

FCM

ESCUELA DE ENFERMERÍA
CICLO LICENCIATURA
SEDE FCM



TESINA

**SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ANCIANOS
INSTITUCIONALIZADOS EN DOS ESTABLECIMIENTOS ESTATALES
PERIODO SETIEMBRE – NOVIEMBRE 2014.**

AUTORES

**Acosta, Malvina
Vega, Carlos Hugo**

MENDOZA, Noviembre 2014

Esta investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, y la misma no podrá ser publicada en toda, en parte o resumirse sin el consentimiento escrito de la Dirección de la Escuela y/o autores del trabajo.

INTEGRANTES DEL TRIBUNAL EXAMINADOR:

PRESIDENTE: _____

VOCAL 1: _____

VOCAL 2: _____

TRABAJO APROBADO EL: ___/___/___

Tema: Satisfacción de las Necesidades Básicas de Ancianos Institucionalizados en dos Establecimientos Estatales, Periodo Setiembre – Noviembre 2014.

Autores: Acosta, Malvina, Vega, Carlos Hugo

Lugar: Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta. De la provincia de Mendoza, año 2014

Introducción: El envejecimiento es el fenómeno social colectivo más importante del siglo XXI, que tiene que ser afrontado como un desafío, y no como un problema; Cada persona vivirá estas etapas de forma distinta y se enfrentará a las mismas situaciones que los otros, pero eligiendo factores que dependerán de la educación, personalidad, sociedad, influencias, etc.

A medida que los ancianos presentan cambios físicos, biológicos, sociales y cognitivos, van surgiendo múltiples necesidades y problemas que requieren de la comprensión y cuidados por parte del profesional de enfermería, de manera que mediante las acciones que esta presta, pueda lograr en los ancianos un nivel funcional óptimo.

Objetivo General: Determinar si los cuidados de enfermería satisfacen las Necesidades básicas de los ancianos hospitalizados en Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta. **Objetivos Específicos:** Describir las condiciones de los ancianos internados en las instituciones estatales en estudio. Identificar las necesidades básicas insatisfechas de los ancianos. Especificar según la valoración de los ancianos, los cuidados de enfermería

Método: se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de carácter transversal aplicado y explicativo. Universo y muestra. Se utilizó un muestreo no probabilístico e intencional. Criterio de selección que estén mentalmente lúcidos y que deseen participar un total de 15 ancianos porque se selecciona. Técnicas e instrumento, se aplicó una entrevista estructurada con la intención de proporcionar datos que permiten cumplir con los objetivos propuestos.

Resultados y conclusión: La población de estudio estuvo constituido por un 40% de gerontes de 71 a 80 años, un 27% de más de 80 años y un 33% menos de 70 años, el 40% son mujeres y el 60% son hombres.

En relación a las condiciones de los ancianos institucionalizados, teniendo en cuenta los indicadores analizados, se puede concluir que los sujetos analizados más del 50% conservan aún su independencia en cuanto a sus necesidades básicas. La valoración que realizan los ancianos sobre las actividades de enfermería en más del 70%; se constata que son muy frecuentes en las cuatro actividades de enfermería analizadas. Es importante resaltar que si bien las intervenciones de enfermería son importante para poder realizar una atención integral al anciano es necesario que este conformado un equipo multidisciplinario que contemple y satisfaga todas las necesidades físicas, psíquicas y sociales.

Recomendaciones: Capacitación para los enfermeros sobre temas relacionados con el cuidado del adulto mayor, cursos de posgrado, maestría, etc. Implementar estrategias integrales por parte del equipo multidisciplinario de las instituciones para satisfacer las necesidades o mantener las que aún conserva. Que se realice cronogramas de actividades donde se involucre a todo el personal de enfermería para fomentar el autocuidado e interacción con el adulto mayor.

Palabras claves: Anciano Institucionalizado, Necesidades Básicas, Cuidados de Enfermería.

PROLOGO

Este trabajo está dirigido a todo el personal de salud y en especial a enfermería, que trabajan con ancianos en instituciones privadas y estatales con el fin de lograr una atención integral física, Psíquica y social.

Nuestro más sincero agradecimiento a todos los que de una u otra forma contribuyeron a que ésta investigación se hiciera realidad. A nuestros ancianos institucionalizados que colaboraron desinteresadamente respondiendo a las encuestas realizadas, como también a las autoridades de las instituciones por sus valiosos aportes.

A todos aquellos de los que nos podemos estar olvidando pero que dejaron su huella en este trabajo ¡Gracias!

