



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

Carrera de Medicina

"ENFERMEDADES DE LOS ANCIANOS
COMO CAUSAS DE ABANDONO
FAMILIAR"

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL.

Autora:

Daniela Margarita Castillo Guamán

Director:

Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR

2015



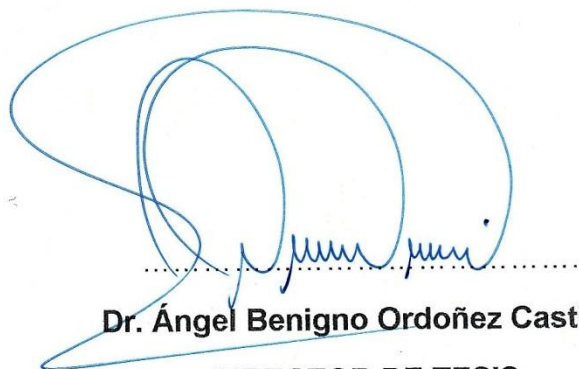
CERTIFICACIÓN

Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg. Sc. **DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

CERTIFICA:

Que la tesis de grado titulada: **“ENFERMEDADES DE LOS ANCIANOS COMO CAUSAS DE ABANDONO FAMILIAR”**. De autoría de la Srta. Daniela Margarita Castillo Guamán, estudiante de la carrera de Medicina Humana, previo a la obtención del título de Médico General. Ha sido dirigida y revisada en su integridad, cumpliendo con los requerimientos académicos estipulados para su aprobación; por lo que se autoriza su publicación.

Loja, Enero del 2015



Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS



UNL

AUTORÍA

Yo, Daniela Margarita Castillo Guamán declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Daniela Margarita Castillo Guamán

Firma: -----

Cédula: 1103802557

Fecha: 10/01/2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Daniela Margarita Castillo Guamán declaro ser autor de la tesis titulada: "Enfermedades De Los Ancianos Como Causas De Abandono Familiar ", como requisito para optar al grado de: Medicina General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinte y tres días del mes de enero del dos mil quince, firma el autor.



Firma: _____

Autor: Daniela Margarita Castillo Guamán

Cédula: 1103802557

Dirección: Barrio Zamora Huayco: Río Coca entre Río Ucayali y Río Napo

Correo electrónico: virbanys@yahoo.com

Teléfono: 2139167

Celular: 0985738184

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg. Sc.

Tribunal de Grado: Presidenta: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.

Vocal: Dra. Sara Felicita Vidal Rodríguez, Mg. Sc

Vocal: Dra. Ruth Elizabeth Maldonado Rengel, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a Dios que me ha dado fortaleza y sabiduría. A mis padres María Esterfilia Guamán López y Luis Castillo Solano quienes me brindaron su apoyo incondicional e invaluable, constituyéndose en mi fuerza, perseverancia y voluntad para lograr terminar mi carrera universitaria. A mis hermanas y hermanos que me han brindado su apoyo incondicional.

Daniela Margarita Castillo Guamán

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirme en mi formación profesional. A mis padres María Esterfilia Guamán López y Luis Castillo Solano, que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos, y valores siendo los cimientos para mi superación, a mis hermanas y hermanos, quienes me han brindado su apoyo todo el tiempo. A mi director de tesis Dr. Ángel Ordoñez Castillo por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí, que pueda terminar mis estudios con éxito.

Daniela Margarita Castillo Guamán

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	i
AUTORÍA.....	ii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISION DE LITERATURA.....	7
CAPITULO I	
1.1 ADULTO MAYOR	7
1.1.1 DEFINICIÓN.....	7
1.1.2. PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.....	8
1.1.3 SOCIEDAD DEL ADULTO MAYOR.....	12
1.1.4 PSICOLOGÍA DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.....	12
1.1.5 APOYO FAMILIAR AL ADULTO MAYOR	13
CAPITULO II	
2.1 CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR	15
2.1.1. CONCEPTO	15
2.1.2 PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.....	15
2.1.3. SITUACIONES DE RIESGO.....	16
CAPITULO III	
3.1. ENFERMEDADES MÁS COMUNES.....	21
3.1.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	21



3.1.2.	DIABETES MELLITUS.....	23
3.1.3.	NEUMONÍA.....	24
3.1.4.	ARTRITIS.....	25
3.1.5.	OSTEOPOROSIS	30
3.1.6.	DEMENCIA SENIL.....	31
CAPITULO IV		
4.1.	EL ADULTO MAYOR COMO PROBLEMA	33
4.1.1.	ABANDONO DE LOS ADULTOS MAYORES	33
4.1.2.	IMPLICACIONES SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO	34
5.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	37
METODOLOGÍA.....		37
6.	RESULTADOS.....	40
7.	DISCUSIÓN.....	48
8.	CONCLUSIONES	51
9.	RECOMENDACIONES	52
10.	BIBLIOGRAFÍA	53
11.	ANEXOS.....	59
	ANEXO: 1.....	59
	ANEXO: 2.....	60
	ANEXO: 3.....	61
	ANEXO: 4.....	63
PROPUESTA		
	ANEXO: 5.....	67
	ANEXO: 6.....	68
	ANEXO: 7.....	69
	ANEXO: 8.....	70
	ANEXO: 9.....	71

ÍNDICE DE TABLAS

TÁBLA Nro. 1	61
TÁBLA Nro. 2	62
TÁBLA Nro. 3	63
TABLA Nro. 4	64
TÁBLA Nro. 5	65
TÁBLA Nro. 6	66
TÁBLA Nro. 7	67
TÁBLA Nro. 8	68

1. TÍTULO

**“ENFERMEDADES DE LOS ANCIANOS COMO
CAUSAS DE ABANDONO FAMILIAR”**

2. RESUMEN

El presente estudio tiene la finalidad investigar las enfermedades más frecuentes del adulto mayor y los factores que provocan que la familia los abandone en el Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús” de la ciudad de Loja. Para lo cual se construirá una propuesta de Intervención para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor. Es un estudio descriptivo, transversal, de campo y bibliográfico, con un universo de 76 adultos mayores, tomándose una muestra de 50 adultos mayores quienes cumplían con los criterios de inclusión. Se conoció las enfermedades más frecuentes como causas de abandono del adulto mayor mediante la aplicación de una entrevista a los adultos mayores y a sus cuidadores quienes corroboran la información. En los datos obtenidos se encontró que la enfermedad que más está presente en los adultos mayores es la hipertensión arterial en un 29%; seguida de la diabetes mellitus tipo II en un 21%; artritis en un 17%, osteoporosis en un 13%; demencia senil 8%; neumonía 2%, entre otras enfermedades como (discapacidad física, sordera, epilepsia) se encuentran un 10%. Dentro de los principales factores como causa de abandono se encuentran, el factor económico que determina que la familia no les proporcione los alimentos en un 39%, cuidado médico en un 27%, vestimenta en 19% y vivienda 15%, por no ser portadores de la economía del hogar; el factor psicológico manifiesta el temor a las agresiones físicas de sus hijos como jalones de cabello y empujones en un 69.23%; de sus nietos en 17.31%; vecinos en 13.46%; el maltrato familiar incluye críticas en un 32%, insultos en un 16%; amenazas en un 8%; dejándolos solos en un 44%; el factor social muestra que no respetan sus criterios de sabiduría en un 74%; llegando a sentirse solos en un 90%; teniendo una dinámica familiar de tipo disfuncional en un 86%; circunstancias por las que se da el abandono de sus familiares en este hogar de adultos mayores de Santa Teresita “Del Niño Jesús” de la ciudad de Loja, por lo que se requiere fortalecer la estructura familiar con valores morales, éticos que permitan respetar y dignificar a los adultos mayores.

Palabras clave: enfermedades, adulto mayor, abandono.

ABSTRACT

The present study has the purpose to investigate the most frequent diseases of biggest adults and the factors that they provoke the family drop and abandon them at home care." Hogar Santa Teresita Del Niño Jesús" of Loja city. For which an intervention proposal will be constructed to improve the quality of life in the biggest adults. It is a descriptive, cross sectional, of field and bibliographical, with a universe of 76 biggest adult, taking a sample of 50 biggest adult who met the inclusion criteria. The most frequent diseases as causes of abandonment of the biggest adult by means of the application of an interview to the biggest adults and to its minders who corroborate the information. The data found that disease which is more present in biggest adults is the hypertension by 29%, followed by diabetes mellitus type II in 21%, arthritis in 17%, osteoporosis in 13%, senile dementia 8 %; pneumonia 2 %, between other diseases as (physical disability, deafness, epilepsy) finds 10 %. The main factors as cause of abandonment are inside, the economic factor that it determines that the family does not provide the food to them in 39 %, elegant doctor in 27 %, clothing in 19 % and housing 15 %, for not being bearers of the household economy; the psychological factor expresses the fear of physical aggressions of their children as assault pulling hair and pushing in a 69.23%; his grandchildren at 17.31%; neighbors in 13.46%; the familiar maltreatment includes criticism in 32%, insults by 16%; threats by 8%; leaving them alone in a 44%; the social factor shows that they relatives do not respect their thoughts by 74%, going so far as to feel alone in 90 %; having a familiar dynamics of disfunctional type in 86 %; circumstances why the abandonment of relatives occurs in this household of biggest adults Hogar Santa Teresita "Del Niño Jesus" of Loja city, so it required strengthening the family structure with moral, ethical values which respect and dignified to bigger adults.

Keywords: diseases, elderly, abandonment.

3. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población a nivel mundial, así como la creciente concentración de población en ciudades, son tendencias globales que caracterizaran la sociedad del siglo XXI. El envejecimiento humano es un proceso caracterizado por la pérdida progresiva de múltiples capacidades físicas y cognitivas, lo cual favorece una mayor morbilidad y mortalidad.⁴⁵

Siendo el cuidado de los adultos mayores difícil y complejo, el mantenimiento de la independencia funcional hasta el final de la vida constituye la meta más ambiciosa de la geriatría moderna.

En el adulto mayor el envejecimiento está asociado con un incremento en la incidencia de diversas enfermedades como la diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, neumonía, artritis, osteoporosis, demencia senil, discapacidad física, sordera, epilepsia. Las enfermedades crónicas son más frecuentes que las agudas.⁴⁷

La familia cumple un rol importantísimo en el cuidado y mantenimiento de la salud de los adultos mayores, la soledad, la disminución de los recursos económicos y las enfermedades invalidantes, modifican el envejecimiento normal generando alteraciones de conducta.

Una de las principales causas para que suceda el abandono, es que la persona adulta mayor ya no posea una vida laboral útil y comience a generar gastos en la familia. Situación que causa tensión y transforma el trato de sus hijas e hijos, amistades y parientes cercanos; provocando una bajada importante de la autoestima, creyéndose que no vale nada.

El abandono cobra sentido cuando al adulto mayor se le ignora, o se le agrade (física o verbalmente) llegando a ser desplazados de la familia y convertirse en personas desamparadas, sin posibilidad de ejercer o reclamar los derechos que le corresponden.

No es fácil vivir en la última etapa de la vida, sin tener quien proteja la integridad físico-afectiva del adulto mayor, y aun más cuando no se tiene acceso a los beneficios que el Estado ofrece porque no los conoce, para poder intervenir y apropiarse de lo que le corresponde como integrante de la sociedad.

En la sociedad actual el adulto mayor gradualmente ha perdido poderes y derechos, que lo ha marginado de la sociedad, creando una serie de estereotipos negativos de este grupo, considerándolo como persona enferma, incapaz de producir, limitado e incompetente para asumir tareas y ejercer funciones; situaciones que han llevado al anciano y en la mayoría de los casos a la familia a aplicar alternativas como la institucionalización, que por las condiciones negativas como se presenta, no permiten que el adulto mayor tenga adecuada calidad de vida y por ende, satisfactorias condiciones de bienestar.

Es por ello que el objetivo general de estudio fue investigar las enfermedades más frecuentes del Adulto Mayor y los factores de riesgo que provocan que la familia los abandone, en el asilo Santa Teresita “Del Niño Jesús” de la ciudad de Loja, para construir una propuesta de intervención que mejore la calidad de vida. Los objetivos específicos fueron: Determinar las principales enfermedades existentes en el Adulto Mayor del asilo Santa Teresita “Del Niño Jesús” de la ciudad de Loja; Identificar los principales factores que causan el abandono del Adulto Mayor por parte de sus familiares. Construir una propuesta de intervención para mejorar la calidad de vida en el Adulto Mayor.

La metodología empleada fue la utilización de una entrevista a los trabajadores del hogar y adultos mayores, quienes revelaron las situaciones por las que se encuentran asilados en este hogar.

Los resultados obtenidos en respuesta a los objetivos planteados indican que el 29% son hipertensos, seguida del 21% con diabetes mellitus tipo II, 17% artritis, 13% osteoporosis, 8% demencia senil, 2% neumonía, y otras como discapacidad física, sordera, epilepsia en un 10%; las causas que producen el

abandono del adulto mayor son factores: económico el cual determina que la familia no les proporcione los alimentos en un 39%, cuidado médico en un 27%, vestimenta en 19% y vivienda en un 15% por no ser portadores de la economía del hogar; el factor psicológico manifiesta el temor a las agresiones físicas como los empujones y jalones de cabello de parte de sus hijos en un 69.23%, de sus nietos en un 17.31%, vecinos en un 13.46%; el maltrato familiar hacia el adulto mayor incluye las críticas en un 32%, insultos y humillaciones en un 16%, amenazas de abandono en un 8%, dejándolos solos en un 44%, sin incluirlos en paseos o reuniones; el factor social muestra que no respetan sus criterios de sabiduría en un 74%; llegando a sentirse solos en un 90%; teniendo una dinámica familiar de tipo disfuncional en un 86%; circunstancias por las que se da el abandono de sus familiares en este hogar de adultos mayores de Santa Teresita “Del Niño Jesús” de la ciudad de Loja.

