

UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

TEMA:

**PERCEPCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE LA ATENCION
RECIBIDA EN LOS CENTROS DEL ADULTO MAYOR
EN EL ASILO LEON RUALES DE LA CIUDAD DE
IBARRA Y EN EL ASILO CARMEN RUIZ DE
ECHEVERRIADE LA CIUDAD DE
COTACACHI, PERIODO
NOVIEMBRE 2010
A JULIO- 2011**

Tesis previa a la obtención del Título De Licenciatura En Enfermería

AUTORES:

Montalvo Morales Mayra

Ruales Itaz Ana

TUTOR:

Lcda Mercedes Cruz

IBARRA, NOVIEMBRE 2010- JULIO 2011

TEMA

PERCEPCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE LA ATENCION RECIBIDA EN LOS CENTROS DEL ADULTO MAYOR EN EL ASILO LEON RUALES DE LA CIUDAD DE IBARRA Y EN EL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA DE LA CIUDAD DE COTACACHI, PERIODO NOVIEMBRE 2010 A JULIO- 2011.

DEDICATORIA

El siguiente trabajo de investigación dedico a mi madre que con mucho afán y sacrificio hizo posible que culmine con éxito esta etapa de mi vida, inspirado en mis sentimientos y valores primordiales como amor, respeto a la vida y a mi misma, confianza que serán orientados para servir a los demás procurando verdad y justicia.

AGRADECIMIENTO

En la esencia de todo ser humano está en que es capaz de registrar en su vida grandes y pequeñas cosas, entre ellas se encuentra una de las más importantes que es el reconocimiento el apoyo y el constante aliento de las personas que de manera directa o indirectamente contribuyeron a la culminación de significativas metas y propósitos en la vida del hombre.

Por esta razón agradecemos a la UTN por ser la casa de estudios que nos proporciono la oportunidad de adquirir conocimientos valiosos que se pondrán en práctica en nuestra vida profesional.

Además agradecemos a nuestros amigos, profesores y en especial a nuestra Directora de Tesis, Lic. Mercedes Cruz, por el Ánimo, guía, compromiso, seguridad y cariño con el que siempre han estados presentes en nuestras vidas además a las dos instituciones que fueron protagonismo para la elaboración de esta investigación.

A todos ellos un eterno gracias.....

ÍNDICE

Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Índice	IV-VIII
Índice De Tablas	IX-XI
Resumen	XII-XIII
Summary	XIV-XV
Introducción	XVI

CAPITULO I

1.- Problema	1
1.1.- Planteamiento Del Problema	1-4
1.2.- Formulación Del Problema	4
1.3.- Preguntas Directrices	4
1.4.- Objetivos	4
1.4.1.- General	4
1.4.2.-Especificos	5
1.5.- Justificación	5-6

CAPITULO II

2.- Marco Teórico	7
2.1.- Características Del Área De Estudio	7
2.1.1.- Antecedentes De Las Instituciones	7-13
2.1.2.- Personal Que Labora En La Institución	13-15
2.2.- Marco Conceptual Y De Referencia	15
2.2.1.- Modelo De Atención Integral Familiar	

Comunitario e Intercultural	15-17
2.2.2.- Dispositivo Fuerte De Atención Primeria De Salud	17
2.2.3.- Envejecimiento Funcionalidad Y Autonomía	17-18
2.3.- Bases Gerontogeriatricas	19-20
2.3.1.- Evolución Histórica Del Concepto Anciano	20-21
2.3.1.1.- Inicio Del Cristianismo	21-22
2.3.1.2.- Edad Media	22
2.3.1.3.-El Renacimiento	22
2.3.1.4.- La Revolución Industrial	22
2.3.1.5.- Papel Social De La Vejez	23
2.4.- El Proceso De Envejecer	24
2.4.1.-Proceso Biológico Del Envejecimiento	24
2.4.2.-Variables Que Afectan La Prestación De Enfermedades	24
2.4.3.-Características Del Envejecimiento En El Organismo	25
2.4.5.-Cambios En El Sistema Musculo Esquelético	26
2.4.6.-Cambios Cardiovasculares	26
2.4.6.-Cambios Gastrointestinales	27
2.4-8.-Cambios Genitourinarios	27
2.4.9.-Cambios En El Tejido Epitelial	28
2.4.10.- Cambios Neurológicos	28
2.4.11.-Cambios Sensoriales	28
2.4.12.-Aspectos Sicosociales Del Envejecimiento	29
2.4.13.-Tiempo De Reacción.	29
2.4.14.-Capacidad De Acción	29
2.4.15.-Agudeza Sensorial.	29
2.4.16.-Aprendizaje.	29
2.4.17.- Resolución De Problemas Y Memoria	30
2.4.18.- Actitudes Intereses Y Valores.	30
2.4.19.-El Concepto Personal	30
2.5.- Valoración Geriátrica Integral	31
2.5.1.-Definición	31
2.5.2.-Composición Del Equipo	31

2.5.2.1.-Composición	31
2.5.2.2.-Funcionamiento.	31
2.5.3.-Valoracion De Laboratorio	31
2.5.3.1.- Definición	32
2.5.3.2.- Antecedentes Patológicos	33
2.5.3.3.-Historia Farmacológica	33
2.5.3.4.-Hábitos	33
2.5.4.-Valoración Nutricional.	33
2.5.4.1.-Métodos Antropométricos De Valoración	34
2.5.4.2.--Índice De Masa Corporal.	34
2.5.4.3 Circunferencia De La Cadera	35
2.5.5 Valoración Funcional Rehabilitación-Ejercicio Físico	35
2.5.5.1 Definiciones.-	35
2.5.5.1.1 La Capacidad Funcional	35
2.5.5.1.2 La Autonomía.-.	35
2.5.5.1.3 La Independencia.-	35
2.5.5.2 La Capacidad Funcional Y El Envejecimiento	35
2.5.5.2.1 La Evaluación del Estado Funcional	36
2.5.5.3.- Evaluación De Las Actividades De La Vida Diaria.	36
2.5.5.4 Evaluación De Las Actividades Instrumentales	37
2.5.5.5 Valoración De Equilibrio Y Marcha.	37
2.5.5.6 Rehabilitación	38-41
2.6 Grandes Síndromes Geriátricos	42
2.6.1 Delirio Y Síndrome Confusional	42
2.6.1.1Definición	43
2.6.1.2Intervenciones En Los Pacientes Con Demencia	43
2.6.2 Demencias-Enfermedad De Alzheimer	44
2.6.3 Depresión	45
2.6.4 Fragilidad	45
2.6.4.1Definición	45
2.6.4.2 Iatrogenias Y Nociones De Farmacología	46
2.6.5 Ulceras Por Presión	46

2.6.5.1 Definición	46
2.6.5.2 Diagnóstico Diferencial	47
2.6.5.3 Tratamiento Medidas Generales	48
2.6.6 Disfunción Sexual	48
2.6.6.1.-Definición	48
2.6.7.-Disminución De La Agudeza Auditiva	49
2.6.8.-Definición	49
2.6.8.1.-Diagnóstico Diferencial.	49
2.6.8.2.-Tratamiento	49
2.6.9.-Disminución De La Agudeza Visual	50
2.6.9.1.-Diagnóstico Diferencial.	50
2.6.9.2.-Tratamiento	50
2.7.-Cuidados De Enfermería Gerontológica	51-55
2.7.1.- Los Estereotipos Y Prejuicios Sobre La Persona Mayor	56
2.7.2.- La Valoración Geriátrica.	57
2.7.2.1.- Datos A Recoger En La VGI	58-60
2.7.2.2.- Prevención En El Anciano	61
2.7.2.3.- Nutrición En La Vejez	61
2.7.2.4.- Ejercicio Y Vejez	62
2.7.2.5.- Rehabilitación En La Vejez	62
2.7.2.6.- Terapia Ocupacional En La Vejez.	63

CAPITULO III

3 Metodología	64
3.1 Tipo de estudio	64
3.2 Diseño de la investigación	64
3.3 Población o universo	65
3.4 Técnicas de recolección de datos	65
3.5 Instrumentos de recolección de datos	65

3.6 Validez y confiabilidad	66
3.7 Criterios de inclusión y exclusión	66
3.8 Procesamiento y análisis de resultados	67
3.9 Variables	67
3.9.1 Variable dependiente	67
3.9.2 Variables independientes	67
3.9.3 Factores no modificables	67
3.9.4 Factores socioeconómicos	67
3.10 Operacionalización de variables	68-71

CAPITULO IV

4 Resultados Y Discusión	72
4.1 Análisis Y Discusión De Resultados	72-112

CAPITULO V

5 Conclusiones Y Recomendaciones	113
5.1 Conclusiones	113
5.2 Recomendaciones	114
5.3 Glosario De Términos	115-117

CAPITULO VI

6 Marco Administrativo	118
6.1 Recursos	118
6.1.1 Talento Humano	118
6.2 Recursos Materiales Y Económicos	119
6.3 Cronograma	120
6.4 Bibliografía- Lincografía	121

CAPITULO VII

7 Índices De Gráficos Y Tablas	72
7.1 Asilo León Ruales	72
7.1.1 Edad de los adultos mayores del asilo León Ruales	72

7.1.2 Sexo de los adultos mayores del asilo León Ruales	73
7.1.3 Etnia de los adultos mayores del asilo León Ruales	74
7.1.4 Escolaridad de los adultos mayores del asilo León Ruales	75
7.1.5 Motivo de ingreso de los adultos mayores al asilo León Ruales	76
7.1.6 Atención por parte del personal para de los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo León Ruales	77
7.1.7 Trato con cariño y respeto para los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo León Ruales	78
7.1.8 Visitas que tienen los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo León Ruales	79
7.1.9 Relación con compañeros de los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo León Ruales	80
7.1.10 Numero de comidas que reciben los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo León Ruales	81
7.1.11 Alimentos proporcionados a los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo León Ruales	82
7.1.12 Ambiente cómodo y confortable para los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo León Ruales	83
7.1.13 Actividad física que realizan los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo León Ruales	84
7.1.14 Tiempo que dedican para realizar actividad física los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo León Ruales	85
7.1.15 Horas de sueño de los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo León Ruales	86
7.1.16 Padecimiento de alguna enfermedad en los adulto mayor del asilo León Ruales padece o no una enfermedad	87
7.1.17 Conocimientos que tienen los adultos mayores del asilo León Ruales sobre la enfermedad que padecen	88
7.1.18 Sentimientos de los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo León Ruales	88
7.1.19 Consumo de alcohol tabaco	88
7.1.20 Atención medica que reciben los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo León Ruales	89
7.1.21 índices de masa corporal de las adultas León Ruales	90
7.2 Asilo Carmen Ruiz Echeverría	91
7.2.1 Edad de los adultos mayores del asilo Carmen Luis Echeverría	91
7.2.2 Sexo de los adultos mayores del asilo Carmen Luis Echeverría	92
7.2.3 Etnia de los adultos mayores del asilo Carmen Ruiz Echeverría	93
7.2.4 Escolaridad de los adultos mayores del asilo Carmen Ruiz De Echeverría	94

7.2.5 Motivo de ingreso de los adultos mayores al asilo Carmen Ruiz De Echeverría	95
7.2.6 Atención por parte del personal para de los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo Carmen Ruiz De Echeverría	96
7.2.7 Trato con cariño y respeto para los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo Carmen Ruiz de Echeverría	97
7.2.8 Visitas que tienen los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo Carmen Ruíz De Echeverría	98
7.2.9 Relación con compañeros de los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo Carmen Ruíz De Echeverría	99
7.2.10 Número de comidas que reciben los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo Carmen Ruíz De Echeverría	100
7.2.11 Alimentos proporcionados a los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo Carmen Ruíz De Echeverría	101
7.2.12 Ambiente cómodo y confortable para los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo Carmen Ruíz De Echeverría	102
7.2.13 Actividad física que realizan los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo Carmen Ruíz De Echeverría	103
7.2.14 Tiempo que dedican para realizar actividad física los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo Carmen Ruíz De Echeverría	104
7.2.15 Horas de sueño de los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo Carmen Ruíz De Echeverría	105
7.2.16 Enfermedades que padecen las adultas mayores del asilo Carmen Ruíz De Echeverría	106
7.2.17 Que conocimiento tiene acerca de la enfermedad que padece	107
7.2.18 Sentimientos de los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo Carmen Ruíz De Echeverría	108
7.2.19 Consumo de alcohol tabaco	109
7.2.20 Atenciones médicas que reciben los adultos mayores que se encuentran internados en el asilo Carmen Ruíz De Echeverría	110
7.2.21 Índice de masa corporal de las adultas mayores del asilo Carmen Ruíz De Echeverría.	112

RESUMEN

Este estudio fue realizado en el asilo de ancianos “León Ruales” de la ciudad de Ibarra y el Hogar de Ancianos “Carmen Ruiz de Echeverría” de la ciudad de Cotacachi, dicho estudio fue de tipo descriptivo analítico, de corte transversal con un diseño no experimental cualitativo, porque se obtuvo una descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual del problema sin manipulación de las variables y de esta manera se pudo llegar a determinar de un modo muy general la percepción que los adultos mayores tienen acerca de los cuidados recibidos en los centros de atención para este grupo etéreo; como técnicas e instrumentos de recolección de datos se utilizó la encuesta con su respectivo cuestionario mismo que consta de 20 Ítems, con preguntas abiertas y cerradas; dicho instrumento fue validado por la Lic. Mercedes Cruz como directora de nuestro proyecto de investigación. A través del estudio realizado se determinó las distintas percepciones que tenían los adultos mayores de cada una de las instituciones analizadas es por eso que entre los principales hallazgos de esta investigaciones que los adultos mayores del asilo León Ruales consideran que la atención que reciben dentro de esta institución es buena; tomando en cuenta que los adultos mayores expresan que al no contar con familiares que los apoyen y ningún tipo de amigo se encuentran más que nada conformes pues sino estuviesen internados en este lugar no tendrían ni siquiera la alimentación ni un techo en donde vivir por lo que a pesar de los distintos sentimientos de tristeza o melancolía que presentan en algunas ocasiones se sienten agradecidos con el personal que labora dentro de la institución.

Mientras que la percepción de las adultas mayores del asilo Carmen Ruiz de Echeverría es diferente ya que las mujeres que se encuentran internadas se sienten felices y complacidas por la atención que se les brinda en ese lugar, pues todas las necesidades le son satisfechas de una

manera cálida tomando en cuenta sus derechos como persona , además que todos los fines de semana sus familiares las visitan haciéndolas sentir importantes y siempre se encuentran pendientes de las actividades que se realizan dentro de la institución

Luego del análisis realizado en cada una de las instituciones se determinó que a pesar de que las dos se dedican al cuidado directo del adulto mayor existen diferencias en cuanto a las instalaciones físicas , personal que labora e inclusive alimentación que reciben, debido a que el financiamiento que entrega del ministerio no logra cubrir con las necesidades básicas del adulto ni con las adecuaciones físicas que un asilo necesita, mientras que en el asilo privado al existir una mensualidad se hace más fácil la adecuación del área física y a su vez la contratación de personal calificado para la atención directa del adulto mayor

También con esta investigación se determinó la actitud y aptitud que tienen el personal que laboran en estas instituciones al momento de brindar atención directa y personalizada a los adultos mayores, teniendo en cuenta las discapacidades y dificultades que presentan este grupo vulnerable para brindar cuidados adecuados y brindar una mejor calidad de vida,

Además este trabajo nos llevó a establecer que las funciones básicas del personal de enfermería son la prevención, promoción, educación, curación y rehabilitación para la salud.

En cuanto a las competencias, conocimientos y habilidades del personal de enfermería está en saber la situación de salud, los problemas prevalentes de los adultos mayores e identificar las necesidades de este grupo social y así aplicar de manera resolutive estrategias a los problemas de salud prevalentes y lograr equilibrar tres principios fundamentales: accesibilidad, oportunidad y equidad, eso de esta investigación por eso que luego de haber realizado esta investigación se desea incorporar en cada una de las instituciones una guía de atención al adulto mayor para de esa manera contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y de esta forma puedan sentirse útiles en esta etapa de vida

SUMMARY

The present study, took place at the “Leon Ruales” Nursing home in the city of Ibarra and “Carmen Ruiz de Echeverria” in the city of Cotacahi. The investigation was a descriptive analysis, of transversal characteristic, with a non-experimental qualitative scheme because it gathered descriptions, registries, analysis and interpretations of the problematic status quo without manipulation of the variables; thus, it was possible to determine the general perception held by the elderly about the care provided by the nursing homes towards the senior group. The material and methods to collect data was based on a questionnaire constituted of 20 items, which included open and closed questions mentioned techniques were validated by Lic. Mercedes Cruz who also served as the director in this investigation. Through this study, the different opinions held by the elderly towards each nursing home were determined. The major findings in this research are that the seniors from Leon Ruales consider that the care provided by the institution is adequate; taking in consideration that the elderly do not count with support from family or friends, they feel comfortable knowing that otherwise they would not have food or a place to live. Consequently, even with the sentiments of sadness and melancholy they feel grateful with the staff and the institution.

On the other hand, the perception of the elderly women at the Carmen Ruiz de Echeverria nursing home is different. The senior women at the nursing home feel happy and satisfied with the attention provided at the institution because all their needs are met in a caring manner and with respect as individuals; additionally, during the weekends the family of the patients pays them a visit, making the elderly women feel important and they are also attentive to the activities that are taking place in the institution.

Following the analysis that took place in each of the institutions, it was determined that even though both entities are dedicated to the direct care of the elderly, there are differences in regards to the physical installations, working personnel and even nourishment they receive, due to the insufficient financial support provided by government to cover the basic needs of the elderly or the necessary equipment a nursing home ought to have, while in a private nursing home exists a monthly fee that facilitates an adequate physical area as well as the qualified personnel that provide a direct attention to the elderly.

Furthermore, this investigation determined the attitude and aptitude of the working personnel in each institution during direct and personal care provision to the elderly, taking in account the disabilities and difficulties that this vulnerable group presents to provide adequate care and a better quality of life. Moreover, this work allowed us to establish that the basic functions of the nursing personal are health prevention, promotion, education, treatment, and rehabilitation.

The competency, knowledge and abilities of the nursing personnel is focused in knowing the health situation, prevalent problems of the elderly and identification of the necessities of this social group and subsequently apply strategies to the prevalent health problems and achieve an equilibrium in three fundamental principles: accessibility, opportuneness, and equity, thus, upon concluding this investigation we wish to incorporate in each of this institutions guidelines for attention to the elderly to be able to contribute in the improvement of the quality of life and through this they can feel useful in this stage of their lives.

INTRODUCCIÓN

La salud y las políticas socio - sanitarias son una prioridad en el cambio de modelo de atención. Las mismas estarán sustentadas en la calidad, accesibilidad y equidad, haciendo realidad un modelo de atención integral y fortalecimiento del primer nivel de atención.

En esta dirección el Programa Nacional del Adulto Mayor procura incorporar el concepto de mejora de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores, esto significa que se debe garantizar a todos ellos una vida digna, plena y participativa, mediante el desarrollo de un programa que fomente todas las áreas que se vinculan con la salud, promoviendo hábitos de vida saludables.

Como forma de permitir una mejor identificación de las acciones y las respuestas, se ha diseñado un plan acción que identifique los problemas, de forma que los objetivos permitan crear respuestas aplicables y evaluables.

Por esta razón realizamos un proyecto de investigación sobre la percepción de los adultos mayores acerca de la atención recibida en las casas asistenciales para este grupo y tratar de mejorar en si la calidad de vida.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“El aumento de la esperanza de vida constituye un problema a escala universal y ningún país está exento de ello. El hecho de que los países en desarrollo como el nuestro, se nutran rápidamente de los avances científicos y médicos de los países desarrollados, han permitido que, contrariamente a lo ocurrido en estas últimas naciones, la prolongación de la vida y en consecuencia, el envejecimiento de la población se haya producido en un periodo mucho más transitorio que en Europa y América del Norte.

De los 580 millones de ancianos que existen actualmente en el mundo, 355 millones viven en países en vías de desarrollo. Para el año 2020 se estima que habrá 1.000 millones de ancianos, de los cuales más de 700 millones vivirán en el mundo en vías de desarrollo. La esperanza de vida al nacer ha aumentado y se espera que siga aumentando en todo el mundo, aumento que se ha asociado a una caída sustancial de la fertilidad en toda la naturaleza, en relación con los modernos métodos anticonceptivos. (1)

Esta transformación etaria de la población casi ha sorprendido a una sociedad con una imagen de juventud como la nuestra, y sólo en los últimos quince o veinte años el tema del Adulto Mayor ha pasado a ser parte de la preocupación pública. En los últimos tiempos se han multiplicado diversas iniciativas de muy variada índole y orientación, públicas y privadas, con fines de lucro o programas sociales, destinadas a atender al creciente grupo de Adultos Mayores, a través de actividades

que les permitan conservarse sanos y sentirse útiles, para no convertirse en una pesada e inútil carga social.”(2).

“Desde un punto de vista global, el envejecimiento desequilibra el Sistema Económico porque dificulta la cura; en un sistema demasiado enfocado hacia la curación, la enfermedad crónica predominante en la población mayor es inconveniente, llevando a las políticas de salud, a sus servicios y a sus profesionales a callejones sin salida, que aumentan enormemente los costos y abocan en muchas ocasiones a los mayores a la incapacidad y la dependencia. “(6)

“Los resultados de recientes estudios sobre envejecimiento y salud de la Organización Mundial de la Salud, sugieren que se pueden paliar las consecuencias más negativas del envejecimiento sobre la sanidad, aumentando el nivel de renta y educación media, la calidad de vida y la integración social de los adultos mayores” (5).

Las condiciones de las personas de edad avanzada viviendo en asilo son de gran interés social, algunas familias no comprenden que las capacidades de éstos han cambiado, así que los aíslan o los ingresan en asilos, en donde algunas veces no son tomadas en cuenta sus opiniones, viéndose violados sus derechos, provocando sentimientos de minusvalía. La vejez es una etapa natural de vida que demanda conocimiento de las necesidades de esta población.

En los adultos mayores por una parte existen problemas vinculados al subdesarrollo como enfermedades entéricas, transmisibles y carenciales mientras, por otra, adquieren progresiva vigencia enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, reumatismo, cáncer entre otras), tienen más episodios de enfermedades agudas, problemas de salud mental, tan estrechamente asociados a los estilos de vida y desarrollo económico que ha logrado el país en el último tiempo, por lo que los adultos mayores cada día se enfrentan a más riesgos, ostentando tasas más altas de hospitalización.

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etéreo, lo que se traduce en una actitud que trasunta valores como: el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor

El adulto mayor requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también y, muy destacadamente, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto general donde la profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del curar.

“La enfermería profesional se inserta de esta manera con su propia perspectiva en el cuidado integral del adulto mayor por lo que es necesario fortalecer los fundamentos que sustentan el cuidado humanizado del adulto mayor y la formación técnico-profesional de sus cuidadores formales e informales”. (2)

“El gran desafío en la atención de salud a la población consiste, sin lugar a dudas, en lograr equilibrar tres principios fundamentales: accesibilidad, oportunidad y equidad. La situación de salud aún presenta problemas por resolver por lo que el Ministerio ha orientado su actual función en otros tres principios: descentralización, satisfacción del usuario y participación. Todos estos principios son los que sustentan el modelo de atención de salud actual focalizado en las personas y sus necesidades reales. Existe consenso en nuestra sociedad, que el adulto mayor es uno de los grupos más vulnerables y complejos en sus demandas de salud y que los servicios de salud y las entidades formadoras no se encuentran totalmente preparados para dar respuesta satisfactoria a esas demandas”. (3)

“La enseñanza de la geriatría y la gerontología en las Escuelas de Enfermería en la formación continua de las enfermeras especialistas debe

ser considerada esencial para responder de una mejor manera a los cambios que enfrenta nuestro país en particular en lo referido al aumento de los adultos mayores y al incremento de la calidad de los cuidados otorgados a este grupo etáreo (4)

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la opinión que tiene el adulto mayor sobre la atención brindada en los asilos León Ruales de la ciudad de Ibarra y Carmen Ruiz de Echeverría de la Ciudad de Cotacachi en los que se encuentran asilados?

1.3 PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Los adultos mayores se encuentran satisfechos con la atención que se brinda dentro de los asilos?
- ¿Qué importancia tiene la autonomía o capacidad de valerse por sí mismo en los adultos mayores?
- ¿Cuáles son las necesidades más importantes que presentan los adultos mayores que se encuentran dentro de esta institución?
- ¿Las actividades que realizan los adultos mayores en su tiempo libre satisfacen sus necesidades?
- ¿El adulto mayor es integrado en la toma de decisiones dentro de la institución?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Identificar la percepción del adulto mayor con relación a su estancia en el asilo y determinar la calidad de atención que están recibiendo y lograr una plena satisfacción de todas sus necesidades.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar las necesidades más importantes que refieren tener los adultos mayores en cuanto a su estadía dentro de la institución.
- Identificar los tipos de cuidado que brinda el personal que trabaja en estos centros de atención del adulto mayor.
- Determinar si el tiempo que utilizan para realizar actividades toma en cuenta su estado de salud y sus capacidades.
- Determinar si la alimentación que ingieren en los asilos es de acuerdo a la edad.
- Determinar si los asilos en estudio cuentan con el espacio físico y adecuación física respectivas para que los usuarios se sientan cómodos.

1.5 JUSTIFICACIÓN

El propósito de la siguiente investigación fue explorar aquellos factores que influyen en la percepción que tiene el adulto mayor sobre sí mismo, en la etapa de vida que está cursando y sobre su estancia en los centros de atención para el adulto mayor como un fenómeno cada vez más común.

Los adultos mayores tienen graves problemas en esta época ya que la mayoría de las personas piensan que no sirven para nada y que solo estorban, pero si estas personas vivieran lo que es ser un adulto mayor los comprenderían y se darían cuenta no es así ellos nos ayudan a , entender la vida, a aprender de sus experiencias, a vivirla vida de la manera correcta sin que se pierdan los valores que hemos aprendido a lo largo de nuestras vidas.

Los adultos mayores que por una u otra circunstancia son internados en asilos llegan a ser relegados por sus familiares llevándolos a un estado de soledad progresiva que llega a alterarlos psicológicamente sintiéndose incapaces de realizar su vida normal a pesar de aun contar con capacidad física necesaria para realizar diferentes actividades , pues se sienten abandonados por lo que ya no cuentan con ánimos suficientes para

sobrellevar esta vida y por tal razón prefieren conformarse en estar dentro de estas instituciones pues se sienten de una o otra forma protegidos.

Por nuestra parte con este trabajo, aportamos , con un estudio más completo de la población adulta mayor que los realizados hasta el momento a más de llegar a conocer las necesidades de cuidado satisfechas y no satisfechas de los ancianos e identificar estrategias para satisfacer estas últimas, teniendo en cuenta que el propósito es ayudar a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo además que , se trata de enmarcar una gran implicación de la enfermera y el personal que brinda cuidados directos para buscar alternativas de solución a los problemas que se presentan.

Uno de los mayores desafíos que pueden plantearse en la vida de una persona tratar de sentirse motivadas y comprometidas por las diferentes actividades que realizan participando activamente en el medio social y realizar cosas positivas y útiles para ellos.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 Características del área de estudio

REGION	Sierra Norte
PROVINCIA	Imbabura
CANTON	Ibarra- Cotacachi
ALTITUD	2565 m.s.n.m
TEMPERATURA MEDIA ANUAL	14 ^a C

2.1.1 Antecedentes de las instituciones

2.1.1.1 Asilo De Ancianos “León Ruales”

El 12 de febrero de 1926, la junta del gobierno provisional, dicta la Ley de asistencia pública. El 11 de marzo de 1926, por el Dr. Joaquín Sandoval, asume la presidencia y bajo su dirección se construyeron las salas anexas al hospital para la atención a los ancianos, siendo sor Inés Troya la Hermana encargada y la Sor Petrot, la Superiora del Hospital San Vicente De Paul.

En 1931, la Sra. Rosalía Rosales, Viuda de Fierro, dona para los ancianos del Hospital Civil de Ibarra, la cantidad de Diez mil sucres. Los señores Luis y Manuel León Ruales, donaron treinta mil sucres para la fundación de los ancianos.

En Agosto de 1943, el Asilo de Ancianos comienza a funcionar independientemente del Hospital, en la casa que inicialmente fue de la tercera orden de San Francisco y luego de artes y oficios, ya que esta fue suprimida por una dictadura.

Si bien el asilo pasó a funcionar separadamente, sin embargo, la administración era la misma del hospital, por Sor Cristina Juin, Superiora, y cabe anotar, además que Abel y María Yopez fueron los primeros beneficiados en el Asilo de Ancianos.