ÍNDICE GENERAL

CAPITULO I:	
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEO DEL PROBLEMA	2
Formulación del problema	4
Justificación	4
OBJETIVOS	5
General	5
Específicos	5
MARCO TEÓRICO	6
Apartado A: Ancianidad	6
Apartado B: Necesidades y problemas de salud de los Ancianos	18
Apartado C: Rol de Enfermería	27
CAPITULO II	39
DISEÑO METODOLÓGICO	39
Tipo de estudio	40
Área de estudio	40
Universo y muestra	40
Variables. Definición y operacionalización	41
Técnicas e Instrumento de recolección	45
Análisis, procesamiento y presentación de datos	46
CAPITULO III	47
RESULTADO, DISCUSIÓN Y PROPUESTA	48
Resumen e Interpretación de los resultados	84
Propuestas de Acción	86
ANEXOS	
CITAS BIBLIOGRAFICAS	88
BIBLIOGRAFÍA	89
Anexo1: Instrumento de recolección de datos	91
Anexo 2: Codificación	95
Anexo 2: Matriz de datos	101

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA Y GRÁFICO N° 1: SEXO de los ancianos institucionalizados	49
TABLA Y GRÁFICO N° 2: EDAD de los ancianos institucionalizados	50
TABLA Y GRÁFICO N° 3: Necesidad Básica RESPIRACIÓN; Dificultad	51
TABLA Y GRÁFICO N° 4:Necesidad Básica RESPIRACIÓN; Consume Cigarrillo	52
TABLA Y GRÁFICO N°5: Necesidad Básica RESPIRACIÓN; Toma medicación	53
TABLA Y GRÁFICO N° 6: Necesidad Básica ALIMENTACIÓN; Tipo de dieta	54
TABLA Y GRÁFICO N° 7: Necesidad Básica ALIMENTACIÓN; Problemas en la masticación	55
TABLA Y GRÁFICO N° 8: Necesidad Básica ALIMENTACIÓN; Consume líquido,	56
TABLA Y GRÁFICO N° 9: Necesidad Básica ELIMINACIÓN DE DESECHOS; a) incontinencia urinaria	57 58
TABLA Y GRÁFICO N° 10: b) tratamiento no farmacológico,	59
TABLA Y GRÁFICO N° 11: c) pañales por día	
TABLA Y GRÁFICO N°12: Necesidad Básica ELIMINACIÓN DE DESECHOS; Eliminación fecal,	60
TABLA Y GRÁFICO N° 13: Necesidad Básica; MOVIMIENTO Y POSTURA posición que adopta al vestirse	61 62
TABLA Y GRÁFICO N° 14: Necesidad Básica; MOVIMIENTO Y POSTURA; camina alrededor del hogar	63
TABLA Y GRÁFICO N° 15: Necesidad Básica; MOVIMIENTO Y POSTURA; edemas de los pies y pierna	64
TABLA Y GRÁFICO N° 16: Necesidad Básica; VESTIMENTA ADECUADA; veces que se cambia	65
TABLA Y GRÁFICO N° 17:Necesidad Básica; TEMPERATURA	66

CORPORAL

TABLA Y GRÁFICO N° 18: Necesidad Básica; DESCANSAR-DORMIR; horas que duerme	67
TABLA Y GRÁFICO N° 19: Necesidad Básica; DESCANSAR-DORMIR; toma medicación para dormir.	68
TABLA Y GRÁFICO N° 20: Necesidad Básica; HIGIENE CORPORAL; ayuda para bañarse	69
TABLA Y GRÁFICO N° 21: Necesidad Básica; PELIGRO EN EL ENTORNO; a) dificultades con otro anciano	70
TABLA Y GRÁFICO N° 22: b) Agresión de otros pares	71
TABLA Y GRÁFICO N° 23: Necesidad Básica; COMUNICACIÓN CON EL ENTORNO; a) relación con los Compañeros del hogar	72
TABLA Y GRÁFICO N° 24: b) tiempo que está en el hogar	73
TABLA Y GRÁFICO N° 25: COMUNICACIÓN CON EL ENTORNO, Adaptación al medio	74
TABLA Y GRÁFICO N° 26: CONSERVAR SU AUTOESTIMA, decisión de ingresar al hogar,	75
TABLA Y GRÁFICO N° 27: PARTICIPACIÓN DE LAS ACTIVIDADES, Actividades Grupal	76
TABLA Y GRÁFICO N° 28: PARTICIPACIÓN DE LAS ACTIVIDADES, Actividades que organiza el hogar	77
TABLA Y GRÁFICO N° 29: VALORACIÓN QUE REALIZAN SOBRE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA; Promover acciones de autocuidado.	
TABLA Y GRÁFICO N° 30: VALORACIÓN QUE REALIZAN SOBRE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA; detección precoz de factores de riesgo de deterioro.	78
TABLA Y GRÁFICO N° 31: VALORACIÓN QUE REALIZAN SOBRE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA; cuidados a los ancianos con patología crónica	80
TABLA Y GRÁFICO N° 32: VALORACIÓN QUE REALIZAN SOBRE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA; detección temprana de signos y síntomas de enfermedades.	82

CAPITULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es el fenómeno social colectivo más importante del siglo XXI, que tiene que ser afrontado como un desafío, y no como un problema;

El envejecimiento comienza bien temprano en la vida, es parte de la secuencia del desarrollo del ciclo vital desde el crecimiento prenatal a la senectud.