4. REVISION DE LITERATURA

CAPÍTULO I

1.1 ADULTO MAYOR

1.1.1 DEFINICIÓN

Expresión que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez y de ancianidad. Se trata de un grupo de la población que tiene 60 años de edad o más. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término personas mayores (en España y Argentina) y adulto mayor (en América Latina). Es la séptima y última etapa de la vida (prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez o ancianidad) aconteciendo después de esta el final de la vida. ¹

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada; de 75 a 90 años viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. ¹⁶

El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los adultos/as mayores al 2010 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarán el 18% de la población. El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época lo que ocasiona un aumento de personas de 65 y más años de edad. ²

El término adulto mayor nació hace aproximadamente una década. Su semántica no solo alude a personas ancianas que han alcanzado una edad cronológica mayor de sesenta años, ni tampoco a personas vulnerables clínica, social y culturalmente. Si anteriormente la población longeva era denominada con adjetivos tales como “senecto”, “viejo”, “anciano” y gente grande entre otros, ahora las arenas de la visualización e interpretación han cambiado. ¹

La longevidad es un fenómeno genéticamente determinado que varía entre familias, entre sexos y entre especies. La edad media actual de supervivencia en las mujeres se sitúa en un rango de 82 años, frente a los 75 años de los varones, lo que indicaría una diferencia con una fuerte base genética. La senescencia es la etapa de la vida en que el ser humano va perdiendo la capacidad para mantener los sistemas vitales, debido a los trastornos moleculares y al acúmulo de daños ocasionados a nivel celular. Esta situación conduce a una mayor vulnerabilidad a las enfermedades, a los accidentes y finalmente a la muerte.

Actualmente, el ser humano “envejece”, hoy se vive más, pero a cambio de enfrentarse con un lento deterioro de nuestras capacidades biológicas. La mayor supervivencia de la población, está asociada a un cambio en la patología a consecuencia de las modificaciones fisiológicas en todos los órganos, de los cambios estructurales debidos al acúmulo de enfermedades sufridas a lo largo de todos los años y a los factores ambientales.¹⁸

1.1.2. PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el envejecimiento activo como el proceso “por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”.³

Evidentemente cada individuo recorre el transcurso de su vejez y de su vida en general, de manera particular. Hay personas que desde jóvenes practican deporte o acostumbran hacer ejercicio, mantienen dietas para permanecer saludables. Todos vivimos diferente, pero la vejez es algo que sin duda no podemos evitar y que además debemos vivir satisfactoriamente. Independientemente de la forma de vida que cada quien desee llevar.

El envejecimiento se asocia con pérdida de habilidades, demencia y depresión. Muchas personas creen que la vejez es una pendiente hacia abajo. Los

pensamientos acerca de la vejez son pesimistas, casi nihilistas, y ello redonda en actitudes negativas que obstaculizan un envejecimiento sano. Ya que, al menos por el momento, no es posible detener el proceso de envejecimiento pero sí se puede trabajar para lograr una buena calidad de vida.⁴

1.1.2.1 CAMBIOS DEL ASPECTO EXTERNO CON EL ENVEJECIMIENTO

Algunos autores han descrito el aspecto del adulto mayor con la regla de las “4p”: piel arrugada, pelo cano, presbicia (vista cansada) y pérdida de memoria. A éstos, hay quien añaden otras “dos p”: picores y piernas cansadas.¹⁵

Además con el envejecimiento se suele producir, disminución de la estatura, la postura que se adopta es generalmente encorvada, la contextura muscular esta disminuida y tienen un andar característico.

La estatura se suele acentuar en la octava a novena década de la vida. Ello es debido al acortamiento de la columna vertebral como consecuencia del estrechamiento de los discos intervertebrales y la disminución de las vertebrae por la pérdida de masa ósea; también se dice que es originada por una alteración de la postura. Se produce así mismo, un adelgazamiento del hueso y una pérdida en la resistencia del mismo; es la llamada osteoporosis, que ocurre más frecuentemente en las mujeres, después de la menopausia.¹²

La osteoporosis es una enfermedad que consiste en una pérdida excesiva de los componentes del hueso, en su mayoría calcio. Se daña de esta forma la resistencia del hueso, el cual se torna frágil y se rompe con facilidad.

La alteración de la distribución de la grasa subcutánea, que disminuye en la cara, antebrazos y manos pero aumenta en el abdomen y las caderas.

Haciéndose más flácida y creciendo el pliegue cutáneo a nivel del pubis y zona paraumbilical. Además hay una pérdida de masa muscular, de manera que se sustituyen grupos musculares por grasa, lo que disminuye la fuerza física considerablemente y provoca, frecuentemente cansancio y deformaciones posturales, porque hay que hacer un mayor esfuerzo para luchar contra la

gravedad, ya que la musculatura encargado de ello falla. Existe también una pérdida de peso a partir de los setenta y cinco años, aunque no es generalizable.^{3,4}

Las arrugas que van apareciendo con la edad, son originadas por la pérdida o falta de grasa en la piel, por los pequeños cortes que se han ido haciendo, por la exposición a los rayos solares, al viento y al frío y también se relacionan con los factores hereditarios; volviéndose la piel más delgada.

El color de la piel sufre asimismo modificaciones con los años, ya que la pérdida de capilares cutáneos hace aparentar una mayor palidez. Además se pierden melanocitos que son células responsables del color cutáneo; y se producen manchas coloreadas (llamadas lentigo sénilis).³

Se produce pérdida general del vello a partir de los sesenta años, de forma lenta y dilatada. El pelo se va perdiendo poco a poco con la edad; pero en algunos hombres es debido a factores hereditarios, aunque también puede estar originado por enfermedades o daño de los folículos pilosos. Así mismo el pelo va perdiendo poco a poco la pigmentación, adquiriendo el color cano, volviéndose también más seco, quebradizo y duro.

En cuanto a la dentadura, se produce un desgaste, pero muy lentamente y con el envejecimiento es menos vulnerable a las caries. Las pérdidas dentarias son causadas especialmente por las alteraciones periodontales que llevan un detrimento óseo que va aumentando a medida que se avanza en edad.

1.1.2.2 ENVEJECIMIENTO DE LOS ÓRGANOS.

- Aparato Cardiovascular; el corazón como musculo, pierde progresivamente fuerza contráctil, lo que ante una situación que requiera gran esfuerzo, no podrá adaptarse y se producirá una insuficiencia cardíaca, y los vasos sanguíneos, en su mayoría, están afectados por arteriosclerosis.¹²

- Aparato Respiratorio; aunque se suele mantener el volumen pulmonar, hay una disminución de la denominada capacidad vital y una reducción de la eficiencia respiratoria. Además los bronquios se vuelven más rígidos, pierden sus propiedades de defensa y secreción normal de moco. La nariz, laringe tienen una menor lubricación ocasionado por el resecaimiento de la mucosa, que produce goteo de la nariz y picores en la garganta dificultando la buena toma de aire. ¹²
- Aparato Digestivo; la boca suele sufrir múltiples modificaciones, aparecen caries dentales con pérdida progresiva de dientes y un deterioro de las encías. La mucosa de la boca se hace más sensitiva a los traumatismos y se irrita por los alimentos muy calientes o fríos. Se suele observar una menor apreciación de los sabores debido a la pérdida de papilas gustativas. ⁴ La digestión es más lenta y dificultosa, y es menor la absorción de nutrientes, vitaminas, etc. La eliminación de los sólidos tienden a disminuir, así como su masa y su frecuencia.
- Aparato genitourinario, el riñón suele reducir su volumen hasta un 20-30 % menos que en los jóvenes (los adultos mayores orinan con mayor frecuencia, lo hacen en cantidades menores); lo que demuestra que el riñón funciona de manera menos eficaz. Disminuye la filtración sanguínea para producir orina, la tasa de filtración empieza a disminuir a partir de los 21 años y eliminación de productos tóxicos. También se observa un mayor número de infecciones del tracto urinario. No obstante si no existen elementos que perturben el funcionamiento puede seguir trabajando sin problemas. ¹²
- Aparato Locomotor; con la edad se pierde masa ósea y elasticidad en las articulaciones. Ello conduce a una pérdida de fuerza muscular y a la limitación de movimiento. Aparece un ligero debilitamiento muscular en las manos; es característico una postura encorvada, flexionada hacia delante y una ligera inestabilidad. ¹²

1.1.3 SOCIEDAD DEL ADULTO MAYOR

En el Ecuador existe más de un millón de personas que envejecen. Medicamente se clasifica a las personas de edad avanzada en: tercera edad o vejez (60 a 79 años), ancianos (80 a 99) y longevos (más de 100). “nuestra población está yendo hacia el envejecimiento desde hace una década porque la Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que todo aquel país que tenga un porcentaje mayor al siete por ciento ya es una población vieja”.⁵ En gran parte los adelantos médicos hacen que la población vieja pueda sobrevivir más. Siendo la esperanza de vida actual de 75 años.

Los adultos mayores también pueden sufrir maltrato social, son discriminados por la sociedad. Los adultos mayores tienen derechos, pero muchas veces esos derechos no se les hacen válidos. Son personas muy débiles e indefensas y si no hay alguien que los apoye, que los ayude, que esté velando por sus intereses, no pueden pelear por sus derechos, no tienen como defenderse y pues reciben maltratos.⁶

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

1.1.4 PSICOLOGÍA DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Desde un punto de vista psicológico, lo que más llama la atención son los fallos en la memoria reciente que los propios adultos mayores y nuestro entorno social o familiar suele asociarlos a la enfermedad de Alzheimer. Se da dicha preocupación porque se desconoce que en la vejez hay cambios que se consideran normales con respecto al funcionamiento cognitivo. Igualmente se

producen cambios afectivos y en la personalidad que deben ser considerados como normales y esperables. ⁶

La persona cuando llega a envejecer sufre un aumento de la vivencia de pérdidas, entendiendo pérdida como la vivencia por la cual sentimos que ya no tenemos algo, a nivel real y subjetivo que es significativo para nosotros. Todas las pérdidas implican un proceso de duelo, es decir, de un trabajo psíquico. El superar la pérdida es vital para la persona que envejece, disminuyendo la probabilidad de que se produzcan repetidas crisis de identidad o que se atenúen las repercusiones de las mismas en la vida de las personas adultas mayores.

Los cambios psicológicos se presentan más acentuados cuando la persona empieza a notar que los cambios físicos y biológicos generan una pérdida, real o subjetiva, de la independencia que vivía hasta entonces.

La persona adulta mayor en definitiva empieza a cuestionarse más acerca de su identidad en la medida en que no encuentra una respuesta satisfactoria que disminuya la angustia que los mitos, los prejuicios y las ideas falsas sobre el proceso de envejecimiento le pueda generar y que la sociedad no trata de contrarrestar devolviéndole una imagen con la que pueda identificarse plenamente, dañándose el auto concepto.

1.1.5 APOYO FAMILIAR AL ADULTO MAYOR

Los cambios sociales, económicos, psicológicos pero especialmente las alteraciones vitales del soma, se van presentando en forma paulatina e ineludible con el correr de los años: las diferentes etapas se van sucediendo como en una película, primero la escuela, luego el acceso al trabajo, el matrimonio, la llegada de los hijos, las enfermedades, la muerte de familiares, el retiro jubilatorio, etc., todo significará sucesivos períodos de transición, que requerirán de una adaptación paulatina y constante. El estrés psicológico mayor o menor, condicionado por los cambios, estará de acuerdo a las experiencias y situaciones vividas hasta el momento. ⁷

La “Teoría de la Desvinculación”, sostiene un modelo en el cual los adultos mayores de 60 años se retiran de sus actividades laborales, refugiándose en su medio social familiar.^{6, 8} este núcleo que debiera recibirlo amorosamente y con los brazos abiertos, actúa condicionado por preceptos y juicios a priori pues se considera a la vejez como la carrera final del ciclo vital humano. Esta situación condiciona una ruptura de los compromisos tácitos previos regidos por valores y normativas de contención prefijados; conducen primero a un apartamiento del viejo y luego a su abandono o institucionalización.

Los hijos y sus familias con criterios modernistas basados en el consumismo, en la desidia, irresponsabilidad y desamor ya no tienen un lugar para el adulto mayor y éste, que antiguamente era el elemento nuclear de la familia o del clan es aislado.⁹

Los hijos de hoy con sus propios problemas de economía trabajo o vivienda, institucionalizan al adulto mayor en una residencia geriátrica o similar para poder usufructuar de sus pensiones o haberes jubilatorios, o utilizar su vivienda evitando un alquiler: en otros casos los obligan a colaborar en la crianza y cuidado de los nietos, utilizándolos como niñeros durante sus horarios de trabajo.⁹

A pesar que la familia ecuatoriana durante estas últimas décadas ha tenido cambios relevantes que han modificado las pautas de comportamiento entre los cónyuges, entre los padres y los hijos, han producido transformaciones en la estructura familiar, el funcionamiento general de las familias es concebida no solo como ámbito de crianza y de realización de relaciones amorosas, sino también como un sistema social el cual; esta organizado por leyes de parentesco, permite acceso a bienes y servicios, proporciona identidad colectiva e individual y viabiliza el ingreso a redes sociales.⁷

CAPITULO II

2.1 CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

2.1.1. CONCEPTO

La calidad de vida es un concepto amplio, totalmente subjetivo y multifactorial, influido por factores relacionados con la salud, el estado emocional y por aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales. Cuando se habla de la calidad de vida en el contexto de la enfermedad, se define con base en cómo se siente el paciente ante la enfermedad, así como su percepción ante las limitaciones que la misma enfermedad le provoca; por lo tanto, cuando se habla de la calidad de vida en relación con la condición de salud y la capacidad funcional, como indicadores relevantes que permitan reconocer en el concepto la orientación de su definición hacia los estados de salud del individuo.⁹

2.1.2 PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida ha ido evolucionando en los últimos años, desde una concepción básicamente materialista, en la que primaban los aspectos objetivos de nivel de vida, pasando hacia una perspectiva donde los aspectos subjetivos constituyen el elemento fundamental. La calidad de vida en las personas adultas mayores, es aún más compleja. En los últimos años, el envejecimiento de la población ha fomentado el interés y la preocupación por la calidad de vida de las personas adultas mayores.^{10, 11} En general, a las personas ancianas se les atribuyen unas determinadas características, tanto positivas como negativas, aunque las negativas muchas veces parecen tener más peso, hecho que contribuye a que los ancianos se sientan poco útiles en la sociedad.⁶ Las personas adultas mayores consideran importantes en su vida: salud, autonomía, factores psicológicos (soledad, personalidad, sentimientos de inutilidad que influyen en la percepción del bienestar), entorno ambiental adecuado (vivienda, entorno social, servicios), factores sociales (aislamiento social), la autoestima y dignidad, así como la privación económica⁷.

