad adulta los 60 años cerca de 100 % de la población tiene cambios histológicos de degeneración de los cartílagos de la rodilla; casi el 80% tienen cambios radiográficos sugestivos de osteoartritis en al menos una articulación, al menos el 40% reportan manifestaciones de la misma y 10 % tienen limitaciones de las actividades causada por la enfermedad.

La osteoartritis es la patología responsable de más alteraciones en la marcha, y de más reemplazos de cadera a nivel mundial. El riesgo de discapacidad es atribuible a la osteoartritis es mayor que el de cualquier otra enfermedad en los ancianos.

Aunque la causa de la enfermedad se desconoce se han identificado algunos factores de riesgo como:

- Edad: La incidencia aumenta después de los 50 años después se estabiliza alrededor de los 80 años.
- Obesidad: Esta mas relacionada con una Alos progresión radiográfica.
- Ejercicio: La participación en ciertos tipos de deporte predispone al desarrollo de la osteoartritis.
- Debilidad muscular:
- Factores ocupacionales

- Estado nutricional: Se ha demostrado relación entre esta enfermedad y la baja ingesta de vitamina C, y los niveles bajos de vitamina D.
- Factores genéticos:
- Estado hormonal.

A nivel patológico lo que sucede es la pérdida progresiva del cartílago hialino, con cambios concomitantes en el hueso por debajo del cartílago tales como sobrecrecimiento marginal, desarrollo de osteofitos y esclerosis ósea.

Las principales manifestaciones de la enfermedad son dolor, disminución de la función articular y rigidez. El dolor se presenta en forma típica al utilizar la articulación afectada y disminuye durante el reposo pero puede reaparecer con un descanso prolongado que reduzca el tono muscular. La rigidez se presenta después del descanso prolongado y es mayor por la mañana y tiende a desaparecer después de unos minutos de realizar alguna actividad

Las articulaciones más afectadas por la enfermedad son las caderas, columna cervical y lumbosacra, interfalángicas proximales y distales y la primera carpometacarpiana. Es poco frecuente la afección de muñecas, codos, tobillos y metacarpofalángicas: El curso de la enfermedad es progresivo pero la mayoría de las veces la progresión es lenta. La exploración puede haber datos leves de inflamación, puede haber atrofia de los músculos peri articulares debido al desuso

o a inhibición refleja de la contracción muscular. En manos se producen los llamados nódulos de Heberden que presentan una fase inflamatoria en las articulaciones interfalángicas distales y los de Bouchard en las proximales.

Existen diferentes tipos de osteoartritis.

- Osteoartritis localizada: Afecta solo una articulación.
- Osteoartritis generalizada: Se caracteriza por afección de tres o más grupos de articulaciones. Afecta manos, columna cervical y lumbar, articulaciones coxofemorales, rodillas y primera metatarsfalángica.
- Osteoartritis erosiva: Afecta articulaciones interfalángicas distales y proximales de ambas manos y cursa a menudo con episodios inflamatorios agudos.

El diagnóstico de osteoartritis se basa en general en el cuadro clínico y los hallazgos radiográficos como:

1. Disminución del espacio articular.
2. Esclerosis ósea subcondral
3. Formación de osteofitos marginales
4. Esclerosis marginal, erosiones y pseudo quistes
5. Deformación con pérdida de la alineación articular.

Suele haber una diferencia importante entre los cambios radiográficos, la severidad de los síntomas y la discapacidad asociada. Los exámenes de laboratorio son normales pero son útiles para descartar otras enfermedades.

El objetivo del tratamiento de la osteoartritis es controlar el dolor, mantener o mejorar la movilidad articular y minimizar la discapacidad. Las modalidades de tratamiento son la no farmacológica, la farmacológica y la quirúrgica.

Tratamiento no farmacológico: El ejercicio es indispensable para reducir el dolor articular causado por la enfermedad. El uso de calzado adecuado que ofrezca reducción de impactos y para la osteoartritis en rodillas. La educación también es algo importante.

Tratamiento farmacológico sistémico.

Acetaminofen. Constituye la primera línea de tratamiento de la enfermedad con dolor leve a moderado (Nicolas Coni, 1990).

7.3.16. OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es un trastorno esquelético generalizado caracterizado por una disminución de la masa ósea y deterioro de la calidad del tejido óseo con un aumento de susceptibilidad para las fracturas. La osteoporosis se clasifica en

primaria y secundaria. (La primaria se presenta en mujeres, después de la menopausia tipo I). Es la principal causa de fracturas óseas en mujeres después acostumbraba a ser una fractura de la cadera, la muñeca o de los cuerpos vertebrales que originaban dolor o deformidad. Se Caracteriza por una reabsorción del hueso superior de hueso superior a la formación ósea produciendo fracturas debidas a una lesión mínima o sin causa alguna.

La osteoporosis secundaria es aquella que se asocia a algunas enfermedades o a la administración de ciertos medicamentos que son capaces de afectar la capacidad de mantener una adecuada mineralización del esqueleto.

La osteoporosis afecta principalmente a mujeres posmenopáusicas y a un gran número de adultos mayores (personas mayores de 65 años). Una de sus principales características es que avanza con la edad en forma silenciosa, es decir sin provocar síntomas hasta que aparecen las fracturas. La prevalencia y la incidencia de fracturas aumenta con la edad, y la característica de las fracturas es que se presenta con traumas mínimos o moderados, como puede ser una caída a nivel de piso, estadísticamente aparecen primero las fracturas de muñeca después las de columna que se manifiestan de manera principal por disminución de estatura y la xifosis dorsal o joroba del anciano por aplastamiento de los cuerpos vertebrales, que cuando se presentan en forma aguda provocan dolor, y por ultimo alrededor de la octava o novena décadas de la vida se presentan las fracturas de cadera.

A partir de los 35 años se inicia la pérdida de pequeñas cantidades de hueso. Múltiples enfermedades o hábitos de vida pueden incrementar la pérdida de hueso ocasionando osteoporosis a una edad más precoz. Algunas mujeres están, también, predispuestas a la osteoporosis por una baja masa ósea en la edad adulta.

La menopausia es la principal causa de osteoporosis en las mujeres, debida a disminución de los niveles de estrógenos. La pérdida de estrógenos por la menopausia fisiológica o por la extirpación quirúrgica de los ovarios, ocasiona una rápida pérdida de hueso. Las mujeres, especialmente las caucásicas y asiáticas, tienen una menor masa ósea que los hombres. La pérdida de hueso ocasiona una menor resistencia del mismo, que conduce fácilmente a fracturas de la muñeca, columna y la cadera.

Una mayor probabilidad de desarrollar osteoporosis se relaciona con:

- Menopausia precoz, natural o quirúrgica
- Consumo del alcohol o cafeína
- Tabaquismo
- Períodos de amenorrea
- Algunos medicamentos como el uso prolongado de corticoesteroides

- Procesos como enfermedad tiroidea, artritis reumatoide y problemas que bloquean la absorción intestinal de calcio
- Dieta pobre en calcio por períodos prolongados, especialmente durante la adolescencia y la juventud
- Vida sedentaria

La osteoporosis afecta a una de cada cinco mujeres de más de 45 años y a cuatro de cada diez de más de 75. Para hacer el diagnóstico se puede medir la masa ósea, y por tanto su disminución en el adulto, con técnicas de densitometría o de tomografía computadorizada cuantitativa.

El mejor tratamiento de la osteoporosis es la prevención. Una ingesta adecuada de calcio y el ejercicio físico durante la adolescencia y la juventud, puede incrementar el pico de masa ósea, lo cual redundará en una reducción de la pérdida de hueso y en un menor riesgo de fractura en años posteriores. El consumo adecuado de calcio y de vitaminas durante la madurez es esencial para la salud del hueso.