Cada persona vivirá estas etapas de forma bien distinta y se enfrentará a las mismas situaciones que los otros, pero eligiendo según la multitud de factores como son la educación, personalidad, sociedad, influencias, etc.

La asistencia sanitaria a los mayores constituye un campo especializado en el que los enfermeros necesitan un amplio conocimiento del cuerpo, grandes habilidades de relación, gran capacidad para el trabajo en equipo e intervención familiar, así como cualidades personales como la paciencia y el respeto.

A medida que los ancianos presentan cambios físicos, biológicos, sociales y cognitivos, van surgiendo múltiples necesidades y problemas que requieren de la comprensión y cuidados por parte del profesional de enfermería, de manera que mediante las acciones que esta presta, pueda lograr en los ancianos un nivel funcional óptimo.

El propósito de esta investigación es observar si los ancianos, objeto de nuestro estudio (Internados en Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta) satisfacen sus necesidades básicas.

El presente estudio se desarrolla en cinco capítulos a saber: El capítulo I: Problema, presenta el planteamiento del problema, objetivos generales y objetivos específicos, así como la justificación del estudio; capítulo II Marco Teórico; se enmarca todos los antecedentes de investigación que sirven de aporte a la presente investigación, las bases teóricas con todo el referencial temático relativo al estudio, sistema y operacionalización de variables; capítulo III Marco Metodológico, presenta el diseño y tipo de investigación, la población y muestra objeto del estudio, métodos e instrumentos de recolección de datos.

En el capítulo IV Análisis e interpretación de los datos; se presentan los resultados y análisis de la información recolectada. Los resultados obtenidos a través del instrumento aplicado se representan en cuadros y gráficos estadísticos; capítulo V, conclusiones y recomendaciones del estudio y anexos.

PLANTEO DEL PROBLEMA

Nuestro país, responde a una situación de salud típica de países desarrollados, caracterizada por una población que envejece, con un desarrollo de la medicina que permite una expectativa de vida, con supervivencia en enfermedades crónicas.

Junto a la introducción de métodos novedosos de diagnóstico, evaluación funcional, de soporte vital y de múltiples variantes de manejo y tratamiento de las enfermedades en todos sus estadios.

Los pacientes mayores de 60 años, en lo que respecta a salud implica una población en la que prevalece las patologías crónicas. La atención de la salud en las personas ancianas es actualmente un ámbito extraordinariamente dinámico, tanto en lo referente a las necesidades de éstos, como a la de los profesionales para dar respuestas adecuadas en un escenario extremadamente permeable a los acontecimientos científicos, legales, familiares, sanitarios, políticos.

En los últimos 20 años se han producido grandes cambios, tanto en los servicios comunitarios como asistenciales, efectores hospitalarios que es necesario integrar en la atención específica a la población anciana y, por lo tanto, en la formación de los profesionales, como son:

- a) Alargamiento de la etapa vital de la vejez. Potencialmente puede durar más de 30 años, con necesidades obviamente distintas al inicio y al final de la etapa más larga del ciclo vital, en nuestro entorno.
- b) Integración de nuevas terapéuticas en el abordaje de los problemas de salud de las personas ancianas. Clínico-quirúrgicas, farmacológicas, psicosociales, educativas.
- c) Diversificación de los recursos de la comunidad. Con un abanico cada vez más amplio de Servicios, en los que la enfermera debe desarrollar su rol y que, por tanto, ha de conocer: familiares, legales, informales, sanitarios, sociales, socio-sanitarios.
- d) Nuevas formas organizativas y filosofías de trabajo. Algunas de éstas van evolucionando hacia la corresponsabilidad con el cliente y su familia, el trabajo interdisciplinario y la reflexión bioética.

En conjunto, todo lo anterior hace ver que para dar cuidados adecuados a esta etapa vital de las personas, se requiera un perfil profesional que S. Lauzon, profesora de enfermería de la Universidad de Montreal y eminente investigadora de los cuidados enfermeros en el campo de la gerontología, define así:

“La asistencia sanitaria a los mayores constituye un campo especializado en el que los enfermeros necesitan un amplio conocimiento del cuerpo, grandes habilidades de relación, gran capacidad para el trabajo en equipo e intervención familiar, así como cualidades personales como la paciencia y el respeto”.

La condición de un número importante de adultos mayores, presentan alteraciones agudas o crónicas en su estado de salud que los induce a consultar con frecuencia los servicios de salud. Por lo expuesto, es importante determinar una clasificación aproximada de los adultos mayores según su condición de salud; lo que permite determinar prioridades en cuanto a la atención, el cuidado a brindar y las necesidades que se deben cubrir, los cuales se exponen a continuación.

- Adulto mayor sano: persona mayor de 65 años, que a pesar de experimentar cambios anatómico-fisiológicos y psicológicos propios del proceso de envejecimiento, no presenta patologías asociadas.
- Adulto mayor enfermo: persona mayor de 65 años que, además de presentar los cambios propios de la edad, presenta patologías asociadas tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer o artritis.
- Adulto mayor frágil o en alto riesgo: persona mayor de 65 años que, a pesar de mantenerse sano, presenta factores externos ambientales que potencializan en éste el riesgo de enfermar.