El 11 de Marzo de 1963 a petición de la Curia de Ibarra, se inscribe el testamento cerrado del Sr Luis León Ruales. En el mencionado testamento protocolizado en la notaria de la ciudad de Quito del Dr. Cristobal Salgado en el registros de la propiedad de Ibarra Pag. 182 dice textualmente lo siguiente: "No tengo herederos forzosos y puedo disponer libremente de mis bienes. Dispongo de estos así: dejo la hacienda Carpuela a la Junta de Asistencia Pública de Imbabura, para que con los frutos de esta hacienda se incrementen los fondos del Asilo León Ruales, que funciona en la ciudad de Ibarra, en la cual tendrán preferencia para ser admitidos los ancianos de las provincias de Carchi e Imbabura".

En enero de 1973, se unifican los servicios de salud en todo el país. El Hospital San Vicente de Paul, depende de la Jefatura Provincial de Imbabura. El Orfanato Pérez y el asilo de Ancianos León Ruales, depende también de la misma jefatura, económicamente.

Creemos justo mencionar aquí, por lo menos algunos nombres de las hermanas que han hecho la historia del Diario Convivir en el Asilo de Ancianos de Ibarra, Sor Juanita, Sor Inés Troya, Sor Josefina Mayeux, Sor Isabel Sarmiento, Sor Anita Galán y el 1 de Diciembre de 1975, Sor Inés Benítez Marcillo, quien, toma la dirección. En Reemplazo de Sor Anita Galán.

El 20 de Febrero de 1976, se presenta al Dr. Rómulo Idrobo, jefe provincial de Imbabura, una lista de necesidades urgentes del asilo. Como respuesta entre otras, se obtuvo, cerramiento posterior del asilo que da a la carretera, adecentamiento del salón, comedor, baños, instalaciones del teléfono, máquinas para rehabilitación y habitaciones para la estancia de los adultos mayores.

Desde entonces hasta la actualidad se han integrado instituciones público y privadas para la readecuación del asilo de ancianos León Ruales.

No obstante hay que mencionar que como institución pública y ahora como parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y el Nuevo Programa de atención Integral Al adulto Mayor se ha ido mejorando la atención a este grupo muy vulnerable.

Hoy al estar en un nuevo milenio podemos distinguir las necesidades que hay ido presentando este grupo y que se han mejorado por las adecuadas administraciones y constancia de registros válidos para la institución para una atención de calidad y calidez. El Asilo León Ruales de la Ciudad de Ibarra consta de un total de 45 adultos Mayores los mismos que se encuentran distribuidos en dos secciones en el asilo, para Hombres y mujeres respectivamente.

2.1.1.1.1 Instalaciones físicas

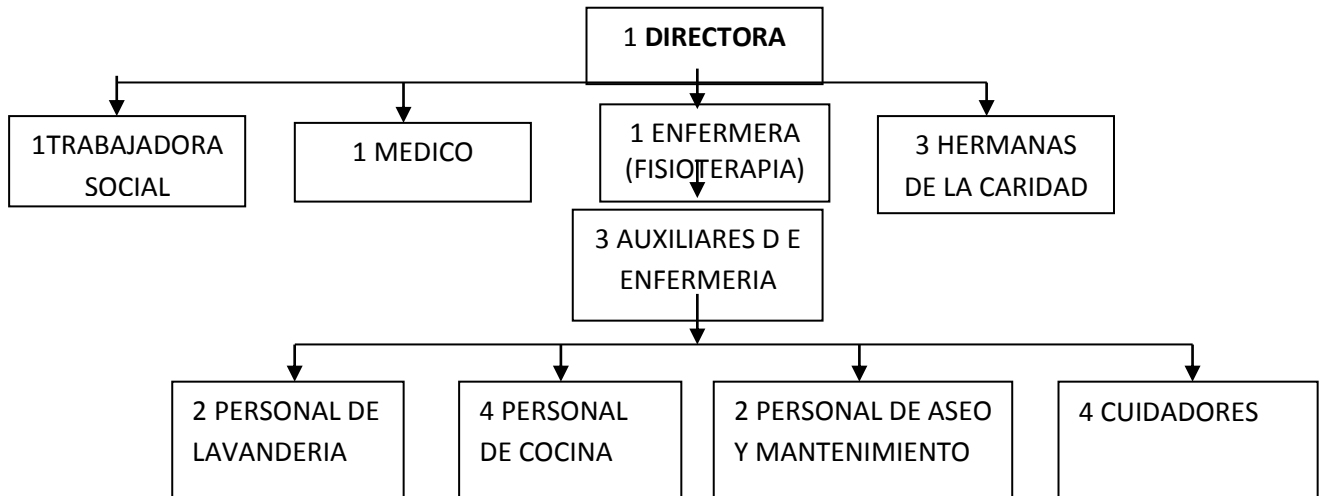
El asilo consta actualmente con una adecuada distribución pues presenta de:

- Dirección,
- Dos Secciones Una Para Hombres Y Otra Para Mujeres,
- Comedor,
- Cocina,
- Baños,
- Dormitorios,
- Capilla,
- Un Consultorio Médico,
- Un Consultorio De Enfermería,
- Farmacia,
- Lavandería,
- Sala De Uso Múltiple,
- Área De Rehabilitación,
- Jardines.

2.1.1.1.2 Áreas de recreación

Presenta 2 pequeños jardines por los que el adulto mayor puede caminar

2.1.1.1.3 Equipo de atención



2.1.1.1.4 número de adultos mayores

- **Hombres :20**
- **Mujeres:24**

2.1.1.1.5 Utilización del tiempo libre

La mayor parte del tiempo los adultos mayores suelen pasar en el patio descansando junto a sus compañeros.

Algunos días las personas que se encuentran en capacidades realizan baile terapia junto al terapeuta

2.1.1.1.6 Alimentación

Actualmente los adultos mayores reciben el desayuno, almuerzo, merienda y la denominada colación a media mañana y a media tarde la cual se basa en una fruta o algún tipo de golosina

Por lo general que consideraría que los alimentos que aquí se brinda suelen tener un bajo contenido de sal (hiposódica) y además no contiene mucha grasa ni carbohidratos hipocalórica)

2.1.1.1.7 Participación familiar (visitas)

Como se mencionó con anterioridad una gran parte de los adultos mayores que se encuentran dentro de la institución se encontraban en la mendicidad y aquellos que fueron ingresados por sus familiares no acuden con frecuencia por lo que difícilmente participan en cuanto el cuidado del adulto mayor

2.1.1.1.8 Atención medica

La atención médica suele darse cuando el adulto mayor presenta algún inconveniente que de una u otra manera atentan o comprometen el bienestar del adulto mayor

2.1.1.1.9 Tratamiento

La medicación que se administra a los adultos mayores que se encuentran dentro de la institución en su gran mayoría y aquellas que pueden ser fácilmente adquiridas son gratuitas ya que esta institución es financiada por el estado por lo que también los tratamientos son financiados por la institución

2.1.1.1.10 Costos

El estar asilado en este lugar no tiene precio ya que pertenece al sector público por lo que es financiado por el estado es por esta razón que la mayor parte de la población que se encuentra dentro de este asilo son personas cuyas familias los han abandonado o que se encontraban en la mendicidad por lo que son acogidas en esta institución sin importar género, etnia, edad etc.

2.1.1.1.11 admisión

En este asilo se admite a cualquier adulto mayor que lo requiere como ya se mencionó sin importar edad, sexo, etnia, sin tomar en cuenta la condición económica o determinar si tienen o no familiares , sino que solo se evalúa para determinar si existe el espacio físico necesario para asilarlo

2.1.1.2 Hogar De Ancianos “Carmen Ruiz De Echeverría”

En la ciudad de Cotacachi, mediante escritura pública celebrada en Quito el 7 de junio de 1993, la Sra Inés de Echeverría donó en forma gratuita a la diócesis de Ibarra el bien inmueble de su propiedad en la calle 24 de mayo, Cantón Cotacachi, Provincia de Imbabura, destinado a la creación de un hogar de Ancianos.

El Obispo, Monseñor Bernardino Echeverría Ruiz, solicitó a la Superiora Provincial una comunidad de Religiosas mercenarias para hacerse cargo del Hogar. El consejo provincial estudió la propuesta, siendo muy adecuado a nuestro carisma de practicar la caridad con los ancianos, se aceptó la solicitud del monseñor a mediados del año 1993, las religiosas se trasladaron al hogar, aunque si la construcción no estaba terminada para iniciar la asistencia a los ancianos.

El primer grupo estaba formado por Sor Irma Sepulveda, Sor Prudencia Navarrete y Sor Lidia Pilacuán. El hogar es un edificio de líneas arquitectónicas muy hermosas, amplio, funcional, con todos los recursos necesarios que garantizan la adecuada asistencia material y espiritual de las ancianas.

Cabe señalar que la infraestructura del hogar es para garantizar la adecuada asistencia material y espiritual de las personas de la tercera edad, solo femenina. El objetivo principal de esta institución es brindar al Adulto Mayor una Atención integral que incluye el fortalecimiento espiritual, atención eficaz y esperada para infundirles seguridad y confianza, procurando aliviar así sus sufrimientos físicos y hacerles sentir que son amadas y aceptadas como seres humanos e hijas de Dios.

En la actualidad se atiende a 22 personas de la tercera edad que residen en la casa hogar y entrega 7 almuerzos a personas mayores de escasos recursos económicos.

Por otra parte, es importante destacar que desde el año 2000 este hogar recibe apoyo gubernamental para poder solventar sus gastos. Hoy por hoy el Ministerio de Inclusión Económica y Social entrega un aporte

económico de 2500 dólares mensuales para el pago del personal y otros gastos de orden básico.

Este aporte que nos entrega el Gobierno ha permitido cubrir las necesidades. Han ejercido también como directoras del Hogar Sor Gertrudis Morales, Sor Clara Muñoz, Sor María de la Paz Rebolledo, Sor Miriam Saltos, Sor Celinda Briso, sor Aida Montenegro.

2.1.1.2.1 Instalaciones físicas

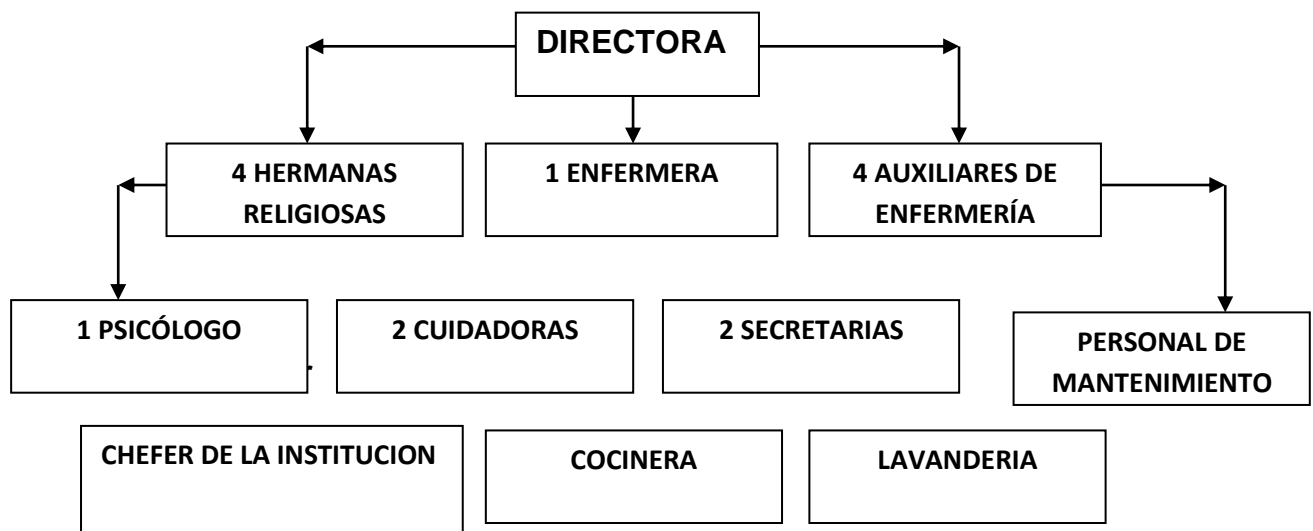
El asilo consta actualmente con una adecuada distribución pues presenta de:

- Dirección,
- Habitaciones
- Comedor,
- Cocina,
- Baños Localizados En Cada Habitación
- Baño Para Los Visitantes
- Capilla,
- Un Consultorio Médico,
- Un Consultorio De Enfermería,
- Un Consultorio De Psicología
- Farmacia,
- Lavandería,
- Jardines.
-

2.1.1.2.2 Áreas de recreación

Presenta 2 pequeños jardines por los que el adulto mayor puede caminar
Presenta varis espacios verdes en donde el adulto mayor podría recrearse

2.1.1.2.3 Equipo de atención



2.1.1.2. 4 Numero de adultos mayores

- Hombres: dentro de esta institución solo se acepta mujeres.
- Mujeres:22

2.1.1.2.5 Utilización del tiempo libre

La mayor parte del tiempo los adultos mayores suelen pasar realizando algún tipo de manualidades

Algunos días también practican ejercicios pasivos junto a su fisioterapeuta

2.1.1.2.6 Alimentación

Actualmente los adultos mayores reciben el desayuno, almuerzo, merienda y la denominada colación a media mañana y a media tarde la cual se basa en una fruta o algún tipo de golosina

Por lo general que consideraría que los alimentos que aquí se brinda suelen tener un bajo contenido de sal (hiposódica) y además no contiene mucha grasa ni carbohidratos hipocalórica) además incluyen en la dieta de los adultos mayores una gran cantidad de fibra cuyo consumo es importante durante esta etapa de la vida

2.1.1.2.7 Participación familiar (visitas)

Todos las ancianitas que se encuentran asiladas dentro de esta institución tienen familiares por lo que reciben visitas constantemente y cuyo familiares siempre están pendientes de las distintas actividades que van a realizar los adultos mayores

2.1.1.2.8 Atención medica

El medico siempre esta predispuesta a brindar atención a quien lo solicite, además que si el medico determina que un adulto mayor necesita atención pero no se la ha solicitado el actúa y colabora con el dg y recuperación de su enfermedad

La atención médica suele darse cuando el adulto mayor presenta algún inconveniente que de una u otra manera atentan o comprometen el bienestar del adulto mayor

2.1.1.2.9 Tratamiento

La medicación que se administra a los adultos mayores que se encuentran dentro de la institución es cancelada por los familiares ya sea que se trata de medicinas o algún tratamiento especial ya que al internarla en esta institución aceptan esos parámetros

2.1.1.2.10 Costos

El estar asilado al ser una entidad privada perciben una remuneración mensual de 130 dólares fuera de los gastos que se pueden producir por alguna enfermedad

2.1.1.2.11 admisión

En este asilo se admite solo a mujeres, el asilo solo aoje a un máximo de 22 pacientes las cuales deben ser traídas por algún familiar que acepte las distintas condiciones

2.2 MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA

2.2.1 Modelo de atención integral familiar comunitario e intercultural

En el 2007 el ministerio de salud pública promulgo las políticas de salud al incorporar al modelo como una de ellas centrado en la familia la comunidad con enfoque intercultural, de genero intergeneracional y territorial basado en los principios de la atención primaria de salud que permitió hacer realidad los derechos y deberes establecidos en la constitución vigente.

El modelo al promover, conservar recuperar la salud de la población ecuatoriana toma en cuenta a las personas adultas mayores como sujetos de derechos (dadas las condiciones limitadas de accesibilidad física económica, cultural, y social a los servicios de salud y sociales.

El modelo considera al individuo, la familia y la comunidad como el centro de su accionar y buscar mejorar la calidad de vida. Tiene estrecha relación con el buen vivir de acuerdo al articulo 14 de la constitución que en el caso concreto de los adultos mayores población marginada, ayuda y propicia la atención y cuidados continuos que necesita. Adaptando el sistema a las necesidades del adulto mayor a través de la coordinación entre los diferentes niveles para devolver la independencia física, mental, social que en algún momento puede haberla perdido.

En el proceso de ejecución desarrolla las capacidades del talento humano en el continuo asistencial y progresivo, para entregar respuestas integrales e integradas de salud a la población adulta mayor

Los principios básicos que maneja y orienta el modelo tales como la universalidad progresiva en el acceso y extensión de la cobertura , con lleva que los mecanismos de organización , provisión, gestión y financiamiento para la atención integral a los adultos mayores , sean adecuados en los ámbitos de la promoción , prevención, recuperación y rehabilitación , interrelacionando y complementando actividades sectoriales entre los diversos sistemas médicos : medicina formal, medicina ancestral medicina alternativas y complementarias Con la aplicación del modelo se pretende que la asistencia sea continuoprogresiva y equitativa a las personas adultas mayores independientes yautónomas, así como en episodios agudos, el

seguimiento en la rehabilitación para prevenir complicaciones que le pueden llevar a la dependencia.

2.2.2 dispositivo fuerte de atención primaria de salud

La atención primaria de salud estrategia básica para la atención de personas adultas dentro del sistema salud y sistemas sociales abarca diferentes categorías para producir mejoras equitativas y sostenibles que implica un enfoque amplio en el cual se identifican los valores principios componentes organizacionales y funcionales, porque propician la organización de los programas y planes de intervención adaptados al adulto mayor de acuerdo a sus problemas médicos sociales.

Al desarrollar la atención primaria de salud se supera la estructura tradicional de organización y funcionamiento de la salud al desarrollar acciones socio sanitario integrado entre las instituciones públicas, privadas y la participación activa de la población

2.2.3 Envejecimiento funcionalidad y autonomía

El envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde se presenta hasta una disminución del 25 al 30 % de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano , produciendo un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica , aumentando la vulnerabilidad al presentar enfermedades crónico degenerativas , mas la predisposición genética , , estilos de vida inadecuados y condiciones socioeconómicas precarias y ambientales nocivos , hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la dependencia a la dependencia

A diferencia que en la juventud las enfermedades se presentan a través de un semiología clásica en la vejez se presentan de una forma más atípica pues los síntomas se modifican por ejemplo aumenta el umbral del dolor cambia la regulación de la temperatura y el balance hidroelectrolítico.

Es así como una de las primeras manifestaciones de enfermedades en el adulto mayor se produce, a través de la alteración de la funcionalidad que constituye el signo de alarma más significativo

La definición formula que desde una perspectiva funcional el adulto mayor sano es capaz de enfrentar el proceso de cambio con el nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal.

El envejecimiento es un proceso universal progresivo, asincrónica e individual. Universal porque afecta a todos los seres vivos. Progresivo porque se produce a lo largo de todo el ciclo de vida en forma inevitable .Asincrónico

Porque los diferentes órganos envejecen a diferente velocidad Individual porque depende de las condiciones genéticas ambientales, sociales educacionales y estilo de vida de cada individuo en este contexto la funcionalidad es el principal indicador del estado de salud de las personas adultas mayores que llegan a un envejecimiento activo.

2.3 BASES GERONTOGERIATRICAS

La gerontología se considera como las ciencias que se dedica al estudio del proceso del envejecimiento con participación de las ciencias biológicas, psicológicas y sociales.

Se debe tomar en cuenta que para el estudio del proceso del envejecimiento se necesita de un equipo interdisciplinario que debe combinar la experiencia y los recursos necesarios para ampliar los conocimientos y las investigaciones que permitan conocer todos los aspectos del envejecimiento.

A partir de la gerontología se han derivado otras especialidades entre las que destaca:

- Gerontología biológica
- Gerontología social
- Gerontología geriátrica

La teoría más relevante en este estudio se considera que es la gerontología geriátrica la cual se ocupa del estudio de la ancianidad tomando en cuenta la fisiología, la patología, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que suelen presentarse en la mayoría de los ancianos, además dentro de esta especialidad se incluye el estudio y la rehabilitación de estas enfermedades tanto en el ambiente hospitalario como en el familiar.

“Santiago Ramón y Cajal dijo: Hay una enfermedad crónica necesariamente mortal que todos deberíamos evitar y que, sin embargo, todos deseamos la ancianidad”

Es importante recordar que según el acuerdo de Kiev, de 1979 la OMS considera adultos mayores a las personas, de más de 60 años para

quienes viven en países de vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados.

La palabra envejecimiento tiene la raíz en el término aetas (edad o vida) y por tal razón existen numerosas definiciones y por ende existen también diversas teorías entre las cuales pueden destacar:

Envejecimiento como etapa de la vida es se te considera como que son todos los cambios que se dan en el organismo con el paso del tiempo.

Envejecimiento como un proceso de deterioro. Esta teoría se basa en la suma de todos los cambios que se dan con el tiempo y la cual conduce a distintas alteraciones funcionales e inclusive puede llegar a la muerte Envejecimiento como daño celular y molecular dentro de nata teoría se encuentran todos los cambios que se producen dentro de la célula como en la membrana, citoplasma y núcleo.

Basadas en todas las teorías anteriormente mencionadas se puede llegar a definir al envejecimiento como un proceso normal de cambios las cuales van de la mano y se encuentran relacionados con el tiempo, la cual se inicia al momento del nacimiento y la cual va a continuar a lo largo de la vida considerando que la ancianidad es la fase final de todo este proceso por el cual todas las personas debemos atravesar

Además el envejecimiento incluye cambios en la configuración general entre las cuales se puede destacar las arrugas, canas, postura encorvada, inclusive se toma en cuenta las pérdidas sensoriales y disminución de las funciones vitales, produciéndose así un aumento de la susceptibilidad a muchas enfermedades.

La existencia de diferentes teorías en el transcurrir del tiempo nos han indicado que lo que intentan cada una de ellas es explicar de una u otra manera el proceso del envejecimiento humano a partir de una cuantiosa investigación biológica existente, pero lastimosamente hasta la fecha y a pesar de los estudios realizados aún no existe una teoría que logre explicar de una manera global o total el gran fenómeno del envejecimiento humano ya que en las diferentes puntos de cada una de las teorías se

hace difícil comprender si son la causa o la consecuencia del proceso del envejecimiento.

Lo que se puede evidenciar es precisamente justo mencionar es que en el inicio del presente siglo tenemos como herencia un aumento de la esperanza de vida lo que nos demuestra que podemos vivir más años, es por eso que a partir de esta realidad nos encontramos con varios autores que especulan con la posibilidad de tener una vida casi ilimitada

2.3.1 Evolución histórica del concepto anciano

El análisis de la vejez a través de las diversas épocas no es una tarea sencilla porque en primer lugar era prácticamente inexistente durante la larga prehistoria ya que el tipo de vida que ellos desarrollaban no eran necesariamente los más idóneos para que alcanzasen edades longevas, esto se puede afirmar ya que de todos los fragmentos de esqueletos que se han encontrado con el pasar de millones de años correspondían a personas no mayores de treinta años.

El concepto acerca de la ancianidad ha ido cambiando a través de las distintas sociedades existentes entre estas tenemos:

Sociedades antiguas .la cual se centra en los pueblos judíos conocidos por el respeto que rodea a la vejez , teniendo en cuenta que dentro de esta encontramos a la civilización griega la cual intenta dar una explicación razonable a fenómenos de la vida tales como la enfermedad y las etapas de la vida , cabe recalcar que en este proceso intervinieron varias escuelas de medicina y filosofía que aportaron con importantes avances gerontológicos , entre estas escuelas se encontraba la escuela Hipocrática la cual describe la sintomatología diferenciadora de las enfermedades en la vejez , también se encuentra Aristóteles el cual afirmaba que la vida se pierde poco a poco con la vejez por la pérdida del calor interno .

2.3.2 Inicio del cristianismo

En esta época se logran unir las dos teorías tanto de Hipócrates como

de Aristóteles llegando a la conclusión de que el envejecimiento era la pérdida del calor interno y como consecuencia la deshidratación y alteración de los humores

De esta teoría nacen las bases de los cuidados fundamentales a los ancianos, además que la aportación de la iglesia fue positiva debido a la creación de hospicios y hospitales

2.3.3 Edad media

La edad media fue un periodo de destrucción, confusión, y gran retroceso en la evolución de toda la humanidad es por eso que durante toda esta época los ancianos estuvieron excluidos de la vida pública siendo así los jóvenes quienes dirigían al mundo , es por eso que la situación de los ancianos era de miseria extrema , normalmente el anciano sufría malos tratos por parte de sus herederos inclusive eran desplazados de su propia habitación.

2.3.4 El renacimiento

En esta época termina siendo de gran ayuda al anciano ya que la burguesía prospera y los grandes mercaderes y banqueros adquirieron grandes títulos mediante la compra de tierras y bodas dando lugar a una nueva nobleza y desarrollándose de esta manera un patriciado urbano , lo cual hace que la propiedad se fundamente en los contratos y no en la fuerza física porque de esta manera cambia la condición del anciano ya que este va acumulando riqueza y poder en este época resalta ya que en ella aparecen los distintos centros caritativos en distintos países cuyo objetivo primordial es la atención al anciano , entre estos se destacan las hijas de la caridad las cuales siguen en existencia hasta la actualidad.

2.3.5 La revolución industrial

En esta época se produce un aumento de la población y como consecuencia del mejoramiento de los hábitos se aumenta también la longevidad, sobre todo en las clases más acomodadas pero en esta

época aun el anciano es solamente respetado pero no amado. Además que los cambios producidos a causa de la revolución industrial fueron nefastas para el anciano, ya que la vejez los condenaba de una u otra manera a la indigencia y de esta manera el anciano que no podía ser mantenido por su familia solo podía contar con el auxilio que le brindaba la iglesia.

2.3.6 Papel social de la vejez

Dentro de este se deben reconocer las distintas teorías sociales sobre el envejecimiento las cuales tienen como objetivo explicar la influencia de los factores culturales y sociales sobre el envejecimiento entre las cuales tenemos:

- **Actividad.** Esta teoría afirma que a las personas mayores se les llega a privar de vario papeles y por tal razón el anciano se convierte en un individuo desadaptado no solo de la situación en la que se encuentra sino de sí mismo.
- **Medio social.** esta teoría cree que el comportamiento durante la vejez va a depender de ciertas condiciones biológicas y sociales.
- **Retraimiento.** asegura que el envejecimiento está acompañado de una falta de confianza recíproca de la sociedad y del individuo , es decir que el anciano cada vez se aleja de la sociedad y como resultado de este alejamiento la sociedad le ofrece menos posibilidades
- **Continuidad.** Afirma que la última etapa de la vida hace que se prolonguen las anteriores por lo que se considera que todos los hábitos n, gustos etc. que fueron adquiridos en la juventud seguirán conservándose en la vejez
- **Estratificación social.** Según esta teoría las personas pertenecemos a un determinado grupo social y es en esta teoría donde se da el caso de que las personas mayores están aumentando notablemente lo que confirma esta teoría

2.4. EL PROCESO DE ENVEJECER

El proceso de envejecer es un proceso orgánico y funcional de cambios continuos que llegan a afectar no solo al ser humano sino a todos los seres vivos.

En los últimos años estos cambios que se producen acarrear consigo limitaciones del organismo para adaptarse al medio, de todas formas este proceso por el que todas las personas tendrán que atravesar es un proceso individual el cual se encuentra relacionado íntimamente con los factores ambientales en los cuales las personas mayores se han ido desarrollando así como los estilos y calidad de vida que ha disfrutado durante todo ese periodo.

Silo tomamos desde otro punto de vista también se puede considerar que es un proceso en el que las personas sufren una serie de cambios de carácter morfológico, psicológico y morfológico.

2.4.1 Procesobiológico del envejecimiento

Los cambios fisiológicos que tienen lugar en el organismo que envejece consisten en la modificación tanto de los órganos como de los tejidos dando como resultado final la pérdida de la actividad funcional.

Gerontológicamente siempre se ha rechazado el concepto de la vejez como enfermedad pues las alteraciones que presenta una persona de edad avanzada son reflejo de una enfermedad y no necesariamente de la vejez

2.4.2 Variables que afectan la prestación de enfermedades.

- La Co-morbilidad.- La insuficiencia en un sistema puede llevar a la insuficiencia de otro.
- Insuficiencia orgánica múltiple.- Pluripatología.
- El uso de múltiples medicamentos.- Puede complicar el manejo. Algunos medicamentos pueden curar y en otras ocasiones sus efectos secundarios son más perjudiciales.
- Causas múltiples del mismo síntoma.- muchas enfermedades pueden presentarse bajo la misma sintomatología, como la fatiga y anorexia presentes en múltiples patologías geriátricas
- Diferente presentación que en los adultos jóvenes.- se habla de una presentación atípica de la enfermedad, en realidad, la prestación atípica para los estándares del adulto joven es atípica en el adulto mayor, de manera que incluso podemos de linear modelos específicos de prestación de la enfermedad, que contrastan con el modelo medico prevaleciente.
- Prestación tardía.- La mayoría de neoplasias en el adulto mayor pueden cursar asintomáticas hasta que se hallan en fases avanzadas cuando es muy poco lo que se puede ofrecer.
- Relación medico paciente.- implica el conocimiento, habilidades y destrezas y actitudes para desarrollar una atmosfera de confianza y una posición de liderazgo.