En situaciones de menopausia precoz, las mujeres deben tomar estrógenos para prevenir la pérdida post-menopáusica de hueso; se debe de añadir un progestágeno si el útero está intacto. El reemplazamiento estrogénico es un tratamiento efectivo para prevenir la pérdida post-menopáusica de hueso y es también efectivo en la prevención de fracturas osteoporóticas. El tratamiento hormonal sustitutivo requiere un estricto control ginecológico y una cuidadosa

selección de pacientes.

Las mujeres post-menopáusicas con baja masa ósea u osteoporosis establecida y que tengan contraindicación para el tratamiento hormonal sustitutivo, los bifosfonatos (Alendronato o Etidronato) y la Calcitonina, son medicamentos efectivos para prevenir la pérdida de hueso.

El caminar y los ejercicios de extensión de la columna pueden estabilizar o incluso incrementar ligeramente la masa ósea y mejorar el balance y la fuerza musculares, previniendo caídas y fracturas.

Las fracturas vertebrales deben tratarse inicialmente con reposo, analgésicos, rehabilitación. Otros posibles tratamientos, actualmente en estudio, incluyen vitamina D, fluoruros y hormona paratifoidea.

Como especialista entrenado para evaluar enfermedades reumáticas, los Reumatólogos pueden diferenciar la osteoporosis de las enfermedades que originan pérdida de hueso y establecer y monitorizar un programa terapéutico.

Los reumatólogos son activos agentes en la educación del público en general y de otros médicos, sobre este grave problema sanitario (Rosales B., 1991).

7.3.17. INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL.

La incontinencia, que es la pérdida involuntaria de orina o heces, puede constituir el problema higiénico y social más molesto para el adulto mayor. Esta incapacidad de retención conduce al deterioro de las capacidades funcionales, del estado físico y de la calidad de vida.

Los adultos mayores que experimentan incontinencia urinaria sufren sentimientos de culpabilidad y pérdida de la autoestima y autoconfianza. La respuesta común a esta disfunción es una reacción depresiva de inseguridad y apatía.

La incontinencia urinaria se presenta en la población de adultos mayores en un 18%; y en un 35%, en los mayores hospitalizados. Entre el 30% y 50% de los casos, son incontinencias urinarias transitorias.

En los adultos mayores, el efecto del envejecimiento se traduce en una reducción de la capacidad vesical, en un aumento de la frecuencia de la micción, debilidad del esfínter y variación de la urgencia para orinar; ésta puede no sentirse hasta que la vejiga esté completamente al borde de su capacidad.

Factores de Riesgo

- Ser Mujer.

- Enfermedad aguda.

- Infección crónica de las vías urinarias.

- Hiperplasia prostática en el hombre.

- Estreñimiento fecal.

- Deterioro neurológico.

- Ambiente nuevo o cambio de casa.
- Alteración de la movilidad.
- Alteraciones psicológicas.
- Las infecciones de las vías urinarias constituyen uno de los problemas de salud más comunes en esta etapa de la vida.

LOS TIPOS DE INCONTINENCIA SON:

Incontinencia de Urgencia: Es la emisión involuntaria que tiene lugar poco después de sentir una fuerte urgencia de orinar.

Incontinencia de Estrés: Es la pérdida de orina que tiene lugar con el aumento de la presión intraabdominal provocada por la debilidad del suelo pélvico y los músculos elevadores del ano.

Incontinencia Refleja: Es la pérdida involuntaria de orina causada por la realización del arco reflejo de la médula espinal, en ausencia de un control neural más potente.

Incontinencia Funcional: Constituye la incapacidad de ir al baño a tiempo a causa de barreras ambientales, disfunción cognitiva, limitaciones físicas, etc.

El consumo de algunos medicamentos puede influir en la manifestación de incontinencia urinaria. Éstos son:

Los diuréticos, que aumentan el volumen de la orina, la frecuencia y la urgencia.

Deben ser administrados durante el día, si no existe una contraindicación médica.

Los antidepresivos, el alcohol, los tranquilizantes y los fármacos ansiolíticos, que

reducen la motivación hacia la continencia.

7.4 CASA DE LA SALUD

La casa de la Salud es un espacio del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria que se les brinda a los Adultos Mayores con la finalidad de mejorar la calidad de vida.

Las reuniones son una vez por semana, los días jueves de 10 a 13hrs., en el aula del Centro Universitaria de Enfermería Comunitaria, durante este tiempo se realizan una serie de actividades como:

7.4.1. TOMA Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES

Antes de iniciar la reunión se checan los signos vitales a cada adulta mayor. Los signos vitales son el reflejo del estado fisiológico del cuerpo por lo que su evaluación proporciona información fundamental para evaluar el equilibrio homeostático, incluyen cuatro áreas críticas de evaluación: presión arterial, temperatura pulso y respiraciones.

La presión arterial, es la fuerza con que la sangre circula por arterias y venas. Esta depende de la actividad cardiaca, de la elasticidad de las paredes arteriales, de la resistencia capilar, de la tensión venosa de retorno y del volumen y viscosidad de la sangre (Kane L. R., 1997).

La presión sistólica proporciona datos sobre el estado del corazón y las grandes arterias. La presión diastólica indica resistencia vascular arteriolar o periférica.

La diferencia entre la presión sistólica y la diastólica aporta información con respecto al gasto cardíaco. La presión arterial normal en un adulto varía entre 100 y 140 Mm. Hg. (diastólica).¹ Se considera hipertensión en el anciano como una presión sanguínea sistólica superior a 140 mm Hg. O una presión sanguínea diastólica superior a 90 mm Hg..

Entre los problemas más frecuentes presentes en el adulto mayor que se pueden identificar mediante la medición de presión arterial se encuentra la hipertensión arterial se encuentra la hipertensión arterial y la hipotensión ortostática.

Hipertensión arterial puede definirse como un aumento duradero de la presión arterial por arriba de lo que se considera normal a cierta edad. El aumento de la presión arterial en ancianos puede dividirse en dos subconjuntos: hipertensión sistólica-diastólica e hipertensión sistólica aislada. En el último grupo, la presión sistólica aumenta mientras que la presión diastólica permanece normal o cercana a lo normal. Este tipo afecta más a personas en el grupo de edad avanzada (Smit H. F., 1996).

La hipertensión arterial sin control representa un grave peligro para toda persona, pero durante la edad avanzada aumenta el riesgo de sufrir un accidente vascular cerebral.

Hipotensión ortostática (presión arterial acostado y sentado). En el adulto sano el paso a la posición erecta pone en marcha una serie de reflejos destinados al mantenimiento de la presión arterial. Sin embargo en el adulto mayor varios factores pueden alterar los reflejos destinados al mantenimiento de la presión arterial y ocasionar la hipotensión, palidez, diaforesis y alteración del tono muscular con recuperación espontánea, debido a un deterioro temporal de la perfusión temporal (Rivera C., 1991).

Una cantidad importante (10 a 20%) de las personas mayores sufren hipotensión ortostática. Esta se detecta mejor si se mide la presión sanguínea y el pulso en posición supina (acostado, boca arriba) después de un minuto de estar sentado y luego de un minuto de permanecer de pie. Un descenso mayor a 20 mmHg en la presión sistólica se considera como hipotensión ortostática significativa. Kane, 1997, refiere que en muchos casos, esta alteración es asintomática, sin embargo, varias alteraciones logran producir hipotensión ortostática o agravarla lo suficiente para precipitar a una caída.