Desde la experiencia de intervención y ante problemática presentada en los respectivos servicios, se plantean los siguientes interrogantes

¿Ancianidad o vejez?

¿Quién cubre sus necesidades básicas?

¿Por qué un anciano termina internado en forma permanente?

¿Tienen familiares?

¿Hay leyes que protejan a la vejez?

¿Qué pasa con el anciano abandonado por sus vínculos?

¿Desde la enfermería que se piensa sobre la ancianidad?

Ante lo expuesto, motiva a los autores a realizar una investigación para conocer cuál es la situación de los ancianos que están internados en el sector estatal Hogar Santa Marta y Hospital Gailhac.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Las Necesidades básicas de los ancianos institucionalizados están satisfechas en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014?

JUSTIFICACIÓN

Desde el campo de acción donde los autores se desempeñan, se observan un gran número de ancianos que ingresan a los hospitales u hogares, con patologías agudas y que con el paso del tiempo se vuelven pacientes crónicos, sus familiares se desvinculan afectiva y económicamente en forma progresiva. Se puede ver que el profesional de enfermería pasa a ser el vínculo más cercano al paciente crónico. Se intenta diariamente cubrir las necesidades básicas, Y aun contando con un equipo interdisciplinario no se logra un compromiso familiar-paciente, ni una atención completa, digna y acorde a un ser humano desvalido por la edad. En las instituciones estatales donde se alojan se puede observar, gerontes mal vestidos, con ropa no acorde a la estación climática del año, existen pacientes que solo dependen para su vestimenta, higiene y confort, con los recursos materiales que le otorga el Hospital, pacientes que se aíslan, pidiendo constantemente el regreso a su hogar o al menos la visita de un familiar. Así se llega a cuidar personas sin estímulos para vivir, con necesidades básicas insatisfechas que los hacen sentir indignos.

En lo que respecta al mundo afectivo, al anciano se le somete a un círculo reducido de personas. La norma que el anciano debe respetar es la de quedarse a solas con sus afectos, en todo caso tener nostalgia sin abusar ni agotar la paciencia de los demás y en ningún caso apasionarse por un presente: se le aconseja que no se altere.

Ante esta realidad, motiva a los autores a conocer si las necesidades básicas del anciano institucionalizado en el Hospital Gailhac, y Hogar de ancianos Santa Marta, están satisfechas.

OBJETIVO GENERAL

Determinar si los cuidados de enfermería satisfacen las Necesidades básicas de los ancianos hospitalizados en Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las condiciones de los ancianos internados en las instituciones estatales en estudio.
- Identificar las necesidades básicas insatisfechas de los ancianos.
- Especificar según la valoración de los ancianos, los cuidados de enfermería

MARCO TEÓRICO

APARTADO A: ANCIANIDAD

Para poder saber cuáles son las necesidades de un anciano es necesario conocer como se ha ido desarrollando su vida desde lo físico-psíquico-social.

El ser humano es un ser biológico y psicológico constituido en interacción con un medio que lo hace social. No sólo recibe estimulación, sino que a su vez estimula y evoluciona a la sociedad. También es dinámico: siempre está en continuo reto, con infinitud de oportunidades por vencer y conocimientos por adquirir para llegar a una integridad personal que lo conducirá a la productividad en todos los campos y lo transformará en un portador de tradiciones para las futuras generaciones. Es hacedor no sólo de su propio destino, sino de un destino cultural. La sociedad tiene una función importante ya que debe ayudar al individuo a actualizar cada una de sus potencialidades. Se habla de un continuo evolutivo, en donde las primeras pautas o las más infantiles, son significativas e integrantes de las más avanzadas y éstas a su vez forman parte de las situaciones en que la pauta adaptativa sea más primitiva.

Cada persona vivirá estas etapas de forma bien distinta y se enfrentará a las mismas situaciones que los otros, pero eligiendo de forma distinta según multitud de factores como son la educación, personalidad, sociedad, influencias, etc.

Erikson apoya su teoría del ciclo vital (que abarca desde el nacimiento hasta la muerte) teniendo en cuenta los aspectos sociales y su relación con el entorno del individuo.¹

El envejecimiento comienza bien temprano en la vida, es parte de la secuencia del desarrollo del ciclo vital desde el crecimiento prenatal a la senectud. El envejecimiento primario comprende los cambios irreversibles que ocurren con el tiempo mientras que el secundario implica cambios causados por afecciones o enfermedades concretas, que pueden estar relacionadas con la edad, pero no son el resultado inevitable de esta.