2.4.3. Características del envejecimiento en el organismo

Cuando se llega a la vejez en el cuerpo se produce una serie de cambios fisiológicos, anatómicos y funcionales que terminan por alterar el equilibrio homeostático pudiendo de esta manera llegar a ser incompatibles con la vida

El cuerpo atraviesa por distintos cambios entre los cuales se pueden llegar a mencionar:

2.4.4 Cambios en el tejido epitelial

La vejez siempre llevara consigo cambios en la piel, el pelo, y las uñas, en este proceso de cambio el cabello se pone gris o blanco o inclusive puede llegar a la pérdida del cabello, además durante este proceso la piel se arruga además que esta se presentara seca, escamosa e inclusive se puede presentar prurito, además tomando las uñas se ponen se ponen gruesas pero muy frágiles.

2.4.5 Cambios neurológicos

Uno de los cambios que se han documentado en esta etapa es la pérdida del tamaño y peso del cerebro, así como también se pierden el número de números, en las personas de edad adulta existe una transmisión nerviosa más lenta y por ende hay una reducción de la conducción nerviosa.

Se debe recalcar que estos cambios neurológicos que suceden en los adultos mayores suelen afectar a las necesidades básicas como el descanso o sueño es por eso que a esta edad suelen quejarse de la dificultad que tienen para conciliar el sueño.

2.4.6 Cambios sensoriales

En las personas mayores los cambios sensoriales son progresivos y a partir de las edades superiores a los 70 años estos órganos presentan algún tipo de alteración funcional a nivel de la agudeza sensorial.

En los adultos mayores la percepción del dolor esta disminuida, además que su coordinación muscular para iniciar el movimiento requiere más tiempo que para un joven, también a esta edad la vista sufre diversas alteraciones como disminución de la agudeza visual, disminución de las lágrimas, también los acianos presentan una pérdida de la audición y finalmente el sentido del gusto aparentemente disminuye con la edad.

2.4.7 Cambios en el sistema musculo esquelético

Con el paso del tiempo el organismo presenta una pérdida progresiva de la fuerza y resistencia muscular la cual es causada por la atrofia de las células musculares y una disminución de las fibras elásticas que conducen por consiguiente a una pérdida de la flexibilidad

Entre los adultos mayores es muy frecuente que se presente la osteoporosis ya sea por una dieta baja en proteínas, minerales y vitaminas siendo esta enfermedad más frecuente en las mujeres ya sea por la deficiente absorción e ingesta de calcio o por trastornos endocrinos.

2.4.8 Cambios cardiovasculares

En el corazón al igual que en otros músculos se produce un acumulo de colágeno y grasa, por lo que su rendimiento va disminuyendo con el pasar de los años, tomando en cuenta que el sistema vascular de las personas ancianas van a presentar un grado de arterioesclerosis que afecta a la aorta a las arterias coronarias y a las carótidas

2.4.9 Cambios respiratorios

Los cambios que se presentan a nivel del aparato respiratorio vienen acompañados de problemas que se presentan a nivel óseo ya sea en el tórax o en la columna vertebral, además que el proceso del envejecimiento hace que los pulmones pierdan su peso y volumen lo que provoca que se vuelvan rígidos y menos distendibles por la dificultad de la contracción de los músculos inspiratorios.

Otra alteración importante que se presenta a esta edad avanzada es la perdida de la efectividad de la tos que conduce a un aumento de la dificultad para poder eliminar las secreciones lo que conduce a un aumento de la vulnerabilidad del adulto mayor a padecer infecciones respiratorias.

2.4.10 Cambios gastrointestinales

En los ancianos las glándulas salivales secretan menos saliva, además que presentan una menor hidratación de la mucosa bucal lo que conlleva a la aparición de caries dentales y a la pérdida de las piezas dentales

Además en los ancianos la sensación de saciedad es normal debido a la disminución del peristaltismo desde el esófago hasta el colon

Un trastorno frecuente en los ancianos es el estreñimiento causado por la dificultad que tienen para relajar el esfínter, así como también se le puede atribuir a la pérdida de la fuerza abdominal, un déficit en su dieta es decir poca cantidad de líquidos y fibra.

2.4.11 Cambios endocrinos

Existe una falta de respuesta en la persona anciana a determinadas hormonas, en cambio en otras se produce un efecto contrario, es decir que aumenta la secreción como es el caso de la hormona antidiurética u otras como la del crecimiento en respuesta a estímulos bajos como los niveles de glucemia.

2.4.12 Cambios genitourinarios

El riñón con la edad al igual que otros órganos presenta una pérdida de peso y volumen lo que provoca que a nivel renal se produzca una disminución de las nefronas del riñón y un cambio degenerativo gradual en las que quedan, disminuyéndose de tal manera la filtración glomerular.

Otro cambio que se puede presentar es la reducción por parte de las células tubulares de su capacidad de reabsorción y secreción selectiva lo que puede conducir a la pérdida de agua y electrolitos.

2.4.13 Aspectos sicosociales del envejecimiento

Para poder determinar todos aquellos cambios sociales que puede presentar el adulto mayor se toma en cuenta varios aspectos, no solo tomando en cuenta la situación actual en la que se encuentran, sino todas aquellas circunstancias que han influido de una manera u otra que influyen en el proceso del envejecimiento Si logramos conseguir toda la

información del entorno donde se ha desarrollado desde su niñez hasta esta etapa podremos identificar todos aquellos factores de riesgo y de esta manera poder brindar la ayuda necesaria dependiendo de cada uno de los adultos mayores.

2.4.14 Tiempo de reacción.

En la etapa del envejecimiento los adultos mayores pierden la capacidad de realizar las actividades con toda normalidad pues, son más vulnerables a presentar accidentes laborales e incluso en el hogar. De tal manera los adultos mayores presentan un cambio no es exclusivo por el estímulo sino que en el influyen toda una serie de factores que interrelacionan entre ellos ya que este tema no solo es cuestión del tiempo.

2.4.1.5 Capacidad de acción

En los adultos mayores las capacidades para realizar las actividades de su vida han ido cambiando notoriamente, pues ahora son más lentas y han perdido su capacidad de antes. Esto no simplemente es que ya es adulto mayor sino que están bien relacionadas con problemas biológicos y capacidades motoras o simplemente presencia de una enfermedad que está alterando sus capacidades.

3.4.16 Agudeza sensorial.

Su alteración es importante ya que influyen en el equilibrio, ya que según su funcionamiento reducirá o distorsionara la información que la persona puede procesar.

3.4.17 Inteligencia

Es considerada como la capacidad de comunicar, comprender y cuidar de uno mismo. La personas mayos anciana media, física y mentalmente sana no presenta disminución en su capacidad de inteligencia por lo que la degeneración de esta se relaciona con la capacidad de salud. Por lotanto se llega a considerar que l capacidad de inteligencia ira bien

relacionada con el tiempo y a su vez con la capacidad de acción del adulto mayor.

3.4.18 Aprendizaje.

Es cierto que en las etapas finales de la vida tanto la memoria como el aprendizaje disminuyen, es decir que el aprendizaje va de la mano con una serie de factores complejos que influyen en él como la salud el tiempo de reacción y la motivación y aprenden con facilidad si la enseñanza va a un ritmo más lento.

3.4.19 Resolución de problemas y memoria

Los adultos mayores tratan de resolver los problemas a través de su experiencia a nuevas dificultades s hacen más como problemas pues ellos han tardado en adaptarse a los nuevos avances y creencias actuales por ello la memoria no remota de manera esperada por este grupo tan vulnerable.

3.4.20 Actitudes intereses y valores.

En este aspecto los adultos mayores son muy conservadores a pesar de que los cambios les crean inseguridad y miedo, estas personas suelen valorar muy positivamente la seguridad en lo más amplio del término.

3.4.21 El concepto personal

El autoconcepto depende de lo que uno cree que los demás piensen de el, por esta razón las personas buscan formar parte de este grupo siendo aceptados tal y cual son sin importar creencias, religiones y la idiosincrasia de las diferentes etnia.

2.5 VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

2.5.1 Definición

Es el proceso de diagnóstico evolutivo multitensional y multidisciplinario, destinado a identificar y cuantificar los problemas físicos funcionales, mentales, sociales, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita la acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de lograr el mayor grado de autonomía.

2.5.2 Composición del equipo

Composición

Está formado por el médico, la enfermera trabajadora social y el sicólogo, además pueden participar el terapeuta ocupacional, y el fisioterapeuta, aunque pueden participar otros `profesionales como la terapeuta del lenguaje, el nutricionista y el podólogo.

2.5.2.1 Funcionamiento.-

- ❖ Un incremento de la precisión diagnóstica
- ❖ Una mejor orientación de la selección de intervención tanto profiláctica como terapéutica.
- ❖ Mejorar, recuperar y mantener el estado funcional, el afecto y estado cognitivo.
- ❖ Disminuir los riesgos de polifarmacia.
- ❖ Disminuir las hospitalizaciones e inclusive ingresos de repetición.
- ❖ Detectar a tiempo y corregir los actos iatrogenicos

2.5.3 Valoración clínica y de laboratorio

2.5.3.1 Definición

La valoración clínica de la persona mayor es el proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario, destinado a detectar los problemas físico-clínicos con la intención de elaborar un plan de promoción, prevención, atención y rehabilitación según corresponda.

2.5.3.2 Antecedentes patológicos

Revisar los antecedentes patológicos personales, profundiza en las patologías crónicas que están más activas

Buscar antecedentes de:

- Problemas de salud oral
- Cardiopatía isquémica
- Hipertensión arterial
- Enfermedad vascular periférica
- Osteoporosis
- Diabetes mellitus
- Hipertiroidismo
- Dislipoproteinemias.
- Malnutrición por defecto
- Malnutrición por exceso
- EPOC
- Tuberculosis
- Enfermedad de Parkinson
- Demencias-Alzheimer
- Depresión
- Intento suicida
- Trastornos psiquiátricos
- Enfermedades articulares
- Osteopatías
- Fracturas patológicas

- Lumbalgia
- Úlceras de presión
- Trastornos urinarios
- Incontinencia
- Hipertrofia prostática
- Glaucoma
- Cataratas
- Trastornos de la visión
- Trastornos de la audición
- Anemia
- Neoplasia
- Trastornos del sueño
- Disfunción sexual

2.5.3.3 Historia farmacológica

Investigue los medicamentos recetados, auto-medicados, los que utiliza actualmente, ocasionalmente o en el pasado y las dosis que está tomando. Además medicinas alternativas.

2.5.3.4 Hábitos.-

- Problemas de sueño
- Hábitos de alimentación
- Actividad física
- Interés y capacidad del acto sexual

2.5.4. Valoración nutricional

La alimentación juega un papel muy importante durante el ciclo de la vida, existen cambios en diferentes funciones orgánicas que están relacionadas con la selección y frecuencia de consumo de determinados alimentos y bebidas.

Es básico conocer el estado nutricional de las personas mayores, los aspectos dietéticos, socio-económicos, funcionales, mentales, psicológicas y fisiológicas.

La valoración del estado nutricional pretende obtener información sobre dieta habitual, los cambios de ingesta, los cambios de peso, así como la capacidad funcional de individuo.

En esto incluimos

- Antropometría.
- Parámetros hematológicos.
- Parámetros bioquímicos.

2.5.4.1 Métodos antropométricos de valoración

La antropometría tampoco permite una estimación adecuada de la composición corporal debido a la redistribución del tejido adiposo, desde el tejido celular subcutáneo hacia el área visceral, lo que ocurre con la edad. Además la talla es alterada debido a alteraciones de la columna vertebral. Las medidas utilizadas en el adulto mayor son: peso, talla, circunferencia de brazo, cintura, cadera.

2.5.4.2 Índice de masa corporal.

Son más utilizadas en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicador de la composición corporal.

IMC= peso en Kg/ talla 2 en m²

Puntos de corte para evaluar el estado nutricional del adulto mayor.

MUY BAJO PESO	16.00-16.99
BAJO PESO	17.00-18.99
NORMAL	19.00-24.99
SOBRE PESO	25.00-29.99
OBESIDAD I	30.00-34.99
OBESIDAD II	35.00-39.99
OBESIDAD III	40.00-44.99

2.5.4.3 Circunferencia de la cadera

El envejecimiento se asocia con una redistribución del tejido adiposo, caracterizado por el aumento de la grasa visceral que es conocido factor de riesgo cardiovascular a través de su asociación insulinoresistencia, diabetes, hipertensión e hiperlipidemia.

2.5.5 Valoración funcional rehabilitación-ejercicio físico

La valoración funcional de la persona mayor es el proceso diagnóstico multidimensional usualmente multidisciplinario, destinado a detectar los problemas funcionales con la intención de elaborar un plan de promoción, prevención, atención, y rehabilitación.

Definiciones.-

La capacidad funcional.- es la habilidad de un individuo para actuar y funcionar en la vida diaria, con autonomía e independencia.

La autonomía.- es el grado que los hombres y mujeres pueden funcionar como desean hacerlo.

La independencia.- la capacidad de realizar las tareas y asumir roles sociales en la cotidianidad, en un amplio rango de complejidad sin necesidad de supervisión.

2.5.5.1.1 La capacidad funcional y el envejecimiento.

La dependencia de la declinación a lo largo de la vida esta determina en gran parte por factores externos como el de fumar, la nutrición poco adecuada o la falta de actividad física, etc. La aceleración en la declinación puede ser reversible a cualquier edad. Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, se manifiesta como declinación del estado funcional. Estos son responsables del deterioro del deterioro funcional del adulto mayor y conducir a incapacidad severa y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia.

2.5.5.2 La evaluación del estado funcional.-

Para estimar la capacidad funcional

- Pregunte por las actividades realizadas en el día de la visita
- Si hay deterioro cognoscitivo corrobore la información con el acompañante.
- Observe como el paciente ingresa a la sala, se sienta y se levanta de la silla.

Si se identifica deterioro funcional.

- Precisar la causa del mismo
- Precisar su tiempo de evolución

El índice de Katz es uno de los más ampliamente utilizados y mas cuidadosamente evaluados, se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos.

2.5.5.3 Evaluación de las actividades de la vida diaria.

Es importante el concepto de:

Independiente (I): es una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda solo para un componente de la actividad

Dependiente (D): es aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo supervisión y guía.

Intermedia de la dependencia (A): persona que requiere de asistencia para más de un componente, pero puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión.

El índice de Katz designa:

Independiente(I)	2puntos
Moderado nivel de ayuda (A)	1 punto
Dependiente(D)	0 puntos

Esta puntuación inicial es significativa como medida de base y su disminución a lo largo del tiempo indica deterioro, también puede servir para clasificar a la población en una escala continua de más o menos autonomía.

Las actividades instrumentales de la vida diaria hacen referencia a la ejecución de actividades complejas necesarias para la vida independiente en la comunidad.

Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria.

El enfoque de la escala de Lawton es sobre el grado de independencia que el paciente tiene según su nivel funcional, es capaz de detectar deterioro funcional más tempranamente que el índice de Katz.

La puntuación continúa siendo así:

I=2, A=1, D=0.

El movimiento es un componente esencial del adulto mayor, pues todos sus sistemas corporales funcionan con mayor eficacia cuando está activo. La pérdida de la capacidad de marcha y equilibrio son indicadores de alto riesgo para la salud del individuo.

2.5.5.5 Valoración de equilibrio y marcha

Movilidad.- Capacidad de las personas de edad para preservar su funcionalidad depende de su motricidad.

Equilibrio.- Evaluación clínica de la marcha debe incluir la observación del equilibrio utilizando la escala de Tinetti como guía.

Marcha.- Para ejecutar la marcha se requiere de:

- A.- integridad articular.
- B.- coordinación neuromuscular.
- c.- Integridad de las aferencias propioceptivas, visuales, y vestibulares

Es frecuente 1 de cada 5 personas de 75 años y mas tienen algún tipo de deterioro, la evaluación clínica debe incluir el interrogatorio, levantarse de una silla con respaldo y duro, caminar 3m, dar la vuelta, regresar a la silla, y sentarse nuevamente en la silla.

2.5.5.6 Rehabilitación

La OMS define como un proceso activo por el que aquellas personas discapacitadas como consecuencia de una enfermedad o una lesión alcanzan una recuperación total o desarrollan su máximo potencial físico, psíquico y social.

Es una forma de intervención sobre el proceso incapacitante de la persona mayor en la transición de enfermedades deterioro-actividad, influyen además procesos contextuales (raza, sexo, entorno físico, soporte social, finanzas, etc.)

El envejecimiento se acompaña de la disminución de las capacidades de reserva del organismo, las cuales responden tanto a factores fisiológicos como patológicos. Esto es importante para la rehabilitación en geriatría, ya que deberá tomarse en cuenta su indicación, no solo en el problema de rehabilitar, sino también en las capacidades residuales que tanto en el área biológica, psicológica o social, posee el paciente para enfrentar el proceso de rehabilitación.

2.5.5. Factores y principios a respetar al aplicar rehabilitación del adulto mayor.

1. Necesidad absoluta de un tratamiento precoz y muy a menudo preventivo, toda deficiencia motriz, de origen nervioso o articular, debe ser objeto de una urgente reeducación.
2. Adaptación a la psicología individual del anciano y a su mayor lentitud para asimilar los elementos de la reeducación.
3. Utilización de un máximo de métodos activos y de un mínimo de aparatos y accesorios.
4. Creación de un ambiente psicológico favorable y mucha paciencia por parte de la terapeuta.
5. Si es posible ejercicios diarios pero sin fatiga y dar constantemente impulso a la actividad.

6. Necesidad en medida de lo posible, de la continuidad del tratamiento por el mismo terapeuta.
7. Toda reeducación en institución geriátrica debe efectuarse con mucha prudencia y en colaboración estrecha con todos los miembros de la valoración geriátrica.
8. Los objetivos han de ser muy a menudo modestos y una de las metas principales será la readquisición de una independencia real tan completa como sea posible, teniendo en cuenta las capacidades reales de los pacientes.

En el proceso de rehabilitación física en geriatría, e deben identificar y modificar factores de riesgo que afecten al paciente como: sedentarismo, la obesidad, la inactividad, el habito de fumar, el alcoholismo y los malos hábitos nutricionales, fundamentalmente

El ejercicio físico en la persona adulta mayor.

Son cualquier movimiento del cuerpo producido por la actividad muscular y consumo de energía.

El ejercicio físico se caracteriza por qué:

1. Aumenta la fuerza muscular, la flexibilidad y la capacidad para el ejercicio.
2. Disminuye la mortalidad de origen cardiovascular.
3. Disminuye la pérdida de masa ósea.
4. Mejora el perfil lipídico y el metabolismo de carbohidratos.
5. Disminuye el porcentaje de grasa corporal y favorece el control de peso.
6. Disminuye la ansiedad, insomnio y depresión.
7. Mejora la sensación de bienestar.

La valoración física también incluirá el estado neurológico en busca de neuropatías periféricas y alteraciones del equilibrio.

Debe evaluarse el estado de las articulaciones de carga, la estabilidad y potencia muscular y además el estado oftalmológico y cardiovascular

tomando en consideración que los adultos mayores sin historia de patología cardiovascular pueden iniciar un programa de ejercicios.

Programa de ejercicio físico

Debe ser equilibrado y reunir ciertas condiciones.

1. Incluir ejercicios para aumentar la flexibilidad musculo tendinosa.
 2. Debe ser atractivo y adecuado
 3. Iniciarse en forma gradual.
 4. Utilizar opa y calzado cómodo.
 5. Instaurar anteriormente ejercicios de flexibilización, equilibrio y potenciación.
- A) Tipo de actividad: es adecuada toda actividad que utilice grandes grupos musculares y ser mantenidas en largos tiempos. Pueden ser: discretas variaciones de las frecuencias cardiacas y discontinuas.

Programa de ejercicio físico

Debe ser equilibrado y reunir ciertas condiciones.

6. Incluir ejercicios para aumentar la flexibilidad musculo tendinosa.
 7. Debe ser atractivo y adecuado
 8. Iniciarse en forma gradual.
 9. Utilizar opa y calzado cómodo.
 10. Instaurar anteriormente ejercicios de flexibilización, equilibrio y potenciación.
- B) Tipo de actividad: es adecuada toda actividad que utilice grandes grupos musculares y ser mantenidas en largos tiempos. Pueden ser: discretas variaciones de las frecuencias cardiacas y discontinuas.
- C) Intensidad del esfuerzo: se recomienda que alcance la frecuencia cardiaca de 40-60% máximo.
- D) Duración: no debe pasar de 20min y aumentar progresivamente hasta 1 hora.
- E) Frecuencia: se recomienda tres secciones por semana.

F) Ritmo: dependerá del estado de salud. De la capacidad funcional y de las metas planteadas.

Deportes y esparcimiento.-

El deporte contribuye a una prevención frente al envejecimiento acelerado, por ello es necesario realizar un chequeo médico y una prueba de esfuerzo con la finalidad de encontrar fallas orgánicas.

Los efectos son:

- ❖ Influencia benéfica sobre el envejecimiento fisiológico.
- ❖ Mejora la capacidad pulmonar.
- ❖ Adaptación cardíaca al esfuerzo.
- ❖ Mejora la fuerza muscular y flexibilidad articular.

Valoración social

La valoración social geriátrica se ocupa de la relación que existe entre la persona mayor y su entorno, estableciendo la vía para que los sistemas de apoyo de apoyo social se utilicen de manera adecuada. La evaluación del funcionamiento social también debe tener en cuenta la posible presencia de maltrato.

Herramientas de valoración.

Se recomienda que en el centro de salud se utilice una entrevista sistematizada instrumento que, tomado en cuenta las realidades nacionales y locales, busque los factores de riesgo y situaciones sociales de las personas mayores. En este caso el primer paso es definir el objetivo de la evaluación, se erigirá el instrumento más apropiado y los recursos sociales a través del tiempo.

Servicios sociales

Las personas mayores deberían contar con una base de recursos, prestaciones e intervenciones sociales vinculadas y coordinadas con el centro de salud y los EBAS. Un correcto diagnóstico social del adulto mayor condiciona el éxito de una coordinación apropiada de los recursos necesarios para la realidad del individuo.

2.6 GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Evento involuntario que precipita a la persona a un nivel inferior o al suelo, constituye uno de los grandes síndromes geriátricos, que pueden provocar lesiones traumáticas de distinta magnitud desde lesiones leves hasta severas las caídas se constituyen en un marcador de fragilidad. Sea comprobado que los adultos mayores frágiles caen mas frecuentemente que los no frágiles aunque las consecuencias de la caídas son más graves en estos últimos. Los accidentes son la 5ta causa de muerte en los adultos mayores, el 70% de los accidentes son por caídas.

La valoración de los adultos mayores con riesgo a caídas deben ser una actividad clínica habitual en atención primaria y debe incluir información hacer de las caídas propiamente y para ello se propone un abordaje de tres pasos.

- ❖ Revisión de la circunstancia de la caída.
- ❖ Identificación de los factores de riesgo del paciente.
- ❖ Evaluación de la postura, el equilibrio y la marcha.

Importante: Las caídas no siempre son eventos accidentales, pueden ser manifestación de una enfermedad.

La caída suele conducir a la dependencia por temor a otras caídas.

Además de las consecuencias físicas, las caídas tienen importante repercusiones psicológicas, económicas y sociales.

La causa de mayor parte de disturbios de la marcha en el adulto mayor, es multifactorial y no posible de corrección por un simple tratamiento.

2.6.1 Delirio y síndrome confusional

Definición

Es un síndrome cerebral orgánico agudo, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, baja del nivel de conciencia, trastorno de la atención incremento o disminución de la actividad psicomotora de carácter fluctuante irreversible. En todos los casos es consecuencia de una enfermedad somática aguda, considerada urgente en geriatría.

Intervenciones específicas

- ❖ Mantener un estricto balance hidroelectrolítico y una nutrición apropiada.
- ❖ Seleccionar las drogas con menor efecto colinérgico.
- ❖ Monitorizar el estado mental y los datos vitales.

Intervenciones genéricas

- ❖ Corrección de los déficits sensoriales.
- ❖ Mantener la habitación iluminada para evitar delirium.
- ❖ Sujetarlos en el hecho para evitar inquietud y agitación
- ❖ Colocar un reloj de pared y calendario.
- ❖ Tratamiento oportuno de infecciones y cuidados en la administración de drogas.
- ❖ Mantener un ambiente tranquilo y de confianza.
- ❖ Mantener una buena relación intrafamiliar.

2.6.1.1 Intervenciones en los pacientes con demencia.

Los cuidadores sufren angustias tratando de controlar al paciente, es importante que se realice una rotación constante y que conozcan que es una situación reversible y que puede tomar un mes o más la recuperación.

Importante:

En el delirium, el paciente debe ser hospitalizado, a menos que la causa y el tratamiento lo realicen en domicilio.

La presencia de un delirium hipo activo, a pesar de la corrección de la anomalías que en apariencia de dan origen, obligan a su referencia para una más profunda evaluación.

2.6.1.2 Demencias-enfermedad de Alzheimer

Síndrome clínica caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, de carácter orgánico, sin alteraciones de nivel de conciencia que puede afectar las capacidades funcionales e interfieren en el desarrollo de sus actividades cotidianas.

En consideración la incidencia de Alzheimer, la cual es muy importante en adultos mayores llegando a alcanzar en mayores de 85 años un porcentaje de afección del 40%.

Criterios diagnósticos de la enfermedad de Alzheimer

1. enfermedad Alzheimer definitiva
2. enfermedad de Alzheimer probable
3. enfermedad de Alzheimer posible

El diagnóstico

- ❖ Deterioro progresivo en la función cognitiva
- ❖ Alteraciones en las actividades de la vida diaria.
- ❖ Historia familiar de demencia.
- ❖ Punción lumbar y EEG normales y evidencia de atrofia en TAC craneal.

Características

- ❖ Queja de la pérdida de memoria
- ❖ Actividades de la vida diaria normales.
- ❖ Funcionamiento cognitivo normal
- ❖ Ejecuciones de memoria por debajo de la norma que corresponde a la edad
- ❖ Ausencia de demencia.

Importante

- ❖ Asegurarse de que no se trate de una depresión simulando una demencia.
- ❖ El diagnóstico de demencia no debe conducir al nihilismo terapéutico
- ❖ El diagnóstico global, el entrenamiento y el apoyo de los familiares mejoran la calidad de vida de los pacientes.

2.6.3. Depresión

Enfermedad que afecta a los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la sicomotricidad de las personas, pueden presentarse como tristeza exagerada unida con pesimismo

Diagnostico diferencial

- ❖ Si existe sintomatología psicótica, puede tratarse de una sicosis aguda
- ❖ Si hay consumo de alcohol, de un trastorno debido a la ingesta de alcohol.
- ❖ Si hay síntomas de deterioro cognitivo marcado, se debe evaluar la posibilidad de demencia.
- ❖ Algunos medicamentos pueden provocar síntomas depresivos.

Importante

- ❖ Tener alto índice de sospecha frente a la somatizacion
- ❖ Considere el diagnostico ante deterioro de funciones mentales superiores.
- ❖ El tratamiento debe darse a dosis progresivas evitando efectos secundarios.

2.6.4 Fragilidad

Definición

Es referida como u umbral a partir del cual la perdida de la reserva fisiológica y y de la capacidad de adaptación del organismo empieza a ser insuficiente para mantener la independencia y se sitúa en riesgo de perderla.

Importante

- ❖ Su manejo se basa en la respuesta geriátrica que incluye la evaluación geriátrica completa y el manejo basado en problemas multidisciplinario.
- ❖ Fragilidad implica vulnerabilidad y riesgo de deterioro.

- ❖ Se define como un estado que se caracteriza por deterioro en las reservas fisiológicas del individuo.
- ❖ Tiene manifestaciones complejas y múltiples marcadores.
- ❖ Las intervenciones de mayor beneficio son las nutricionales y ejercicio supervisado.

2.6.4.2 Iatrogenias y nociones de farmacología

Las iatrogenias son más frecuentes en el anciano por falta de información de médico, por automedicación e incumplimiento de la prescripciones. El 10% de los ingresos hospitalarios de ancianos se debe a las reacciones adversas a los medicamentos y el 50% de los accidentes que ocurren en ancianos se debe a las drogas.

Consideraciones importantes a considerar para la administración de fármacos en el adulto mayor.-

- ❖ Los cambios farmacocinéticas y farmacodinámicos de los medicamentos que se producen con el envejecimiento.
- ❖ El estado nutricional, pues la hipoproteinemias altera el proceso de distribución del fármaco.
- ❖ El estado mental de los pacientes, y el nivel educativo de los cuidadores para la adecuada toma de medicamentos.
- ❖ La situación socioeconómica para la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas
- ❖ Evitar efectos adversos que alteren la calidad de vida.
- ❖ Tomar en cuenta la polifarmacia debido a la polipatología del adulto mayor.

2.6.5 Ulceras por presión

Definición

Es la lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdidas de sustancias cutánea y producida por presión o fricción entre prominencia ósea y una superficie externa durante el tiempo prolongado.