Frecuencia cardíaca, en reposo permanece bastante constante en el anciano oscilando entre 60 y 90 latidos por minuto. La incidencia de disrritmias aumenta con la edad. Para obtener la frecuencia cardíaca exacta se debe contar el pulso durante un minuto. Frecuencia Respiratoria. Con el ejercicio, la frecuencia respiratoria aumenta y tarda más tiempo en regresar al nivel preexistente, los

valores normales de frecuencia respiratoria en el anciano es de 16-22 por minuto (Rivera C., 1991).

7.4.2. TOMA DE PESO Y TALLA.

Se checa el peso y talla de cada adulta mayor una vez por mes. Es preciso obtener el peso del paciente, teniendo la precaución de pesarle siempre con o sin zapatos y a la misma hora del día. Cambios bruscos en el peso no son una consecuencia normal del envejecimiento, pero puede haber un aumento gradual del peso con los años si él sigue consumiendo la misma cantidad de calorías conforme se hace mas sedentario. Una pérdida de peso superior al 10% del peso habitual del paciente en un espacio de tiempo corto requiere un examen físico. La obesidad se define en el anciano como un peso superior al 120% del ideal, para la talla. La altura suele reducirse unos 5, 6,7 centímetros con la edad (Rivera C., 1991).

Peso ideal: su rango se puede calcular multiplicando la altura por sí mismo (al cuadrado) y luego por 20 (peso mínimo) y por 25 (peso máximo).

7.4.3. CHEQUEO DE GLICEMIA CAPILAR

En cada sesión se checa la glicemia capilar a las adultas mayores que tienen antecedentes de Diabetes Mellitus, a las que no tienen este antecedente se les checa cada dos meses.

La Diabetes Mellitus, trastorno metabólico causado por un déficit de insulina o por la utilización ineficaz de la misma y caracterizada por presentar hiperglucemia, afecta casi un 20% de las personas mayores de 65 años. La prueba de glucosa capilar es para detectar niveles anormales que indique hiperglucemia. Un nivel de 140 mg/dl en por lo menos 3 ocasiones separadas se considera positivo (Rivera C., 1991).

7.4.4. PLATICAS DE EDUCACION PARA LA SALUD

Se imparte cada semana diferentes temas como: hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus artritis, nutrición, incontinencia urinaria. La educación para la Salud es un Proceso de Enseñanza – Aprendizaje que conduce a producir cambios favorables en el comportamiento de que aprenda en este caso el adulto mayor, El proceso de aprendizaje en este grupo de edad presenta ciertas particularidades que deben tomarse en cuenta al planear educación para la salud:

- La necesidad de conocer: los adultos mayores necesitan conocer la razón por la cual deben aprender algo antes de intentar hacerlo con la finalidad de concientizar a la persona la necesidad de conocer y aprender.
- El auto concepto del que aprende: Los adultos se perciben a si mismos y desean ser percibidos como personas capaces de tomar sus propias decisiones, y de responsabilizarse por ellas y por sus vidas.
- La experiencia del que aprende: a medida que e tiene más edad, aumenta la experiencia individual en la vida, que se convierte en fuente de aprendizaje, relevante, aún cuando en ocasiones puede funcionar como barrera. En tal caso la persona que facilita el aprendizaje debe utilizar estrategias especiales para minimizar la situación.

7.4.5. RUTINA DE EJERCICIO

Se realiza una rutina de ejercicios activos de baja intensidad, de flexión y extensión, con la finalidad de mover cada una y todas las partes de su cuerpo, la rutina generalmente tiene una duración de 30 min.

Cada día es más evidente que la falta de actividad física está relacionada con el desarrollo de diversos trastornos y además, es causa de morbilidad e incapacidad de los ancianos. Los cambios propios del proceso de envejecimiento, como la pérdida de masa muscular, la disminución de la fuerza y la resistencia, la pérdida de flexibilidad, la descalcificación ósea y el descenso de la capacidad cardiorrespiratoria, junto con la tendencia a la inactividad física, comparten la irresponsabilidad del deterioro de la salud.

La práctica de ejercicio físico fortalece el sistema cardiovascular y respiratorio y previene la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares. Además favorece la lubricación y nutrición de los cartílagos, permite prolongar el buen estado de la musculatura y los huesos. Todo esto contribuye a disminuir la aparición de artritis, osteoporosis, dolores musculares, fracturas y estreñimiento.

Según el objetivo que se persiga al establecer un programa de ejercicios físicas, estos podrán ser terapéuticos o rehabilitadores. Cuando el objetivo es dirigido a lo preventivo, el programa tratará de mantener la función de un órgano o miembro para evitar su deterioro o mantener la capacidad y funcionalidad de todo el organismo. Los ejercicios de amplitud de movimientos ofrecen una alternativa para lograr el objetivo anterior, ya que requieren ni fuerza ni habilidad, y pueden ser practicados a cualquier edad, por lo que en las casas de la Salud son los que se aplican a todo el grupo de adultos mayores cada sesión.

La aplicación de los ejercicios de amplitud de movimientos previene la atrofia y el mantenimiento de la integridad y movilidad articulares, con lo cual se logra mantener o alcanzar el grado de movimiento necesario para que el adulto mayor pueda realizar sus actividades de la vida diaria, aunque para ello no se requiera muchas veces una completa amplitud de movimiento (García, 1993).

Tres principios regulan el programa de ejercicios en los adultos mayores que asisten a las casas de la salud para obtener el efecto deseado:

- Se realizan destinando tiempo suficiente (15 min.) cada sesión.
- Efectuarlos en forma constante y ordenada, de cabeza a pies. Para que sean constantes es necesario estimular a los adultos mayores que los realicen en su domicilio diario.
- Los ejercicios de amplitud son adecuados a las limitaciones individuales de un adulto mayor, es importante que durante su realización no se fatiguen ni sientan dolor al practicar la rutina de ejercicios, si así fuese deberán reposar brevemente, respirando para continuar más tarde.

7.4.6 TERAPIAS COGNITIVAS

La terapia cognoscitiva se refiere a todas aquellas actividades que se realizan en grupos o individual para producir un cambio, ajuste o adaptación de las

condiciones del anciano favorablemente. Las actividades que se realizan están encaminadas a dos objetos: mantener o mejorar el funcionamiento mental y promover el funcionamiento psicosocial sano.

Mantener o mejorar el nivel de funcionamiento mental.

A través de:

La estimulación mental en la que se trabaja en las funciones superiores como atención, memoria, concentración, razonamiento, abstracción, juicio y lenguaje, con la finalidad de que el cerebro sea capaz de utilizar la plasticidad cerebral en beneficio de la satisfacción independiente de sus necesidades estas se pueden realizar a través de los juegos de mesa.

Dentro de los juegos de mesa se pueden encontrar diversos tipos desde los que favorecen su coordinación motora hasta aquellos que ayudan el reforzamiento de su memoria. En el CCOPS se cuentan con juegos destinados para las casas de salud tales como:

- Juego de Domino: Juego para dos o mas jugadores, en el que se emplean 28 fichas rectangulares y planas, que pueden ser de marfil, hueso, plástico o madera: las fichas reciben el nombre de dominós.

Promover el funcionamiento psicosocial sano.