Observando que la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores no suele ser del todo mala, y muchos se muestran bastantes felices y satisfechos con su vida actual.^{3, 5, 8}

En muy poco tiempo, el concepto de calidad de vida se ha convertido en un tópico común del campo de las ciencias sociales, médicas, urbanísticas y políticas, y abarca casi la totalidad de las ciencias que se ocupan de las personas y sociedades y otras disciplinas menos altruistas, como la publicidad y el mercadeo.

La calidad de vida en el adulto mayor es trascendental que afecta no solo a las personas mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad, y si bien en las últimas décadas el concepto ha sido uno de los más utilizados en las ciencias sociales y en la planificación social en general, en relación al envejecimiento no pierde vigencia, es más plantea serios retos en términos de desarrollo conceptual y aplicación práctica.

2.1.3. SITUACIONES DE RIESGO

En esta etapa el adulto mayor presenta muchos conflictos, el solo hecho de aceptar ser anciano, es un problema lo que representa una necesidad de buscar una nueva identidad, aparece una serie de diferencias en las costumbres con la nueva generación, si embargo hay otros que se fueron amoldando al progreso social, la cultura influye en estas posturas y nos aproxima a lo que sucede a nuestro alrededor la incultura aísla al adulto mayor del mundo, reduciéndolo a un círculo frágil y limitado.¹³

La probabilidad o posibilidad de sufrir daño, enfermedad o muerte; expresa la proximidad a un daño o que este pueda ocurrir o no. Conjunto de condiciones anormales que pudieran producir un efecto dañino sobre el individuo generando enfermedades de diferente magnitud en correspondencia con la exposición a los agentes causales.

Las situaciones de riesgo dependen de la estructura de la sociedad, de las tradiciones culturales y del grado de preparación para aceptar los cambios que implica envejecer.

Soledad: esta situación se presenta como falta de integración social por diversos factores como la viudez, jubilación, cambios de salud, separación de los hijos etc.¹³

Viudez: es la pérdida de uno de los cónyuges, la pérdida de seres queridos es una probabilidad alta en la etapa de la vejez para la persona que queda, es triste perder a alguien con quien se ha estado en contacto estrecho y se ha compartido muchas experiencias de la vida, la viudez en todo individuo trae problemas emocionales; el adulto mayor presenta por su pena manifestaciones como desvelo, tristeza la mayor parte del día, depresión, absorción de la imagen de la persona muerta etc. ¹³

Jubilación: es el retiro del trabajo por medio de la jubilación, la cual provoca alteraciones emocionales al adulto mayor y en muchos casos pérdida del papel social individual, que está ligado a su trabajo u ocupación, factor importante para lograr la identidad ante la sociedad. ¹³

Separación de los hijos: esta es una experiencia más dolorosa regularmente para la madre que para el padre, pues es ella quien ha estado la mayor parte del tiempo al cuidado de sus hijos y verlos crecer y alejarse es algo que ahonda más sus problemas emocionales, por esta razón para el hombre es más llevadera la separación de sus hijos, usualmente esta abatido en su trabajo, esta etapa se da cuando el último hijo abandona el hogar; para otras personas el nido vacío, es salir de la responsabilidad de los hijos en cierta medida una liberación, fuente de satisfacción y logro. ¹³

Salud: se ha evidenciado que esta se deteriora con la edad y que las personas de edad avanzada tienen una mayor tendencia a padecer enfermedades crónicas, que pueden afectar el funcionamiento, movilidad, participación en actividades y la comunicación con el mundo que lo rodea. ¹⁴

A lo largo de la historia, el hecho de “ser viejo” no ha sido considerado de igual forma por todos los pueblos; para unos representaba ser merecedor de mayor respeto y poder, mientras que para otros suponía una ascensión hasta la montaña solitaria esperando que el “manto de la muerte” los cubriera.

2.1.3.1. FACTORES DE RIESGO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

- ▲ Deterioro físico: (problemas de la marcha, poca o nula fuerza muscular, encamamiento, relacionado con problemas de salud y estado emocional).
- ▲ Dependencia física en actividades de vida diaria básicas (requiere ayuda para: baño, vestido, alimentación, movilizarlo, cambio de pañales, dar tratamiento médico, higiene etc.)
- ▲ Dependencia emocional: (depende en el ámbito afectivo del cuidador u ofensor para estar bien)
- ▲ Dependencia económica: (depende del dinero que le brindan familiares, amigos u otros para subsistir: alimentación, vivienda, pago de servicios de agua, luz, teléfono.
- ▲ Aislamiento social: (no tiene contacto con amigos, familiares, vecinos, no participa en reuniones familiares, ni en decisiones de la familia)
- ▲ Historia de maltrato de mayor de 75 años: (durante su vida familiar ha estado presente agresión de él hacia familiares (hijos, esposa, esposo u otros)
- ▲ Condición de genero, predomina el riesgo en mujeres
- ▲ Viudez
- ▲ Depresión
- ▲ Deterioro reciente de la salud: (enfermedades que afecta)
- ▲ Demencia: (Deterioro profundo del conjunto de las funciones psíquicas: memoria, orientación en tiempo persona y espacio, conducta)
- ▲ Baja autoestima: (no se quiere así mismo, siente que estorba, no tiene intereses, cree que lo que vive esta bien)
- ▲ Dificultades o limitaciones para administrar sus bienes: (por condición de salud integral no asume retirar pensión, no tiene a cargo sus propiedades: casa, carro, documentos personales)¹⁵

2.1.3.2. FACTORES DE RIEGO SOCIOFAMILIAR

- ▲ Relación familiar disfuncional: (familias con problemas de comunicación, límites o reglas de respeto, apoyan, poca o ninguna organización familiar).
- ▲ Problemas económicos: (no hay dinero, ni ingresos para atender las necesidades del adulto mayor).
- ▲ Falta de recursos de apoyo, (asistencia económica, asistencia alimenticia, asistencia de cuidado) en los ámbitos: comunal, institucional y familiar.
- ▲ Existencia de problemas de fármaco dependencia.
- ▲ Presencia de algún miembro de la familia con trastornos de la personalidad o conductuales (problemas de origen psiquiátrico, emocional o de conducta).
- ▲ Historia familiar conflictiva y / o con antecedentes o persistencia de violencia doméstica que generan agresión o maltrato.
- ▲ Sobrecarga del proceso de cuidado en una sola persona.
- ▲ Falta de organización familiar.
- ▲ Ausencia de conocimientos en el grupo familiar sobre el proceso de atención y cuidados requerido por la persona adulta mayor.
- ▲ Condiciones de vivienda inadecuadas por falta de servicios básicos (casa en mal estado, techo con goteras, madera con huecos, piso con huecos, humedad, poca ventilación, no hay luz eléctrica, ni agua potable).
- ▲ Hacinamiento en el hogar: (más de dos personas por dormitorio).
- ▲ Conflictos intergeneracionales: (Adultos, adultos mayores y adolescentes no pueden comunicarse bien por diferencias de años e intereses).¹⁵

2.1.3.3. FACTORES DE RIESGO DEL AGRESOR

- ▲ Síndrome del cuidador (cansancio, alto nivel de estrés físico y emocional, poca tolerancia al cuidado).
- ▲ Deterioro en las condiciones de salud.
- ▲ Presencia de depresión.

- ▲ Uso y abuso de fármacos y / o drogas.
- ▲ Trastornos de la personalidad.
- ▲ Enfermedad física crónica.
- ▲ Dependencia económica, y de vivienda.¹⁵

La calidad de vida en la tercera edad es un asunto trascendental, que afecta, no sólo a las personas mayores sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad.

CAPITULO III

3.1. ENFERMEDADES MÁS COMUNES

Cuando las personas alcanzan la etapa de adulto mayor, también comienzan el riesgo de contraer algunas enfermedades y afecciones típicas de la edad avanzada. De esta forma, son recurrentes las siguientes afecciones:

3.1.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial es una enfermedad epidémica y un problema mayor de salud pública que implica riesgo cardiovascular y predisposición para la enfermedad de este tipo. Según estimaciones, afecta aproximadamente del 18 al 20% de la población, en países desarrollados, y cerca de un billón de personas en todo el mundo; y su incidencia aumenta con la edad.¹⁸

La hipertensión arterial en el adulto mayor utiliza las mismas cifras de tensión arterial que para otras edades, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el límite para definir a una persona como hipertensa, es ≥ 140 mm Hg en la presión sistólica y/o una elevación \geq de 90 mm Hg en la diastólica. (18) Cuya importancia radica en el incremento de los eventos vasculares cerebrales y deterioro renal hasta 4 veces más que la población normal.²⁰

La relación entre presión arterial y enfermedad cardiovascular es consistente e independiente de otros factores de riesgo por lo que, conforme aumentan las cifras de presión arterial, hay una mayor probabilidad de presentar infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, accidente cerebral o enfermedad renal. En individuos entre 40-70 años, cada incremento en 20 mmHg en presión sistólica o 10mmHg en presión diastólica, duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular.²⁴

La presión arterial se clasifica en base a dos tipos de medidas, la presión arterial sistólica y diastólica. Debe considerarse que la clasificación de la hipertensión arterial en el adulto mayor es similar a la aplicada a las poblaciones más jóvenes.

CATEGORÍA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Optima	<120	<80
Normal	120 - 129	80 - 84
Normal alta	130 - 139	85 - 89
Hipertensión grado 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensión grado 2	160- 179	100 - 109
Hipertensión grado 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	<90

Fuente: Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología en el 2007.

Con el avance de los años, en el adulto mayor, hay un aumento en el grosor de la pared del ventrículo izquierdo, el diámetro y la rigidez de la aorta y las grandes arterias. La resistencia vascular periférica aumenta y la vaso dilatación sistémica por receptores beta-adrenérgicos disminuye. Estos cambios se expresan aumentando las cifras de la tensión sistólica; la distensibilidad del ventrículo izquierdo disminuye y el llenado ventricular (precarga) se torna más dependiente de la contracción auricular. La poscarga aumenta con la edad.²²

En los últimos años, diversos ensayos clínicos han evaluado el tratamiento de la HTA en la población de los adultos mayores, así como el tratamiento de la HTA sistólica aislada. La mayoría de los estudios realizados han utilizado fundamentalmente diuréticos^{15,16} y betabloqueantes^{15, 16} y en menor grado calcioantagonistas^{17, 18}. Actualmente cada vez son más los individuos que mantienen un buen estado general y han superado los 80-90 años.¹⁹

Concluyendo que la reducción de la PA produce una disminución proporcional similar del riesgo cardiovascular independiente de la edad, siendo mayor el beneficio absoluto del tratamiento en los individuos mayores debido a su riesgo medio más elevado.

3.1.2. DIABETES MELLITUS

La Diabetes Mellitus es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad. Los pacientes con Diabetes Mellitus comparados contra la población de su misma edad tienen el doble de posibilidades de un Infarto al Miocardio, de Accidente Vascular Cerebral y de Insuficiencia Renal.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es el estadio final de un síndrome progresivo originado por la reducción de la funcionalidad beta celular y el incremento de la resistencia a la acción de la insulina, ocasionado por alteraciones genéticas y adquiridas. La hiperglucemia crónica que lo caracteriza afecta a la micro y a la macrovasculatura renal, ocular, cardíaca, cerebral, con un incremento de la morbimortalidad cardiovascular en relación al individuo sin DM2 ²⁵

El adulto mayor presenta un incremento en la posibilidad de desarrollar DM2 debido al declive natural de las células beta del páncreas, a la insulino-resistencia, a la menor actividad física, a la alimentación inadecuada y a la presencia de otras enfermedades que empeoran el pronóstico y complejizan el tratamiento. En este grupo etario, se hallan las complicaciones propias debido a la merma de la funcionalidad orgánica, así como en muchos casos, la cognitiva, sumado a las complicaciones crónicas de la enfermedad de base.²⁶

Los cambios en la pulsatibilidad de la secreción de insulina y la pérdida de la primera fase de secreción de la misma, posterior a una sobrecarga de glucosa y de nutrientes son las anormalidades iniciales de la DM2. Ante esta situación, la célula beta incrementa la secreción de insulina (hiperinsulinemia) con el objetivo de mantener la glucosa plasmática a concentraciones normales, sin embargo, con el tiempo, esta acción es ineficaz y la enfermedad se manifiesta clínicamente. ²⁶

El deterioro progresivo de la secreción de insulina puede estar relacionado con: el número de células beta, el procesamiento anormal de la proinsulina, la edad debido al deterioro progresivo de la célula beta, las influencias ambientales, las alteraciones en la nutrición durante el estadio fetal, la amilina que interfiere con

la secreción de insulina, los AGL (ácidos grasos libres) elevados que contribuyen a la disfunción de la célula beta así como a la insulino-resistencia.²⁵

Por otra parte, la disminución de la sensibilidad a la insulina o insulino-resistencia desencadena anomalías en el metabolismo lipídico e hidrocarbonado, favoreciendo la progresión de la DM2. Esta situación, no es más que un reflejo de un defecto en la acción de la insulina tanto en el hígado como en el músculo, influenciado probablemente por factores genéticos.