Son un problema grave y frecuente en las personas de edad avanzada, se presentan por inmovilidad y su manejo adecuado representa un índice de calidad asistencial

Diagnostico diferencial

Ulceras por presión.-

El factor causal más importante es la presión sobre la prominencias óseas, sin embargo la humedad, el escoria miento de la piel, el desgarró de los capilares que nutren también lo agravan.

Generalmente aparece en los adultos mayores con alguna enfermedad intercurrente de base y se debe prevenir los factores de riesgo que desencadenan como la desnutrición, la hipoproteinemia, la anemia, fiebres, alteraciones neurológicas y circulatorias que al final causan inmovilidad. Se ha calculado en dos horas el tiempo mínimo de inmovilización para la formación de las ulceras por presión. Las complicaciones más frecuentes son la osteomielitis, sepsis, anemia, e hipoproteinemia.

Ulceras venosas.-

Se localizan a nivel maleolar hasta tercio medio de la pantorrilla, produce sensación de pesadez y dolor leve a moderado que se alivia al elevar el miembro inferior afectado. Las ulceras son poco profundas, los bordes irregulares y hemorrágicos con exudación abundante.

Ulceras arteriales.-

Se localizan en las falanges distales de los dedos, cara lateral externa de las piernas y en las prominencias óseas. Se inician en forma lenta, hay claudicación intermitente en las piernas, el dolor empeora al elevar los miembros inferiores. Las ulceras son necróticas profundas.

Ulceras neuropatías.-

Se localizan en la planta del pie y en la cabeza de los metatarcianos, son indoloras, profundas e infectadas, hay una callosidad alrededor de la ulcera y se asocia a la diabetes mellitus u otras neuropatías.

Ulceras neuropatías

Se localizan en la planta del pie y en la cabeza de los metatarsianos, son indoloras, profundas e infectadas hay una callosidad alrededor de la ulcera.

Tratamiento medidas generales

- ❖ Cuidados de la piel.
- ❖ Disminuir la presión
- ❖ Mejorar el estado nutricional
- ❖ Iniciar una fisioterapia.
- ❖ Evitarla medicación sedante.

Importante

- ❖ Las ulceras son el indicador de una enfermedad de base importante
- ❖ Disminuir la presión y fricción de las áreas de razonamiento es fundamental para prevenir y para tratar las ulceras.
- ❖ U solo día de manejo inadecuado es suficiente para la formación de ulceras.
- ❖ El tratamiento debe ser individualizado de acuerdo a las condiciones físicas, psicosociales y ambientales.
- ❖ Se estima que hasta el 95% de las ulceras por presión evitables.

2.6.6 Disfunción sexual

Definición

Es la interpretación y vivencia psicológica y social de las características biológico-sexuales que nos diferencian de género. Podemos decir que la sexualidad en geriatría se define como la expresión psicológica de emociones y compromisos que requieren la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros en una relación de amor, confianza de placer con y sin coito.

Importancia

- ❖ La disfunción eréctil NO es parte del envejecimiento normal.

- ❖ La causa más frecuente de la disminución de la actividad sexual en el hombre es la disfunción eréctil, y en la mujer es la falta de lubricación vaginal en la postmenopausia.
- ❖ El hombre y la mujer son diferentes con relación a su demanda y respuesta sexual.

2.6.7.-Disminución de la agudeza auditiva

Definición

Es la disminución de la capacidad auditiva en forma leve, moderada y severa. Determinada por el número de desniveles necesarios para percibir un sonadora prevención de la hipoacusia moderada es muy frecuente en el adulto mayor, así se considera del 30% de los adultos mayores a 60 años y del 65% mayores a 85 años.

Diagnostico diferencial.

Prebiacusia. Pérdida de audición en el adulto mayor de origen neurosensorial que afecta de manera bilateral y progresa en forma lenta.

Tapón de cerumen: en el adulto mayor hay tendencia al aumento de producción de cerumen y a endurecerse, puede afectar de manera unilateral bilateral, se mejora con un lavado de oído.

Otitis media: es frecuente en el adulto mayor joven y causa sordera de conducción secundaria a procesos infecciosos faríngeos.

Otoesclerosis: es la sordera de conducción mas frecuente en ancianos producido por una osteodistrofia en la capsula laberíntica del oído medio.

Tumores: a más de la pérdida de la audición produce dolor y otorrea.

Medicamentos ototoxicos: producen sordera neurosensorial, de manera simétrica y bilateral

Tratamiento

Presbiacusia: aparatos de amplificación, estudios de audiometría,

Tapón de cerumen: el lavado de oído

Otitis media: uso de antibióticos en dosis adecuadas

Otoesclerosis: tratamiento quirúrgico y consiste en remover el estribo y colocar una prótesis.

Tumores. En caso de neurinoma del acústico del tratamiento es quirúrgico.

Medicamentos ototóxicos: utilización de audífonos.

2.6.9.- Disminución de la agudeza visual

Se habla de la deficiencia visual en el adulto mayor cuando la valoración clínica de la agudeza visual es de por debajo de 20/40.

Alrededor del 20 al 30% de las personas mayores a 65 años tienen deficiencias visuales causadas por varias patologías que llevan a una ceguera.

2.6.9.1.-Diagnostico diferencial.

La presbicia.- esta dentro del proceso natural de envejecimiento y es la pérdida de enfoque del ojo que depende de la elasticidad del cristalino y determina la dificultad para la visión cercana.

Las cataratas.- se produce por la opacificación del cristalino, en una afección muy frecuente en el adulto mayor que aumenta en frecuencia de acuerdo a la edad.

2.6.9.2 Tratamiento

Presbicia: corrige con lentes y cambiar gradualmente cada cierto tiempo.

Cataratas: uso de gafas protectoras de rayos UV y uso de lentes bifocales para mejorar la visión.

Glaucoma: se basa en gotas de uso tópico

Retinopatía diabética: fotocoagulación con láser y también vitrectomía en casos de hemorragias.

Degeneración macular: no hay tratamiento específico sin embargo se recomienda suplementos de zinc y lentes.

Arteritis temporal: se indica corticoides a dosis altas

2.7 CUIDADOS DE ENFERMERIA GERONTOLOGICA

El objetivo fundamental de las competencias de las enfermeras en el ámbito de la atención a las personas mayores, es proporcionar atención integral a este grupo de población en el conjunto de sus necesidades, en cualquier situación en que se encuentren.

Para la consecución de este objetivo será preciso que la enfermera:

1.-Se responsabilice del proceso de cuidados, es decir que sea capaz de garantizar atención individualizada a la persona anciana, utilizando un método sistemático y organizado, valorando sus necesidades, limitaciones, recursos y posibilidades de funcionamiento autónomo.

2.-Desarrolle actividades de prevención de la enfermedad o problemas derivados teniendo en cuenta las situaciones de fragilidad en que se encuentran la mayoría de personas mayores, identificando situaciones de riesgo, aconsejando sobre el mantenimiento de la salud, la recuperación de diferentes.

3.-Participe del trabajo en equipo interdisciplinar para ofrecer y dar atención integral, definiendo y formulando su especificidad en la atención a las personas mayores.

4.-Realice el análisis continuado de su actividad específica, mediante la investigación, para mejorar la calidad de la atención que proporciona y fomentando al máximo la formación en el ámbito de la gerontología, entre los enfermeros, los cuidadores y otros grupos sociales.

5.-Asuma la responsabilidad de sus decisiones y acciones, centrando su práctica profesional en el respeto a la persona mayor y su familia, y emprenda las medidas destinadas a preservarlos de riesgos y ayudarles a superar las dificultades de salud, ajustando las decisiones y comportamientos a los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

2.7.1.- Los estereotipos y prejuicios sobre la persona mayor

Actualmente, se está produciendo un apresurado envejecimiento de la población debido al aumento de la esperanza de vida ocasionado por:

- Factores demográficos , la reducción de la mortalidad, un descenso de la natalidad, la feminización de la población mayor.

- Estilo de vida o aumento en el nivel de vida.
- Avances tecnológicos y científicos.

Este aumento progresivo de personas mayores que se ha producido, se está produciendo y presumiblemente se producirá en todo el mundo hace necesario que la sociedad conozca las características de este grupo de población, se elimine la visión distorsionada y prejuiciosa que se ha mantenido durante muchos años y se atienda a sus necesidades desde los diversos ámbitos sociales.

Por el contrario, las interpretaciones negativas y despectivas de la vejez, que son las más comunes, inciden en el deterioro de la persona mayor desde diversas perspectivas como:

El estereotipo cronológico asentado en el criterio de normas de edad para el envejecimiento con el número de años vividos, a pesar de que muchas personas mayores se encuentran aceptablemente íntegras tanto física como psíquicamente mientras que sujetos de menor edad soportan evidentes deterioros. Esto produce una discriminación por la edad que puede impedir a las personas mayores alcanzar la felicidad y productividad total.

El estereotipo biológico ha incidido en la concepción del envejecimiento como involución y senilidad. La confrontación de vejez y persona mayor con senilidad contribuye injustamente a concebir la vejez como etapa vital cargada de dolencias físicas, con abundancia de enfermedades y trastornos psicofisiológicos y, por lo tanto, como etapa necesitada de permanente asistencia médica en hospitales y residencias de personas mayores, desde la perspectiva de la cercanía de la muerte.

El estereotipo psicológico de la vejez ha acentuado el concepto de deterioro e inclinación de los recursos psicológicos sensoriales,

atencionales, memorísticos, cognoscitivos, aptitudinales o de habilidades, de personalidad, de carácter, etc., potenciando el mito de la vejez como etapa de escasa o nula creatividad, de aislamiento intimista, de ansiedad y depresiones, de comportamientos rígidos e inflexibles, de cambios de humor injustificados y generalmente marcados por las vivencias penosas.

El estereotipo sociológico social negativista de la vejez ha incidido tradicionalmente en las connotaciones de inutilidad, aislamiento, improductividad y desvinculación de la persona mayor respecto a los intereses sociales y relacionales comunitarios. La corrección de este falso estereotipo que pretende igualar la vejez con pobreza, asilo, abandono y soledad es una exigencia

2.7.2.- La valoración geriátrica.

“La valoración geriátrica integral (VGI) o valoración geriátrica exhaustiva es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos“

Se ha de resaltar el carácter multidimensional de la citada valoración en su aplicación de forma interdisciplinaria, con la posible participación de diferentes profesionales, médicos, enfermeras, asistentes sociales e incluso psiquiatras o psicólogos si se considerase necesario.

Actualmente se considera la VGI la herramienta o metodología fundamental de diagnóstico global en que se basa la clínica geriátrica a todos los niveles asistenciales, aceptada su utilidad universalmente incluido nuestro país.

La valoración para ser útil, debe establecer un plan de seguimiento evolutivo que constate los beneficios de la aplicación de los determinados planes o tratamientos instaurados.

Beneficios de la VIG.

- Mayor precisión diagnóstica.
- Reducción de la mortalidad.
- Mejoría del estado funcional.
- Utilización correcta de recursos.
- Disminución de institucionalización.
- Disminución de hospitalización.

A pesar de todo, se puede decir que la VGI es el mejor instrumento de que disponemos, tanto a nivel hospitalario como de atención primaria para la correcta atención geriátrica con resultado ciertamente positivo en la calidad asistencial.

En referencia a aspectos económicos de la atención geriátrica, de gran importancia en la actualidad, la VGI facilita la adecuada utilización de los niveles asistenciales, es decir, una mayor eficiencia en la administración de los recursos que, creciente e imparablemente, demanda la cada vez más envejecida sociedad

Para la correcta aplicación de la VGI, tendremos que utilizar tanto métodos clásicos como la historia clínica y exploración física, como instrumentos más específicos denominados, escalas de valoración, que facilitan la detección de problemas y su evaluación evolutiva, incrementan la objetividad y reproductividad de la valoración y ayudan a la comunicación y entendimiento entre los diferentes profesionales que atienden al paciente.

2.7.2.1. Datos a recoger en la VGI

- Datos biomédicos, diagnósticos actuales y pasados.
- Datos farmacológicos, datos nutricionales.
- Datos psicológicos, cognitivos y emocionales.
- Datos funcionales, básicos e instrumentales.

- Datos sociales, capacidad social, sistemas de apoyo.

En Salud Pública existe una tendencia creciente a valorar el impacto que los problemas de salud tienen tanto sobre la calidad de vida de las personas como sobre el uso de servicios sanitarios. En este sentido, la evaluación de la discapacidad está adquiriendo una relevancia cada vez mayor. El índice de Barthel es un instrumento ampliamente utilizado para este propósito mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básica de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.

Es una medida fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y cuya aplicación no causa molestias.

Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Bartbel

Comer

0 = incapaz

5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida esta al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama

0 = incapaz. no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente

Aseo personal

0 = necesita ayuda con el aseo personal

5 = independiente para lavarse la cara. las manos y los dientes, peinarse y afeitarse

Uso del retrete

0 = dependiente

5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo

10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Bañarse o ducharse

0 = dependiente

5 = independiente para bañarse o ducharse

Desplazarse

0 = inmóvil

5 = independiente en silla de ruedas en 50 m

10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)

15 = independiente al menos 50 m. con cualquier tipo de muleta, excepto andador

Subir y bajar escaleras

0 = incapaz

5 = necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta

10 = independiente para subir y bajar

Vestirse y desvestirse

0 = dependiente

5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda

10 = independiente, incluyendo bolones, cremalleras, cordones, etc.

Control de heces:

0 = incontinente (0 necesita que le suministren enema)

5 = accidente excepcional (unokemana)

10 = continente

Control de orina

0 = incontinente. O sondado incapaz de cambiarse la bolsa

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente. durante al menos 7 días

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

Resultado

Grado de dependencia

< 20

Total

20-35

Grave

40-55

Moderado

≥ 60

Leve

2.7.2.2.-Prevención en el anciano

Los ancianos son uno de los grupos de riesgo más amplios y sufren muchos accidentes que se podrían evitar

Con la prevención queremos promocionar la salud en las personas ancianas realizando el deterioro de la biopsicosocial, y mantener y potenciar la calidad de vida, prolongar la independencia de las necesidades básicas de vida y resolver así en los tres niveles de atención y reducir los riesgos. Aquí también tendremos en cuenta la participación de los tres niveles de atención pues ellos trabajaran

2.7.2.3.-Nutrición en la vejez

Es importante mencionar que la alimentación en este grupo de edad ira variando y es más alternado pues su anatomía también ha ido cambiando.

Tendremos en consideración que muchos de ellos habrán perdido su gusto por los alimentos que antes con frecuencia van en su dieta, pero que hoy solo están predispuestos alimentos blandos para evitar accidentes al momento de la deglución y por lo importante de que ellos ya no cuentan con piezas dentales.

Su dieta irá disminuyendo en las cantidades de las calorías según avance la edad como se considera a continuación.

Edad	Hombre	Mujer
60-65 años	2400	1780
65-70años	2200	1680
70-75 años	2100	1650
Mas de 75 años	1900	1600

Es necesario considerar que la alimentación de este grupo va integrándose al estado en que ellos se encuentren, dependerá también de

si están enfermos o no, porque a esta etapa se adaptara nuevos miembros para identificar el tipo de dieta que necesitaran para proporcionar proteínas, lípidos, cereales, vitaminas que con más frecuencia tienden a usarlos por suplementos y dos alimentos que proporcionan este grupo de nutriente.

2.7.2.4Ejercicio y vejez

Solo en medio de la actividad desearas vivir cien años. El ejercicio físico favorece a la calidad de vida aumentando la capacidad respiratoria, activación de la circulación, estimulando al ejercicio mental y manteniendo y mejorando al aparato locomotor. A pesar de esta sabiduría este grupo geriátrico tiene desconocimiento respecto a la importancia del ejercicio físico y en si su práctica. como acción de enfermería deberemos concienciar cuales son los ejercicios mas idóneos para esta edad porque al realizar estas actividades mejoraran o logran tener autonomía física y psicológica, mejorar el equilibrio emocional, capacidad de adaptación a las nuevas situaciones que los cambios as los que se ven sometidos les fuerza y así evitar adaptarse a un medio de rutina, mejorara además su sociabilidad, buena utilización del ocio, todas actividades serán moderadas a las capacidades que tiene cada uno lo importante es realizar por lo menos de 15-60 minutos con una frecuencia de 3-5 veces en la semana con alguien que los guie a realizar los ejercicios más adecuados evitando así riesgos.

2.7.2.5Rehabilitación en la vejez

De la etapa de senectud se caracteriza por una disminución de la capacidad física en los adultos mayores por lo cual se hacen mas dependientes al cuidado de otras personas es por esta razón que fundamental la rehabilitación y reinserción del adulto en su entorno. La rehabilitación va a cumplir grandes objetivos como: el control, prevención, recuperación de las enfermedades teniendo en cuenta que sus capacidades estas presentes; es por esta razón que la rehabilitación se

puede resumir en tres etapas la reactivación, la resocialización, y la reintegración.

La rehabilitación va actuar potenciando las capacidades potenciales y tratando secuelas funcionales que han dejado las patologías que han padecido durante este trayecto que es la vejez, teniendo siempre presente las consecuencias psicológicas, social y ambiental.

Existe un mayor número de personas adultas que llegan a padecer problemas tanto cardiorrespiratorios y el aparato locomotor.etc los cuales necesitan una adecuada recuperación para lograr un funcionamiento acorde a las actividades que se pretende realizar según las potencialidades de cada anciano evitando de esta manera complicar este cuadro.

2.7.2.6Terapia ocupacional en la vejez

La terapia ocupacional en los ancianos es de suma importancia ya que a través de esta se puede hacer frente a todos los problemas que traen consigo las distintas patologías que se presentan a causa de la edad, teniendo en cuenta que el término ocupacional adquiere otro matiz aparte del lúdico o meramente recreativo ya que lo que se busca es recuperar al máximo el nivel de autonomía posible, es decir que el anciano se puede valer por sí mismo el máximo tiempo y en el entorno que desee, y finalmente también se busca la readaptación a las nuevas situaciones presentes en las actividades de la vida diaria que sean visto alterada.

CAPITULO III

3. Metodología.

3.1 Tipo de estudio

La presente investigación realizada consistió en un estudio descriptivo analítico porque se obtuvo una descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual problema y de esta manera se pudo poder llegar a determinar de un modo muy general la percepción que los adultos mayores tienen a la atención recibida en los centros de atención para este grupo etéreo.

Además es un estudio Prospectivo ya que este se realizó en el periodo de Noviembre 2010 a Julio de 2011 con un grupo conformado de adultos mayores adscritos al asilo "León Rúales" de la ciudad de Ibarra y 21 adultos mayores adscritos al hogar de Ancianos "Carmen Ruiz de Echeverría" de la ciudad de Cotacachi de la provincia de Imbabura

Los sujetos objeto del estudio, fueron ancianos mayores de 65 años, de ambos sexos, que estuvieron de acuerdo en contestar libremente el cuestionario, y en buen estado de salud, físico y mental. además que dentro de este estudio se tomó en cuenta al personal que labora dentro de las dos instituciones sobre todo a aquellos que brindan un cuidado directo a los adultos mayores y de esta manera asegurar que se brindaban una atención de calidad pero con calidez.

3.2 Diseño de la investigación

La presente investigación es de método no experimental cuali-cuantitativo pues es aquella que se efectuó sin la manipulación intencionada de variables, lo que aquí se realizó es una observación de fenómenos en su ambiente natural.

3.3 Población o universo

Se tomó como universo a los adultos mayores de ambos asilos los cuales por su edad pueden presentar diversas sensaciones acerca de los centros donde pasan un periodo de su vida. Se excluyeron a personas que no cumplieran con el

rango de edad, o por laborar y percibir compensación económica del asilo y uno por presentar problemas sensoriales de habla y oído.

3.4 Técnicas de recolección de datos

El número de adultos mayores se determinó a través de una observación directa la cual se aplicó en los dos grupos de estudio, además se realizó una entrevista estructurada la que permitió identificar las diferentes percepciones del grupo de estudio.

Para recolectar información se utilizo

1. investigación bibliográfica
2. Revisión documental
3. Entrevista e informantes claves
4. Encuesta dirigida a la población.

3.5 Instrumentos de recolección de datos

El instrumento utilizado fue un cuestionario cuyas preguntas nos ayudaron a determinar el nivel de percepción de los adultos mayores acerca de los asilos en los que se encuentran

Las técnicas a utilizadas consistieron en:

- Entrevista la cual se llevo de una manera informal con cada uno de los adultos mayores para poder identificar de esta manera de una forma más precisa la percepción que tienen los ancianos sobre cada uno de los asilos en los que se encuentran.
- Encuesta la cual se llevó dentro de sí preguntas cerradas, dicotómicas y politómica
- Observación directa que nos ayudó a determinar el ambiente en el cual se están desarrollando los adultos mayores

3.6 Validez y confiabilidad

La prueba piloto se realizó en el hogar geriátrico San Vicente de Paul de la Ciudad de Atuntaqui pues esta es una población con características similares a la investigación los mismos que no van a formar parte de esta investigación y de esta manera se determinaron si los instrumentos y técnicas fueron validos en el estudio a realizarse.

3.7 Criterios de inclusión y exclusión

Dentro de esta investigación se tomó en cuenta a todos los adultos mayores que forman parte de la población y por lo tanto se excluyeron a los ancianos por diversos rangos como: edad, por laborar y percibir compensación económica del asilo y uno por presentar problemas sensoriales de habla y oído.

3.8 Procesamiento y análisis de resultados

Los datos fueron recolectados y analizados mediante, porcentajes. La tabulación y los procesamientos de datos se realizaron en el programa EPINFO edición 2010. Para la interpretación de datos se realizaron tablas y gráficos estadísticos; los mismos que fueron interpretados con la ayuda del marco teórico, conceptual y Microsoft office Excel 2010. Se compararon los resultados, para determinar la coherencia de la investigación, y llegar a conclusiones y recomendaciones que servirán para reafirmar el motivo de la investigación.

3.9 Presentación de resultados

Los resultados serán expuestos por medio de tablas y gráficos demostrando los porcentajes obtenidos luego de la realización de las encuestas

3.10 Variables

3.10.1 Variable dependiente: Percepción del Adulto Mayor

3.10.2 Variables independientes: Estancia en el Asilo

3.10.3 Factores no modificables

- ✓ Sexo: división de género humano en dos grupos: hombre y mujer
- ✓ Edad: tiempo que transcurre desde la fecha d nacimiento
- ✓ Etnia: origen de trascendencia genética
- ✓ Estabilidad en el asilo: tiempo determinado para el hospedaje en una institución geriátrica.

3.10.4 Factores modificables

Malos hábitos alimenticios (número de comidas al día, tipo de comida)

- ✓ Sedentarismo (actividad y sueño)
- ✓ Obesidad (peso)
- ✓ Consumo de sustancias toxicas: alcohol y tabaco
- ✓ Trastornos Emocionales.
- ✓ Sentimiento de tristeza:
- ✓ Miedo

3.10.5 Factores socioeconómicos

- ✓ Nivel de instrucción
- ✓ Condición de ingreso
- ✓ Ingreso Económico

3.10.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	ORIENTACIÓN CAUSAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	CATEGORÍA	INDICADOR
Sexo	Cuantitativa discreta	Independiente	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Manera de distinguir a un hombre de una mujer de acuerdo a sus características físicas para clasificar a la población	Hombre Mujer	Masculino Femenino
Edad	Cuantitativa Discreta	Independiente	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Tiempo de vida que ha tenido una persona con fin de determinar el grupo de riesgo.	60-65años 66-75 años 76-85ños >85 años	En años cumplidos
Instrucción académica	Cualitativa ordinal	Dependiente	Caudal de conocimientos adquiridos.	Nivel de educación adquirida para la correcta utilización de lenguaje	Primaria Secundaria Superior Ninguna	Nivel aprobado
Condición de Ingreso	Cuantitativa Discreta	Dependiente	Acto de ser admitido en una institución o de empezar a gozar de un empleo u otra cosa.	Condición de ingreso a la institución	Abandono Voluntad Familiares Institución	Con consentimiento Sin consentimiento
Calidad de atención de salud	Cualitativa Politomica	Dependiente	La calidad de atención al cliente es un proceso encaminado a la	Atención proporcionada al adulto mayor	Excelente Buena Mala	Excelente Buena Mala

			consecución de la satisfacción total de los requerimientos y necesidades de los mismos	aplicando conocimientos científicos de acuerdo a las necesidades del paciente.	Regular Deficiente	Regular Deficiente
Calidez de atención	Cualitativa Dicotómica	Dependiente	Afectividad, cariño, cordialidad con la que se trata a una persona.	Dar un tratamiento digno con suficiente empatía y amor al momento de brindar atención	Si No	Si No
Integración Familiar	Cualitativa Politómica	Dependiente	La integración familiar es un proceso clave para que la familia crezca en armonía y se tenga el compromiso de diseñar en libertad a los miembros que la forman.	Relación familiar con el pte geriátrico para mejorar su salud emocional	Frecuentemente Rara vez Nunca	Frecuentemente Rara vez Nunca
Interrelación	Cualitativa	Dependiente	Relación mutua entre personas, cosas o fenómenos.	Manera de relacionarse con sus compañeros dentro de la institución	Buena Regular Mala Pésima	Buena Regular Mala Pésima
Alimentación	Cuantitativa Discreta	Dependiente	Suministro de energía para el funcionamiento del cuerpo.	Número de veces recibe alimento al día	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Cualitativa	Dependiente	La alimentación	Calidad de la	Excelente	Excelente

	Ordinaria Politécnica	Dependiente	consiste en la obtención, preparación e ingestión de alimentos.	alimentación de acuerdo a la pirámide alimenticia considerando su edad	Buena Regular Insuficiente	Buena Regular Insuficiente
IMC	Cuantitativa	Dependiente	Es una medida de asociación entre el <u>peso</u> y la <u>talla</u> de un individuo.	Medida utilizada para determinar el estado nutricional	16.00-16.99 17.00-18.99 19.00-24.99 25.00-29.99 30.00-34.99 35.00-39.99 40.00-44.99	MUY BAJO PESO BAJO PESO NORMAL SOBRE PESO OBESIDAD I OBESIDAD II OBESIDAD III
Actividad	Cuantitativa Continua	Dependiente	Hacer referencia a cualquier actividad humana.	Grado de dinamismo de una persona	Activo Poco activo Sedentario	Horas desarrolladas
Sueño	Cualitativa Politécnica	Dependiente	Se denomina así a varios aspectos del dormir, al estado, las ganas o al acto mismo de dormir, y a la actividad o producto de ésta que se realiza al dormir.	Parámetros utilizados para valorar alteraciones en el sueño	0-10 puntos 11-24 puntos.	Ausencia de somnolencia diurna somnolencia diurna excesiva
Patologías	Cualitativa Nominal	Dependiente	Proceso y el status consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud. Conjunto de síntomas	Alteraciones anatómo-fisiológicas presentes en el adulto mayor	Si No	Sis musculoesquelético Sis. respiratorio Sis. Gastrointestinal Sis. Circulatorio Sis. Endocrino metabólico

			de una enfermedad.			Sis. Nervioso No esta enfermo
Conocimiento acerca de la enfermedad	Cualitativas Politomicas	Dependent e	Estado de quien conoce o sabe algo.	Que porcentaje conoce el paciente acerca de la enfermedad	Buena Regular Mala Pésima	Buena Regular Mala Pésima
Trastornos Emocionales	Cualitativa	Dependent e	Los trastornos emocionales son enfermedades que afectan la manera en que uno piensa y se siente.	Problemas producidos al momento de adaptarse al nuevo ambiente	Feliz Triste Deprimido No contesta.	Feliz Triste Deprimido miedo No contesta.
Hábitos Tóxicos	Cualitativa Dicotómica	Dependent e	Comportamiento repetido regularmente en cuanto a consumo de sustancias.	Consumo regular de una sustancias que produjeron alteraciones en su salud	Si No	Si No

ANALISIS DE L ASILO "LEON RUALES"

CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS Y DISCUSION

4.1.1 Análisis e interpretación de datos

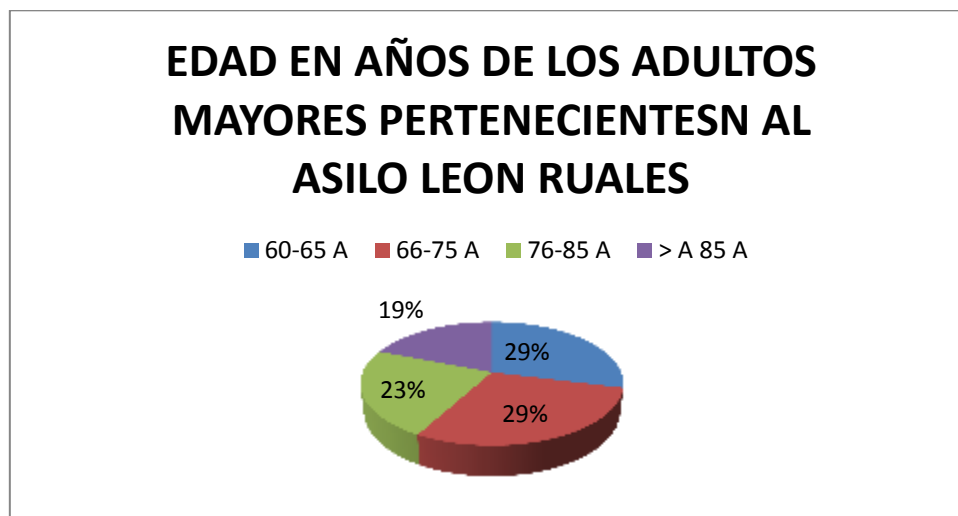
ASILO LEON RUALES

TABLA Nº 1

EDADDE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES

	60-65 años	66-75 años	76-85 años	> a 85 años	TOTAL
CANTIDAD	9	9	7	6	31
PORCENTAJE	29%	29%	23%	19%	100%

GRAFICO N 1



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

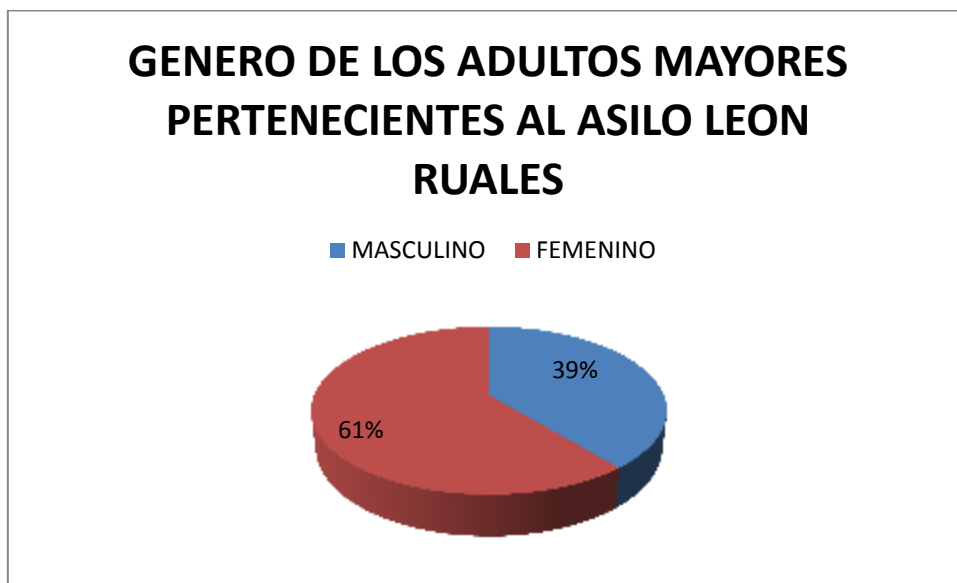
ANALISIS.-De acuerdo a los datos conseguidos la población es de 45 adultos mayores de los cuales se excluyeron a 14 adultos por presentar algún tipo de dificultad ya sea auditiva o verbal por lo que fueron tomados en cuenta 31 adultos mayores que equivalen al 100 % de los cuales el 29 % tienen de 60 a 75 años, el 23% tienen de 76 a 85 años y el 19% son mayores de 85 años lo que nos demuestra que entre mayor la edad de un adulto se disminuye el número de la población.