Para el logro del objetivo se pueden utilizar diferentes terapias entre las cuales se encuentran:

- **MUSICOTERAPIA:** Consiste en escuchar música, esta puede ser individual o grupal. Esta terapia promueve el ejercicio, la socialización y un sentido de continuidad de las relaciones y de la vida. Para planear la terapia musical se debe tener significado para el paciente, el volumen de la música debe adaptarse al nivel de audición del paciente.
- **BAILE INDIVIDUAL O GRUPAL:** Es una terapia por movimiento importante, junto con los ejercicios de amplitud de movimientos, paseo y otras formas e ejercicio. El baile puede beneficiar desde el punto de vista físico y emocional: Cuando es en grupo proporciona un sentido de unidad con los demás.
- **BIBLIOTERAPIA:** Utiliza la literatura, en forma de historias cortas, poesía o el recuerdo de las historias de cada persona del grupo después de leer. Los objetivos podrían abarcar el aumento del conocimiento de uno mismo, el aumento del conocimiento de los demás, mejorar la orientación a la realidad y dar a las personas una nueva forma de comunicación.
- **ORIENTACION A LA REALIDAD:** Muchos ancianos en estados de depresión, después de un largo periodo de hospitalización o a consecuencia de lesiones orgánicas cerebrales, no saben quienes son ni donde están. Por medio de la orientación a la realidad el individuo capta su ambiente, y se sitúa mentalmente en relación a él. Los elementos básicos son la repetición sistemática y constante de la fecha, hora, estación del

año, lugar donde se encuentra y nombres de sus familiares con apoyos de fotografías que ayudaran a orientarlo.

- REMINISCENCIA: Es actividad mental organizada y compleja que actúa bajo control del yo y varia según la estructura de personalidad, hábito de pensar en las propias experiencias pasadas o relatadas en especial las que se consideran más particularmente significativas Según Aristóteles “Los ancianos viven más de la memoria que de la memoria que de la esperanza, porque el tiempo que les queda por Viv. es muy corto en comparación con su largo pasado. Esta es la causa de la locuacidad. Hablan continuamente del pasado, porque gustan de acortar.”²

Objetivo:

Estimular al anciano la castidad intelectual y emocional, así como que recuerde en forma breve, su pasado a través de la reminiscencia, logrando la resocialización por medio del recuerdo.

Actividades:

La enfermera durante las reminiscencias debe saber escuchar, sin interrumpir sino animar al adulto mayor a continuar con su relato, reintegrarlo a la sociedad como cronista de su comunidad. En todo medio hospitalario debe permitís irle llevar consigo un objeto personal lo que permitirá evocar esos momentos gratos, planear reuniones o eventos con su familia o circulo de amigos para recordar sucesos del

pasado, realzar su autoestima, ayudándole a contribuir en forma significativa con un grupo social, ya que las reminiscencias sirven de eslabones entre el pasado y el presente.

Medios:

- Una fecha de aniversario (bodas, cumpleaños) entrega de un diploma, una medalla, el nacimiento de su primer hijo, etc.
- Un viaje, irse de aventó de un sitio a otro, el lugar de un viaje de bodas, etc.
- Una fragancia, el perfume de su esposo, la loción que le obsequiaron, el aroma de su estado preferido, el barniz que utilizaba para dar brillo y protección a sus muebles, el aroma del café, la primera costura realizada, el primer juguete recibido.
- Un amanecer o atardecer, en compañía de su esposo, de algún novio, de su mejor amigo, de su familia, etc.
- Una comida, su guisado, pastel o postre favorito.

Proporcionar objetos de uso o identificación personal validos para recordar experiencias del pasado, por ejemplo:

- Una fotografía o álbum fotográfico
- Una prenda de vestir
- Una melodía especial
- Un reloj antiguo

- Un anillo, pulsera, aretes, peineta
- Familiares
- Mascotas
- Una esencia significativa
- Un artículo de cocina
- Un libro
- Una receta de repostería
- Un guisado especial
- Una flor
- Si es en su casa una terapia individual serán de utilidad los muebles y demás objetos existentes (juguetes, canciones, poemas).

Ideas específicas

- Establecer mejores relaciones y participación intergrupales
- Estimular la memoria y ganancias sentimentales
- Que recuerden con certeza su pasado sobre eventos positivos que los estimulen (si se recuerda un evento negativo, dejarlo terminar su relato, se sentirá mejor).

Evaluación:

Valorar la cooperación activa del paciente en cualquier tratamiento que se le proporcione de la reminiscencia.

Valorar mejoría en la autoestima, socialización y habilidad para compartir recuerdos significativos y la contribución de cada participante.

- TERAPIA POR EL ARTE: Este tipo de terapia consiste en dejar a las personas que dibujen, pinten objetos de cerámica, realice alfarería. Estas se realizan a traves de las manualidades en las cuales elaboran artículos útiles o de decoración, de acuerdo a la temporada y festividades. Estas actividades son un buen camino para comprometerlos en actividades de grupo. La terapia del arte de muchas formas, logra la estimulación táctil y apoya el propio sentido del yo.

Los trabajos manuales a realizar deben reunir ciertas características:

- La manualidad a realizar debe estar acorde con la capacidad funcional del adulto mayor, de tal forma que el la pueda realizar.
- El 100 % de la elaboración de la manualidad deberá cubrirse mínimo en 4 sesiones.
- El material debe ser de fácil adquisición.
- El material a utilizar debe ser económico, por lo que un buen recurso es el empleo de material y artículos reciclables, como el papel.

- La manualidad a realizar debe ser de utilidad e interés para el adulto mayor, por lo que al hacer la programación de manualidades para todo el año es necesario tomar en cuenta los intereses de este grupo de edad (Rivera C., 1991).

8. RESULTADOS

8.1 DESCRIPCION DE RESULTADOS

Los resultados se han codificado por categorías y se han sintetizado los aspectos mas relevantes identificados por las entrevistadas, comparando entre si las percepciones halladas entre las adultas mayores de 60 anos.

Se encuestaron a 6 adultas mayores, su edad oscilo de 60 a 78 anos, con una edad media de 69 años, en escolaridad se obtuvo que todas son analfabetas.

En relación al estado civil 5 son viudas y 1 es casada. Todas practican la religión católica y son amas de casa.

CATEGORIA I. CONCEPTO SOBRE CASA DE LA SALUD.

Es el espacio físico cercano a su domicilio, donde el adulto mayor asiste para recibir atención de Enfermería para prevenir o controlar enfermedades propias de la vejez a través de terapias físicas y cognoscitivas.

Se observa que todas tienen una idea incompleta sobre el significado de la casa de la salud. Las adultas mayores refieren que la casa de la salud es un lugar en el que se brinda distracción y control de salud; algunas de ellas que es un lugar donde se brinda distracción realizando manualidades o un lugar donde se realiza el control de salud aunque otras refieren que es un lugar donde se realiza ejercicio

- “La casa de la salud es para estar checando a las personas que padecen varias enfermedades “.
- “Es venir al médico y consulta y para trabajos de manualidades”.
- “Para mi es una ayuda, para realizar mis ejercicios”.
- “Es donde venimos aprender manualidades y también nos dan consulta para nuestras enfermedades”.
- “Una escuelita, me ayuda bastante”.

CATEGORIA II. BENEFICIOS CASA DE LA SALUD.

Dentro de los beneficios que el adulto mayor puede obtener al acudir a la casa de la salud son:

- Atención preventiva
- Aprendizaje de conocimientos a alusivos a la vejez
- Control de enfermedades
- Devolverles el placer de moverse para preservar todo el tiempo posible su independencia física como social.
- Integrarlas en una actividad de grupo a fin de que se encuentren de nuevo al contacto con los demás, la intensidad de expresar, comunicarse y participar con el fin de evitar el aislamiento después de la jubilación
- Ofrece mayor autonomía y hábitos de conducta saludables en todas las actividades cotidianas.
- Fomentar encuentros intergeneracionales.

Se observa que todas las adultas mayores consideran que obtienen diferentes beneficios acudiendo a las casas de la salud aunque principalmente lo consideran un lugar para distraerse, casi dejando a un lado la importancia que tiene que se les lleve el control de su salud.

Todas refieren que el mayor beneficio que han obtenido al acudir a la casa de la salud es la distracción. Dos de ellas agregaron también el beneficio del control de su salud, aunque dos mas opinaron que además de la distracción y el control de su salud también es buena la convivencia que existe entre ellas.