Algunos estudios, sugieren mantener una HbA1c alrededor de 8% en las personas mayores de 85 años, en las que se hallan en situación de fragilidad y en los que la esperanza de vida previsible sea inferior a 5 años.²⁴

Los objetivos metabólicos, por tanto, deben ser individualizados, y considerar que la meta sería mantener un buen control metabólico con un escaso índice de hipoglucemia, reducir las complicaciones macro y microvasculares y mantener la mejor calidad de vida posible.

Si se aplican correctamente los cuidados tanto para prevenir, diagnosticar y tratar a la Diabetes Mellitus se puede reducir la morbimortalidad aún en la Vejez.

3.1.3. NEUMONÍA

La neumonía es un proceso inflamatorio e infeccioso del parénquima pulmonar. Es una importante causa de mortalidad en el adulto mayor, 50 veces mayor que en adultos jóvenes.²³

La infección respiratoria constituye una urgencia geriátrica. La neumonía constituye una amenaza importante para la salud de los adultos mayores, con más frecuencia de complicaciones y hospitalizaciones, además con estancias más prolongadas. Se ha estimado que el 90% de las muertes por neumonía ocurren en mayores de 65 años, siendo la cuarta causa de muerte en este grupo de edad. En Estados Unidos condiciona 60.000 muertes anuales en ese grupo etario; también se ha demostrado que los adultos mayores residentes en

casas de reposo tienen un riesgo 10 veces mayor de adquirir neumonía que los adultos mayores de la comunidad.

Los factores de riesgo de neumonía adquirida en la comunidad del adulto mayor son: incremento de aspiración, alteración de la deglución, desnutrición, piezas dentarias en mal estado de conservación, colonización bacteriana profusa a nivel oro faríngeo, malos hábitos higiénicos, tratamiento antimicrobiano previo, mala calidad de vida, postración, comorbilidad (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía, diabetes mellitus, cáncer), tabaquismo, consumo de alcohol e institucionalización.²⁷

Sus síntomas y signos pueden pasar inadvertidos, pero debe sospecharse en todo adulto mayor que presente fiebre, alteración de su estado funcional, confusión o delirium, anorexia y debilidad (57% de los casos) con riesgo de caídas. Obviamente en quien presente síntomas respiratorios.

Tos y disnea, particularmente la taquipnea, son constantes, no así la fiebre, el dolor pleurítico, la cianosis y los signos clásicos del consolidado pulmonar. La disminución de la sonoridad a la percusión y del frémito vocal, los crepitantes (los basales a veces son parte de la semiología “normal” del anciano, pero según la historia clínica tendrán relevancia), el “soplo tubario” o respiración bronquial y la egofonía son hallazgos típicos pero variables en su presentación.²⁰

3.1.4. ARTRITIS

Es la inflamación de una articulación, caracterizada por dolor, limitación de movimientos, tumefacción, y calor local. Es la inflamación de una articulación, caracterizada por dolor, limitación de los movimientos, tumefacción y calor local, puede ser causada por numerosas enfermedades y síndromes. El signo clave de la enfermedad es el potencial de la inflamación sinovial para producirse una destrucción del cartílago con erosiones óseas y deformidades articulares en fase posteriores.³⁰

La artritis se asocia a diversos factores de riesgo, entre los que cabe destacar: la edad avanzada (> 65 años), la obesidad y los traumatismos y sobrecarga continuados de las articulaciones (por ejercicio físico intenso, determinados trabajos, etc.). Se manifiesta principalmente por la presencia de un dolor “sordo” en las articulaciones afectadas, que inicialmente puede ser leve e intermitente, pero que puede llegar a ser intenso y persistente; el dolor se asocia a otros síntomas como inflamación, rigidez y reducción de la movilidad y la funcionalidad de los pacientes.³¹

El proceso inflamatorio pone en peligro tendones, ligamentos, aponeurosis, músculos y huesos. Los mediadores de la inflamación pueden trasladar el trastorno a diferentes estructuras orgánicas.³²

Algunos pacientes pueden presentar únicamente un proceso inflamatorio en articulaciones pequeñas, de breve duración y con lesiones articulares mínimas, mientras que otros presentan una poliartritis progresiva e imparable que evoluciona hacia la aparición de deformidades articulares importantes.³³

La artritis reumatoide disminuye su incidencia después de los 65 años. Sin embargo, como es una enfermedad crónica, muchos pacientes llegan a ancianos, y su prevalencia aumenta en este grupo de población. La artritis reumatoide de comienzo en la vejez tiene variaciones clínicas y puede representar un reto diagnóstico. Aunque se denomina una enfermedad «leve» por afectar a pocas articulaciones, y estar ausente el factor reumatoide en más del 50% de los casos, la AR del anciano causa un significativo, rápido y desproporcionado deterioro funcional. Es necesaria una aproximación multidisciplinaria que incluya todas las facetas: control del dolor, inflamación, limitación funcional, aislamiento social y depresión.³⁴ Healey clasificó la artritis reumatoide del anciano en tres grupos, a saber: artritis reumatoide seropositiva, artritis reumatoide con síndrome de Sjögren y artritis reumatoide seronegativa, de inicio similar a la polimialgia reumática.

Peculiaridades clínicas de la artritis reumatoide en el adulto mayor

Factor	AR «estándar»	AR de inicio tardío
Edad de comienzo	30-50	> 60 (por definición)
N.º de articulaciones	Poliarticular (> 6)	Oligoarticular (2-6)
Tipo de articulaciones	Pequeñas, distales (manos, muñecas, pies)	Grandes, proximales (hombros, muñecas, rodillas)
Rigidez matutina (> 60 minutos)	Menor	Mayor
Inicio de la artritis	Gradual (> 6 semanas)	Inicio brusco
VSG	Normal-incrementado	Incrementado
Factor reumatoide	Seropositivo	Seronegativo
Nódulos reumatoides	+ si es seropositivo	Raros

Fuente: Sewell KL. Rheumatoid Arthritis in older adults. Clinics in Geriatric Medicine 1998; 14 (3): 475-94.

La artritis reumatoide de presentación tardía en el anciano tiene un perfil clínico característico como se muestra en el cuadro anterior. Es una artritis seronegativa con escasa o ninguna tendencia a progresar a erosiones y manifestaciones extra-articulares, como los nódulos reumatoideos que suelen estar ausentes. La sinovitis se halla restringida a menor número de articulaciones, suelen ser proximales y de tamaño moderado, como hombro, rodillas y muñecas.

El comienzo de la enfermedad puede ser insidioso o extremadamente abrupto, comenzando en un día específico o en una semana. La rigidez matutina es un factor considerable y la extensión de la incapacidad precoz está directamente relacionada. Con frecuencia se asocia a síndrome seco. Los reactantes de fase aguda pueden estar aumentados (VSG elevada en 80%, FR en 50%). Suele acompañarse de una anemia normocítica normocrómica. También pueden

asociarse otras causas de anemia, como hemólisis y déficit de ácido fólico. Los cambios radiológicos precoces consisten en inflamación de partes blandas y osteoporosis periarticular relacionado con el desuso. Las erosiones son la característica diagnóstica principal de la artritis reumatoide; son intraarticulares, ocurriendo inicialmente en la inserción de la sinovial.³⁵

A continuación se exponen los criterios diagnósticos de la artritis reumatoide.

Criterios diagnósticos de artritis reumatoide

1. Rigidez matutina.
2. Artritis de 3 articulaciones.
3. Artritis de las articulaciones de las manos.
4. Artritis simétrica.
5. Nódulos reumatoideos.
6. Factor reumatoide.
7. Cambios radiológicos.

Para el diagnóstico de AR se requieren 4 criterios.

Los criterios 1- 4 deben persistir más de 6 semanas. La AR de comienzo tardío típicamente reúne sólo los 4 primeros.

Los objetivos principales en la artritis reumatoide son: reducir o suprimir la inflamación, alivio del dolor y conservación de la función muscular y articular.

La piedra angular inicial del tratamiento es la educación y el ejercicio físico.

La actividad de la enfermedad se monitoriza en cada visita médica valorando: la rigidez matutina, dolor articular, inflamación, cansancio y limitaciones funcionales.

Periódicamente se valorará: anemia, VSG, erosiones óseas en Rx. manos y/o pies, que ayudará a definir la actividad y evaluar la progresión de la enfermedad con la terapia.

Esta enfermedad involucra la degradación del cartílago el cual normalmente protege la articulación.

Existen tres grupos principales de fármacos para el tratamiento de la AR: AINEs, corticoides y fármacos modificadores de la enfermedad.

1. AINEs: consiguen alivio sintomático y reducen la inflamación, pero no previenen la progresión de la enfermedad ni consiguen la remisión de la AR. Deben utilizarse a dosis más altas para conseguir el efecto antiinflamatorio que para control de dolor, pero se debe comenzar a dosis más bajas en el anciano.^{32, 51}
2. Corticoides: a dosis bajas tienen un papel incuestionable en el manejo de la AR; ayudan a mantenerla movilidad y a evitar la incapacidad a largo plazo. Los pacientes que se benefician principalmente son aquellos con deterioro funcional moderado-severo debido a AR activa. Aquellos con mínima incapacidad o actividad o aquellos con incapacidad crónica debido a destrucción ósea pero sin inflamación activa, no deben recibir este tratamiento. Típicamente se debe mantener durante ciclos cortos (máximo 6 meses) que permitan suprimir la actividad y volver al nivel funcional previo con la menor toxicidad.^{32, 51}
3. Fármacos modificadores de la enfermedad; los más empleados son: metotrexate, hidrocloroquina, sales de oro, D-penicilamina, azatioprina, sulfasalazina y ciclosporina. El metotrexate ofrece el perfil de mayor seguridad entre los más potentes. Su popularidad radica en su rápido comienzo de acción (3-4 semanas). Aunque los datos en pacientes geriátricos son escasos, no parece existir menor eficacia con la edad; sin que haya un mayor índice de abandonos terapéuticos por efectos secundarios.^{32, 51}

El tratamiento ha cambiado durante los últimos años con la aparición de los nuevos fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), conocidos como terapias biológicas (TB). Estas terapias incluyen los

inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (infiximab, etanercept y adalimumab) y los inhibidores de la interleucina I (anakinra). Tanto el etanercept, receptor soluble del TNF-, como el infiximab, un anticuerpo monoclonal humanizado anti-TNF-, han demostrado en estudios controlados una eficacia sostenida y superior a la de los FAME clásicos. Estos nuevos fármacos son capaces de detener la progresión de las lesiones radiológicas en una proporción importante de pacientes; pero, como en otras tantas terapias emergentes, los datos en ancianos son muy escasos y su uso no se ve respaldado por ensayos controlados amplios.³⁶

3.1.5. OSTEOPOROSIS

La OMS ha definido la osteoporosis como un trastorno esquelético sistémico caracterizado por una baja densidad mineral ósea y un deterioro microarquitectónico del tejido óseo, con un consecuente incremento de la fragilidad ósea y del riesgo de fractura. La misma organización, propuso una definición operativa o práctica de la osteoporosis en función de los valores de densidad mineral ósea medidos por densitometría. En principio, esta definición fue concebida solo para mujeres posmenopáusicas, aunque en la práctica clínica se extiende a cualquier edad y sexo.²⁷

La osteoporosis es una enfermedad “silenciosa” en la cual se debilitan los huesos y el adulto mayor es más propenso a las fracturas. El hueso es un tejido vivo que se encuentra en constante estado de regeneración. Es decir, el cuerpo elimina los huesos viejos (denominado resorción ósea) y los reemplaza con huesos nuevos (formación ósea). Desde los treinta y pico, la mayoría de las personas comienzan a perder mayor masa ósea de la que se puede reemplazar. Como resultado, los huesos se vuelven más delgados y más débiles en estructura.

La osteoporosis es silenciosa porque no presenta síntomas (lo que siente). Puede llamar su atención sólo después de romperse un hueso. Cuando tiene esta enfermedad, puede sufrir una fractura incluso después de una lesión menor, como una caída. Las fracturas más comunes ocurren en la columna,

muñeca y cadera. Las fracturas de columna y cadera, en particular, pueden provocar dolor crónico (a largo plazo) e incapacidad, e incluso la muerte. El principal objetivo del tratamiento de la osteoporosis es evitar dichas fracturas.

La osteoporosis es una enfermedad en la cual ha disminuido la cantidad de minerales en el hueso, perdiendo fuerza la parte del hueso trabecular y reduciéndose la zona cortical por un defecto en la absorción del calcio, volviéndose entonces quebradizos y susceptibles a fracturas.

Es frecuente sobre todo en mujeres tras la menopausia debido a carencias hormonales de calcio y vitaminas por malnutrición, por lo que un aporte de calcio y la práctica de ejercicio antes de la menopausia favorecerá su prevención, además es conveniente visitar al medico para que determine que hábitos de nuestra vida podemos potenciar con el fin de tener una mejor salud y una vida mas sana.³²

En el adulto mayor, la osteoporosis produce típicamente fracturas en los huesos largos, sobre todo en la muñeca y el fémur, siendo la responsable de las típicas fracturas de cadera de las personas mayores.

El diagnostico se realiza habitualmente mediante radiografías, que tienen la utilidad, además, de permitir realizar una valoración para ver como evoluciona la enfermedad y determinar si el tratamiento esta siendo eficaz o no. Actualmente hay técnicas modernas como la densitometría ósea, que permite medir la densidad del hueso respecto a un patrón determinado.⁵¹

3.1.6. DEMENCIA SENIL

La demencia senil es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desordenes cerebrales que no responden al envejecimiento normal. Se manifiesta con problemas en las áreas de la memoria, la atención, la orientación espacio-temporal o de identidad y la resolución de problemas.⁴¹

Se relaciona con los procesos emocionales y aspectos afectivos implicados en la vida diaria. Implica el uso correcto de las funciones mentales superiores, siendo necesarios procesos sensoriales adecuados, teniendo una relación directa con el estado de conciencia. La disminución en la capacidad funcional está unida a una pobre percepción del estado ya considerar muchos de los síntomas que presentan como parte del proceso de envejecimiento. La alteración del estado mental puede llevar a un pobre desempeño y alteraciones de la capacidad funcional. Casos concretos son el deterioro cognitivo y los trastornos depresivos.