1-Grimaldi Herrera, C.: *Etapas evolutivas del ser humano*, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, noviembre 2009, www.eumed.net/rev/cccss/06/cgh13.htm

En la vejez, hay desgaste, declinación en la energía física, aumenta la susceptibilidad a las enfermedades e incapacidades, pero no es una enfermedad. Es un proceso multifacético de maduración y declinación, un proceso gradual, natural, universal e inexorable. No es más que el estado final del ciclo vital normal.

La forma en que una persona resuelva sus problemas en la edad adulta será un buen índice de cómo bregará con ellos en los años de la vejez. Hay que prepararse activamente para envejecer. La vejez constituye la aceptación del ciclo vital único y exclusivo de uno mismo y de las personas que han llegado a ser importantes en este proceso. En ella debe predominar una actitud contemplativa y reflexiva, reconciliándose con sus logros, fracasos y defectos, aprendiendo a disfrutar de los placeres que esta etapa brinda.

Las teorías del envejecimiento se refieren al proceso de envejecimiento primario, que implica los cambios graduales e inevitables relacionados con la edad que aparecen en todos los miembros de una especie. Hay dos teorías principales que intentan responder a cuáles son las causas de la decadencia física: Las teorías de la pre programación genética² y las teorías del desgaste (citadas en Berger y Thompson ,2001:152-153). Las primeras dicen que las células humanas sólo se reproducen hasta cierta edad, después de la cual ya no pueden separarse y según las del envejecimiento por desgaste, las funciones mecánicas del cuerpo simplemente dejan de trabajar de manera idónea. Además, los restos de los productos que producen energía finalmente se acumulan, y se hacen errores en el proceso de reproducción celular. Finalmente el cuerpo, en realidad, se desgasta. No se sabe cuál de estas teorías explica mejor el proceso de envejecimiento físico; puede ser que las dos contribuyan.

El envejecimiento como un proceso de crecimiento, estructurado en torno al tiempo y marcado por cambios biológicos, psicológicos y sociales. Los cambios físicos debidos al proceso de envejecimiento son palpables y conocidos por lo que no nos vamos a detener aquí.

2-BERGER, K. S. (2001): Psicología del desarrollo: Adulterz y vejez. Madrid, Panamericana)

Por lo que se refiere a los cambios cognitivos, el declive cognitivo no es marcado antes de los 70 años, y parece estar determinado sobre todo por enfermedades físicas.

A diferencia de lo que muchos creen, la mayoría de los mayores conservan un grado importante de sus capacidades cognitivas y psíquicas. Para muchas personas la vejez es un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico. El declive debido al envejecimiento psicológico “per se” es mucho más limitado y afecta fundamentalmente a las tareas que hay que desarrollar con velocidad. El bajo desempeño en las pruebas de inteligencia, se debe a un mayor tiempo de reacción de los mayores y a una motivación menor y poco o nada tiene que ver con las capacidades intelectuales, desenvolviéndose mejor en pruebas sobre problemas cotidianos y conocimientos sociales.

Por otro lado, se ha encontrado cierta disminución en la inteligencia fluida, mientras que la cristalizada, no disminuye, sino que mejora con la edad.

Existen teóricos que afirman que los seres humanos utilizamos en términos generales sólo un 20% de la capacidad inteligente de nuestras mentes. “Se impone la necesidad de aprender a utilizar sin más demora la inteligencia, con métodos científicos”. Siendo, según Miret “la ocupación constante y el seguir en activo lo que va a reportar vitalidad”.

Con respecto a los cambios psicológicos, a los que los mayores se enfrentan tienen que ver en primer lugar con la idea de tiempo. Se toma conciencia de que este es finito, y esa toma de conciencia tiene que ver también con la identidad. La pérdida es la vivencia por la cual se siente que ya no se tiene algo significativo, real o no. Implica un proceso de duelo, que no está exclusivamente vinculado a una pérdida por muerte. La mayoría debe enfrentarse a un sin número de pérdidas (amigos, familiares,), además de superar el cambio de status laboral, y la merma de la salud física y de las habilidades. La capacidad de compensar lo que se ha sido, el superar las pérdidas y afrontar el futuro es vital para la persona que envejece, pues hace que disminuya la probabilidad de que se produzcan repetidas crisis de identidad.

Otro aspecto significativo en relación a los cambios psicológicos es el relativo a

los miedos. Miedo a la propia vejez, al deterioro, a la dependencia, a la soledad, a la muerte.

Según la teoría psicosocial de Erikson³ (citado por Papalia, 1997:561), cuando los mayores entran en una etapa final de la vida, su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que lo hizo lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del yo, que sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando está dominada, la persona teme la muerte, y aunque puede expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. Cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría y con ella sabe aceptar las limitaciones.

De acuerdo con Erikson, “las personas que han tenido éxito en esta tarea integradora final, ganan un sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande, pasado, presente y futuro”. La “virtud” que se desarrolla durante esta etapa es la sabiduría, “un despreocupado e informado interés por la vida de cara a la muerte, en sí misma”. Igualmente propone Erikson que las personas que no consiguen aceptar esto son desesperanzadas, porque ya no ven tiempo para reaccionar y enmendar aquello con lo que no están de acuerdo.