- “Porque ahí me vengo a distraer y puedo estar más tranquila”.
- “Me ha servido mucho porque me he sentido más bien, pues yo me sentía muy sola”. “Tengo mas fuerza en mis piernas, brazos y para mi cuerpo porque antes no salía”.
- “Me ayuda mucho, venga hacer ejercicios y puedo realizar manualidades y me sirve mucho de distracción para evitar la depresión”.
- “Me distraigo, tenía depresión, yo no sabía de este lugar; si yo lo hubiera sabido antes no me hubiera enfermado porque además me sentía muy sola”.
- “Yo no tengo problemas pero voy un rato, porque me checan la presión, me distraigo estar ahí conviviendo con las personas, estar ahí platicando y nos enseñan actividades”.
- “Me checan la presión; he venido a revisión y así veo como va mi salud y me siento bien”

CATEGORIA III. PORQUE ACUDE A LA CASA DE LA SALUD.

Esta pregunta refuerza de manera parcial la categoría anterior, ya que en esta se observa que un motivo importante por el que asisten a la casa de salud es el control de sus enfermedades y no solo la distracción.

- “Porque me checo la presión y hacemos ejercicio”.

- “Porque me gusta, porque nos enseñan costura, juegos y ejercicios.
- “Porque me invitaron a venir y en segunda quisiera hacer trabajos manuales”.
- “Para distraerme tantito, para aprender hacer cosas que nos enseñan, para que me tomen la presión y para convivir con las personas.
- “Para hacer trabajos de costura, porque vengo al médico por las platicas que nos dan por ejemplo nos dieron una platica de diabetes”.
- “Porque nos animaron unas personas y para conocernos”.

CATEGORIA IV. MEJORA DEL ESTADO DE ANIMO.

El estado de ánimo es una situación que produce una impresión duradera especialmente en el subconsciente en las que la persona puede expresar sus sentimientos. La mayoría de personas ancianas han adquirido una madurez emocional a través de sus experiencias vitales, lo que les permite responder a situaciones de pérdidas afectivas sin embargo su estado de salud física y mental así como la calidez u hostilidad del medio en el que viven, influirá en la expresión de su emotividad con la edad.

La combinación de actividades institucionales, familiares, y de la gente que le rodea es lo mejor para el bienestar del adulto mayor ya que si influye en el estado anímico de acuerdo al trato que reciba de las personas que lo asisten y que

conviven con el, no solo familiares sino también socializarse con el mundo que lo rodea y su medio ambiente.

Todas las adultas mayores encuestadas que acuden a la casa de la salud refieren haber mejorado su estado de ánimo sobre todo por la convivencia que existe entre ellas y las actividades de interés que realizaban como ejercicio, juegos de mesa, charlas en grupo. Dos personas agregaron que una de las actividades que influyo de manera importante para mejorar el estado de ánimo fue el realizar manualidades ya que se sentían útiles elevando así su autoestima. Todas refieren haber mejorado su estado anímico, al realizar las actividades de la Casa de la Salud evitando así el deprimirse.

- “Mi animo ha mejorado y me distraigo, vengo a convivir con las personas de la tercera edad”. “Nos estamos distraiendo todas”.
- “Me ha beneficiado bastante en mi estado de animo, me distraen en varias cosas como son rompecabezas; me he sentido mas tranquila, mas contenta, más alegre porque nos distraemos en chistes, convivimos, platicamos riéndonos; más alegría para nosotras”.
- “Yo pienso que no han habido cambios, pero tampoco estoy deprimida ni me la paso triste, a mi no me gusta estar sola, me gusta convivir con las personas”. “Y desde que empecé a venir acá ya no me pongo a llorar”.
- “Me ha animado mucho porque cosemos, platicamos, hacemos trabajos. Ya no tengo motivos y evito deprimirme”.

- “Me he sentido bien, aquí convivimos. “Me ha gustado mucho estar aquí para distraerme”. Ya no me pongo triste, me desahogo tantito y ya no estoy pensativa en mi casa”.
- Me he sentido contenta, no he tenido problemas”.

La mayoría menciono que están muy contentas ya que desde que acuden a la casa de la salud han convivido con entusiasmo.

Otras comentaron que dentro de las cosas que más le agradan de acudir a la Casa de la Salud es ver que todas se integran, participan y conviven en todas las actividades. Como se observa en las siguientes respuestas las adultas mayores están contentas por la relación y convivencia que se ha generado dentro de la casa e la salud.

- “Me gusta, es buena, porque yo nunca he tenido amigas porque en mi casa nadamas con mis hijos y el quehacer y nunca había tenido amistades”.
- Si, porque hemos mejorado. Me gusta estar aquí platicando, conviviendo y haciendo todos los trabajos que nos enseñan; pues porque se conoce uno mejor, conviviendo, platicando, charlando y hacer manualides”.
- “Es bonito porque todos convivimos juntas”. “Si me gusta porque nos dan clases”.
- “Para mi todas son muy buenas personas; todas son muy lindas, cooperadoras”.
- “Pues a mi me gusta la convivencia que es alegre”.

- “Pues es buena. Hemos convivido todos bien y se olvida uno de sus problemas”.

CATEGORIA V. BENEFICIOS AL REALIZAR EJERCICIO.

El ejercicio es la realización de actividad física programada y sistemática. Se ha demostrado que el ejercicio beneficia múltiples funciones fisiológicas y se ha utilizado en el tratamiento de diversas enfermedades.

El ejercicio físico mejora la autoestima, da una sensación de bienestar, ayudan a perder peso, mejora la utilización periférica de glucosa y aumenta los receptores insulínicos.

Se observa que tienen conocimiento incompleto de los beneficios que pueden obtener al realizar ejercicio, ya que solo mencionan algunos como: ejercitar sus piernas, mejorar la movilidad en general, relajación y motivación. Sin embargo únicamente lo realizan al acudir a la casa de la salud por lo que se observa que a pesar de poderlo realizar en su casa, no lo hacen porque no les gusta o porque tienen otras responsabilidades en su casa.

- “Si me siento bien hacerlos y quisiera hacerlos en casa pero lo primero que pienso es en el quehacer. Me duelen los pies.

- “Si aquí nos dan ejercicios, nos enseñan hacer ejercicios, nos ayuda porque ya se puede mover uno mejor. Se calientan los pies y las manos y ya puede uno moverse más”.
- “Pues si, me ha servido mucho porque aquí nos relajamos”. “Porque ya no me siento como antes pues antes me sentía que ya no podía camina”. “El venir me ha servido de mucho los ejercicios”.
- “Si cuando me dan calambres, cuando yo hago mis ejercicios y voy para haya me ha servido”.
- Si, yo estoy acostumbrada a estar activa y hacer movimiento porque fácilmente me puedo mover”.
- “Si, de mi casa aquí me queda un poco retirado y agarro más fuerza y aquí hacemos ejercicios y me voy tranquila para mi casa”.

CATEGORIA VI. MANUALIDADES.

Las manualidades son acciones recreativas realizadas por un individuo apoyándose únicamente en la creatividad de sus manos logrando así la creación de múltiples artículos. La terapia ocupacional se puede definir como un método activo de tratamiento con una profunda justificación psicológica, con ella mediante una valoración cuidadosa del paciente se tiende a utilizar situaciones y actividades apropiadas con el fin de conseguir o recuperar o desarrollar sus aptitudes en los aspectos físico, psicológico, social y económico así como capacidad para comunicarse e integrarse de una forma total en su mundo social.