TABLA N° 2

SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES

SEXO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
TOTAL	12	19	31
PORCENTAJE	39%	61%	100%

GRAFICO N°2



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

ANALISIS.-Según las encuestas realizadas se pudo evidenciar que la mayor parte de la población pertenecen al género femenino representado por un 61% mientras que el género masculino está representado por un 39% lo que puede deberse a que llevaron un adecuado estilo de vida durante su juventud, por lo que su esperanza de vida en las mujeres ha aumentado.

TABLA N ° 3

ETNIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES

	BLANCA	MESTIZA	NEGRA	TOTAL
CANTIDAD	0	31	0	31
PORCENTAJE	0	100%	0	100%

GRAFICO N° 3



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

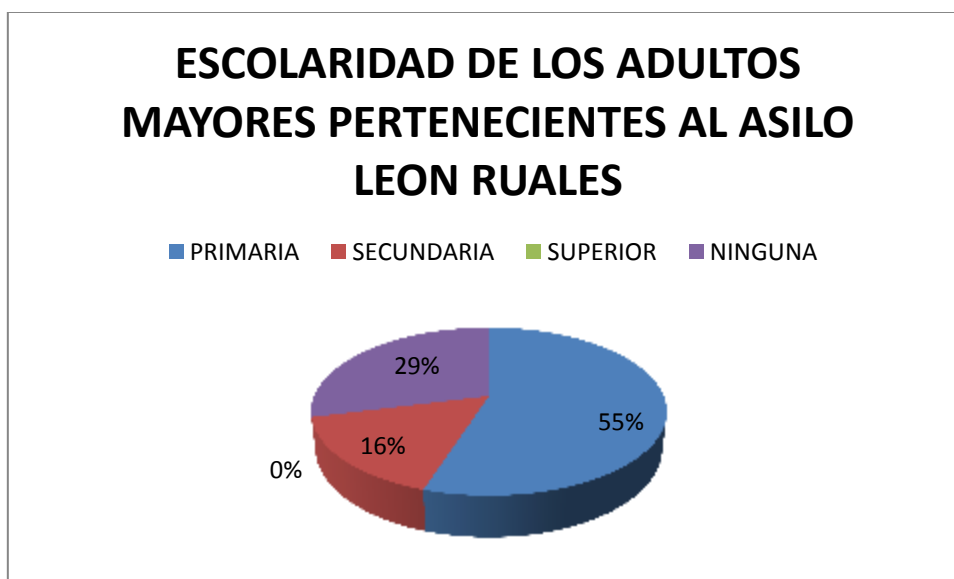
ANALISIS.-De la información obtenida se evidencia que la población dominante y sin duda representativa es la mestiza esto se debe q que la mayor parte de los habitantes de la ciudad de Ibarra son de etnia mestiza debido a su localización geográfica.

TABLA N 4

ESCOLARIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES

	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	NINGUNA	TOTAL
CANTIDAD	17	5	0	9	31
PORCENTAJE	55%	16%	0	29%	100%

GRAFICO N 4



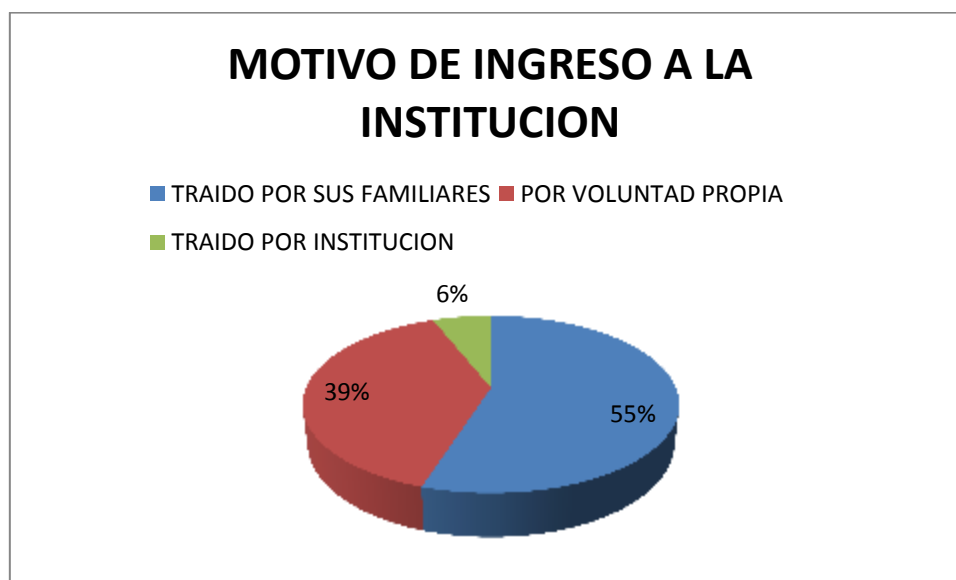
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

ANALISIS.-De acuerdo a la información obtenida se puede determinar que existe un mayor porcentaje de adultos mayores que culminaron la primaria el cual está representado por el 55% de la población seguido de un 29% de adultos mayores que no tuvieron ninguna instrucción, seguido de un 16% de adultos mayores que asistieron a la secundaria, por lo que se puede llegar a apreciar que no toda la población posee un alto nivel de educación posiblemente se debe a los escasos recursos económicos que poseen

TABLA N 5
MOTIVO DE INGRESO DE LOS ADULTOS MAYORES AL ASILO LEON RUALES

	Traído por sus familiares	Por voluntad propia	Traído por una institución.	TOTAL
CANTIDAD	17	12	2	31
PORCENTAJE	55%	39%	6%	100%

GRAFICO Nº 5



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
 ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

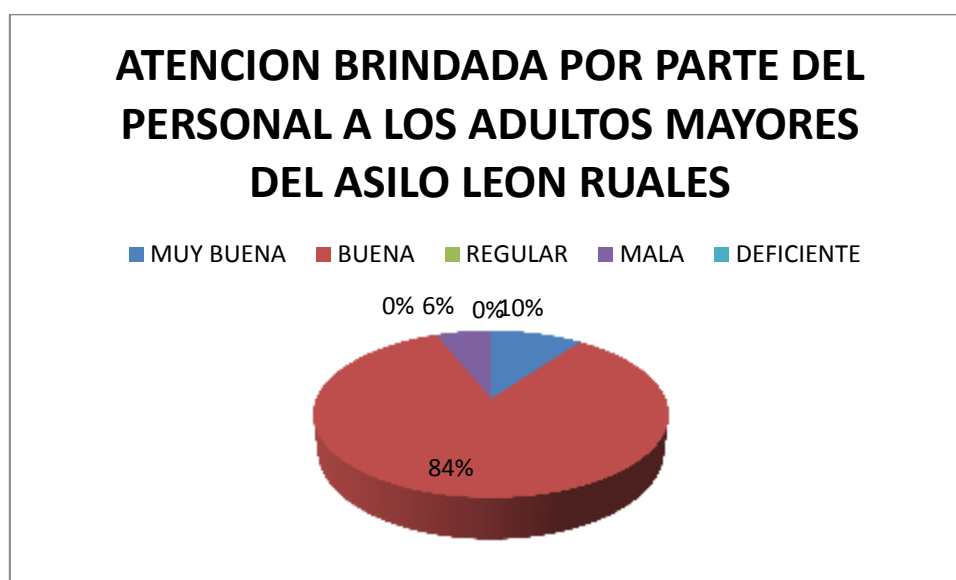
ANALISIS.- a través de las encuestas realizadas se puede determinar que existe un gran porcentaje de adultos mayores que fueron ingresados por algún familiar el cual está representado por un 55% ,seguido de un 39% de adultos que ingresaron por voluntad propia y un 6 % que fueron llevados por alguna institución , por lo que se puede apreciar que al ya no poder cumplir con algunas actividades necesarias para su auto cuidado sus familiares deciden ingresarlos para que les puedan brindar los cuidados necesarios que talvez no le pueden brindar en su propio hogar y otros debido a que no tienen ningún lugar en donde puedan estar deciden por voluntad ingresar a esta institución.

TABLA N°6

ATENCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL PARA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO LEON RUALES

	MUY BUENA	BUENA	MALA	REGULAR	DEFICIENTE	TOTAL
CANTIDAD	3	26	2	0	0	31
PORCENTAJE	10%	84%	6%	0	0	100%

GRAFICO N° 6



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

ANALISIS.- Se puede determinar que en su gran mayoría los adultos mayores consideran que la atención recibida es buena representada por un 84% y solo un 10 % considera que la atención recibida es muy buena a más de que existe en un pequeño porcentaje representado por un 6% que considera que la atención es mala , este resultado tan significativo puede deberse a que en ausencia de familia y amigos han convertido a toda las adultos del asilo como su propia familia lo que hace más confortable su estancia en este lugar

TABLA N° 7

TRATO CON CARIÑO Y RESPETO PARA LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO LEON RUALES

	SI	NO	TOTAL
CANTIDAD	29	2	31
PORCENTAJE	94%	8%	100%

GRAFICO N °7



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

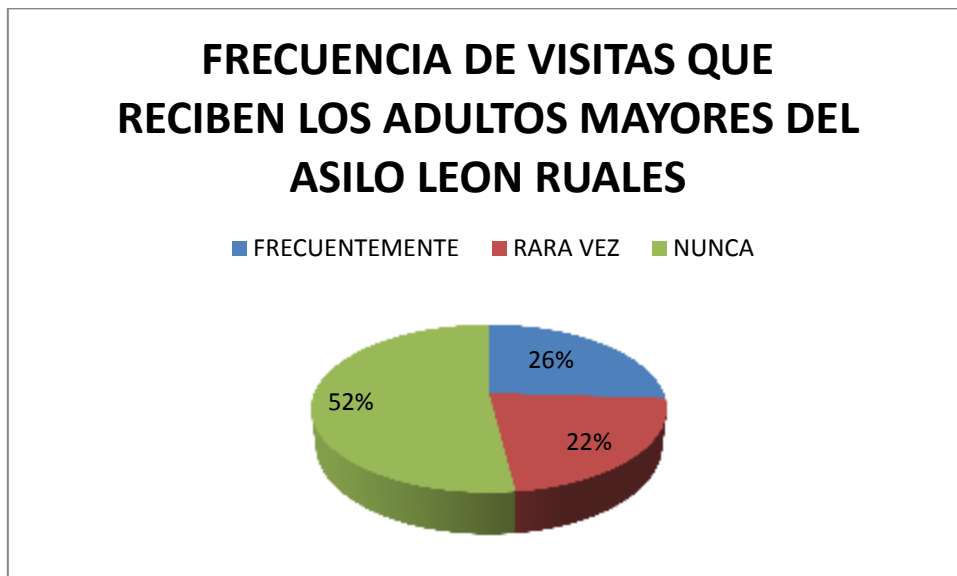
ANALISIS.-A traves de la encuesta se pudo determinar que existe un gran porcentaje de adultos mayores que opinan que el trato por parte del personal es con cariño y respeto el cual esta representado por un 94% mientras que solo en un 6 % considera que el trato que reciben es malo, el gran porcentaje se puededeber a que el personal que labora en la institucion les dejan intervenir en todas las decisiones que se van a tomar.

TABLA Nº 8

VISITAS QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO LEON RUALES

	FRECUENTEMENTE	RARA VEZ	NUNCA	TOTAL
CANTIDAD	8	7	16	31
PORCENTAJE	26%	22%	52%	100%

GRAFICO Nº 8



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

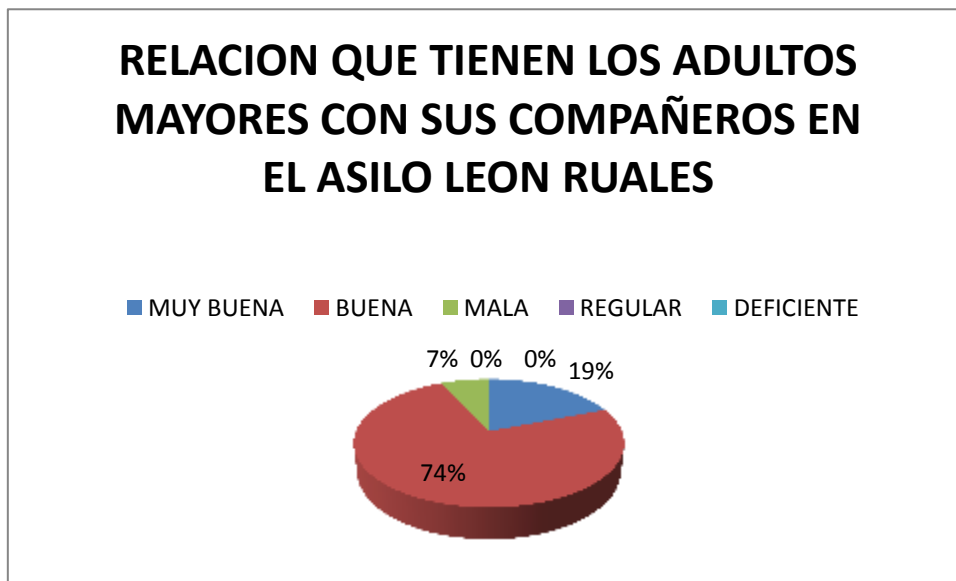
ANALISIS.-Se puede evidenciar que la mayor parte de los adultos mayores a pesar de que fueron internados por sus familiares no reciben visitas de manera continua pues existe un porcentaje de un 52% que nunca reciben visitas, seguido de un 26% que las reciben cada vez y por ultimo un 22 % que reciben visitas con mayor frecuencia, la poca concurrencia familiar se puede deber a que viven lejos y no pueden viajar tan seguido

TABLA N° 9

PRESENTACION SOBRE LA RELACIÓN CON COMPAÑEROS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO LEON RUALES

	MUY BUENA	BUENA	MALA	REGULAR	DEFICIENTE	Total
cantidad	6	23	2	0	0	31
porcentaje	19%	74%	7	0	0	100%

GRAFICO N° 9



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

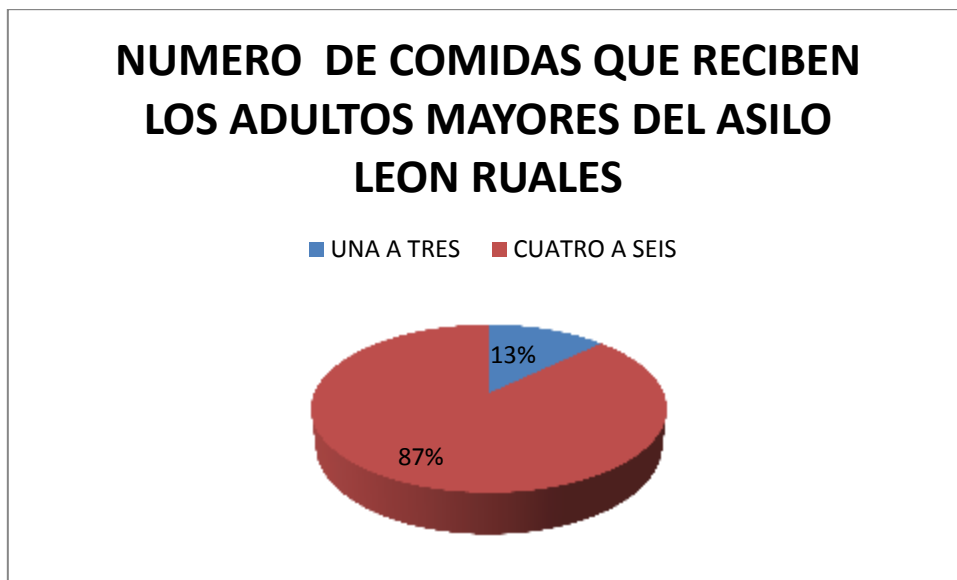
ANALISIS.-De acuerdo a las encuestas realizadas se puede determinar que en su gran mayoría la relación que llevan los adultos mayores con sus compañeros es buena pues se encuentra representada por un 74% seguida de un 19% que consideran que la relación entre compañeros es muy buena mientras que el 7% consideran que la relación es mal

Todo esta se puede deber a que los adultos mayores al no tener un hogar hacia donde ir han formado una hermosa familia entre ellos eso si siempre con respeto

TABLA N° 10

NUMERO DE COMIDAS QUE RECIBEN LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO LEON RUALES

	1-3	4-5	TOTAL
CANTIDAD	4	27	31
PORCENTAJE	13	87	100%



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

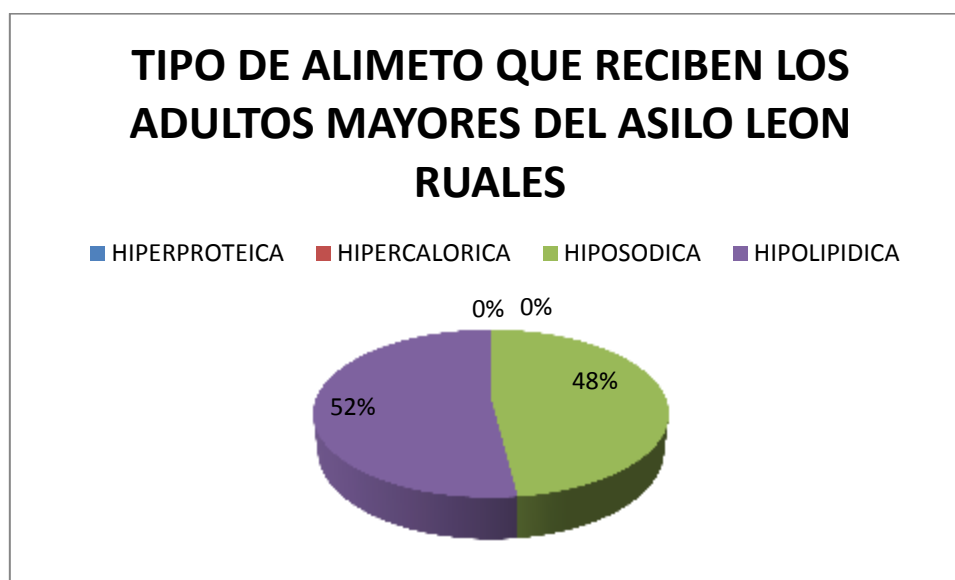
ANALISIS.-De acuerdo a las encuestas realizadas se puede llegar a considerar que existe un porcentaje muy sobresaliente de adultos mayores afirman recibir cinco comidas al día el porcentaje que lo representa es el 87% mientras que en un 13% informan que solo reciben tres comidas al día. Esto nos demuestra que los adultos mayores al recibir sus cinco comidas al día tomando en cuenta dentro de la cuarta o quinta una fruta entre otras cosas y de esta manera se asegura que los adultos mayores están recibiendo las cantidades suficientes de nutrientes que necesitan por su edad por lo que evitan la presencia de varias patologías.

TABLA N ° 11

ALIMENTOS PROPORCIONADOS A LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO LEON RUALES

	HIPERPROTEICA	HIPERCALORIC A	HIPOSODIC A	HIPOLIPIDICA
CANTIDAD	0	0	15	16
PORCENT AJE	0	0	48%	52%

GRAFICO N° 11



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

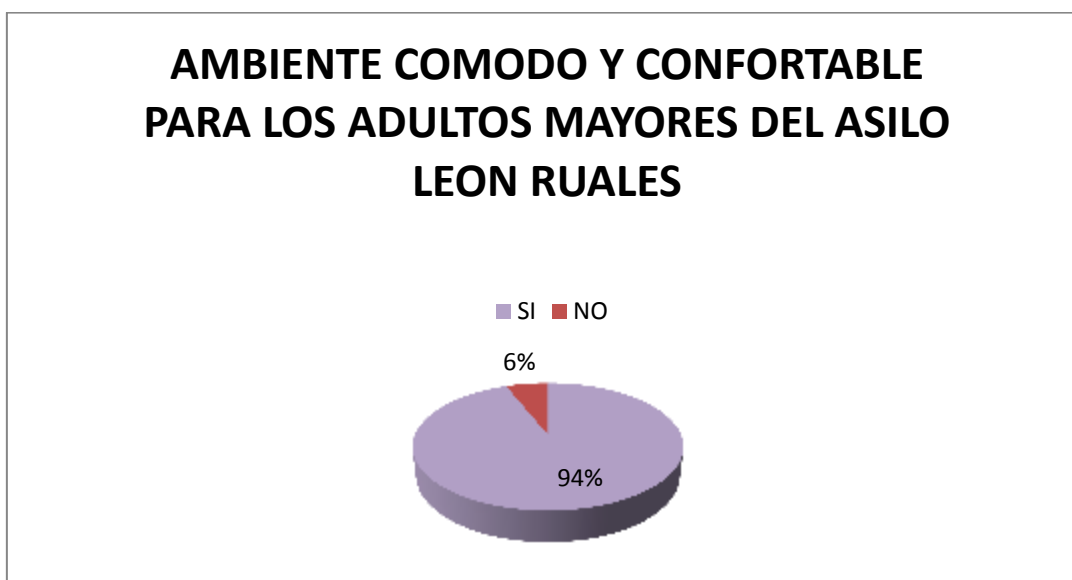
ANALISIS.-Luego de realizadas las encuestas se pudo concluir que en un porcentajes de 52% consideran que la dieta que se le brinda es baja en grasa mientras que con un 48% considera que es una comida con poco contenido de sal. Se evidencia que la alimentación que reciben es adecuada debido a que en la edad adulta se debe evitar el consumo excesiva de sal o grasas para evitar cualquier complicación de salud

TABLA N° 12

AMBIENTE CÓMODO Y CONFORTABLE PARA LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO LEON RUALES

	SI	NO	TOTAL
CANTIDAD	29	2	31
PORCENTAJE	94%	8%	100%

GRAFICO N° 12



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

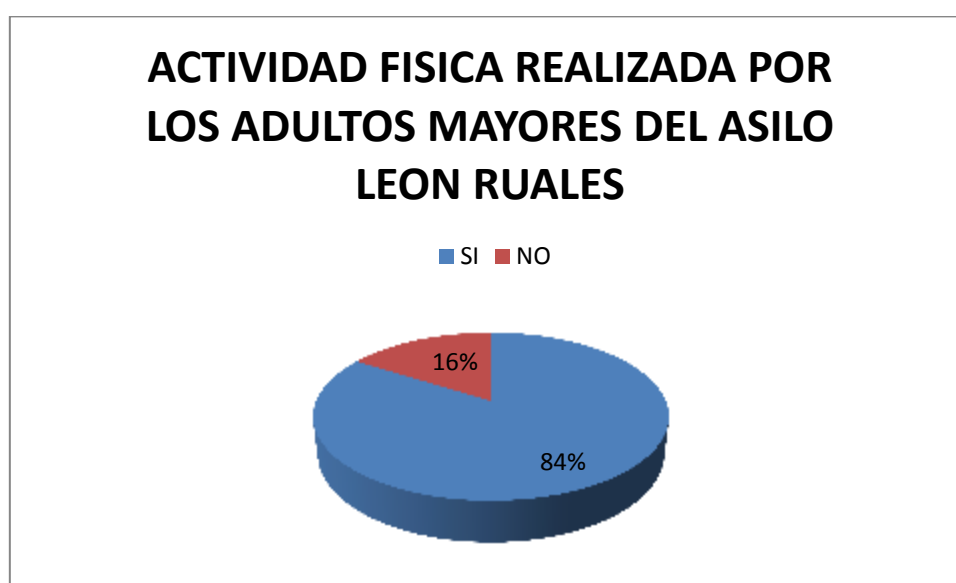
ANALISIS.-De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que la mayor parte de los adultos mayores consideran que se encuentran internados en un ambiente cómodo y confortable este grupo está representado por un 94% mientras que en un mínimo porcentaje representado por el 8 % considera que es triste y tenso, esto se puede asociar a la dificultad que tienen para adaptarse a un nuevo lugar. Y es por esta razón que no todos los días se sienten de una misma manera sino que sus sentimientos son variables

TABLA N° 13

ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZAN LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO LEON RUALES

	SI	NO	TOTAL
CANTIDAD	26	5	31
PORCENTAJE	84%	16	100%

GRAFICO N 13



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

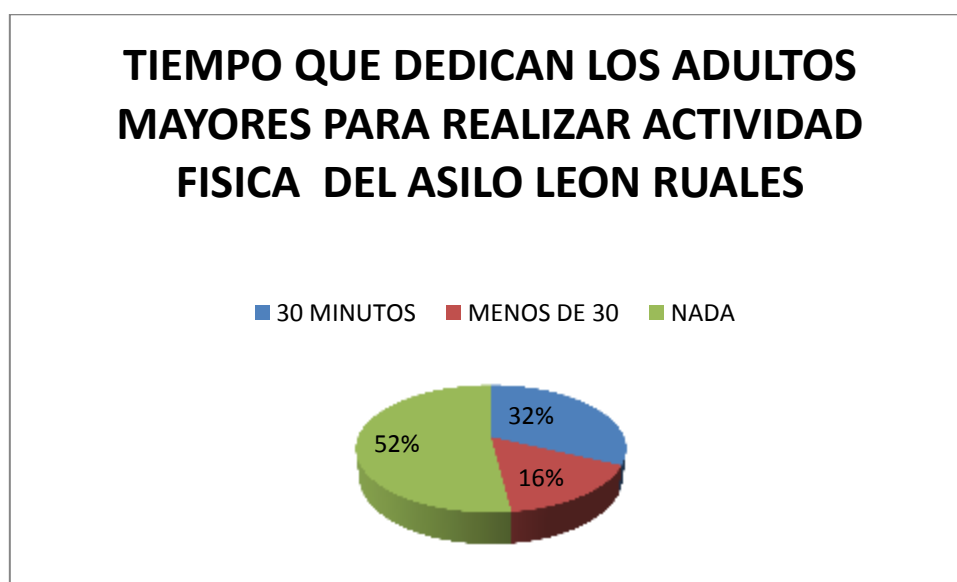
ANALISIS.-Se puede concluir que la mayor parte de los adultos mayores que se encuentran asilados realizan actividad física ya que se encuentra representado por un 84% y una ínfima parte que esta representada por el 16% refieren no realizar actividad física. Esto es debido a que dentro de la institución los adultos mayores deben realizar las distintas actividades que el personal que solicita hacer a más de eso que siempre tienen la bailoterapia.