En cuanto a la socialización y relaciones interpersonales, (el psicólogo Miguel Costa 2003:35)⁴ habla del envejecimiento activo, el llamado “empowerment”. En palabras de este, sería algo así como “la capacidad de lograr y retener el control de la propia vida que está frecuentemente correlacionado con un estado saludable, siendo muy importante que los mayores tomen decisiones”. Cuando se habla de mayor se hace referencia a personas con creencias, con experiencias, con conocimientos, etc. Afirmando que “el concepto social que vivimos es avaro con los mayores, y un envejecimiento saludable exige que el individuo tenga control en su vida”. Obtener resultados en la vida, señala Costa, deja huellas e impregna su biografía.

3-PAPALIA, D. y W. OLDS, S.(1997): Desarrollo humano. Santafé de Bogotá. Mc. Graw- Hill.

4-Costa, M. y López, E. (1996). Manual del Educador social. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Para ser posible la vida activa en la vejez, y que se disfrute de la jubilación es condición esencial, además de una razonable salud física y mental, haberla planeado desde el punto de vista financiero y psicológico fundamentalmente, de no ser así es probable que se de sensación de vacío, desvalorización, inquietud frente al tiempo libre que se dispone, además de encontrarse abocada a tremendas crisis psicológicas. Jamás este plan debe posponerse para la última hora, si se quiere alcanzar una calidad de vida en la vejez.

Las dificultades para definir la calidad de vida para los mayores, surgen de la complejidad del término, que involucra muchas variables que están tan interrelacionadas entre sí y además son tan singulares que se hace muy difícil deslindarlas y sopesarlas en forma individual. Algunas son objetivas de medición más fácil, y que responden a lo que se considera necesidades básicas: economía, nivel socio-cultural, déficit funcionales, problemas de salud, y otras subjetivas, que están asociadas a la percepción que cada persona tiene de lo que significa vivir satisfactoriamente en cuanto a condiciones de vida, como: satisfacción, felicidad, autoestima, que son difícil de medir.

Por sus parte, la OMS define la calidad de vida como” la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Y los que tratan de interrelacionarlas, como Torres Ortuño y otros (citado por Viguera:2002)⁵ que, la definen como “un constructo complejo, multifactorial, sobre el que se pueden realizar algunas mediciones objetivas, a través de una serie de indicadores pero en el que tiene una importante peso la vivencia que el sujeto pueda tener de ella”.

Vamos a ver como a través de la educación, la actividad y el uso de las nuevas tecnologías, se puede alcanzar una mejor calidad de vida, que irá permitiendo un buen envejecer y dando base al nuevo modelo de envejecimiento que ya se está imponiendo al comenzar el nuevo milenio. El modelo tradicional ya no es viable, ya que está basado en un concepto deficitario de vejez, que solo contabiliza pérdidas y declinación; instalado aún en el imaginario social, en

5-VIGUERA, V. (2002):"Calidad de vida y envejecimiento" en (<http://psicomundo.com/MAYORES Y CALIDAD DE VIDA/tiempo>).

...forma de prejuicios e ideas erróneas, que es necesario desprenderse, para posicionarse en ese proceso y desarrollar al máximo las potencialidades que todo ser humano tiene y que no se pierden porque se envejece.

Nuestro país, responde a una situación de salud típica de países desarrollados, caracterizada por una población que envejece, con un desarrollo de la medicina que permite una expectativa de vida, con supervivencia en enfermedades crónicas.

Junto a la introducción de métodos novedosos de diagnóstico, evaluación funcional, de soporte vital y de múltiples variantes de manejo y tratamiento de las enfermedades respiratorias en todos sus estadios, va aparejada la profundización en la formación de especialistas.

Los pacientes mayores de 60 años, en salud implica una población con patologías crónicas que en nuestra experiencia cotidiana, los pacientes que ingresan con patología de base con un aumento del deterioro psico-orgánico y el aumento de reingresos en muchas ocasiones los llevan a la muerte hecho que recae en el ánimo del agente de salud puesto que la función esencial de un enfermero es trabajar junto con el equipo de salud en la recuperación de la vitalidad de una persona enferma.

La dispensación de cuidados adquiere cada vez más importancia dentro del sistema sanitario.

El escaso personal en los servicios de internación hace que estos tipos de pacientes muchas veces no reciban la atención adecuada dándole a la familia la responsabilidad del cuidado que a menudo obstaculizan los procesos del tratamiento por falta de entrenamiento.

El gran desarrollo de la medicina incide en la disminución de la mortalidad con el consiguiente aumento demográfico, prolongando la ancianidad. Pero ha sido prolongación de la ancianidad, no de la calidad de vida, que ponen al anciano en situación de vulnerabilidad (daño social), entendida como la situación del senescente, de sufrir situaciones de riesgo, que pueden llevar sumadas un daño social; y de ello se derivan una serie de problemas sociales y económicos a los que aún no se ha podido dar respuesta satisfactoria, como el abandono de tratamiento que le permitiría no perder su independencia.