La investigación ha documentado que factores asociados con dependencia funcional en un estado basal son edad, demencia, enfermedad cerebrovascular, enfermedad cardíaca y fractura de cadera. Sin embargo, sólo la edad y la demencia se asocian con el desarrollo de dependencia funcional y decline luego de tres años de observación.⁴⁶

La demencia es un importante determinante del estado funcional, el deterioro de las actividades instrumentales de vida diaria; sugiriendo que hay factores diferentes a la cognición como la motivación, habilidades motoras y sensoriales que pueden ser importantes en el desempeño de las actividades instrumentales.

CAPITULO IV

4.1. EL ADULTO MAYOR COMO PROBLEMA

4.1.1. ABANDONO DE LOS ADULTOS MAYORES

4.1.1.1 DEFINICIÓN DE ABANDONO

Implica descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de uno, o por la cual uno tiene alguna obligación legal o moral, puede ser intencionada o no intencionada.³⁸

El abandono del adulto mayor se manifiesta como sentimientos de soledad, aislamiento social y emocional, indefensión, deterioro físico y mental del adulto mayor. No hay atención de necesidades básicas de alimentación, protección, atención en salud, ni hay apoyo familiar y comunal.³⁸

4.1.1.2. CAUSAS DE ABANDONO:

Abandono económico: la economía es un aspecto que repercute profundamente en la vida familiar; el alto costo de la vida es un fenómeno que perjudica al adulto mayor, debido a que por su edad avanzada no puede aportar al presupuesto familiar. En su mayoría la población senescente, no cuenta con una alternativa adecuada a su situación; por ello, se han acostumbrado de tal manera al desequilibrio socioeconómico, perjudicando a sus miembros y por consiguiente a la organización familiar.³⁶

En cuanto al aspecto económico, algunos gozan de pensión económica en diversa forma, sea esta por jubilación, invalidez o viudez, pero existe un porcentaje que no goza de esos beneficios, tendiendo a depender de la familia y si no contribuye al ingreso familiar o la familia no cuenta con los medios necesarios de cuidado y manutención, muchos de ellos son abandonados o internados en hogares altruistas que se sostienen con donaciones nacionales y/o internacionales y acciones caritativas de la sociedad humanista, encontrándose dentro de estos servicios en su mayoría, hogares religiosos.

Abandono social: Los adultos mayores actualmente en el país son abandonados por la sociedad, se puede ver que con frecuencia algunos senescentes piden limosna o bien se convierten en pordioseros, recogen basura o desperdicios y se convierten en cargadores de bultos en los mercados, debido a su edad avanzada nadie los emplea creyendo que son personas inútiles e incapaces de poder desempeñar determinada función.⁴¹

Abandono por rechazo: la falta de preparación que en la juventud y la madurez se ha tenido, es que se manifiesta el rechazo hacia las personas adultas mayores; en la mayoría de casos, éstos son tenidos como una “molestia”. Las personas longevas están conscientes en que merecen un poco más de respeto y aprecio de los demás, pero lo contrario a esto, existen choques generacionales (jóvenes-adultos mayores), siendo aquí en donde se sienten rechazados y a veces tienden a abandonar el hogar, sintiéndose avergonzados de su propia edad.³⁷

Desintegración familiar: el problema de la longevidad, parte de las condiciones de vida familiar.³⁷

Las familias disfuncionales pueden condicionar desinterés, mala atención o abandono del adulto mayor.³⁸

4.1.2. IMPLICACIONES SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

Al final de la vida la salud se marchita, los roles sociales y familiares disminuyen. Cuando esto sucede, los ancianos que viven solos o que no tienen hijos y que, a pesar de haber desarrollado diversos roles, por ejemplo, trabajos voluntarios, actividades en la iglesia, participación en organizaciones de la comunidad, pueden sentir en mayor medida el aislamiento social, al no poseer un entorno familiar que los contenga.⁴³

Los hijos ayudan a los adultos mayores de varias formas; y los ancianos también colaboran con sus hijos. En algunos casos, es una relación de mutua ayuda. Los hijos son los que brindan el nexo con los demás miembros de la

familia, en especial, con los nietos; en algunos casos los abuelos se involucran con ellos, prestan dinero y lo que es más usual los cuidan mientras los adultos trabajan.⁴²

Estas y otras situaciones que pueden presentarse en la tercera edad, se relacionan con la disponibilidad del adulto mayor de poseer redes que los contengan. La creciente esperanza de vida y el acelerado incremento de la población mayor, han generado el interés por el bienestar de este sector de la población, otorgando especial atención a los mecanismos de apoyo social informales, a través de vínculos familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc. como también las redes formales o institucionales.⁴³

El énfasis en estos mecanismos se debe al hecho de que, en la vejez se puede experimentar un deterioro económico, de la salud, pérdida de pareja, amigos, compañeros, etc. Las redes sociales, ayudan a mantener vínculos afectivos, obtener información de la vida diaria, preservar la calidad de vida, sobre todo en los países en desarrollo, donde las condiciones socioeconómicas históricas no han permitido adoptar medidas suficientes para cubrir las necesidades básicas de la población adulta mayor.

En algunos países, la escasez de los servicios de salud, la reducida cobertura de las pensiones y la exclusión del mercado laboral formal, provoca que un segmento de la población adulta mayor, no tenga acceso a mecanismos institucionales para satisfacer sus necesidades y dependen de la familia para la supervivencia cotidiana.⁴²

Es importante distinguir el concepto de redes sociales de los apoyos sociales. Las Redes Sociales son definidas como, “un proceso de construcción permanente, tanto individual como colectiva... es un sistema abierto que, a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que posee cada miembro de una familia, de un grupo, o de una institución; se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla.”⁴¹

Desde La perspectiva de la probable evolución de las políticas públicas, el aumento de la longevidad y de la proporción de mayores en el conjunto de La población presagia un escenario de “reforma permanente” del Estado del Bienestar.⁴⁸

En la medida en que la mayor cantidad de ciudadanos mayores y más longevos aumenta el número de beneficiarios del Estado del Bienestar – especialmente a través de las pensiones de jubilación y las prestaciones sanitarias– y la duración media de disfrute de los beneficios, los expertos estiman un considerable crecimiento del gasto social.⁴⁸

La mayor parte de ellos también anticipan dificultades para financiarlo sin menoscabo de la protección social prestada a otros colectivos de población (como los jóvenes o los desempleados), del ejercicio de funciones regulatorias básicas del Estado democrático o del crecimiento de la economía en un entorno de competencia global.⁴⁷

Educar para conseguir que el alumnado sea capaz de comprometerse individual y socialmente a favor de la salud significa que la, herramienta conceptual y metodológica para conseguir los objetivos de promoción de la salud, debe superar el carácter prescriptivo de presencia en el currículum y recuperar el verdadero sentido que tienen los contenidos transversales. Es decir, vincular el aprendizaje de los niños y niñas a sus preocupaciones sociales y a sus necesidades de incorporación y participación en la vida social. En realidad, la transversalidad significa que ciertos elementos cognitivos o valorativos, que reflejan a la vez ciertas consideraciones sociales apreciadas como fundamentales para la formación de las personas, deben estar presentes en el proceso educativo.⁴⁰

Las implicaciones culturales, sociales, económicas, educativas, medioambientales, políticas de la Promoción de la Salud, hacen que tenga, como estrategia, un carácter multidisciplinar.⁴¹

5. MATERIALES Y MÉTODOS

METODOLOGÍA

1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es descriptivo, transversal.

2. ÁREA DE ESTUDIO y TIEMPO

El estudio se llevó a cabo en el Hogar Santa Teresita “Del niño Jesús” de la ciudad de Loja, ubicado en las calles: Av. Salvador Bustamante Celi, posterior al Conservatorio de Música Salvador Bustamante Celi. Durante el periodo enero-junio del 2014.

3. UNIVERSO

Lo conforman 76 adultos mayores asilados en el Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús” de la ciudad de Loja.

4. MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 50 adultos mayores que residen en el Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús” de la ciudad de Loja y 5 personas que dan cuidado a los adultos mayores quienes corroboraron la información que nos proporcionaron los adultos mayores.

4.1. Criterios de Inclusión

Se incorporaran al proceso investigativo todas y todos las y los adultos mayores que hayan sido abandonados por sus familiares en este hogar asistencial, además que consientan colaborar con la información directa que se les solicitara.

4.2. Criterios de Exclusión

Adultos mayores que no permitan colaborar en el proceso investigativo.

No serán parte del estudio los adultos mayores que presenten limitaciones para la comunicación o comprensión.

5. PROCEDIMIENTO

La recolección de la información se realizó mediante la revisión bibliográfica para el desarrollo del marco teórico.

Posteriormente para la continuación de la presenta investigación, y para poder dar cumplimiento a los objetivos planteados.

Se asistió al asilo de adultos mayores Santa Teresita “De Jesús” de la ciudad de Loja, para solicitar el permiso respectivo a través de oficio dirigido a la Hermana María Elisa Directora del Hogar, para que autorice la aplicación de una entrevista a los trabajadores del asilo y adultos mayores. (Anexo 1).

5.1 TECNICA DE ENTREVISTA

Se elaboró el instrumento de recolección de datos de autoría de los investigadores, que consistió en un formulario para la entrevista diseñada en base a fuentes científicas como la encuesta SABE de Ecuador, mismas que sugieren situaciones de abandono en los adultos mayores. (Anexo 3).

Posteriormente a la realización del instrumento de recolección de datos, se visitó al asilo en estudio para realizar la aplicación de la entrevista a los adultos mayores y a los cuidadores de los mismos, indicando su contenido para obtener su consentimiento informado. (Anexo 2)

La recolección de datos se la realizó en el periodo comprendido entre enero-junio del 2014. Tomándose la información de aquellos casos que cumplían con los criterios de inclusión, la información obtenida del instrumento fue procesada y resumida mediante la tabulación y construcción de gráficos estadísticos, para

su posterior análisis mediante el programa computarizado Microsoft Excel 2010.

Se identificó las enfermedades frecuentes y las principales causas de abandono de los adultos mayores por sus familiares, siendo el factor económico el cual les impedía obtener alimentos, vestimenta, medicamentos, cuidado médico; el factor psicológico, indica que recibían daño físico como jalones de cabello, empujones, insultos, humillaciones hasta llegar a ser ignorados; el factor social, manifiesta que no se da el respeto de criterios del adulto mayor, aumentando el sentimiento de soledad ya que su sabiduría no es valorada, mismos que están en correlación a los objetivos planteados.

Posteriormente al conocerse los resultados de dicho estudio se construye una propuesta de prevención para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor. (Anexo 4)

6. RESULTADOS

TABLA Nro.1

Enfermedades que padecen los adultos mayores del Hogar Santa Teresita "Del Niño Jesús" de la ciudad de Loja periodo enero - junio 2014

ENFERMEDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipertensión arterial	15	29
Diabetes mellitus	11	21
Artritis	9	17
Osteoporosis	7	13
Demencia senil	4	8
Neumonía	1	2
Otras	5	10
Total	52	100

Fuente: Entrevista a Adultos Mayores

Elaborado por: Daniela Margarita Castillo Guamán

El 29% de adultos mayores padecen hipertensión arterial, 21% son diabéticos, 17% presentan artritis, 13% osteoporosis; 8% demencia senil; 2% neumonía, entre otras enfermedades como (discapacidad física, sordera, epilepsia) se encuentran 10%.

TABLA Nro.2

Factor económico como causa de abandono de los adultos mayores del Hogar Santa Teresita "Del Niño Jesús" de la ciudad de Loja Periodo Enero - Junio 2014

INGRESOS ECONÓMICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trabajo	42	84
Apoyo familiar	8	16
Pensión	0	0
Programas de gobierno	0	0
Jubilación	0	0
Total	50	100

Fuente: Entrevista a Adultos Mayores

Elaborado por: Daniela Margarita Castillo Guamán

Los adultos mayores para obtener ingresos económicos, declaran que 84% lo obtenían a través de su trabajo; 16% percibían apoyo de su familia, además expresaron que ningún adulto mayor recibía pensiones, ayudas por programas de gobierno o por jubilaciones ya que no tenían trabajos fijos, situación que emporea al aumentar la edad y no poder trabajar.

TABLA Nro.3

Factor económico como causa de abandono de los adultos mayores del Hogar Santa Teresita "Del Niño Jesús" de la ciudad de Loja periodo enero - junio 2014

CARENCIAS DEL ADULTO MAYOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alimentos	42	39
Cuidado médico	29	27
Vestimenta	21	19
Vivienda	16	15
Total	108	100

Fuente: Entrevista a Adultos Mayores

Elaborado por: Daniela Margarita Castillo Guamán

En los hogares de los adultos mayores el 39% indican que en su familia le reprimían los alimentos, mientras que 27% no les permitían tener cuidado médico, 19% les impedían la obtención de vestimenta, 15% indican que no les dejaban ser dueños de sus viviendas, por no ser portadores de la economía en casa.

TABLA Nro.4

Factor psicológico como causa de abandono de los adultos mayores del Hogar Santa Teresita "Del Niño Jesús" de la ciudad de Loja periodo enero - junio

TEMOR DE AGRESIONES FÍSICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hijos	36	69.23
Nietos	9	17.31
Vecinos	7	13.46
Total	52	100

Fuente: Entrevista a Adultos Mayores

Elaborado por: Daniela Margarita Castillo Guamán

El factor psicológico en los adultos mayores ante el temor por agresiones físicas de sus familiares que enfrentan es, mayor ante sus hijos en un 69.23%, a sus nietos en un 17.31%, hacia sus vecinos en un 13.46%.