TABLA N° 14

TIEMPO QUE DEDICAN PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO LEON RUALES

	30 MINUTOS	MENOS DE 30	NADA	TOTAL
CANTIDAD	10	5	16	31
PORCENTAJE	32	16	52	100%

GRAFICO N° 14



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

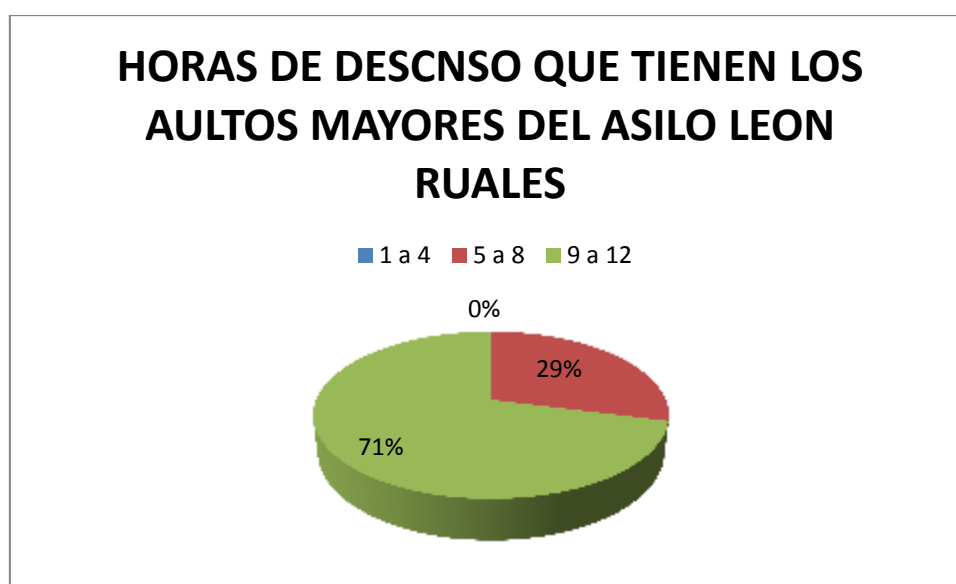
ANALISIS.-luego de aplicada la encuesta se puede deducir que en un porcentaje de 52% se encuentran los adultos mayores que no realizan ningún tipo de ejercicio, mientras que con un 32% se encuentra las personas que realizan actividad por 30 minutos y finalmente con un 16% se encuentran representadas las personas que realizan actividad menos de 30 minutos Lo que se podría asumir es que ese 48% que realiza actividades a consecuencia de la bailoterapia que se imparte en el asilo.

TABLA Nº 15

HORAS DE SUEÑO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO LEON RUALES

	1-4 HORAS	5-8 HORAS	9-12 HORAS	TOTAL
CANTIDAD	0	9	22	31
PORCENTAJE	0	29%	71%	100%

GRAFICO Nº15



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

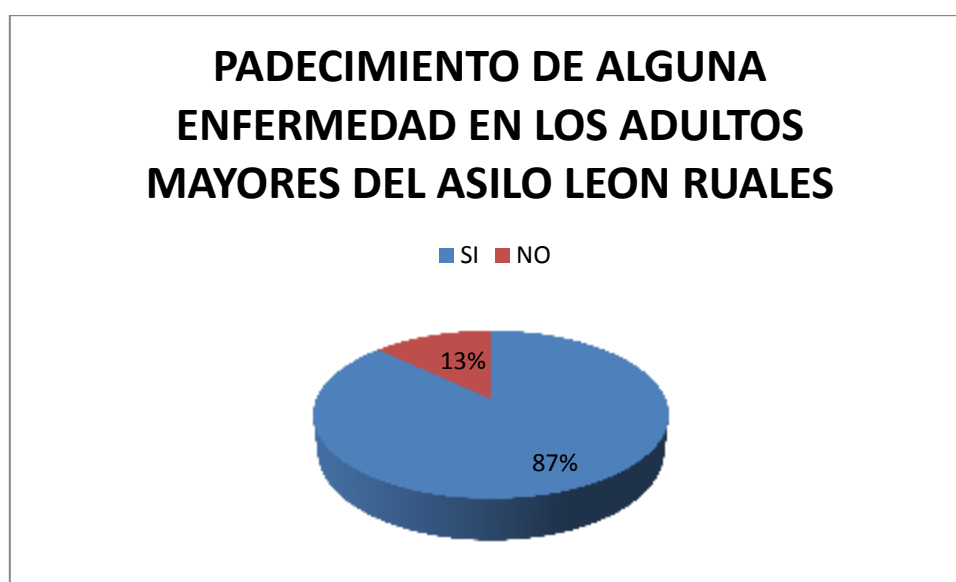
ANALISIS.-Se puede determinar que la mayor parte de los adultos mayores del asilo que están representados por el 71% duermen aproximadamente de 9 a 12 horas, seguido por un porcentaje representado por un 29 % que descansan de 5 a 8 horas, el que se pueda descansar con comodidad es debido a que no existe mucho ruido exterior por lo que se puede conciliar el sueño fácilmente, mientras que para algunos adultos es difícil conciliar el sueño debido al insomnio propio de la edad.

TABLA N° 16

PADECIMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS ADULTO MAYOR DEL ASILO LEON RUALES PADECE O NO UNA ENFERMEDAD

	SI	NO	TOTAL
CANTIDAD	27	4	31
PORCENTAJE	87%	13%	100%

GRAFICO N° 16



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

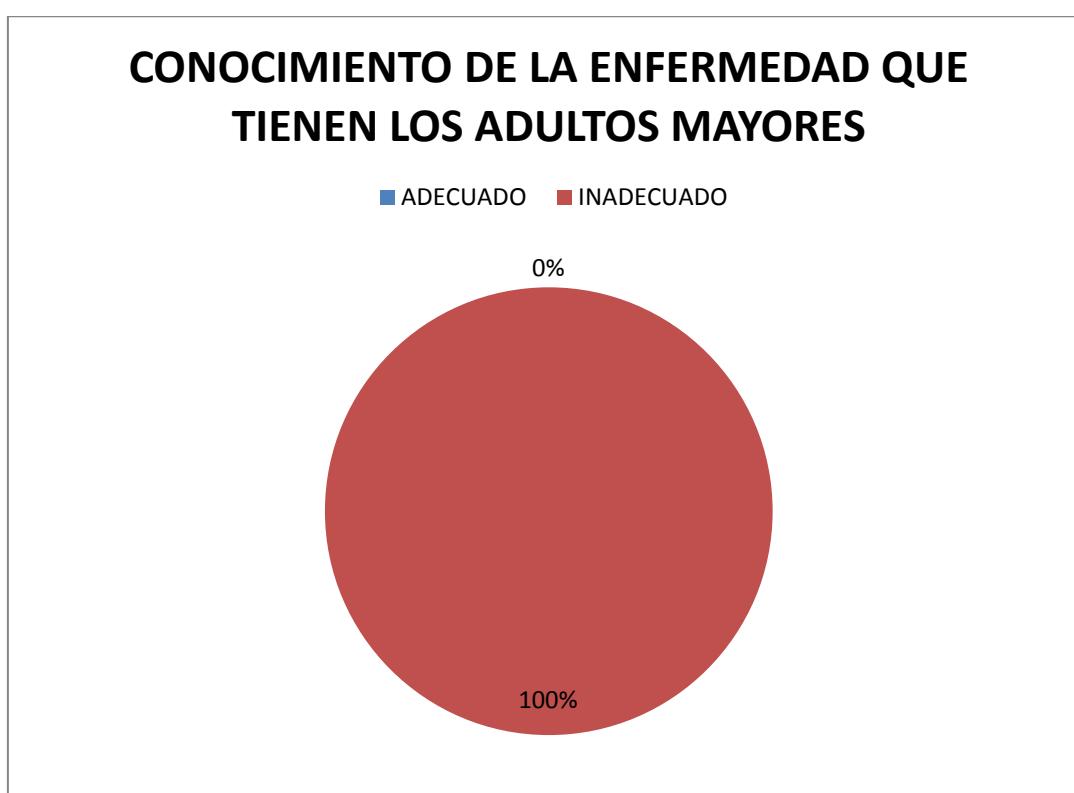
ANALISIS.- se llegó a concluir que el 87 % de los ancianos que se encuentran n el asilo tienen algún tipo de padecimiento entre las cuales podemos nombrar a las 3 primordiales como son hipertensión, diabetes, osteoporosis pero a pesar de esto también existe un porcentaje 13% que representa a adultos mayores que no tienen ningún tipo de padecimiento.

TABLA N° 17

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES SOBRE LA ENFERMEDAD QUE PADECE

	ADECUADO	INADECUADO	TOTAL
CANTIDAD	0	27	27
PORCENTAJE	0	100	100%

GRAFICO N° 17



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

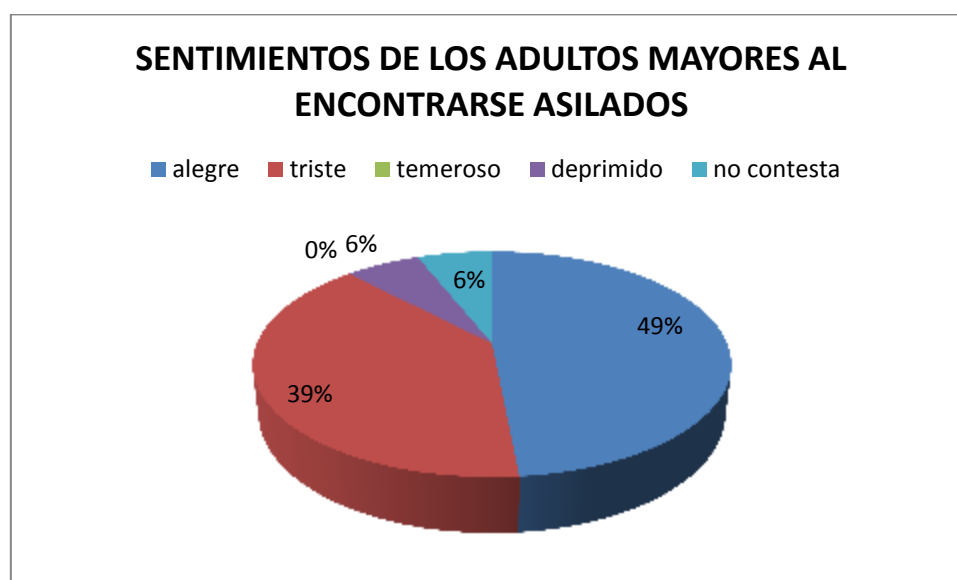
ANALISIS.-se pudo determinar que el 100% de los adultos mayores no conocen acerca de la enfermedad que padecen x lo que se hace un poco dificultoso que los adultos mayores entiendan el porque de los cuidados y la administración de la medicación que se les ofrece dentro del asilo
La causa de este desconocimiento puede ser que al no contar con un profesional de salud a diario o que se encuentra a su disposición cuando ellos lo necesitan los adultos mayores no cuentan con la información adecuada acerca de su padecimiento además que desconocen el porque se les administra algún tipo de medicación

TABLA N° 18

SENTIMIENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO LEON RUALES

	ALEGRE	TRISTE	TEMEROSO	DEPRIMIDO	NO CONTESTA	total
Cantidad	15	12	0	2	2	21
PORCENTAJE	48	39%	0%	6%	6%	100%

GRÁFICO N° 18



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

análisis.-se encontró que no existe grandes diferencias entre los porcentajes de 49% y de 39% lo que nos indica que los adultos mayores algunos se encuentran felices por estar internados debido a que no tienen ningún lugar a donde ir mientras que otros se sienten tristes o deprimidos debido a que añoran el vivir fuera y estar con su familia o con algún amigo que puedan compartir sus experiencias , además que se concluyó que los adultos mayores tienen esta tristeza debido a que no pueden trabajar y de esta forma sentirse útiles.

TABLA N° 19
CONSUMO DE ALCOHOL TABACO

	SI	NO	TOTAL
CANTIDAD	12	19	31
PORCENTAJE	39%	61%	100%

GRAFICO N° 19



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

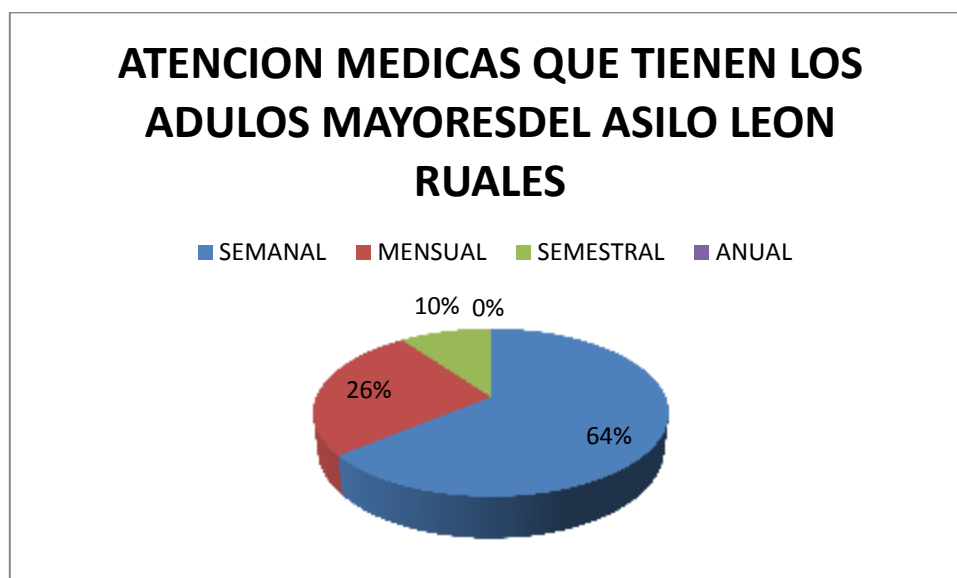
ANALISIS.-se determinó que el 61% de los adultos mayores no consumían ni alcohol ni tabaco este porcentaje equivale en su totalidad a mujeres mientras que el 39% si han consumido tabaco o alcohol este porcentaje es netamente de hombres, esto se debe a que años atrás no se podía observar a una mujer fumando porque consideraban que no era correcto

TABLA N° 20

ATENCIÓN MEDICA QUE RECIBEN LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO LEON RUALES

	Semanal	Mensual	Semestral	Anual	TOTAL
CANTIDAD	20	8	3	0	31
PORCENTAJE	64%	26%	10%	0	100%

GRAFICO N°20



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO LEON RUALES
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

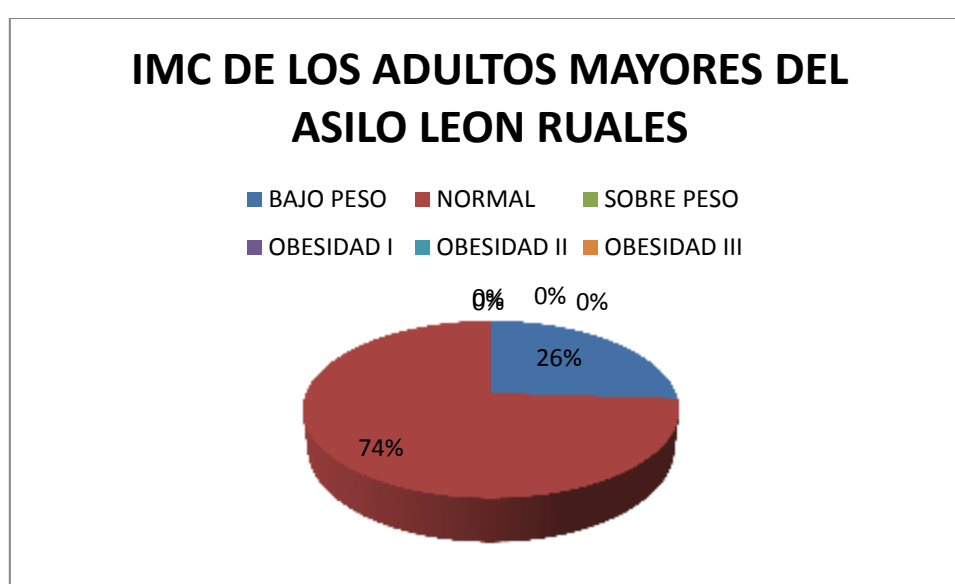
ANALISIS.-el gráfico nos demuestra que existe un 64% que afirma que el médico les atiende semanalmente mientras que existe un 26% que afirma que las visitas son mensuales y finalmente un 10% que asegura que es semestral, esto se puede deber a que existen algunos adultos mayores que requieren mayor atención médica que otros y por tal razón existe esta variedad de opiniones

TABLA N° 21

ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LAS ADULTAS LEÓN RUALES

	BAJO PESO	NORMAL	SOBRE PESO	OBESIDAD I	OBESIDAD II	OBESIDAD III
TOTAL	8	23	0	0	0	0
PORCENTAJE	25.8	74.2	0	0	0	0

GRAFICO Nª 21



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
 ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

Análisis.-el grafico nos demuestran que existe un 74.2 % representado por 23 adultos mayores se encuentra con un peso normal es decir que se encuentran dentro de los parámetros mientras que en un 25.8% se encuentran los adultos mayores que tienen peso bajo con esto se asumen que el personal que labora dentro de la institución debería poner énfasis en la atención directa para que ningún adulto mayor se salte alguna comida

ANALISIS DE RESULTADOS
ASILO
"CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA"

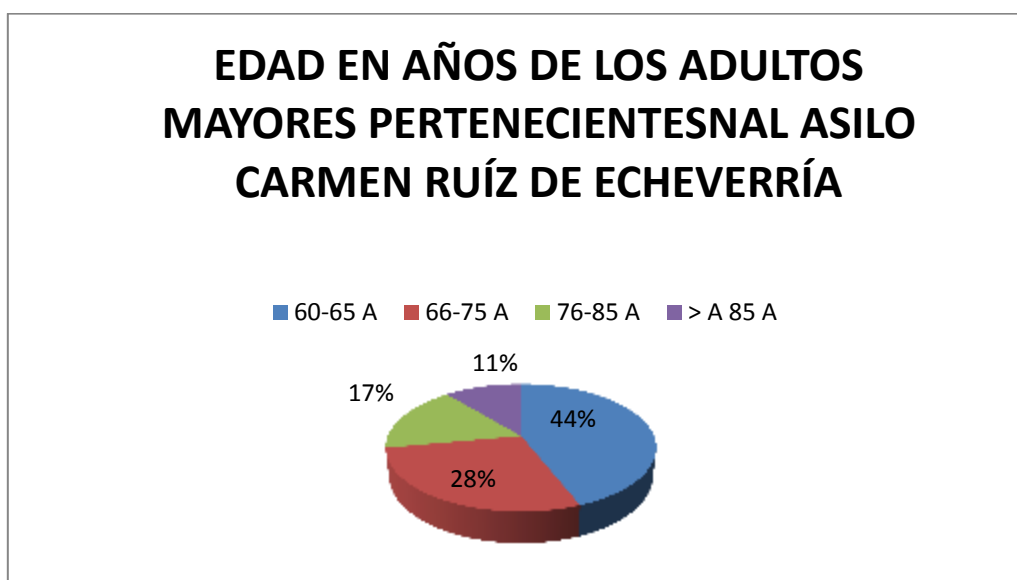
ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA

TABLA Nº 1

EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUÍZ DE ECHEVERRÍA

	60-65 años	66-75 años	76-85 años	> a 85 años	TOTAL
CANTIDAD	8	5	3	2	18
PORCENTAJE	44	28	17	11	100%

GRAFICO N 1



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

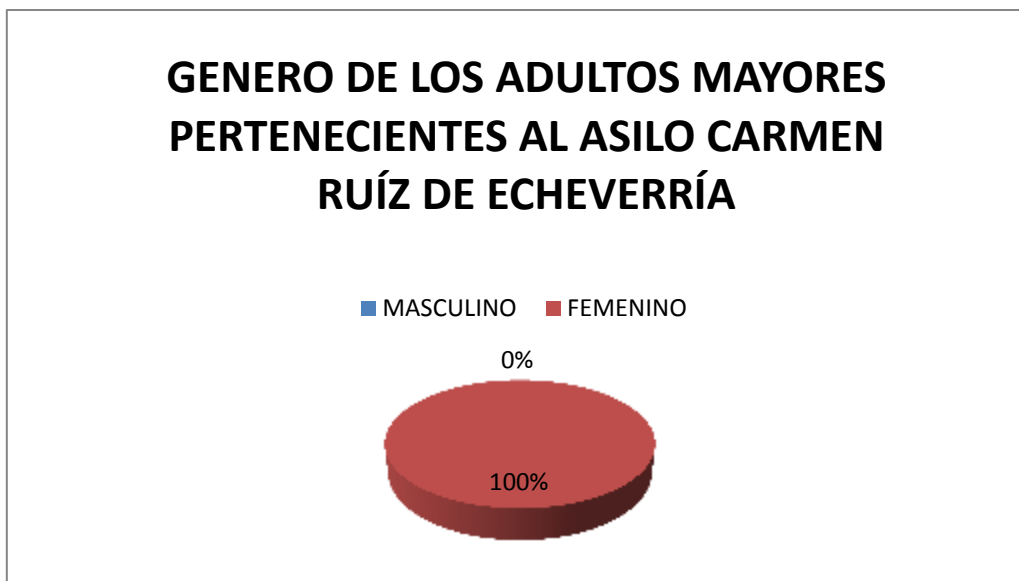
ANALISIS.-de acuerdo a los datos conseguidos la población es de 22 adultos mayores de los cuales se excluyeron a 4 adultos por presentar algún tipo de dificultad ya sea auditiva o verbal por lo que fueron tomados en cuenta 18 adultos mayores que equivalen al 100 % de los cuales el 44 % tienen de 60 a 65 años, el 28% tienen de 66 a 75 años el 17% tienen de 76 a 85 años y el 11% son mayores de 85 años lo que nos demuestra que entre mayor la edad de un adulto se disminuye el número de la población.

TABLA N° 2

SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUÍZ DE ECHEVERRÍA

SEXO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
TOTAL	0	18	18
PORCENTAJE	0	100%	100%

GRAFICO N°2



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

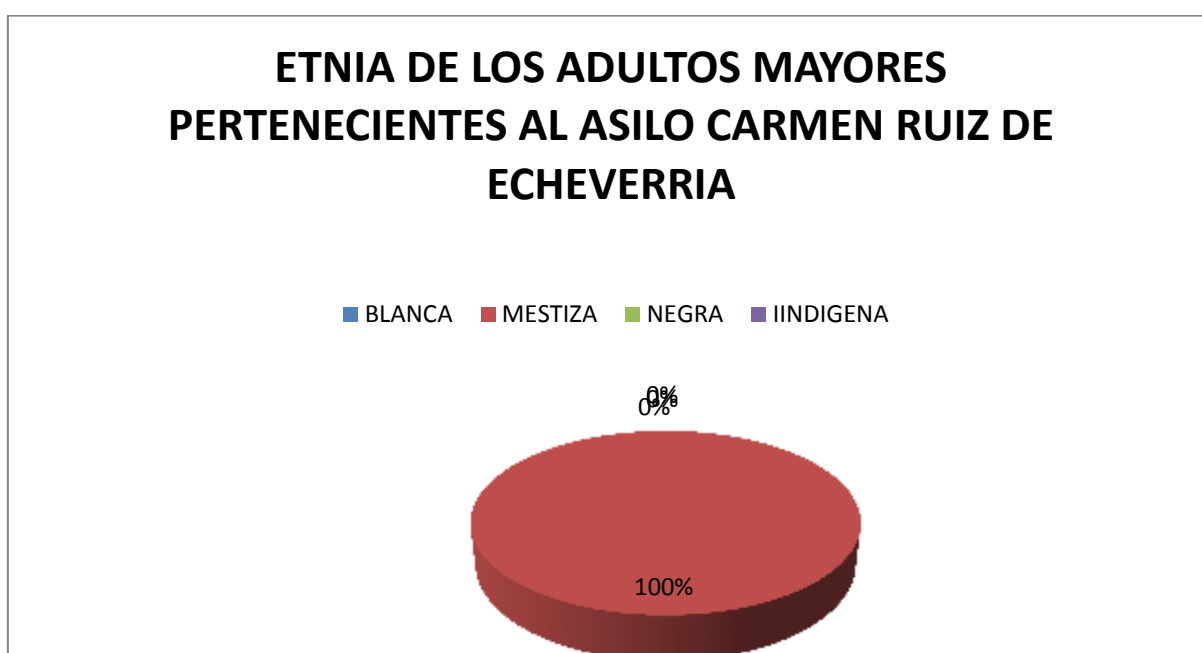
ANALISIS.-Según las encuestas realizadas se pudo evidenciar que en este asilo solo existe población sexo femenino y por lo tanto se encuentra en un porcentaje del 100%.