Respecto a la 3° edad y su relación con la sociedad se puede decir que; una sociedad donde la rentabilidad y la eficiencia tienden sólo a beneficiar a los productores y consumidores, los ancianos quedan en situación de marginalidad, ya que no producen y no tienen medios económicos. La convivencia de los ancianos con la sociedad no anciana, en otras palabras, la integración de ellos con la sociedad, la adaptación a una nueva familia (pareja e hijos), al nuevo ambiente urbano e industrializado (departamento de uno o dos ambientes) no adaptado a las necesidades del viejo, al que no le interesan las fuerzas no competitivas y productivas y que ha invertido de tal forma los valores que obligan a los viejos a ser abandonados o excluidos de ésta. El mundo moderno con todas sus características, tecnificación, urbanización, individualismo, competencia, etc. conduce inevitablemente a la desintegración de la familia.

Reduce a la familia a la unidad biológica de los esposos y sus inmediatos descendientes. La estrechez de las viviendas, las necesidades de confort, limitaciones de los ingresos, la no satisfacción adecuada de las necesidades básicas, impiden a la familia organizarse a la vida actual, la competencia y la eficacia como valores supremos... todo, en suma, tiende a eliminar al anciano del seno familiar.

Los requerimientos que debe hacer frente la familia y que le vienen impuestas desde el mundo exterior, hacen nacer y agrandar los conflictos entre generaciones.

Hace una década hubiera chocado hablar de la no convivencia en el mismo hogar de padres ancianos e hijos casados, pero hoy en día ya constituye un hecho cada vez más aceptado por ambas partes, puesto que cada cual quiere vivir su propia vida con total independencia.

Esta nueva realidad denominada proceso de liberación y autonomía, es sinónimo de egoísmo y enfrentamientos familiares.

En razón de los cambiantes estilos de vida y otros factores no es posible dar una definición que abarque todos los conceptos de familia. Sin embargo, es inevitable e indispensable señalar el concepto de familia como grupo primario que presta apoyo emocional, social y psicológico.

Entendiéndose por continencia familiar la total asistencia por parte de la familia, no tanto del el punto de vista económico, sino principalmente desde lo afectivo. El anciano, además de ser abandonado por la sociedad y la familia, el Estado, a través de sus políticas sociales de focalización, prioriza otras edades etarias, siendo el anciano nuevamente relegado. Por parte de la seguridad, social el ente que debería garantizar la seguridad económica de éste, sufre en las pensiones y jubilaciones, un deterioro, convirtiéndose en magros ingresos para este sector. (Ponts Geit Pilar 2006)⁶

Existe un alto porcentaje de la población de mayores de 65 años sin ningún tipo de ingresos. Por ende, sin ningún tipo de cobertura médica.

Aunque la pobreza es un término sociocultural difícilmente objetivable, se puede decir que vejez y pobreza, son términos equivalentes.

La escasez de dinero afecta directamente la vida del anciano en sus problemas y actitudes. La pobreza condena al abandono. La falta de recursos significa la dependencia de los demás, de su familia, de una institución, y en muchos casos, significa la inseguridad total y permanente, convirtiéndose en una carga para los demás. La enfermedad agudiza sensiblemente esta dependencia, que lo transforma en una doble dependencia.

La incapacidad física y monetaria lleva a una carga para la familia o el estado. Nuestra sociedad condena a la mayoría de los ancianos a la pobreza o a la dependencia, como ocurre con los niños abandonados, con los delincuentes, con los disminuidos y con todos los improductivos sin porvenir.

Si el anciano se transforma en un incapaz físico, se transforma en una carga o peso muerto para la sociedad.

Es el triste final, en el que nuestro sistema social nos tiene reservado, a los agotados, tras años de trabajo e incapaces de producir más beneficios al entorno, una exclusión de los circuitos normales y mantenidos (aislados o no) a un nivel de consumo mínimo, desviados sociales, cargas o pesos sociales para la sociedad. Esto es la vejez y esto representan los ancianos para nuestra sociedad.

6-PONTS GEIT PILAR: Tercera Edad y salud. Séptima edición, editorial IBH, España.2006

El proceso de envejecimiento constituye un proceso biológico multi-eslabonado, que se inicia mucho antes de la instauración de la ancianidad, procede en forma estable a lo largo de un curso determinado por características intrínsecas y conduce a la limitación de sus capacidades adaptativas y, por tanto, a la posibilidad creciente del fallecimiento. En la actualidad se clasifican en:

- **Seniles:** personas entre 65 y 74 años.
- **Ancianos:** mayores de 75 años.
- **Longevos:** personas de 90 años en adelante.

Debemos diferenciar la edad cronológica de la edad biológica, esta última determinada por un complejo de cambios estructurales, metabólicos y funcionales en el organismo.