La mayoría de las Adultas Mayores comentaron que las manualidades les han servido para ejercitar sus manos realizando movimientos frecuentes agregando dos de estas que además de ejercitar las manos también les había servido como distracción el realizar continuamente manualidades o un aprendizaje. Otra comento que el principal beneficio que observo al realizar las manualidades fue el mejorar su autoestima, sintiéndose útil y que con dicha actividad se beneficiaba económicamente al vender cada cosa realizada. Y la última dijo que solo las realizaba por distracción y para aprender. De acuerdo a las siguientes respuestas los trabajos manuales no solo les han beneficiado físicamente para ejercitar las manos sino también como apoyo económico y mejorando su autoestima.

- “En que si uno no hace nada se adormecen los dedos, hay más movimiento y agarramos más fuerza”.
- “Pues para enseñarnos para mover los dedos y para tener movimiento, distracción teniendo actividades, cocer, bordar y hacer figuras”
- “A uno le suben el autoestima y apoyo económico”.
- “En el movimiento de mi mano que esta enferma y también para apoyo económico”.
- “Para movimiento de mi mano, porque si no hago nada estoy rígida de mis músculos”.
- “Para distraerme”.

CATEGORIA VII. EJERCITAR LA MEMORIA.

La memoria se refiere a un conjunto de sistemas que permiten adquirir, retener temporalmente o de manera permanente y recuperar información y conocimientos.

La pérdida de memoria reciente es el signo general característico de los cambios psíquicos, durante el envejecimiento. A la persona le resulta difícil evocar sucesos recientes y sufre pequeños olvidos

Se observa que la mayoría está consciente de que en la vejez, los problemas de memoria están presentes, pero no saben hasta qué grado es normal el que se les olviden las cosas, además no identifican en qué les puede beneficiar las actividades que realizan, memoramas, adivinanzas, etc. Sin embargo, aunque de manera confusa la mitad de las adultas encuestadas dijeron que dentro de las actividades realizadas como pláticas sobre vivencias pasadas y actuales, los juegos de mesa y juegos de memoria realizados habían mejorado el problema para retener y recordar cosas importantes, sin embargo también las adultas mayores han encontrado estrategias para mejorar su memoria.

Dentro de las actividades para ejercitar su memoria las pláticas sobre vivencias pasadas; es la actividad de mayor interés, sin importar si estas les traen recuerdos gratos ó desagradables.

- “Si, porque nos relajamos, nos estamos riendo, y estamos charlando”.

- “Claro que si, porque se nos atrofia la memoria”.
- “Pues si, porque habemos personas; gente mayor que se nos olvidan las cosas y eso hace que se despeje la mente”.
- “Si, nos ayuda a recordar cosas; vivencias que nos traen recuerdos y nos pasamos un rato contentas”.
- “Pues si, porque ya la memoria ya la memoria ya no me ayuda, todo se me olvida pues yo pienso que los juegos me ayudan”.
- “Si, porque se olvida un poco de sus problemas”.

CATEGORIA VIII. RELACION FAMILIAR.

La familia es un grupo social primario y dinámico constituido por dos o mas personas que se consideran a si mismas una familia, que forman un núcleo de convivencia que están vinculadas por lasos de sangre, legales y afectivos y cuyas relaciones se caracterizan por la intimidad, la solidaridad y la duración.

En su mayoría mencionaron que desde que acuden a las casa de la salud han mejorado su relación familiar. Dos comentaron que están muy contentas ya que había aumentado el apoyo de su familia para acudir frecuentemente a la casa de la salud y disminuyendo así sus labores en su casa dedicándose mas a las manualidades. Solo una de ellas menciona que en su familia y relación con vecinos no haba sufrido cambios desde que acude a la Casa de la Salud.

- “No porque siempre me he llevado bien con todos”.
- “En mi casa si me apoyan para que venga”.
- “Pues dicen mis hijos que si porque al menos siempre estoy platicando con ellos y los comentarios son buenos”.
- “Especialmente con mi familia ha mejorado mucho pues se han encargado de traerme de regreso a casa y cuando llego ya esta la casa limpia”.
- “Si ha mejorado pues porque ya va uno controlado de los nervios y convivo aquí, platico, ya va uno más relajada a la casa”.
- “ Convivo con ellos, nos reímos, con mis hijas me llevo bien, me cuidan y nos sentimos contentas

CATEGORIA IX. INFLUENCIA DE LA CASA DE LA SALUD EN SU VIDA DIARIA.

La mejor forma de favorecer la salud física y mental de los ancianos es proporcionarles una vida activa y un puesto adecuado en la familia y la sociedad.

La creatividad es difícil de medir ya que esta íntimamente relacionada con lo cognitivo y con la afectividad. No hay límites de edad en la creatividad ni tampoco esta reservada a unos cuantos elegidos. Las personas mayores pueden descubrir su potencial creativo a través de nuevas experiencias o nuevas actividades que acompañadas de entusiasmo por la vida les hacen sentirse reconocidos

La mitad de las adultas mayores encuestadas comentaron que el asistir a las casas de la salud había influido en su vida diaria de una manera positiva ya que la

gente con quienes más conviven tienen hacia ellas más paciencia, más atenciones y comprensión y están felices por eso.

Otras dos comentaron que habían tenido cambios positivos y solo una menciona que esta contenta por tener apoyo de su familia.

- “Pues si por que vengo, me relajo y ya voy más relajada a mi casa, más tranquila; en cambio estando haya pues luego me desespero de que no puedo hacer las cosas y me entran los nervios, a lo que así ya voy más tranquila a mi casa.
- “Pues bien, me he sentido bien; pues todos están contentos de que venga y me distraiga y que no este pensando cosas que no debo.
- “Pues digo que llevo una buena relación muy bien, pues al menos mis hijos no dicen nada y al contrario cuando llego tarde y si estoy cansada me atienden y no me dicen nada. No tengo ningún problema para ir a la escuela. Me paso el rato contenta”.
- “Como soy una persona grande, necesito que me traigan y tengo apoyo.
- “Pues bien me la paso contenta y me ha servido mucho.”
- “Nos vamos a distraer tantito, estamos un rato platicando y convivimos.”

CATEGORIA X. QUE MAS LE GUSTA.

La terapia por el arte consiste en dejar a las personas que dibuje, pinte objetos de cerámica, realice alfarería. Esto se realiza a través de las manualidades, en las cuales se realizan trabajos útiles o de decoración, de acuerdo a la temporada y festividades. La terapia del arte de muchas formas logra la estimulación táctil y apoya al propio sentido del yo.

Dos adultas opinaron que lo que les gusta de acudir a las casas de la salud es convivir sobre todo que a una de ellas le agrada mas convivir con las enfermeras. Dos de ellas comentaron que todo es de su agrado dentro de la casa de la salud. Dos más agregaron las manualidades como su preferencia.

- “Todo me gusta sobre todo el ejercicio que me relaja”.
- “Pues que nos enseñan a coser, hacer figuras”.
- “Porque convivimos, y nos vamos conociendo nosotras”.
- “Todo esto te ha servido porque platico con mis hijas”.
- “Me gusta mucho estar conviviendo con las enfermeras”.

CATEGORIA XI. QUE LE DESAGRADA.

Los ancianos están muy concientes de que los jóvenes los miran como seres diferentes. Perciben cuando se les trata con lastima o en forma especial. Algunos evitan tratar con la gente joven porque temen el rechazo o se irritan cuando a otros se les trata con preferencias.

La mayoría de las adultas mayores comentaron que no les desagrada nada y muestran estar contentas con todas las actividades que se realizan y además de no tener problemas con las pasantes actuales; aunque hubo una persona que está en desacuerdo en que no haya equidad en todos los aspectos.

- “A mi nada me desagrada, todo me agrada”.
- “Que no fueran equitativas al dar el material”.

CATEGORIA XII. OTRAS POSIBLES ACTIVIDADES.