TABLA N° 3

ETNIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA

	BLANCA	MESTIZA	NEGRA	INDIGENA	TOTAL
CANTIDAD	0	16	0	2	18
PORCENTAJE	0	89%	0	11%	100%

GRAFICO N° 3



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

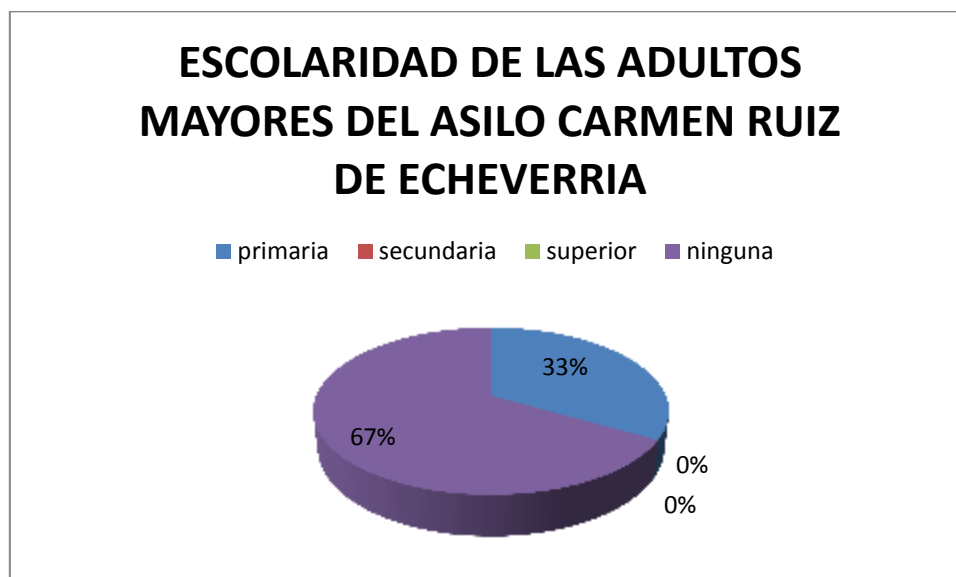
ANALISIS.- de la información obtenida se evidencia que la población dominante y sin duda representativa es la mestiza esto se debe q que la mayor parte de los habitantes de la ciudad de Cotacachi son de etnia mestiza debido a su localización geográfica a más de eso existe un pequeño porcentaje representado por el 115 de mujeres que pertenecen a la etnia indígena esto debido a que muy cerca se encuentra la ciudad de otavalo

TABLA N 4

ESCOLARIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA

	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	NINGUNA	TOTAL
CANTIDAD	6	0	0	12	18
PORCENTAJE	33		0	67	100%

GRAFICO N 4



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

ANALISIS.-de acuerdo a la información obtenida se puede determinar que existe un mayor porcentaje de adultos mayores que no tuvieron ningún tipo de instrucción a este corresponde un porcentaje del 67% mientras que en un porcentaje inferior representado por el 33% encontramos a adultas mayores que culminaron la primaria esto se debe a que en años pasados no todas las mujeres tenían la suerte de poder estudiar y solo se dedicaban a los quehaceres del hogar desde que eran niñas-

TABLA N 5

MOTIVO DE INGRESO DE LOS ADULTOS MAYORES AL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRÍA

	Traído por sus familiares	Por voluntad propia	Traído por una institución.	TOTAL
CANTIDAD	18	0	0	18
PORCENTAJE	100%	0	0	100%

GRAFICO Nº 5



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

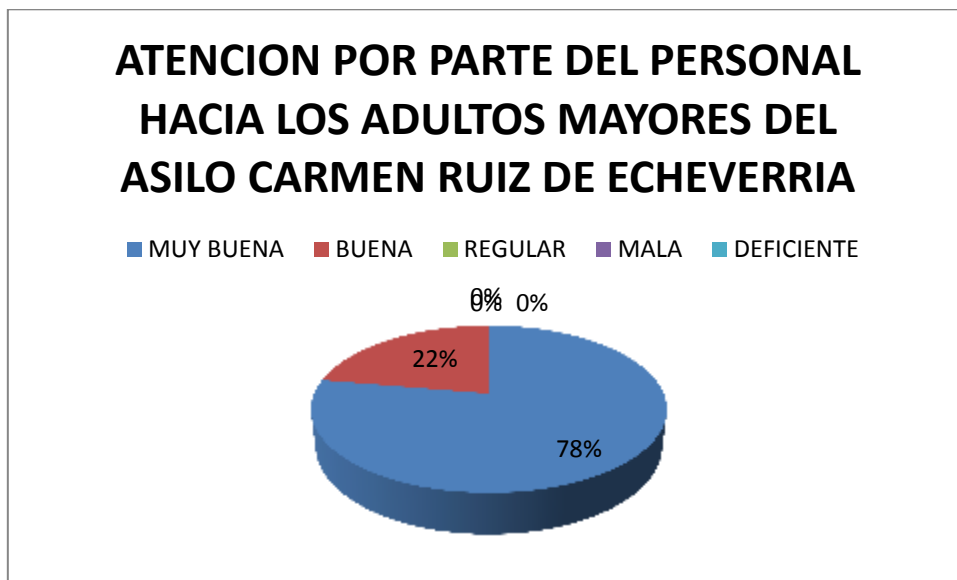
ANALISIS.-a través de las encuestas realizadas se puede determinar que todas las mujeres que se encuentran en esta institución han sido traídas por sus familiares ya sea porque no tienen mucho tiempo para dedicarles y padecen de alguna enfermedad por lo que decidieron internarlas en este asilo para que sean cuidadas de una mejor manera

TABLA N°6

ATENCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL PARA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRÍA

	MUY BUENA	BUENA	MALA	REGULAR	DEFICIENTE	TOTAL
CANTIDAD	14	4	0	0	0	18
PORCENTAJE	22%	78%	0	0	0	100%

GRAFICO N° 6



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

ANALISIS.-Se puede determinar que en su gran mayoría los adultos mayores consideran que la atención recibida es MUY BUENA representada por un 78% y solo un 10 % considera que la atención recibida es muy buena a más de que existe en un pequeño porcentaje representado por un 22% que considera que la atención es buena por lo que se podría asegurar que la estancia en esta institución es muy acogedora y el personal es muy preocupado

TABLA N° 7

TRATO CON CARIÑO Y RESPETO PARA LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRÍA

	SI	NO	TOTAL
CANTIDAD	16	2	18
PORCENTAJE	94%	8%	100%

GRAFICO N °7



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

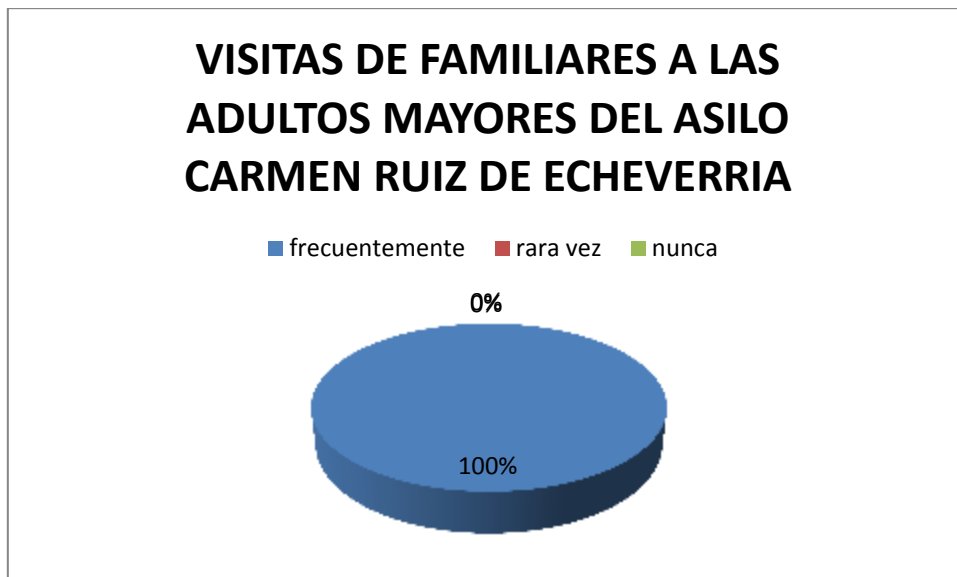
ANALISIS.-A traves de la encuesta se pudo determinar que existe un gran porcentaje de adultos mayores que opinan que el trato por parte del personal es con cariño y respeto el cual esta representado por un 94% mientras que solo en un 6 % considera que el trato que reciben es malo, el gran porcentaje se puede deber a que el personal que labora en la institucion les dejan intervenir en todas las decisiones que se van a tomar ademas que siempre estan junto a ellas demostrandoles que son importantes

TABLA Nº 8

VISITAS QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRÍA

	FRECUENTEMENTE	RARA VEZ	NUNCA	TOTAL
CANTIDAD	18	0	0	18
PORCENTAJE	100%	0	0	100%

GRAFICO Nº 8



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

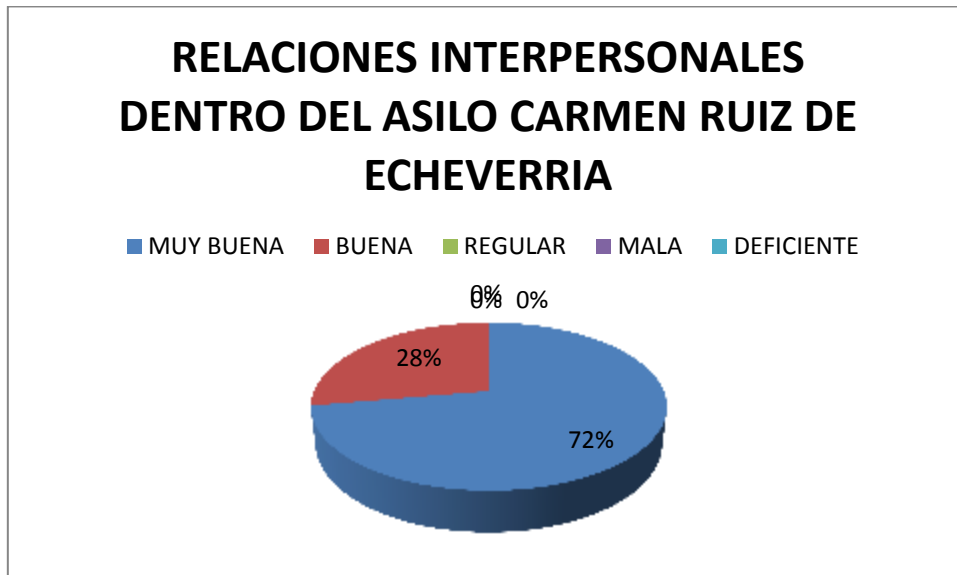
ANALISIS.-Se puede evidenciar que a todas las adultos mayores que se encuentran internadas los familiares acuden a las visitas todos los fines de semana esto se debe a que al haber sido internada por un familiar el siempre debe estar acercándose a observar si su familiar se encuentra en un buen estado

TABLA N º9

RELACIÓN CON COMPAÑEROS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO CARMEN RUÍZ DE ECHEVERRÍA

	MUY BUENA	BUENA	MALA	REGULAR	DEFICIENTE	Total
cantidad	13	5	0	0	0	18
porcentaje	72%	28%	0	0	0	100%

GRAFICO N° 9



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

ANALISIS.-De acuerdo a las encuestas realizadas se puede determinar que en su gran mayoría la relación que llevan los adultos mayores con sus compañeros es muy buena pues se encuentra representada por un 72% seguida de un 28% que consideran que la relación entre compañeros es muy buena. Todo esta se puede deber a que los adultos mayores al no tener un hogar hacia donde ir han formado una hermosa familia entre ellos eso si siempre con respeto

TABLA N° 10

NUMERO DE COMIDAS QUE RECIBEN LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRÍA

	1-3	4-5	TOTAL
CANTIDAD	0	18	18
PORCENTAJE	0	100	100%

GRAFICO N ° 10



**FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA**

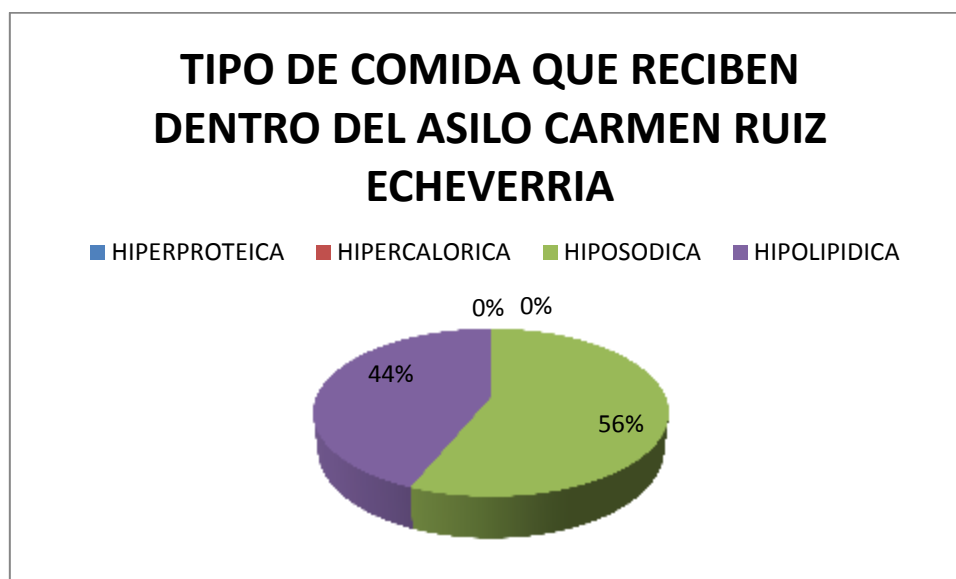
ANALISIS.-de acuerdo a las encuestas realizadas se puede llegar a considerar que existe un porcentaje muy sobresaliente de adultos mayores afirman recibir de 4 a 6 comidas diarias cuyo porcentaje es del 100 esto nos demuestra que los adultos mayores al recibir sus cinco comidas al día tomando en cuenta dentro de la cuarta o quinta una fruta entre otras cosas y de esta manera se asegura que los adultos mayores están recibiendo las cantidades suficientes de nutrientes que necesitan por su edad por lo que evitan la presencia de varias patologías.

TABLA N ° 11

ALIMENTOS PROPORCIONADOS A LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRÍA

	HIPERPROTEICA	HIPERCALORIC A	HIPOSODIC A	HIPOLIPIDICA
CANTIDAD	0	0	9	7
PORCENTAJE	0	0	56%	44%

GRAFICO N° 11



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

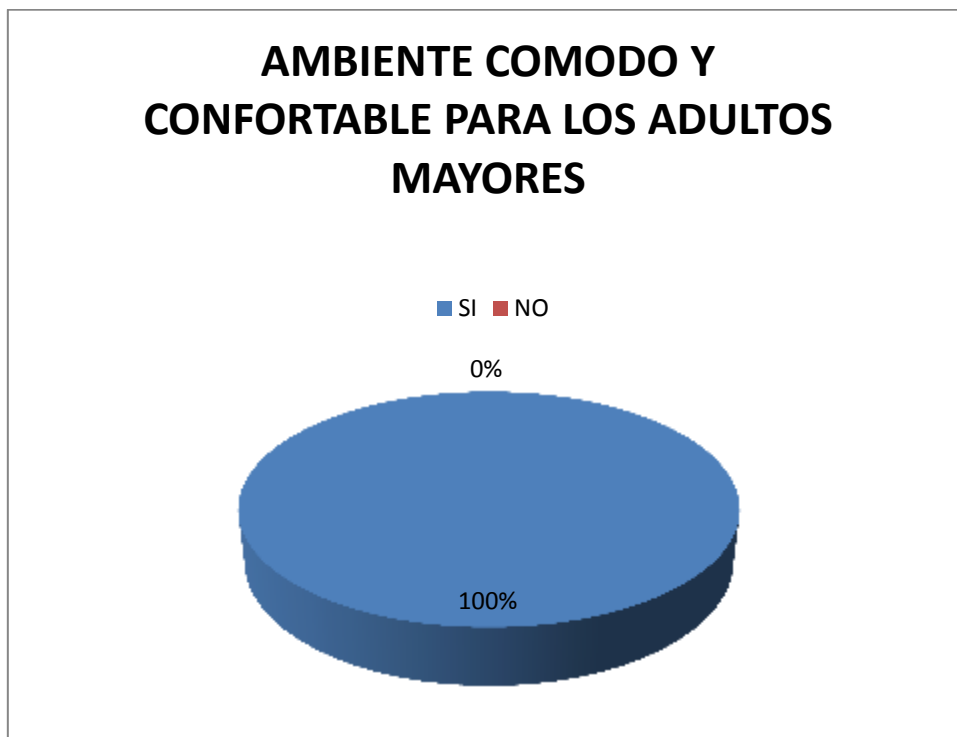
ANALISIS.-luego de realizadas las encuestas se pudo concluir que en un porcentajes de 44% consideran que la dieta que se le brinda es baja en grasa mientras que con un 56% considera que es una comida con poco contenido de sal. se evidencia que la alimentación que reciben es adecuada debido a que en la edad adulta se debe evitar el consumo excesiva de sal o grasas para evitar cualquier complicación de salud y en este caso las personas encargadas de la cocina ponen especial énfasis al momento de preparar los alimentos

TABLA Nº 12

AMBIENTE CÓMODO Y CONFORTABLE PARA LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO CARMEN RUÍZ DE ECHEVERRÍA

	SI	NO	TOTAL
CANTIDAD	18	0	18
PORCENTAJE	100	0	100%

GRAFICO Nº 12



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

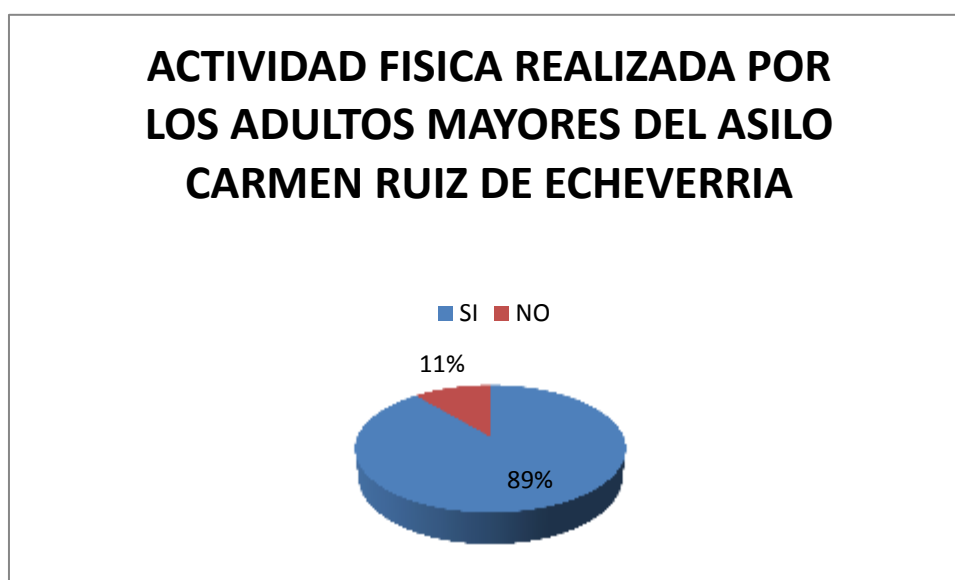
ANALISIS.-De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que todas las mujeres que se encuentran asiladas se encuentran cómodas y piensan que es un ambiente confortable para vivir pues se pone mucha atención a sus necesidades

TABLA N° 13

ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZAN LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRÍA

	SI	NO	TOTAL
CANTIDAD	16	2	18
PORCENTAJE	89%	11%	100%

GRAFICO N 13



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

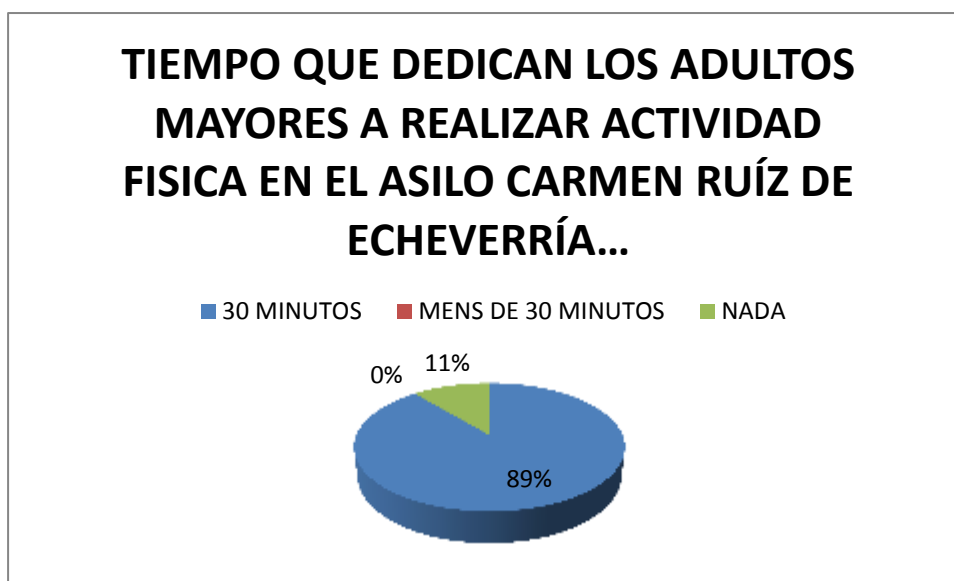
ANALISIS.-se puede concluir que la mayor parte de los adultos mayores que se encuentran asilados realizan actividad física ya que se encuentra representado por un 89% y una ínfima parte que está representada por el 11% refieren no realizar actividad física. Esto es debido a que dentro de la institución los adultos mayores deben realizar las distintas actividades que el personal que solicita hacer diversas actividades que se realizan en grupo lo cual colabora a que el adulto mayor se siga sintiendo autosuficiente

TABLA N° 14

TIEMPO QUE DEDICAN PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILOCARMEN RUÍZ DE ECHEVERRÍA

	30 MINUTOS	MENOS DE 30	NADA	TOTAL
CANTIDAD	16	0	2	18
PORCENTAJE	89%	0	11%	100%

GRAFICO N° 14



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

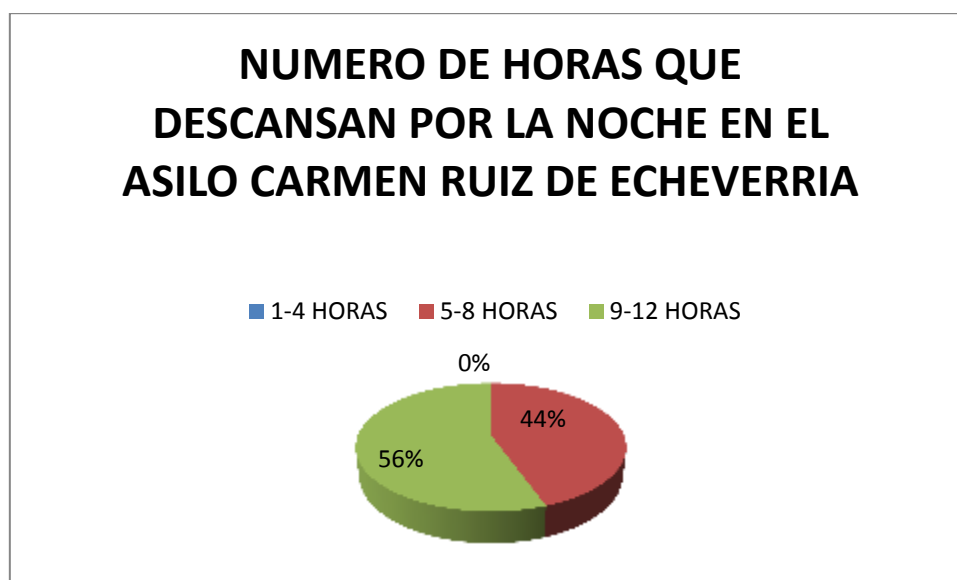
ANALISIS.- luego de aplicada la encuesta se puede deducir que en un porcentaje de 11% se encuentran los adultos mayores que no realizan ningún tipo de ejercicio, mientras que con un 82% se encuentra las personas que realizan actividad por 30 minutos por lo que se diría que esta actividad física es establecida para ciertos días y horas

TABLA N° 15

HORAS DE SUEÑO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRÍA

	1-4 HORAS	5-8 HORAS	9-12 HORAS	TOTAL
CANTIDAD	0	8	10	18
PORCENTAJE	0	44%	56%	100%

GRAFICO N°15



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

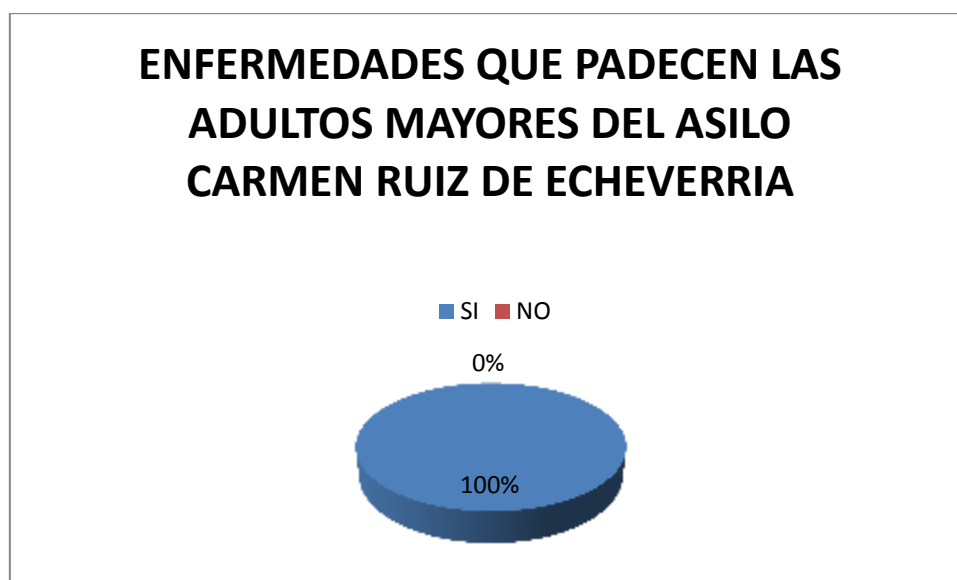
ANALISIS.-Se puede determinar que la mayor parte de los adultos mayores del asilo que están representados por el 56% duermen aproximadamente de 9 a 12 horas, seguido por un porcentaje representado por un 44% que descansan de 5 a 8 horas, el que se pueda descansar con comodidad es debido a que no existe mucho ruido exterior por lo que se puede conciliar el sueño fácilmente, mientras que para algunos adultos es difícil conciliar el sueño debido al insomnio propio de la edad o por otro tipo de problemas

TABLA N° 16

**ENFERMEDAD QUE PADECEN LAS ADULTAS MAYORES DEL ASILO
CARMEN RUÍZ DE ECHEVERRÍA**

	SI	NO	TOTAL
CANTIDAD	18	0	18
PORCENTAJE	100%	0	100%

GRAFICO N° 16



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

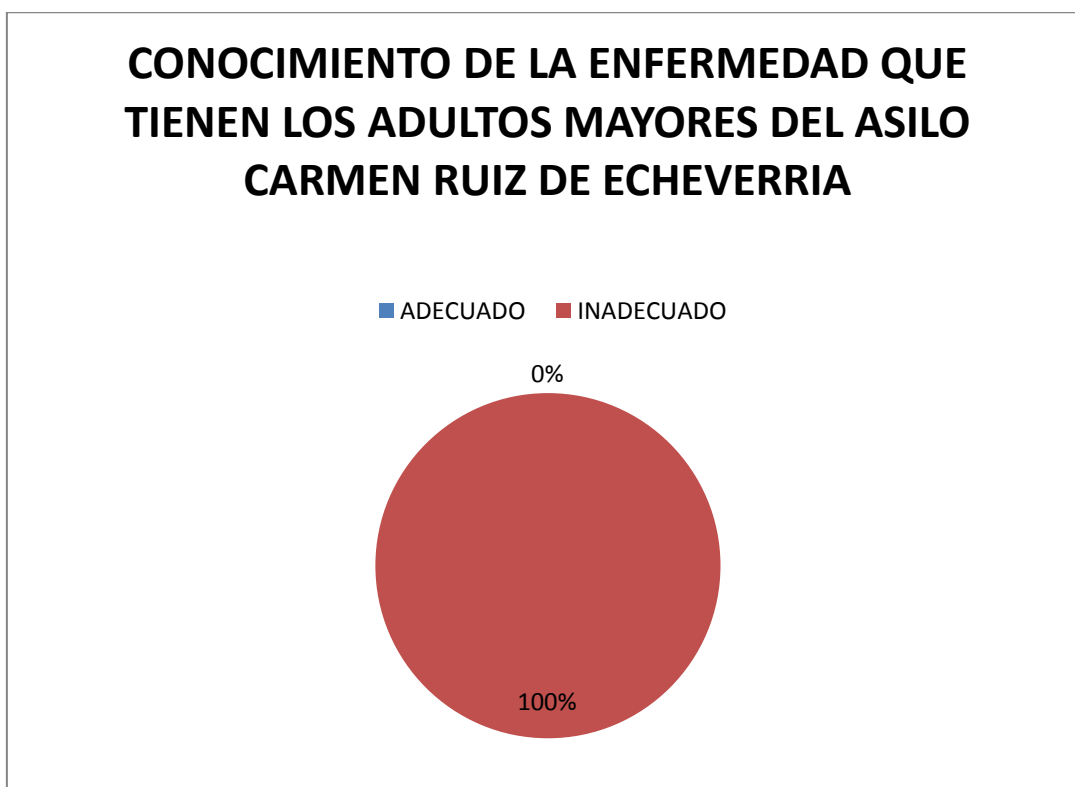
ANALISIS.-se llegó a concluir que el 100% de los ancianas que se encuentran en el asilo tienen algún tipo de padecimiento entre las cuales podemos nombrar a las 3 primordiales como son hipertensión osteoporosis artrosis inclusive se presentó ceguera pero se puede recalcar que a pesar de todas las enfermedades que padecen las adultas mayores tratan de participar en todas las actividades y el personal apoya para que no se sienta relegadas por la discapacidad que presentan

TABLA N° 17

QUE CONOCIMIENTO TIENE ACERCA DE LA ENFERMEDAD QUE PADECE

	ADECUADO	INADECUADO	TOTAL
CANTIDAD	0	18	18
PORCENTAJE	0	100	100%

GRAFICO N° 17



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

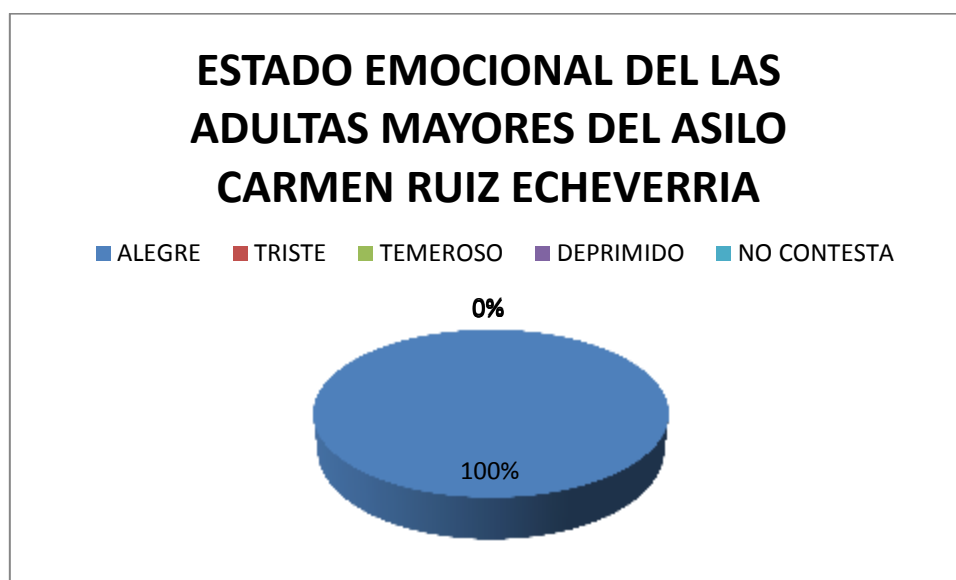
ANALISIS.-Se pudo determinar que el 100% de los adultos mayores no conocen acerca de la enfermedad que padecen a pesar de que el personal les explica para que puedan comprender en porqué de algunos cuidados que se les da.