TABLA Nro.5

Factor psicológico como causa de abandono de los adultos mayores del Hogar Santa Teresita "Del Niño Jesús" de la ciudad de Loja periodo enero - junio 2014

MALTRATO FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Críticas	16	32
Insultos	8	16
Amenazas	4	8
Le dejaban solo por largos periodos de tiempo	22	44
Total	50	100

Fuente: Entrevista a Adultos Mayores

Elaborado por: Daniela Margarita Castillo Guamán

El factor psicológico al que estuvieron expuestos los adultos mayores; fue 32% sometidos a críticas respecto a su edad y disminución de sus actividad física; 16% a insultos y humillaciones; 8% recibía amenazas de ser abandonados; a un 44 % indican que los dejaban solos por largos periodos de tiempo sin incluirlos en paseos o conversaciones.

TABLA Nro.6

Factor social como causa de abandono de los adultos mayores del Hogar Santa Teresita "Del Niño Jesús" de la ciudad de Loja periodo enero - junio 2014

RESPECTO DE CRITERIOS DEL ADULTO MAYOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	13	26
No	37	74
Total	50	100

Fuente: Entrevista a Adultos Mayores

Elaborado por: Daniela Margarita Castillo Guamán

El factor social manifiesta, que la familia respetaba sus criterios; revelando un 26% de adultos mayores que si se los tomaba en cuenta por la sabiduría que poseen, mientras que 74% no los tomaban en cuenta al ser ignorados del núcleo familiar.

TABLA Nro.7

Factor social como causa de abandono de los adultos mayores del Hogar Santa Teresita "Del Niño Jesús" de la ciudad de Loja periodo enero - junio 2014

SENTIMIENTOS DE SOLEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Frecuentemente	45	90
Algunas veces	3	6
Casi nunca	2	4
Total	108	100

Fuente: Entrevista a Adultos Mayores

Elaborado por: Daniela Margarita Castillo Guamán

Dentro del factor social; el sentirse solo/a indican que frecuentemente en un 90 %; mientras que otros adultos mayores indican que algunas veces 6%; en un 4% manifiestan que casi nunca se sienten solos porque en este hogar han encontrado personas que se preocupan por ellos.

TABLA Nro.8**Factor social como causa de abandono de los adultos mayores del Hogar Santa Teresita "Del Niño Jesús" de la ciudad de Loja periodo enero - junio 2014**

DINÁMICA FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Disfuncional	43	86
Funcional	7	14
Total	50	100

Fuente: Entrevista a Adultos Mayores

Elaborado por: Daniela Margarita Castillo Guamán

Otro factor social que esta presente en los adultos mayores investigados es la dinámica familiar, siendo expresada que en un 86 % pertenecen a familias disfuncionales; mientras que un 14 % son familias funcionales, siendo referentes para que sean la causa de abandono de los adultos mayores.

7. DISCUSIÓN

Las personas adultas mayores han entrado en un proceso natural, universal, progresivo y continuo durante todo el ciclo de vida. Siendo la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a partir del año 1996, denomina a este grupo poblacional “Personas Adultas Mayores”, de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General. En nuestro país Ecuador se considera la etapa de vida adulto mayor a partir de los 65 años en adelante.⁵⁰ Encontrándose en estas edades la población de los adultos mayores que habitan los asilos de la ciudad de Loja.

En el presente estudio que estuvo dirigido a los adultos mayores que han ingresado involuntariamente al hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús” de la ciudad de Loja, ya que muchos de ellos son abandonados o internados en hogares altruistas que se sostienen con donaciones particulares y acciones caritativas de la sociedad humanista, encontrándose a cargo de estos hogares comunidades religiosas.

Según las cifras proyectadas se pudo evidenciar que el mayor porcentaje de adultos mayores que habitan en estos hogares son mujeres, equivalente al 76 % en comparación con los hombres que es de 24%; lo cual se asemeja a la distribución por género de la población nacional adulta mayor que es de 53% para las mujeres y de 47% para los hombres.¹⁵

Las enfermedades que más aquejan a los adultos mayores de 65 años son, tantos en varones como en mujeres, los problemas de corazón y la diabetes. Dando como resultado un 29% en hipertensión, diabetes mellitus tipo II en un 21%, artritis en un 17%, seguida de la osteoporosis en un 13%, la neumonía en un 2%, demencia senil en un 8% y otras enfermedades en un 5% (como son epilepsia, trastornos visuales, auditivos). La enfermedad que se registra con mayor frecuencia entre ambas encuestas (aunque mayor en el estudio SABE)⁴³ es la hipertensión arterial, presente en más de la mitad de los entrevistados, seguida por las enfermedades al corazón y las artropatías, que afectan a un tercio de los adultos mayores. La diabetes y la enfermedad respiratoria crónica

mostraron prevalencias similares en los dos estudios. En el caso de la hipertensión arterial se observa un claro aumento a mayor edad. En el estudio SABE, la hipertensión, el cáncer y las artropatías son claramente superiores en mujeres; la diabetes mellitus tipo II es similar en ambos sexos, y la enfermedad pulmonar es superior en los hombres. El diagnóstico de osteoporosis se había efectuado solamente en 11% de los entrevistados y es significativamente más frecuente en la mujer, en concordancia con la estrecha relación que existe entre la pérdida ósea y la disminución o cese de la producción estrogénica propia de la menopausia femenina.^{47,49} En lo que corresponde al estado de salud del adulto mayor se conoce que las enfermedades crónicas corresponden a hipertensión, diabetes mellitus, y artritis dato acorde a la encuesta nacional SABE I Ecuador 2010.⁴³

Los adultos mayores obtenían sus ingresos económicos de su propio trabajo en un 84%, y del apoyo familiar en un 16%, situación que empeora al aumentar la edad del adulto mayor siendo una de las causas por las que se produce el abandono del adulto mayor el factor económico; situación que indica el INEC 2010 (SABE)⁴³ que la condición socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en nuestro país son, en su mayoría deficitarias, estimándose que el 57.4% se encuentran en condiciones de pobreza y extrema pobreza.

A los adultos mayores en su núcleo familiar les impedían que obtuvieran alimentos en un 39%, y cuidado médico en un 27% entre otras necesidades básicas, dato que se relaciona con adultos mayores encuestados en sus hogares, como lo revela “La Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I Ecuador (2009-2010)” que el 14,9% declaró que no le dan dinero, alimentos, medicamentos o tiempo.⁴³

El factor psicológico al que se encuentra expuesto el adulto mayor es por temor a agresiones físicas como jalones de cabello, empujones, de parte de sus hijos en un 69.23 %; seguido de nietos en un 17.31 %, vecinos en un 13.46; en comparación con un 14.70% de los adultos mayores fue víctima de agravios (SABE I),⁴³ y el 14.9% han sido víctimas de negligencia y abandono, a los que esta propenso el adulto mayor en nuestro medio.

El adulto mayor ha recibido daño verbal a través de críticas en un 32%; insultos, humillaciones en un 16%; amenazas de abandono en un 8%; hasta dejarlos solos por largo tiempo en un 44%; situación que se relaciona con “La Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I Ecuador”⁴³, con el 7,2% de los encuestados dijo que fue amenazado de daño verbal, el 14,7% fue víctima de insultos.⁴³ Entre los incidentes de violencia familiar más frecuentemente reportados por los adultos mayores de 65 años y más, sobresalen los insultos u ofensas, humillación, menosprecio, o los ignoraron (no los tomaron en cuenta o los dejaron sin atención), abandono y maltrato.

El maltrato de los adultos mayores representa una violación a sus derechos básicos. En Ecuador va en contra de la Constitución que dispone que “nadie podrá ser discriminado por razones de edad” (Art. 11.2).⁵⁰

El factor social del adulto mayor indica que su familia no respetaba su criterio en un 74%, lo que los llevaba a sentirse solos frecuentemente en un 90%; en comparación con la encuesta SABE⁴³ que 28% menciona sentirse desamparados, 38% siente a veces que su vida está vacía y 46% piensa que algo malo le puede suceder.

Los sentimientos de soledad y aislamiento social, se explican por la disminución de contactos familiares e interpersonales, lo que manifiesta el abandono de los adultos mayores en este hogar.

Siendo la dinámica familiar un factor social importante para conocer de que hogares provienen los adultos mayores en estudio; encontrándose que 86 % provienen de familias disfuncionales, y un 14 % son familias funcionales; resultados que corroboran porque se da el abandono de los adultos mayores en este hogar altruista a cargo de religiosas.

8. CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio investigativo se efectúan las siguientes conclusiones:

- ◆ Se identificó las enfermedades más frecuentes de los adultos mayores asilados, las cuales son: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, artritis, osteoporosis, neumonía, discapacidad física, sordera epilepsia, lo que figura parte de la declinación en esta última etapa de vida, limitándolo a ser autosuficientes y tener que depender de terceras personas.
- ◆ Entre los factores que provocan que la familia los abandone en este asilo es la falta del aporte económico, lo que produce la privación de alimentos, vestimenta, medicamentos, cuidado médico; así mismo se da el factor psicológico, por agresiones físicas y verbales del que son víctimas de su propia familia; el factor social, muestra completa apatía a lo que ellos mencionan.
- ◆ Al culminar la presente investigación se ha construido una propuesta de intervención para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, misma que a continuación se expone.

9. RECOMENDACIONES

- ◆ El bienestar de los adultos mayores es una condición primordial a la que tiene derecho toda persona de nuestra sociedad. Mantener esta condición es el rol que debe cumplir la familia, el equipo de salud y la comunidad en general.
- ◆ Es trascendental contar con una atención integral que abarque los aspectos bio-psico-sociales del adulto mayor en sentido de que el buen envejecimiento depende de la capacidad de mantener la autonomía.
- ◆ Se requiere hacer hincapié en fomentar los estilos de vida saludables, así como promover la asistencia a grupos de terapia ocupacional en todo adulto mayor, con el fin de reducir el aislamiento, riesgo que afecta negativamente a las personas mayores.
- ◆ Fortalecimiento de la estructura familiar con valores morales, éticos, que permitan respetar y dignificar a los adultos mayores en el seno familiar, con tolerancia ante el retroceso físico y mental que se hace notorio con el paso de los años, sin excluirlos y actuar con amor y buen trato por parte de los integrantes de la familia.
- ◆ Se incentive a realizar estudios investigativos del adulto mayor para fomentar la importancia de la geriatría en la sociedad, siendo una rama nueva de la medicina pero de gran escala en el medio.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. GÜELL, R.M.R., y Morante, V.F. (eds.) (2007) "Conceptos generales", Manual Separ de procedimientos. Barcelona: Publicaciones Permanyer, pp. 5-8.
2. Agendas de las personas adultas mayores, Ministerio de Inclusión Económica y Social. www.mies.gob.ec
3. Prof. Dr. Allevato y Dr. J. Gaviria El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos.

www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf
4. [PDF]Cambios Físicos Y Funcionales En El Proceso De Envejecimiento Institucional.Us.Es/Revistas/Cuestiones/15/Art_8.Pdf
5. 1/Ancianos_dieron_su_vida_por_la_sociedad.html#.VER5W9jyDdE

<http://www.esperanzaparalafamilia.com>
6. STUART-Hamilton, Psicología del envejecimiento, I., 3 ed., 2000, Cap. 5
<http://www.edmorata.es>
7. PÉREZ A. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. [tesis doctoral]. Salamanca: Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca; 2006. 90 p.
8. Los derechos y los años: otro modo de pensar y hacer política. – Pág. 236 books.google.com.ec/books?isbn=9707225106.
9. YANGUAS, J. (2004): Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid
10. FERNÁNDEZ-Mayoralas G, Rojo F, Prieto ME, León B, Martínez P, Forjaz J, et al. El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. 2007.[acceso 1 jul 2009]. Disponible en:

<http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralassignificado-01.pdf>

11. CASTELLÓN A, Romero V. Autopercepción de la calidad de vida. Rev Multidisciplinar Gerontol. 2004;14(3):131-7.
12. MORAGAS R. Gerontología Social. Barcelona: Herder; 1998. 304 p., Fundación Viurei Conviure. Calidad de vida de las personas grandes a Catalunya. Barcelona: Caixa Catalunya- Obra Social; 2006.
13. ROJO-PÉREZ F, Fernández-Mayoralas G, Forjaz MJ, Delgado- Sanz MC, Ahmed-Mohamed K, Martínez-Martín P, et al. Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009. 127 p.
14. OSORIO CRUZ G. Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema DIF HIDALGO, tesis, Área Académica de Trabajo Social, Disponible en la web:
15. COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (2012). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Quito – Ecuador: CEPAL
16. CONSA, Evaristo (2009). La Esencia. Disponible en dirección electrónica: <http://www.cosmovisionandina.org/enseñanzas/esencia.html>, visitado Julio, 15, 2012.
17. COSIANSI Bai Julio César, Geriátría, Conocimiento Fundamentales para el manejo primario del anciano, Argentina Cap.17
18. BAZO Royo María Teresa y García Sanz Benjamín, Envejecimiento y Sociedad: Una perspectiva Internacional, 2 ed., Buenos Aires, 2005
19. GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA, Diagnostico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor y Situaciones Especiales. Número de registro: IMSS-238-09.