La terapia ocupacional se puede definir como un método activo de tratamiento con una profunda justificación psicológica. Con ella mediante una valoración cuidadosa del adulto mayor se tiende a utilizar situaciones y actividades apropiadas con el fin de conseguir recuperar o desarrollar sus actitudes físico, psicológico, social y económico así como la capacidad de comunicarse e integrarse de una forma total en su mundo social como:

- Costura
- Decoración
- Recortado y pegado
- Trenzado
- Juegos de salón
- Terapias en grupo: charlas, televisión y visitas culturales.
- Pintura.

Dos adultas Mayores comentaron que les agradaría que además de las actividades que se realizan, se agregaran otras con mas frecuencia como cantar, bailar, cocinar; aunque hubo una de ellas que prefiere los juegos de mesa y de memoria por mas tiempo que otras actividades. Solo una de ellas opino estar de acuerdo y conforme en que se sigan realizando las mismas actividades.

- Clases de primaria para recordar porque muchas veces los nietos me preguntan muchas cosas y no se que contestar y tendría la mente más abierta porque entre mas ejercite uno su mente es mejor”.
- “A cantar, a bailar”.
- “A bailar, cocinar y hacer galletas”
- “Hacer los ejercicios antes de iniciar las manualidades”.

CATEGORIA XIII. PERFIL DE LA ENFERMERA.

La enfermera encargada de la casa de la salud debe de contar con ciertas características para la atención y bienestar del anciano; tales como paciencia, tolerancia, amabilidad, respeto, comunicación, equidad, y sobre todo brindar atención tomando en cuenta las necesidades biopsicosociales.

El rol de la Enfermera especializada en los cuidados gerontológicos es el de un profesional autónomo que coordina una atención compleja dirigida a los ancianos y a sus familias es muchas ocasiones asume el rol de líder en el equipo

multidisciplinario de atención sanitaria. Muchos de los problemas que viven los ancianos están asociados a las actividades cotidianas y por lo tanto son más sensibles a los modelos de cuidados de Enfermería y al soporte relacional que los acompaña.

Dos personas mencionaron que las Enfermeras encargadas de la casa de la salud deben de ser pacientes y otra comento que para ella lo más importante es que sea amable, aunque dos comentaron que no solo deben ser pacientes sino también amables.

Una mas comento la importancia que tiene que la Enfermera encargada de la casa de la salud sea equitativa en todos los aspectos.

- “Son muy lindas y no es su oficio enseñar las manualidades, en cambio lo hacen con mucho gusto y hacen más de lo que debieran, son pacientes; claro no todas pero la mayor parte si.
- “Muy amable, muy buenas gentes con nosotros, para tener confianza con ellas.
- “Que tenga mas paciencia, debe de tener un poquito más de calma con nosotras: me gustaría que nos expliquen las cosas para que uno llevara en la mente eso y no se nos olviden más las cosas”. “A mi me ha servido mucho”.
- “Pues pareja con todas porque creo que hay preferencia entre unas”.
- “Que sigan siendo amables con nosotras”.

- “Pues así, como han sido todas y siguen, que sigan siendo amables con nosotras”.

CATEGORIA XIV. INFLUENCIA DE LA ENFERMERA.

En la asistencia del anciano influyen de manera fundamental los valores y creencias que la Enfermera tenga acerca de los ancianos a los que presta sus servicios.

La mayoría de las adultas mayores opinaron que si influye el trato de la Enfermera para que acudan frecuentemente a la casa de la salud y no perder el entusiasmo, ya que dos de ellas dicen que es por la motivación de la Enfermera que siguen acudiendo y otras dos que por el trato que reciben de ellas.

Una mas agrego que la Enfermera influye en su decisión para seguir acudiendo solo si es buena gente.

La última solo dijo que no había ninguna influencia para que acudiese a la casa de la salud.

- “Pues no señorita, no ha influido, pues porque ha nosotros nos gusta su forma de ser, ha sido buena gente, nos tenemos confianza y nosotras a ustedes.
- “Pues si porque hay unas que llegan nuevas, siempre las desconocemos porque... es otra área para mover, las otras nos enseñan otra cosa y no sabemos como son”.

- “Pues no”.
- “Si porque aunque me han dicho que no me desespere, que siga viniendo y que si no puedo hacer las cosas que se le s pregunte como se hace a las compañeras cuando la muchacha esta ocupada”.
- “Si sobre todo que hay una persona que se llama Gaby que ella en realidad ha motivado mucha gente. Gracias a ella es que ha crecido el grupo y hay bastantes personas y yo le he alabado eso muchas veces, porque habían muchas personas pero no como ahorita”.

CATEGORIA XV. SUGERENCIAS PARA FUTURAS ENCARGADAS DE LA CASA DE LA SALUD.

La asistencia geriátrica debe de ser integral, es decir, que se ocupe de la salud del anciano prevención, protección, y promoción de la salud física y mental, de su patología orgánica y psíquica, de su capacidad funcional o grado de validez, de su rehabilitación tanto física, psíquica y social, y de toda su problemática social.

Las adultas mayores encuestadas sugirieron que sobre todo deberían ser equitativas y sin ninguna preferencia personal. Algunas agregaron no tener sugerencias y solo una comento que debería de haber mas motivación pues para ella es algo muy importante.

- “Otra dijo que no tenía ninguna sugerencia”.

- “Para mi todas son iguales, pero hay unas que despiertan a uno más, que nos están repitiendo, lo que a uno se le olvida”.
- “Pues que sea pareja con todas y que no haya preferencia”.
- “Desearía que existiera mas motivación hacia ellas”.

9 CONCLUSIONES

La casa de la Salud ha logrado sus objetivos para mejorar la calidad de vida del adulto mayor mediante la aplicación de estrategias de educación y promoción a la a través de realizar actividades, terapia del arte, terapia cognitiva, música terapia, realización de ejercicios, reminiscencias; logrando un cambio favorable.

Dentro de los resultados obtenidos en las adultas mayores entrevistadas mencionan haber mejorado el estado de ánimo, movilidad de sus extremidades y realizar sus actividades cotidianas con más independencia. Además de lograr una mejor relación familiar y social. Todo esto fue posible tomando en cuenta la participación de las adultas mayores en las actividades lo cual dependió del trato y la confiabilidad que el personal de Enfermería brindo de una manera individual y grupal lo cual pudo ser constatado por el trato durante su estancia en la casa de la salud y por la entrevista realizada. Se pudo comprobar que para ellas el mayor interés de acudir a las casa de Salud fue por distracción aunado a la posibilidad de elaborar una manualidad de su agrado, sintiéndose así útil hacia la sociedad y mejorando su autoestima, sintiéndose menos dependientes en las diferentes actividades que realizan durante la vida diaria.

Por lo anterior se concluye que la Casa de la Salud es un espacio de suma importancia para las Adultas mayores, que ayuda a atenuar el deterioro de los

aparatos y sistemas que se presentan por el proceso de envejecimiento y las enfermedades crónicas.

10. SUGERENCIAS

- Realizar mas difusión dentro de la Comunidad en general de San Luis Tlaxialtemalco sobre la importancia que tiene en que los Adultos mayores acudan a las Casas de la Salud del Centro Universitario de San Luis Tlaxialtemalco.
- Promover la apertura de más casas de salud en el Pueblo de San LuísTlaxialtemalco y en cualquier lugar donde estén presentes los adultos mayores, ya que, siempre es el mismo problema, en cualquier lugar del país: “vivir el máximo de tiempo con el máximo de calidad conservando el rol que da sentido a la vida de la persona; deseo que se presenta mientras la vida vale más que la muerte”, valoración que está intrínsecamente relacionada con las formas de vida en cada grupo.

CASA DE LA SALUD.