TABLA N° 18

SENTIMIENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRÍA

	ALEGRE	TRISTE	TEMEROSO	DEPRIMIDO	NO CONTESTA	total
cantidad	18	0	0	0	0	18
PORCENTAJE	100%	0	0%	0	0	100

GRÁFICO N° 18



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
 ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

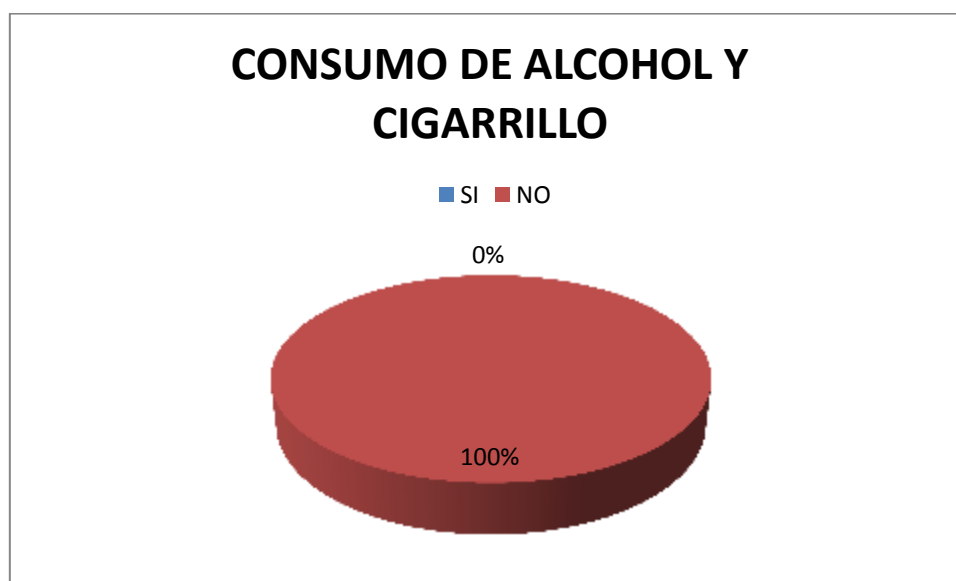
ANALISIS.-se encontró que todas las adultas mayores se encuentran tranquilas y felices pues el personal siempre está pendiente de ellas a mas que sus familiares también les visitan de manera lo cual las mantiene felices.

TABLA N° 19

CONSUMO DE ALCOHOL TABACO

	SI	NO	TOTAL
CANTIDAD	0	18	18
PORCENTAJE	0	100	100%

GRAFICO N° 19



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

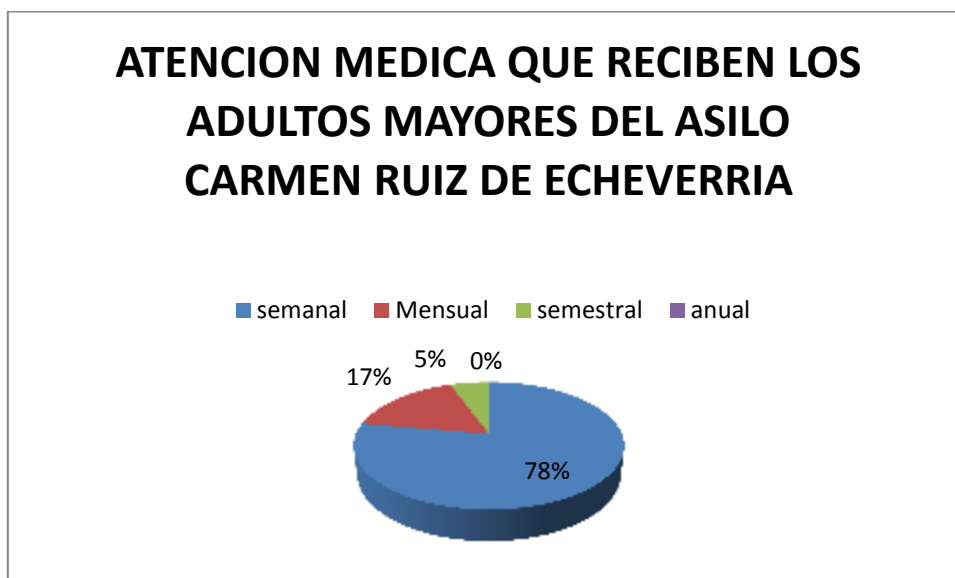
Se determinó que el 61% de los adultos mayores no consumían ni alcohol ni tabaco este porcentaje equivale en su totalidad a mujeres mientras esto se debe a que años atrás no se podía observar a una mujer fumando porque consideraban que no era correcto

TABLA N° 20

ATENCIÓN MEDICA QUE RECIBEN LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL ASILO CARMEN RUÍZ DE ECHEVERRÍA

	semanal	Mensual	semestral	anual	Total
TOTAL	14	3	1	0	18
PORCENTAJE	78%	17%	5%	0	100%

GRAFICO N°20



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION:MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

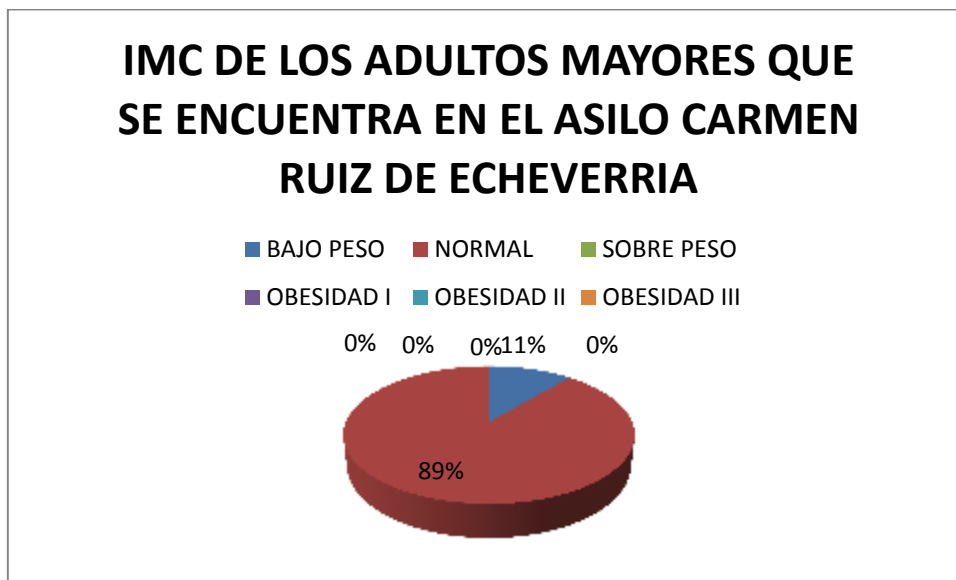
ANALISIS.-el grafico nos demuestra que existe un 78% que afirma que el medico les atiende diariamente un 17% semanalmente mientras que existe un 5% que afirma que las visitas son mensuales esto se puede deber a que existen algunos adultos mayores que requieren mayor atención medica que otros y por tal razón existe esta variedad de opiniones

TABLA N° 21

ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LAS ADULTAS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA

	BAJO PESO	NORMAL	SOBRE PESO	OBESIDAD I	OBESIDAD II	OBESIDAD III
TOTAL	2	16	0	0	0	0
PORCENTAJE	11.2%	88.8%	0%	0%	0%	0%

GRAFICO N° 21



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA
ELABORACION: MONTALVO MAYRA; RUALES ANA

ANALISIS.-el grafico nos demuestran que en su gran mayoría las adultas mayores del asilo Carmen Ruíz Echeverría en un porcentaje de 88.8 % mantienen un peso normal dentro de los parámetros realizados para su edad y en un 11.2% que representan 2 mujeres se encuentran en un bajo peso, esto puede ser gracias que las personas encargadas de la cocina preparan alimentos adecuado y que les aportan los nutrientes que ellas necesitan además que el personal encargado del cuidado directo se encuentra pendiente para ayudar a que se sirvan los alimentos

4.1.2 Discusión de resultados

La percepción de los adultos mayores acerca de la atención recibida dentro de un asilo varía dependiendo de su tipo pues los adultos mayores que se encuentra internados en el asilo León Ruales de la ciudad de Ibarra que es un asilo público considera que la atención en general es buena pero podría mejorar en cuanto al trato que les da el personal que aquí labora, además que deberían implementar actividades que les ayuden a mantener su calidad de vida,

En este asilo existen tanto mujeres como hombres distribuidos en diferentes secciones, pero al no existir un presupuesto suficiente los adultos mayores de esta institución no pueden contar con varias ventajas como sería tener un médico que siempre este a su disposición.

Mientras que en el asilo Carmen Ruíz de Echeverría de la ciudad de Cotacachi que es un asilo privado las adultas mayores que se encuentran dentro de esta institución han considerado que la atención que reciben es muy buena pues les toman en cuenta en cada una de las decisiones en cuanto a su cuidado, además que toman tiempo para poder compartir con ellas y determinar sus sentimientos

En este asilo solo aceptan a mujeres además que al ser una institución particular cuentan con grandes beneficios como es contar con un medico diariamente y cuando se lo necesite fisioterapista y cuidadores directos que siempre están interactuando con ellas.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se llegar a determinar que según la perspectiva de los adultos mayores del asilo León Ruales que la atención que reciben dentro de esta institución es buena tomando en cuenta que los adultos mayores expresan que al no contar con familiares que los apoyen y ningún tipo de amigo se encuentran más que nada conformes pues sino estuviesen internados en este lugar no tendrían ni siquiera la alimentación ni un techo en donde vivir por lo que a pesar de las distintas de tristeza o melancolía que presentan en algunas ocasiones se sienten agradecidos con el personal que labora dentro de la institución.
- Existe un distinto panorama en cuanto a la percepción de las ancianitas del asilo Carmen Ruiz ya que las mujeres que se encuentran internadas se sienten felices y complacidas por la atención que se les brinda en ese lugar , pues todas las necesidades le son satisfechas , además que todos los fines de semana sus familiares las visitan haciéndolas sentir importantes.
- La diferencia entre los dos asilos es que en el particular al ser todo pagado a atención va a ser mejor pues siempre existe una remuneración suficiente para las personas que las atienden.

5.2 Recomendaciones

- Que el estado debería asignar más presupuesto para los lugares que brindan atención a los adultos mayores para que esta atención que se les da sea de calidad pero también sea brindada con calidez.
- Que el personal que les brinda atención dentro de los asilos deben tomar al adulto mayor como un todo tanto sabiendo que no solo se trata un ser físico o conjunto de partes o solamente un abuelito más pertenecientes a la institución sino que se deben dar cuenta que es una persona como las demás llena de sentimientos que desea expresar y de necesidades que deben ser satisfechas para lograr llegar a estado de bienestar total.
- Se debe realizar un análisis consecutivo sobre la percepción que tienen los adultos mayores sobre la calidad de atención que reciben en las instituciones de apoyo para este grupo y mejorar los modelos de atención pues de ellos depende cambiar los estilos de vida.
- Conviene realizar varias charlas educativas acerca de las necesidades más comunes de los adultos mayores, hábitos saludables, recreación y actividad física para evitar tener una percepción inadecuada de los ancianos con respecto a los asilos y así evitar una vida monótona.
- Crear un plan entre personal que labora en las instituciones y personal de enfermería para atender a cada paciente de una manera digna e identificar las principales necesidades con el fin de evitar confusiones entre salud y enfermedad.
- Implementar programas preventivos dirigidos a la comunidad para que el adulto mayor no sea excluido de la sociedad y forme parte de nuestro convivir,
- Utilizar las guías, normas y protocolos planteados por el MSP para entender y adaptar los nuevos modelos de atención al adulto mayor.

5.3 DEFINICION DE TERMINOS

5.3.1 Ancianidad

Considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 65 años y que finaliza con la muerte.

5.3.2 Asilo De Ancianos.

Es un hogar o albergue de ancianos, donde se les brinda asistencia medica, abrigo, comida, cuidados, en caso de sus familiares no quieran o no puedan hacerlo o que no tengan familia

5.3.3 Accesibilidad

Tener acceso, paso o entrada a un lugar o actividad sin limitación alguna por razón de deficiencia, discapacidad, o minusvalía.

5.3.4 autovalencia.-

Capacidad para tomar decisiones y ejecutarlas por sí mismo

5.3.5 Autocuidado:

“Conjunto de actividades que realizan las personas, la familia o la comunidad, para asegurar, mantener o promover al máximo su potencial de salud”. Implica cambiar estilos de vida incorporando conductas que permitan, a través de un estado de bienestar, desarrollar una vida plena y activa, perseverando y fortaleciendo la salud física o psíquica.

5.3.6 Cuidadores:

Personas que proporcionan los servicios necesarios para el cuidado de otros, en sus actividades cotidianas.

5.3.7 Cuidador Formal:

Personal que atiende a la persona mayor en una institución (establecimientos de larga estadía). El cuidador formal también puede ser el personal contratado que asiste a la persona mayor en su hogar.

5.3.8 Depresión:

Estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo. Que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza, soledad

desesperación, pesimismo, sentimientos de culpa, desvalorización, quejas de orden somático como insomnio, pérdida de apetito, como también disminución de la conducta motora y dificultades cognitivas.

5.3.9 Dependencia.-

Necesidad de ayuda parcial o total para tomar decisiones y ejecutar las actividades de la vida diaria

5.3.10 Deterioro Cognitivo:

Daño progresivo, en mayor o menor grado, de las facultades intelectuales de una persona.

El conjunto de fenómenos mentales deficitarios debidos bien a la involución biológica propia de la vejez o bien a un trastorno patológico (arteriosclerosis, parálisis general, intoxicación, enfermedades mentales de larga duración, etc.)

5.3.11 Demencia

Deterioro de la capacidad cognitiva, usualmente caracterizada por la pérdida de memoria, cambios en la personalidad y juicio limitado

5.3.12 Discapacidad:

Toda limitación grave que afecte o se espera que vaya a afectar durante más de un año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas.

5.3.13 Edad:

Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana

5.3.14 Envejecimiento:

Proceso de cambios graduales irreversibles en la estructura y función de un organismo que ocurren como resultado del paso del tiempo.

5.3.15 Esperanza De Vida:

Número de años, basado en proyecciones estadísticas conocidas que un conjunto de individuos con una determinada edad, pueden razonablemente llegar a vivir.

5.3.16 Fragilidad

Es una condición personal en la que se ven afectados los aspectos: fisiológicos, neurosensoriales de un individuo implicando pérdida de las reservas que permiten mantener el equilibrio con el medio y/o recuperarlo luego de un evento negativo

5.3. 17 Geriátrías:

Especialidad de la medicina que estudia la vejez y sus enfermedades.

Estudio y práctica del cuidado médico de las personas mayores.

5.3.18 Gerontología:

Procede del vocablo griego Geron, Geronto/es: los más viejos o notables del pueblo griego, aquellos que componían el Consejo de Agamenón, y de Logos: logia, tratado, estudio. Etimológicamente significa estudio de los más viejos.

Estudio científico de la vejez y envejecimiento desde una perspectiva multidisciplinaria biopsicosocial.

5.3.19 Jubilación:

Proceso por el cual se pone fin a la vida laboral activa de una persona.

Implica un cambio global de la situación vital (individual, social, económico y legal) de la persona que se retira de la vida laboral.

5.3. 20 Longevidad:

Potencial biológico de la duración de la vida. Extensión máxima de la duración de la vida humana. Esta duración parece ser del orden de 110 a los 115 años.

5.3.21 Rehabilitación:

Proceso de duración limitada y con objetivo definido encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental.

CAPITULO VI

6. MARCO ADMINISTRATIVO

6.1 Recursos

6.1.1 Talento Humano

- Director de Tesis: Licenciada Mercedes Cruz
- Estudiante: Montalvo Mayra
- Estudiante: Ruales Ana
- Adultos Mayores de los asilos León Ruales de la ciudad de Ibarra y en el Hogar De Ancianos Carmen Ruiz de Echeverría de La ciudad de Cotacachi
- Directores de las dos instituciones
- Personal que labora en las dos instituciones

6.1.2 Recursos Materiales

6.1.2.1 Técnicas

- Material de escritorio
- Material bibliográfico
- Empastados
- Encuestas
- Transporte

6.1.2.2 Tecnológicas

- Equipo multimedia
- Impresiones
- Material fotográfico

6.2 Presupuesto

	Detalle	Costo
MATERIAL DE ESCRITORIO	Hojas de papel bond	10.00
	Lápices	4.00
	Esferos	4.00
	Marcadores	4.00
	Cartulinas	5.00
	Colores	4.50
	Corrector	1.50
	Borrador	1.00
	Reglas	1.00
	Estiletes	2.00
	Cinta adhesiva	3.00
MATERIAL BIBLIOGRAFICO	Internet	50.00
	Copias	5.00
IMPRESIONES	Tinta para impresora	60.00
EMPASTADOS	Tesis	40.00
	Copias tesis	120.00
ENCUESTAS	Hojas copias	6.00
TRANSPORTE	Buses	20.00
	Taxis	25.00
MATERIAL FOTOGRAFICO	video	
	Fotografías	30.00
REFRIGERIOS	Sanduches colas frutas	30.00
SUBTOTAL		4260
INPREVISTOS	10%	42.60
TOTAL		468.60

6.3 Cronograma de actividades

#	Actividad	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
1	Elaboración del anteproyecto	■	■																
2	Revisión del ante proyecto			■	■														
3	Revisión bibliográfica					■													
4	Construcción del marco teórico						■	■											
5	Elaboración del instrumento								■										
6	Validación									■	■	■							

7	Recolección de datos																		
8	Procesamiento y análisis																		
9	Primer borrador																		
10	Informe final																		
11	Elaboración del informe final																		
12	Defensa de tesis																		

BIBLIOGRAFIA

- Méndez Carlos, Metodología Diseño y desarrollo del proceso de investigación, tercera edición, 2003.
- Ministerio de Salud publica Ecuador, Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de salud para el Adulto Mayor.
- Manuel Quintanilla Martínez 2006 Cuidados Integrales de Enfermería Geronto-geriátricos Tomo I 2da edición ampliada y revisada. Instituto monsa de ediciones S.A.
- Manuel Quintanilla Martínez 2006, Cuidados Integrales de Enfermería Gerontogeriátricos Tomo II 2da edición ampliada y revisada. Instituto monsa de ediciones S.A.
- Pilar Pont Geis. Tercera Edad, Actividad Física y Salud. Editorial Paidotribo 2da reimpresión de la 7ma Edición.
- Dr. Fernando Caballero Martínez, La Salud en Tercera Edad, Cultural S.A. edición 2006.
- Sacramento Pinazo Hernandis. Mariano Sanchez Martínez 2005, Gerontología Actualización innovación y propuesta PERSON EDUCACION S.A.
- José y Ozawa Deguchi, 1994. Estomatología Geriátrica. Editorial Trillas S.A. de C.V. 1ra Edición.
- *Caballero. Fernando, Berzal Margarita, GUÍA MÉDICA, décima edición, Madrid España 2007.*

LINCONGRAFIA

1. Adultos Mayores
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Adultos-Mayores/226095.html>
2. Adulto Mayor: Aspectos Psicoafectivos Del Envejecimiento
<http://www.ubiobio.cl/vitrina/envejecim.htm>
3. Adulto Mayor <http://www.vcl.jovenclub.cu/prov/adultomayor/docs/m6/m6-1.pdf>
4. Algunos ancianos reciben cuidados innecesarios.
<http://blogs.lapalmi.com/salud/2009/10/14/estudio-algunos-ancianos-reciben-cuidados-innecesarios/>
5. Beneficios Para El Adulto Mayor <http://www.bcn.cl/guias/beneficios-del-adulto-mayor>
6. Bienestar Psicológico De Los Adultos Mayores, Su Relación Con La Autoestima Y La Autoeficacia. Contribución De Enfermería <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rlp/v38n1/v38n1a03.pdf>
7. Cuidados De Enfermería En El Adulto Mayor
<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/CuidadosEnfermeria.pdf>
8. Percepción Del Adulto Mayor
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071f.pdf>
9. Discriminación Del Adulto Mayor
http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/emma_1.pdf
10. El Adulto Mayor
http://caterina.udlap.mx/udla/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf

ANEXOS

**UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

Por favor dígnese en contestar la siguiente encuesta que servirá para determinar la calidad de atención que les brinda en esta institución, esta encuesta no llevara sus datos personales y guardara completa privacidad.

Encuesta N°

DATOS GENERALES

1. Sexo

a) Masculino

b) Femenino

2. Edad

a) 60-65 años

b) 66-75 años

c) 76-85 años

d) d)> a 85 años

3. Etnia

a) Indígena

b) Mestizo

c) Negra

4. Instrucción académica

a) Primaria

b) Secundaria

c) Universidad

d) Ninguna

DATOS INFORMATIVOS

5. ¿Por qué motivo usted fue ingresado esta institución?

a) Traído por sus familiares

b) Por voluntad propia

c) Traído por una institución.

6. Considera que la atención que le brinda dentro de esta institución por parte del personal que labora es

a) Buena

b) Mala

c) Regular

d) Deficiente

7. considera Ud. que el trato que recibe es cariño y respeto

- a) Si
- b) No
8. usted recibe visitas de sus familiares:
- a) Frecuentemente
- b) Rara vez
- c) Nunca
9. la relación que tiene con sus compañeros (otros adultos mayores) es:
- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala
- d) Pésima
10. Cuantas veces al día usted recibe alimentos.
- a) 1-3 veces
- b) 4-5 veces
11. Considera usted que los alimentos que le son proporcionados son:
- a) Hiperproteica
- b) Hipercalorica
- c) Hiposodica
- d) Hiperlipidica
12. El ambiente donde usted se encuentra es cómodo y confortable.
- a) Si
- b) No
13. realiza usted actividad física
- a) Si
- b) No
14. cuanto tiempo dedica para realizar actividad física a la semana.
- a) 30 minutos
- b) Menos de 30 minutos
- c) Nada
15. cuantas horas al día duerme usted
- a) 1-4 horas
- b) 5-8 horas
- c) 9-12 horas
16. Padece usted de alguna enfermedad.
- a) Si
- b) No
- Mencione Cual enfermedad.....
17. Considera usted que el conocimiento que tiene de la enfermedad que padece es:
- a) Adecuado
- b) Inadecuado

18. Al estar internado dentro de este asilo se siente:

- a) Alegre
- b) Triste
- c) Deprimido
- d) Temeroso
- e) No contesta.

19. Usted ha ingerido en su vida alcohol o cigarrillo.

- a) Si
- b) No

20. Con que frecuencia recibe atención médica.

- a) Semanal
- b) Mensual
- c) Semestral
- d) Anual

DATOS ANTROPOMETRICOS

PESO: _____

TALLA: _____

PERIMETRO ABDOMINAL: _____

IMC: _____

OBSERVACIONES:.....
.....
.....
.....
.....

CUADRO COMPARATIVO ENTRE ASILO LEON RUALES Y EL ASILO CARMEN RUIZ DE ECHEVERRRIA

	ASILO LEON RUALES	ASILO CARMEN LUIS DE ECHEVERRRIA
Instalaciones físicas	<ul style="list-style-type: none"> • dirección, • dos secciones una para hombres y otra para mujeres, • comedor, • cocina, • baños, • dormitorios, • capilla, • un consultorio medico, • un consultorio de enfermería, • farmacia, • lavandería, • sala de uso múltiple, • área de rehabilitación, • jardines. 	<ul style="list-style-type: none"> • dirección, • habitaciones • comedor, • cocina, • baños localizados en cada habitación • baño para los visitantes • capilla, • un consultorio medico, • un consultorio de enfermería, • un consultorio de psicología • farmacia, • lavandería, • jardines.
Áreas de recreación	Presenta 2 pequeños jardines por los que el	Presenta 2 pequeños jardines por los que el

	adulto mayor puede caminar	adulto mayor puede caminar Presenta varios espacios verdes en donde el adulto mayor podría recrearse
Equipo de atención	DIRECTORA 2 trabajadora social 1 enfermera hermanas de la caridad personal de cocina 2 personal de lavandería 4 cuidadores	directora 2 hermanas de la caridad 3 auxiliar 4 psicólogo 5 terapeuta 6 2 cuidadores 7 2 secretarias 8 1 chofer del carro 9 Personal de mantenimiento 10 Lavandería
numero de adultos mayores	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres : • Mujeres: 	mujeres numero 22
Utilización del tiempo libre	La mayor parte del tiempo los adultos mayores suelen pasar en el patio descansando junto a sus compañeros. Algunos dias las personas que se encuentran en capacidades realizan bailoterapia junto al terapeuta	La mayor parte del tiempo los adultos mayores suelen pasar realizando algún tipo de manualidades Algunos dias también practican ejercicios pasivos junto a su fisioterapeuta
Alimentación	Actualmente los adultos mayores reciben el desayuno, almuerzo, merienda y la denominada colación a media mañana y	Actualmente los adultos mayores reciben el desayuno, almuerzo, merienda y la denominada colación a media mañana y

	<p>a media tarde la cual se basa en una fruta o algún tipo de golosina</p> <p>Por lo general que consideraría que los alimentos que aquí se brinda suelen tener un bajo contenido de sal (hiposódica) y además no contiene mucha grasa ni carbohidratos hipocalórica)</p>	<p>a media tarde la cual se basa en una fruta o algún tipo de golosina</p> <p>Por lo general que consideraría que los alimentos que aquí se brinda suelen tener un bajo contenido de sal (hiposódica) y además no contiene mucha grasa ni carbohidratos hipocalórica) además incluyen en la dieta de los adultos mayores una gran cantidad de fibra cuyo consumo es importante durante esta etapa de la vida</p>
<p>Participación familiar (visitas)</p>	<p>Como se menciona con anterioridad una gran parte de los adultos mayores que se encuentran dentro de la institución se encontraban en la mendicidad y aquellos que fueron ingresados por sus familiares no acuden con frecuencia por lo que difícilmente participan en cuanto el cuidado del adulto mayor</p>	<p>Todos las ancianitas que se encuentran asiladas dentro de esta institución tienen familiares por lo que reciben visitas constantemente y cuyo familiares siempre están pendientes de las distintas actividades que van a realizar los adultos mayores</p>

Atención medica	La atención médica suele darse cuando el adulto mayor presenta algún inconveniente que de una u otra manera atentan o comprometen el bienestar del adulto mayor	El medico siempre esta predispuesta a brindar atención a quien lo solicite, además que si el medico determina que un adulto mayor necesita atención pero no se la ha solicitado el actúa y colabora con el dg y recuperación de su enfermedad La atención médica suele darse cuando el adulto mayor presenta algún inconveniente que de una u otra manera atentan o comprometen el bienestar del adulto mayor
Tratamiento	La medicación que se administra a los adultos mayores que se encuentran dentro de la institución en su gran mayoría y aquellas que pueden ser fácilmente adquiridas son gratuitas ya que esta institución es financiada por el estado por lo que también los tratamientos son financiados por la institución	La medicación que se administra a los adultos mayores que se encuentran dentro de la institución son cancelados por los familiares ya sea que se trata de medicinas o algún tratamiento especial ya que al internarla en esta institución aceptan esos parámetros

Costos	El estar asilado en este lugar no tiene precio ya que pertenece al sector publico por lo que es financiado por el estado es por esta razón que la mayor parte de la población que se encuentra dentro de este asilo son personas cuyas familias los han abandonado o que se encontraban en la mendicidad por lo que son acogidas en esta institución sin importar género, etnia, edad etc.	El estar asilado al ser una entidad privada perciben una remuneración mensual de 130 dólares fuera de los gastos que se pueden producir por alguna enfermedad
admisión	En este asilo se admite a cualquier adulto mayor que lo requiere como ya se mencionó sin importar edad, sexo, etnia, sin tomar en cuenta la condición económica o determinar si tienen o no familiares , sino que solo se evalúa para determinar si existe el espacio físico necesario para asilarlo	En este asilo se admite solo a mujeres, el asilo solo aoje a un máximo de 22 pacientes las cuales deben ser traídas por algún familiar que acepte las distintas condiciones

Asilo
“LEON RUALES”
INSTALACIONES FISICAS



CORREDOR



SALA DE ESPERA



INSTALACIONES SANITARIAS



PLANCHADORA



COMEDOR



DUCHAS



DORMITORIOS



CONSULTORIO MEDICO



FARMACIA



ASILO
“CARMEN RUIZ DE ECHEVERRIA”



INSTALACIONES FISICAS



SALA DE ESPERA Y CAPILLA



CORREDORES DEL ASILO



COMEDOR Y COCINA



DORMITORIOS



SUIT



BAÑOS Y DUCHAS



ESTACION DE ENFERMERIA



LAVANDERIA Y PLANCHADORA



ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS ABUELITAS Y EL PERSONAL



ACTIVIDADES EXTRAMURALES Y TERAPIA OCUPACIONAL