20. GUÍAS CLÍNICAS PARA LA DETECCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN MÉXICO (2008), Martín Rosas, Gustavo Pastelín, Gilberto Vargas-Alarcón, Jesús Martínez-Reding, Catalina Lomelí, Celso Mendoza-González, José Antonio Lorenzo, Arturo Méndez, Martha Franco, Laura Gabriela Sánchez-Lozada, Juan Verdejo, Noé Sánchez, Rocío Ruiz, Sergio Mario, Férrez-Santander, Fause Attie, Vol. 78 Supl. 2/Abril-Junio 2008:S2, 5-57
21. <http://www.mco.edu/org/whl/bloodpre.html>. Accessed April 1, 2003.
22. SÁEZ T, Suárez C, Sierra MJ, Llamas C, Jiménez R, Vega S et al. hipotensión ortostática en la población anciana y su relación con el tratamiento antihipertensivo. Med Clin 2000; 114: 525-9.
23. GUIAS PARA LA DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, Tercera Edición, Caja Costarricense de Seguro Social, Organización Panamericana de la Salud, San José, Costa Rica, 2009.
24. BEERS, Mark H. y Robert Berkow. Cardiovascular Disorders. The Merck Manual of Geriatrics. Versión Internet 2000. www.merck.com/pubs/mm-geriatrics/Leyton Espinosa Z, Ordoñez Romero Y, Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor: Manual de información para profesionales, Perú, Ministerio de la mujer y desarrollo social; Perú Instituto Nacional de Bienestar Familiar. Lima. MIMDES, 2003, 174 páginas.
25. CABALLERO, A.; Gomis, R. Consulta de Diabetes Mellitus y riesgo cardiovascular. Barcelona: Prous Science S. A., 2004. Cap.2
26. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Intensive glycemic control and the prevention of cardiovascular event: implications of the ACCORD, ADVANCE and VA diabetes trials. Diabetes Care. 2009; 32:187- 192.
27. ÁLVAREZ Yanez Pablo y otros; Ministerio de Salud Pública; Normas y Protocolos de atención integral de salud de las y los Adultos Mayores; edición: MGS; Quito-Ecuador; mayo 2010. Sociedad del AM.

28. http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/674178/-1/Ancianos_dieron_su_vida_por_la_sociedad.html#.VER5W9jyDdE
<http://www.esperanzaparalafamilia.com>
29. GOODMAN y Gilman. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 2002. 10ª Edición, México DF., México
30. ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA. Glucosamina en artrosis: ¿previene la progresión de la enfermedad? Boletín Terapéutico Andaluz (BTA) 2002; 18 (5): 17-18/1.
31. BENNET C, Plum F. Cecil Textbook of Medicine. 20va ed. EEUU: W.B. Saunders Company. 1996
32. ISSELBACHER, K.J., Braunwald E., Wilson J. Harrison; Principios de Medicina Interna. Vol. I 13 va ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill. 1994.
33. RASCH EK, Hirsch R. Prevalence of Rheumatoid Arthritis in persons 60 years of age and older in the United States. Arthritis Rheum 2003; 48 (4): 917-26.
34. OLIVÉ-Marques. Artritis reumatoide del anciano. Rev Esp Reumatol 2005; 32 (3): 121-5.)
35. BARTOLOMÉ Blanco Sonia, Juan Rodríguez Solís, Natalia Bassy Iza, Mercedes Hornillos Calvo , Artritis Infiamatoria, 697 Rodríguez Mañas L, Solís Jiménez. Patología reumatológica en Geriatria. En: Guillén Llera F, Ruipérez Cantera I. Manual de Geriatria. Barcelona: Masson; 2002.
36. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Oficina Regional. Abuso (maltrato) y negligencia (abandono) guía de diagnóstico y manejo parte II. [en línea] Washington: OPS; [200?] [accesado 8 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/Sitios/gericuba/guia01.pdf>
37. JIMÉNEZ S., Martínez J., Parks M, Román G. (1997) Guía de Abordaje para la detección y el tratamiento del Abuso en contra de las Personas

- Mayores. CEINAA, Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. C.C.S.S. (Jiménez y Martínez 2000)
38. FLORES Lozano J.A. El Médico ante el Anciano Maltratado. Revista de Salud Medicina Integral, 2000; 36 (9) 364-366.
39. GARCÍA Martínez, 2001, 36) GARCÍA MARTÍNEZ, A. y col. (2001) Educación para la Salud (DM. Universidad de Murcia)
40. ROSET Elias, M.A. y Viladot Aguayo, R. (2003) Las escuelas promotoras de salud: una experiencia educativa (en Molina y Fortuny) SÁEZ, S. y col. (2001) Promoción y Educación para la Salud: conceptos, metodología, programas (edit. Milenio. Girona)
41. AGENDA DE POLÍTICA PARA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Situación de las Personas Adultas Mayores en el Ecuador, 2012 pag. 34, 43, 54
42. REVISTA DEL HOSPITAL GENERAL "LA QUEBRADA", Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor, 2003.
43. FREIRE W. Et al. (2010). Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2009-2010 "SABE I". Quito, Ecuador: Ministerio de Inclusión Económica y Social – Programa Aliméntate Ecuador. www.palabramayor.ec
44. www.eltelegrafo.com.ec/sociedad/item/164-de-adultos-mayores-sufre-de-violencia-psicologica.html, 15 de junio del 2013
45. INEC (Instituto Nacional de Estadísticas Y Censos), 2010
46. FERNÁNDEZ Ballesteros, R. (1998) "La calidad de vida: Las condiciones diferenciales", La Psicología en España, vol. 2, núm. 1, pp. 57-65.
47. LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES/PERÚ. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas, 2005

48. SALUD BIENESTAR ENVEJECIMIENTO, en Santiago de Chile SABE 2000, Publicación Científica y Técnica No. 609 iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/.../9275316090.pdf?...1
49. Marín. P. Agustín. MALTRATO Y ABANDONO AL ADULTO MAYOR EN COLOMBIA [monografía en Internet]. CIENCIAS MEDICAS; 2005 [citado 7 Noviembre 2005]. Disponible en: <http://marin.p.aguistin.blogspot.com/2005.blogspot.com/2005/10/maltrato-al-adulto-mayor-en-colombia.html/>.
50. Constitución del Ecuador, Capitulo tercero, sección primera, Adultos Y adultas mayores, Art. 11.2
51. Olivé-Marques. Artritis reumatoide del anciano. Rev Esp. Rheumatic 2005; 32 (3): 121-5. Sewell KL. Rheumatoid Arthritis in older adults. Clinics in Geriatric Medicine 1998; 14 (3): 475-94.

11. ANEXOS

ANEXO: 1

Hermana María Elisa.

Director del Hogar Sta. Teresita del Niño Jesús –Loja

Ciudad.

De mi consideración:

Yo Daniela Margarita Castillo Guamán egresada de la Facultad de medicina de la UNL, a usted comedidamente le solicito:

Que tuviera la bondad de permitirme realizar entrevistas a los Adultos Mayores que se encuentran internadas en este Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús” de la ciudad de Loja, las mismas que serán reservadas y estrictamente empleadas para la realización de la tesis en Medicina Humana, cuyo tema es “Enfermedades de los ancianos como causa de abandono familiar”.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente desde ya le antelo mis sinceros agradecimientos de consideración y estima.

Atentamente;

.....

Daniela Margarita Castillo Guamán

Ci. 1103802557

ANEXO: 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

Autorización.

La presente investigación es guiada por la estudiante de medicina, Daniela Margarita Castillo Guamán, de la Universidad Nacional de Loja. El propósito de este estudio es conocer las enfermedades más comunes y las causas de abandono del adulto mayor por parte de sus familiares en el asilo Hogar Santa Teresita "De Jesús" de la ciudad de Loja.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Desde ya le agradecemos su participación.

ANEXO: 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

MÉDICINA

ENTREVISTA

“ ENFERMEDADES DE LOS ANCIANOS COMO CAUSAS DE ABANDONO FAMILIAR ”

Estimado(a) Sr. (a) reciba un atento saludo, solicitamos su colaboración para recolectar información requerida a través de esta entrevista, que de la manera más comedida se digna contestar, (reiterando que las respuestas señaladas serán confidenciales y de uso exclusivo para el análisis e investigación).

Datos generales:

Hombre () Mujer ()

Edad:

1. Qué enfermedades presenta?

Hipertensión () Artritis () Neumonía ()

Diabetes mellitus () Osteoporosis () Demencia senil ()

Otros.....

FACTOR ECONOMICO

2. Recibe usted ingresos económicos de?

Trabajo () Apoyo familiar () Pensión ()

Programas de gobierno () Jubilación ()

3. En su familia le impedían que obtuviera:

Alimentos () Vestimenta () Cuidado médico () Vivienda ()

FACTOR PSICOLOGICO

4. Siente temor de las agresiones físicas de:

Hijos () Nietos () Vecinos ()

5. Los maltratos dentro de su familia son:

Criticas ()

Insultos ()

Amenazas ()

Le dejaban solo por largos periodos de tiempo ()

FACTOR SOCIAL

6. Su familia respetaba sus criterios?

Sí ()

No ()

7. Se siente solo/a?

Frecuentemente () Algunas veces () Casi nunca ()

8. En su hogar la dinámica familiar que mantenía es de tipo:

Funcional ()

Disfuncional ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



ANEXO: 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA MÉDICA

PROPUESTA

TÍTULO:

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN ABANDONO POR SUS FAMILIAS

INTRODUCCIÓN

El grupo poblacional de adultos mayores en el Ecuador, está en una etapa de crecimiento progresivo, producto de los cambios de comportamiento en las tasas de natalidad, mortalidad e incremento en la esperanza de vida, característicos de la fase de transición demográfica. El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época lo que ocasiona un aumento de personas de 65 y más años de edad. ⁽²⁾

De esta manera los adultos mayores del hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús” de la ciudad de Loja, muestran cambios a nivel biológico que lleva al origen de un sinnúmero de patologías, entre ellas las más frecuentes son la hipertensión arterial, diabetes mellitus, la artritis, osteoporosis, demencia senil seguida en menor porcentaje la discapacidad física, sordera, epilepsia.

Además en el entorno familiar algunos adultos mayores presentan carencias alimenticias, vestimenta y cuidados médicos, sumándose el temor a alguno de sus miembros de la familia o de su entorno, llegando a una disminución de la interacción social, hechos que impactan la vida de los adultos mayores de este hogar.

Al encontrar dichos resultados, explican la construcción de la presente propuesta de intervención para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor la cual les proporcione diferentes tipos de ayuda, en su entorno social.

Objetivo General:

- ◆ Fortalecimiento de valores éticos, morales y familiares en niños, jóvenes y adultos para promover condiciones de equidad y buen trato en la atención al adulto mayor.

Objetivos Específicos:

- ◆ Implementar talleres de convivencia con el adulto mayor y la familia en enfermedades prevalentes, autocuidado y riesgo en el hogar.
- ◆ Informar de los deberes y derechos del adulto mayor.
- ◆ Asistencia al adulto mayor en estado de abandono.

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

Para desarrollar la presente propuesta debe; conformarse un equipo multidisciplinario que conste de:

Médico, enfermera, psicólogo clínico, odontólogo, fisioterapeuta los mismos que realizaran la valoración exhaustiva del adulto mayor, dedicando el tiempo necesario para su diagnóstico integral.

Los cuales fomenten enseñanzas del envejecimiento sano, realizando talleres y conferencias, dirigidos al núcleo familiar con respecto a la integración y salud del adulto mayor, para conocer el rol del anciano dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la senectud.

Enseñar y difundir los deberes y derechos que poseen los adultos mayores, a través de folletos, trípticos y medios de comunicación, como también hacer visitas domiciliarias a aquellos adultos mayores que no acuden a los talleres.

Sistematizar los problemas biológicos, psicológicos, sociales y funcionales para buscar estrategias de intervención.

En los problemas biológicos se buscara ayuda en el MSP (Ministerio Salud Pública). (Anexo 5, 6, 9)

Para los problemas psicológicos se buscara ayuda en el MSP y ONG (Organizaciones no Gubernamentales). (Anexo 7)

Para los problemas sociales se buscara ayuda en el MCDS (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social) y ONG (Organizaciones no Gubernamentales). (Anexo 8)

Para los problemas funcionales se buscara ayuda en el MSP y ME (Ministerio de Educación). (Anexo 7)

Teniendo un equipo muy fortalecido se podrá tener una comunicación muy asertiva entre el adulto mayor y su familia evitando así la desintegración de la armonía familiar.

COBERTURA

Unidades educativas de la ciudad de Loja y clubs de centros de salud.

SOSTENIBILIDAD DE LA PROPUESTA

HUMANOS

Médico

Enfermera

Psicólogo clínico

Odontólogo

Fisioterapeuta.

MATERIALES

Materiales y equipos de oficina

Instituciones

Equipos médicos e insumos apropiados (Anexo 5)


PRESUPUESTO

REPRESENTACIÓN	COSTO
Materiales y suministros de oficina	200.00
Material didáctico	300.00
Intervenciones con equipos médicos	500.00
Total	1000

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	TIEMPO					
	1 Mes	2 Mes	3 Mes	4 Mes	5 Mes	6 Mes
Vinculación con instituciones	X					
Formación de equipos multidisciplinares	X	X	X			
Formación de redes sociales para el adulto mayor	X	X	X			
Ejecución de programas de salud, educación con el adulto mayor				X	X	X
Conferencias y talleres en centros educativos sobre deberes y derechos del adulto mayor		X	X	X	X	X
Valoración integral del adulto mayor				X	X	X

ANEXO: 5

 FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR						1
LISTA DE PROBLEMAS						
N°	FECHA	PROBLEMAS CRÓNICOS	CONTROLADO/NO CONTROLADO		OBSERVACIÓN	
N°	PROBLEMAS AGUDOS		FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIÓN
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL						
		DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACIÓN GENERAL: FUNCIONAL, MENTAL, SOCIAL Y FISICO					
2	ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS					
3	EVALUACIÓN BUCAL					
4	INTERVENCIÓNES PREVENTIVAS					
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES					
6	CONSEJERÍA INTEGRAL					
7	VISITA DOMICILIARIA					
8	TEMAS EDUCATIVOS					
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS					
APELLIDOS Y NOMBRE:					N° HC	