- Tener un espacio exclusivo para la Casa de la Salud la cual este en condiciones optimas para las Adultas Mayores tomando en cuenta sus necesidades físicas como mobiliario ergonómico suficiente

PERSONAL DE ENFERMERIA

- Pasantes de Enfermería a cargo con una visión clara sobre las necesidades del Adulto mayor
- Personal a cargo que tenga interés en trabajar y convivir con adultos mayores.
- Se debe fomentar una actitud “positiva” y la amabilidad en los pasantes de Enfermería que sean los responsables de las casa de salud, ya que los adultos mayores requieren de actividades con un sentido, o sea que signifiquen una forma real de pertenencia social y de participación en la corriente de la vida de un grupo que les resulta propio.

HORARIOS

- Destinar dos días para las actividades de la casa de la salud.
- Estipular un horario para cada actividad a realizar y destinarlo exclusivamente para esa actividad.
- En caso necesario estipular reglas para las adultas mayores que no se aboquen a las actividades a realizar.

ACTIVIDADES

- Cambiar tipo de actividades recreativas las cuales despierten el interés del adulto mayor.

11. ANEXOS

Se incluyo el formato de entrevista semiestructurada, guía de observación y entrevista semiestructurada a las enfermeras.

ANEXO 1

FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Estoy de acuerdo en participar como sujeto en investigación con el título “Beneficios en el Adulto Mayor que asiste a la Casa de La Salud del C. U. E. C. de San Luís Tlaxialtemalco” que están realizando los pasantes del servicio social de la Licenciatura de Enfermería Y obstetricia: Beatriz Martines Iones y Gabriela Lanzagorta Parra de la Escuela Nacional de Enfermería Y Obstetricia de la UNAM.

Entiendo que responder la entrevista no va a durar más de 60 minutos y será realizará en el lugar y a la hora que a mi me convenga.

Entiendo que mis respuestas serán grabadas y que la información será confidencial y que mi nombre no quedara escrito en la encuesta.

Entiendo que nadie va a conocer la información de mi persona, excepto las investigadoras.

Entiendo que si acepto participar en este estudio, no habrá riesgos o complicaciones para mí, que estén asociadas a dicho estudio.

Entiendo que no hay renumeración alguna y acepto participar.

Entiendo que mi participación en este estudio es voluntaria.

Entiendo que al firmar este consentimiento, no voy a perder mis derechos legales.

FIRMA DEL ENTREVISTADO: _____

FIRMA DE PASANTES: _____

México, D. F. a _____ de _____ de 2005.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURAD

“BENEFICIOS EN EL ADULTO MAYOR DESPUES DE ACUDIR A LA CASA DE LA SALUD.

DATOS GENERALES

EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____

RELIGION: _____

OCUPACION: _____ ESTADO CIVIL:

1.- QUE ES PARA USTED LA CASA DE LA SALUD

2.- LE HA SSERVIDO ASISTIR A LA CASA DE LA SALUD

3.- EN RELACION AL ESTADO DE ANIMO LE HA BENEFICIADO ASISTIR A LA CASA DE LA SALUD?

4.- CREE QUE LAS RUTINAS DE EJERCICIO QUE REALIZAN EN LA CASA DE LA SALUD LE AYUDAN A MANTENER UNA BUENA CONDICIÓN PORQUE?

5.- EN QUE CREE USTED QUE LE PUEDEN AYUDAR LAS MANUALIDADES?

6.- CREE QUE LAS CHARLAS SOBRE SUS VIVENCIAS Y LOS JUEGOS DE MESA LE AYUDAN A MEJORAR SU MEMORIA?

- QUE ME PUEDE DECIR DE LA CONVIVENCIA QUE LLEVA CON SUS COMPAÑEROS DENTRO DE LA CASA DE LA SALUD. ES BUENA, ES MALA HA MEJORADO, NO LE GUSTA,
- USTED CREE QUE EN GENERAL EL ASISTIR A LA CASA DE LA SALUD HA MEJORADO SU RELACION AMISTOSA CON LOS SERES QUE LE RODEAN (FAMILIA, AMIGOS ETC) PORQUE

7.- DENTRO DE SU VIDA DIARIA COMO HA INFLUIDO EL ASISTIR A LA CASA DE LA SALUD.

8.- PORQUE ASISTE A LA CASA DE LA SALUD?

9.- QUE ES LO QUE MÁS LE GUSTA DE LA CASA DE LA SALUD?

10.- QUE LE DESAGRADA DE LA CASA DE LA SALUD?

11.- QUE OTRAS ACTIVIDADES PIENSA QUE SE PUDIERAN REALIZAR DENTRO DE LA CASA DE LA SALUD?

12.- CONSIDERA QUE ES IMPORTANTE QUE LA ENFERMERA A CARGO DE DEBE DE SER PACIENTE, AMABLE Y QUE LE AGRADE CONVIVIR CON LOS ADULTOS MAYORES? SI, NO PORQUE?

13.- CONSIDERA QUE LA ENFERMERA A CARGO Ha INFLUIDO PARA QUE SIGA ACUDIENDO A LA CASA DE LA SALUD? PORQUE?

14.- MENCIONE SI TIENE ALGUNA SUGERENCIA PARA LAS PROXIMAS ENCARGADAS DE LA SALUD.

12. BIBLIOGRAFIA

Gutiérrez RA, Manual de Organización General del Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud CUEC, México 2002, ENEO-UNAM.

D. L. CARNEVALI M. PATRICK. Tratado de Geriátría y Gerontología. Ed. Interamericana. 2da. Edición. México D. F. 1988. Pp. 3, 65,258, 281, 315, 336

García, H. M: Torres, E. M^a. P; Ballesteros, P.E (1993) Enfermería Geriátrica, Ediciones Científicas y Técnicas.

CARLOS D´HYVER. Geriátría. Editorial El Manual Moderno. Primera edición. México D. F.2006. pp. 666.

ROBERT K KANE. Geriatría Clínica. Editorial interamericana. 3ra. Edición. México 1994. Pág. 518, 519, 525, 526.

Kaschak N. Diane, Jakovac S. Diane (1994), Planes de Ciudadanos en Geriátría, España, ED. Mosby / Duyma: 193-255

NORMAN EXTON-SMITH. Tratado de Geriátría. Editorial Pediátrica Barcelona. Primera edición. 1988. pp. 491-499.

A. SALGADO, FRANCISCO GUILLEN. Manual de Geriátría. Editorial Salvat, S. A. Mallorca. Serie de Manuales Espiral, Barcelona.

LOGROÑES. Temas de Enfermería Gerontológico. Sociedad Española de enfermería Geriátrica y Gerontologica. Ed. De Viena 2006. La Rioja.

NICHOLAS CONI, WILLIAM DAVISON, STEPHEN WEBSTER. Geriátría. Ed. Manual moderno. Primera edición. México D. F. 1990. pp.14, 29, 37.

Rosales, B. S; Reyes, G. E. (1991) Fundamentos de Enfermería, El manual moderno, de México.

Smith, F. S: Duell, J. D. (1996) Enfermería Básica y Clínica, El manual moderno México, D. F.

Kane L, R., Ouslander G. S. (1997) Geriatría CLINICA, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México: 196-226.

Ribera C. J.M., Cruz J. A.J (1991) Geriatría, Uriach, España: 49-68

Ham, R, J (1995) Atención Primaria en Geriatría, Casos Clínicos. 2da edición. 1995 Editorial Mosby.

Staab S. A., Hodges C. L. (1998) Enfermería Gerontología, Mc Graw – Hill Interamericana México: 474.

Reyes, AV, Manual de Organización y Funcionamiento de las Casas de salud del CUEC, México 2004, ENEO-UNAM.