ANEXO: 6

Ministerio de Salud Personas que atendemos personas						2													
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR																			
FECHA			día	mes	año	HORA			N° HC										
DATOS GENERALES																			
Apellidos			Nombres			Sexo:		M	F	Edad:									
Lugar de Nacimiento:			Procedencia:			F Nac:				Rh									
G° de Instrucción			Estado civil			Grupo sanguíneo			Ocupación										
Domicilio			Teléfono																
Familiar o cuidador responsable :																			
ANTECEDENTES																			
ANTECEDENTES PERSONALES								ANTECEDENTES FAMILIARES											
		SI		NO				SI		NO									
Hipertensión Arterial		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Hepatitis		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>									
Diabetes		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Tuberculosis		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>									
Dislipidemias (Colesterol Alto)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Hospitalizado el último año		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>									
Osteoartritis		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Transfusiones		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>									
ACV (Derrame)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Intervención Quirúrgica		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>									
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Accidentes		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>									
Cáncer		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>															
Cáncer de cervix/mama		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>															
Cáncer de próstata		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>															
Descripción de antecedentes y otros:																			
<hr/>																			
<hr/>																			
<hr/>																			
<hr/>																			
<hr/>																			
<hr/>																			
<hr/>																			
<hr/>																			
Medicamento de uso frecuente																			
No.		Nombre			Dosis		Observaciones												
REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS																			
			NO		<input type="checkbox"/>		SI		<input type="checkbox"/>			Cuál?							
VALORACIÓN CLÍNICA ADULTO MAYOR - VACAM																			
I. VALORACIÓN FUNCIONAL																			
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)																			
KATZ				Dependiente				Independiente											
1. Lavarse		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		DIAGNÓSTICO FUNCIONAL		INDEPENDIENTE		(1)									
2. Vestirse		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								DEPENDIENTE PARCIAL		(2)					
3. Uso del Serv. Higiénico		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												DEPENDIENTE TOTAL		(3)	
4. Movilizarse		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>															
5. Continencia		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>															
6. Alimentarse		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>															
(1) Ningún ítem positivo de dependencia																			
(2) De 1 a 5 ítems positivo de dependencia																			
(3) 6 ítems positivos de dependencia																			
APELLIDOS Y NOMBRE:								N° HC											

ANEXO: 7

Ministerio de Salud Personas que atendemos personas	3																										
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR																											
II. VALORACIÓN MENTAL																											
2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer) Colocar 1 punto por cada error																											
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes año) <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Qué día de la semana? <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar) <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cuál es su dirección completa? <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cuántos años tiene? <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Dónde nació? <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cuál es el nombre del presidente del Perú? <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú? <input style="width: 50px;" type="text"/> Dígame el primer apellido de su madre <input style="width: 50px;" type="text"/> Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta) <input style="width: 50px;" type="text"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">VALORACION COGNITIVA</td> </tr> <tr> <td>NORMAL</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DC LEVE</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DC MODERADO</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DC SEVERO</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><u>DC: Deterioro Cognitivo</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nota: Colocar un punto por cada error: A las personas con primaria incompleta y analfabeto restar un punto a la suma total.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DC = Deterioro cognitivo, E= errores,</td> </tr> <tr> <td>- No Deterioro Cognitivo</td> <td style="text-align: right;">: ≤2 E</td> </tr> <tr> <td>- Deterioro Cognitivo Leve</td> <td style="text-align: right;">: 3 a 4 E</td> </tr> <tr> <td>- Deterioro Cognitivo Moderado</td> <td style="text-align: right;">: 5 a 7 E</td> </tr> <tr> <td>- Deterioro Cognitivo Severo</td> <td style="text-align: right;">: 8 a 10 E</td> </tr> </table>	VALORACION COGNITIVA		NORMAL	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	DC LEVE	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	DC MODERADO	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	DC SEVERO	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	<u>DC: Deterioro Cognitivo</u>		Nota: Colocar un punto por cada error: A las personas con primaria incompleta y analfabeto restar un punto a la suma total.		DC = Deterioro cognitivo, E= errores,		- No Deterioro Cognitivo	: ≤2 E	- Deterioro Cognitivo Leve	: 3 a 4 E	- Deterioro Cognitivo Moderado	: 5 a 7 E	- Deterioro Cognitivo Severo	: 8 a 10 E		
VALORACION COGNITIVA																											
NORMAL	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>																										
DC LEVE	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>																										
DC MODERADO	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>																										
DC SEVERO	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/>																										
<u>DC: Deterioro Cognitivo</u>																											
Nota: Colocar un punto por cada error: A las personas con primaria incompleta y analfabeto restar un punto a la suma total.																											
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,																											
- No Deterioro Cognitivo	: ≤2 E																										
- Deterioro Cognitivo Leve	: 3 a 4 E																										
- Deterioro Cognitivo Moderado	: 5 a 7 E																										
- Deterioro Cognitivo Severo	: 8 a 10 E																										
2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)																											
¿Está satisfecho con su vida? <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> NO ¿Se siente impotente o indefenso? <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> SI ¿Tiene problemas de memoria? <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> SI ¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses? <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> SI	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">Colocar una marca (X), si corresponde</td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;">SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"><input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">—</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/></td> </tr> </table>	Colocar una marca (X), si corresponde	SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>	—	CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>																				
Colocar una marca (X), si corresponde	SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>																									
—	CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>																									
III. VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">Pts</th> <th>1. SITUACIÓN FAMILIAR</th> </tr> <tr><td>1</td><td>Vive con familia, sin conflicto familiar</td></tr> <tr><td>2</td><td>Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica</td></tr> <tr><td>3</td><td>Vive con cónyuge de similar edad</td></tr> <tr><td>4</td><td>Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima</td></tr> <tr><td>5</td><td>Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)</td></tr> </table>	Pts	1. SITUACIÓN FAMILIAR	1	Vive con familia, sin conflicto familiar	2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica	3	Vive con cónyuge de similar edad	4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">Pts</th> <th>2. SITUACIÓN ECONÓMICA</th> </tr> <tr><td>1</td><td>Dos veces el salario mínimo vital</td></tr> <tr><td>2</td><td>Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales</td></tr> <tr><td>3</td><td>Un salario mínimo vital</td></tr> <tr><td>4</td><td>Ingreso irregular (menos del mínimo vital)</td></tr> <tr><td>5</td><td>Sin pensión, sin otros ingresos</td></tr> </table>	Pts	2. SITUACIÓN ECONÓMICA	1	Dos veces el salario mínimo vital	2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales	3	Un salario mínimo vital	4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)	5	Sin pensión, sin otros ingresos		
Pts	1. SITUACIÓN FAMILIAR																										
1	Vive con familia, sin conflicto familiar																										
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica																										
3	Vive con cónyuge de similar edad																										
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima																										
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)																										
Pts	2. SITUACIÓN ECONÓMICA																										
1	Dos veces el salario mínimo vital																										
2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales																										
3	Un salario mínimo vital																										
4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)																										
5	Sin pensión, sin otros ingresos																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">Pts</th> <th>3. VIVIENDA</th> </tr> <tr><td>1</td><td>Adecuada a las necesidades</td></tr> <tr><td>2</td><td>Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)</td></tr> <tr><td>3</td><td>Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).</td></tr> <tr><td>4</td><td>Vivienda semi construida o de material rústico</td></tr> <tr><td>5</td><td>Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda</td></tr> </table>	Pts	3. VIVIENDA	1	Adecuada a las necesidades	2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)	3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).	4	Vivienda semi construida o de material rústico	5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">Pts</th> <th>4. RELACIONES SOCIALES</th> </tr> <tr><td>1</td><td>Mantiene relaciones sociales en la comunidad</td></tr> <tr><td>2</td><td>Relación social sólo con familia y vecinos</td></tr> <tr><td>3</td><td>Relación social solo con la familia</td></tr> <tr><td>4</td><td>No sale del domicilio pero recibe visitas de familia</td></tr> <tr><td>5</td><td>No sale del domicilio y no recibe visitas</td></tr> </table>	Pts	4. RELACIONES SOCIALES	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad	2	Relación social sólo con familia y vecinos	3	Relación social solo con la familia	4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia	5	No sale del domicilio y no recibe visitas		
Pts	3. VIVIENDA																										
1	Adecuada a las necesidades																										
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)																										
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).																										
4	Vivienda semi construida o de material rústico																										
5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda																										
Pts	4. RELACIONES SOCIALES																										
1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad																										
2	Relación social sólo con familia y vecinos																										
3	Relación social solo con la familia																										
4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia																										
5	No sale del domicilio y no recibe visitas																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">Pts</th> <th>5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)</th> </tr> <tr><td>1</td><td>No necesita apoyo</td></tr> <tr><td>2</td><td>Requiere apoyo familiar o vecinal</td></tr> <tr><td>3</td><td>Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social</td></tr> <tr><td>4</td><td>No cuenta con Seguro Social</td></tr> <tr><td>5</td><td>Situación de abandono familiar</td></tr> </table>	Pts	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)	1	No necesita apoyo	2	Requiere apoyo familiar o vecinal	3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social	4	No cuenta con Seguro Social	5	Situación de abandono familiar	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td>Buena/aceptable situación social</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td>Existe riesgo social</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td>Existe problema social</td> </tr> <tr> <td colspan="2">5 a 9 pts : Buena/aceptable situación social,</td> </tr> <tr> <td colspan="2">10 a 14 pts : Existe riesgo social,</td> </tr> <tr> <td colspan="2">≥15 pts : Existe problema social</td> </tr> </table>	VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Buena/aceptable situación social	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Existe riesgo social	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Existe problema social	5 a 9 pts : Buena/aceptable situación social,		10 a 14 pts : Existe riesgo social,		≥15 pts : Existe problema social	
Pts	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)																										
1	No necesita apoyo																										
2	Requiere apoyo familiar o vecinal																										
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social																										
4	No cuenta con Seguro Social																										
5	Situación de abandono familiar																										
VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR																											
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Buena/aceptable situación social																										
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Existe riesgo social																										
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Existe problema social																										
5 a 9 pts : Buena/aceptable situación social,																											
10 a 14 pts : Existe riesgo social,																											
≥15 pts : Existe problema social																											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;">APELLIDOS Y NOMBRES:</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Nº HC</td> </tr> </table>		APELLIDOS Y NOMBRES:	Nº HC																								
APELLIDOS Y NOMBRES:	Nº HC																										

ANEXO: 8

											4	
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR												
CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - ADULTO MAYOR												
CADA CONSULTA		FECHA:										Comentario
Fiebre en los últimos 15 días												
Tos por más de 15 días												
PERIÓDICAMENTE (Anual)		FECHA:										Comentario
Vacunas:		Antitetánica (3 dosis)										
		Antiamebílica (zona de riesgo)										
		Antihepatitis B (3 dosis)										
		Antinfluenza (anual)										
		Antineumocócica (Cada 5 años)										
Hábitos y Estilos de Vida		(Colocar Sí o No)										
		Consumo de alcohol										
		Consumo de tabaco										
		Actividad Física										
Salud bucal:												
(Colocar Sí o No)												
Control de Salud Bucal en el último año												
Otros exámenes:												
	♀	Mamas										
	♀	Pélvico y PAP (c/año, c/3 años)										
	♀	Mamografía (c/ 2 años)										
	♂	Evaluación de Próstata (tacto rectal) y/o PSA										
	♂♀	Densitometria										
Laboratorio Básico		Hemograma completo										
		Glucosa										
		Urea										
		Creatinina										
		Colesterol										
		Triglicéridos										
		Examen de orina										
Síndromes y Problemas Geriátricos												Comentario
(Colocar SI o NO)												
Vértigo-mareo												
Delirio												
Síncope												
Dolor crónico												
Deprivación Auditiva												
Deprivación Visual												
Insomnio												
Incontinencia urinaria												
Prostatismo (síntomas prostáticos)												
Estreñimiento												
Úlceras de presión												
Inmovilización												
Caídas:												
Caídas en el último año												
Caídas (Número de caídas: _____)												
Fracturas												
APELLIDOS Y NOMBRE:										N° HC		
FORMATO 4												



ANEXO: 9

Ministerio de Salud <small>Personas que atendemos personas</small>	5
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR	
CONSULTA	
ENFERMEDAD ACTUAL	
FECHA:	HORA: Edad:
Motivo de consulta:	
Tiempo de Enfermedad:	
Apetito:	Sed: Sueño: Estado de ánimo:
Orina:	Deposiciones: Pérdida de peso:
Ex. Físico	Tº: P.A.: F.C.: F.R.: Peso: Talla: IMC:
Piel:	
TCSC: Edemas Estado de los pies (pulsos):	
Cabeza y Cuello:	
Cavidad oral:	
Tórax y Pulmones:	
Aparato Cardiovascular:	
Abdomen:	
Aparato Génitourinario: Tacto Rectal:	
Sistema Nervioso:	
Aparato Locomotor:	
DIAGNÓSTICOS:	
<p>I. FUNCIONAL : Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente Parcial <input type="checkbox"/> Dependiente Total <input type="checkbox"/></p> <p>II. MENTAL</p> <p>2.1 Estado Cognitivo Normal <input type="checkbox"/> DC Leve <input type="checkbox"/> DC Moderado <input type="checkbox"/> DC Severo <input type="checkbox"/></p> <p>2.2 Estado Afectivo Sin manifestaciones Depresivas <input type="checkbox"/> Con manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/></p> <p>III.SOCIO-FAMILIAR : Buena <input type="checkbox"/> Riesgo social <input type="checkbox"/> Problema Social <input type="checkbox"/></p> <p>IV. FÍSICO : 1.- 2.- 3.- 4.-</p>	
CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR: (Al final de la primera consulta)	
<p>SALUDABLE <input type="checkbox"/> FRÁGIL <input type="checkbox"/></p> <p>ENFERMO <input type="checkbox"/> GERIÁTRICO COMPLEJO <input type="checkbox"/></p>	
TRATAMIENTO	Exámenes auxiliares
	Referencia (Lugar y motivo):
Próxima Cita:	Firma y Sello:
Atendido por:	(Colegio prof.)
Observación:	
APELLIDOS Y NOMBRES: Nº HC	
CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR: (Al final de la primera consulta)	
<p>SALUDABLE <input type="checkbox"/> FRÁGIL <input type="checkbox"/></p> <p>ENFERMO <input type="checkbox"/> GERIÁTRICO COMPLEJO <input type="checkbox"/></p>	
TRATAMIENTO	Exámenes auxiliares
	Referencia (Lugar y motivo):
Próxima Cita:	Firma y Sello:
Atendido por:	(Colegio prof.)
Observación:	
APELLIDOS Y NOMBRES: Nº HC	