Hasta el momento no se han llegado a conocer con exactitud las causas del envejecimiento. Las nuevas teorías se basan en el estudio biológico de las células. El mecanismo de envejecimiento es igual en todas las especies. La pérdida de facultades es consecuencia de alteraciones que tienen lugar en el interior de las células que forman el organismo. Hay multitud de teorías que intentan explicar el porqué del envejecimiento celular. Lo que sí se sabe es que los cambios que acontecen en el metabolismo de las células son acumulo de ciertas sustancias y disminución de otras.

Lo que debemos tener claro es que el envejecimiento no es un proceso patológico en sí, no es una enfermedad sino un proceso evolutivo, biológico que produce alteraciones morfológico-funcionales muy determinadas y determinantes, en todos los tejidos y órganos, y que llevan al individuo a una situación en el límite de lo "normal" y lo "patológico". Es una situación de equilibrio inestable.

El anciano está en una situación de disminución de sus reservas funcionales, lo que conlleva a una mayor susceptibilidad y vulnerabilidad frente a agentes estresantes de tipo físico (ruido, frío, luz...), químico (fármacos, plagas), biológicos (Virus, bacterias, hongos...) y psicológicos (marginación, violencia...).

El envejecimiento es diferente en cada individuo, también en éste es distinto en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas.

El envejecimiento varía por una serie de factores externos o ambientales de una forma no bien conocida todavía; lo que sí se sabe es que el envejecimiento es distinto en individuos de una misma sociedad según su clase socioeconómica, profesión, según donde se viva (urbano-rural), según razas o grupos étnicos. Por lo que los factores son:

Factores genéticos: Sin duda alguna, la herencia genética es fundamental. Hay estudios realizados sobre gemelos monocigóticos en los cuales se demuestra que los signos de senectud aparecen al mismo tiempo, con frecuencia padecen las mismas enfermedades a la misma edad, sobre todo el cáncer y las enfermedades transmisibles, como por ejemplo la TBC.

Factores ecológicos: Estos son numerosos; así los componentes físicos y químicos del ambiente entre los que destacan factores climáticos, del suelo, humedad y radiaciones ionizantes. Estos individualmente no son influyentes, existen conjuntamente otros factores como las alteraciones nutricionales, los procesos patológicos parecidos, los factores socioeconómicos, actividad física y mental que pueden modificar el envejecimiento humano.

El clima de estas poblaciones que viven con temperaturas extremas de frío y calor, humedad, altitud, etc., envejecen más rápidamente que aquellas que viven en climas más benignos.

Teniendo en cuenta como el sujeto ha vivido su vida permitirá al enfermero poder valorar las necesidades básicas según es definido por Virginia Henderson.

APORTADO B: LAS NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DE LOS ANCIANOS.

El concepto de Necesidad es utilizado de múltiples maneras, lo que genera confusión y ambigüedad.

Desde una perspectiva psicológica Necesidad hace referencia a “impulsos que surgen instigados por un estado de tensión del sujeto frente a una carencia específica”. Este es el criterio de la jerarquía de necesidades de Maslow (Necesidades fisiológicas: alimento, abrigo, agua, descanso, sexo; necesidad de seguridad del “yo”; necesidad de pertenencia; Necesidad de libertad e Independencia). (González Rey F. 1985)⁷

Desde la Antropología se define a la necesidad humana como “aquello que es condición necesaria para la existencia del ser humano. Siendo además condición necesaria para que una sociedad exista a través del tiempo.

Desde lo social se entiende la necesidad individual como el estado de un individuo respecto a los medios necesarios o útiles para su existencia y desarrollo.

Mientras que la necesidad social es el estado de una sociedad respecto de los medios necesarios y útiles para su existencia y desarrollo y de cada uno de los sujetos que la integran.

Cualquier definición de necesidad compromete posiciones filosóficas, porque implica la concepción que se tiene de las relaciones con el ambiente.

Tal vez no haya discusión respecto de cosas elementales como el “alimento”, “contar con un lugar protegido”. Pero si decimos que el ser humano necesita una “vivienda digna” ¿Qué, significa?

Las necesidades básicas son la salud física y la autonomía de acción o de urgencia. Ambas son universales, aunque los medios y servicios (satisfactorios) requeridos para satisfacerlas varían según las culturas. El nivel óptimo de ambas categorías viene definido por su capacidad para «evitar daños graves que se consideren una limitación fundamental y prolongada de la participación social».

7-González Rey F. Psicología de la personalidad. La Habana; Cuba: Editorial Pueblo y Educación; 1985

La palabra “necesidad” se usa, explícita o implícitamente, para referir a una categoría particular de metas pensadas como universalizables. (Krmptic, Claudia (2000)⁸: Es importante destacar que, en este sentido, las necesidades se distinguen de otras metas que se refieren a lo que las personas quieren o desean, y que dependen de las preferencias particulares y del medio ambiente cultural.

Los seres humanos tienen metas universales que corresponden a las necesidades básicas, y es necesario alcanzarlas para que no sufran un daño específico y objetivo. Las necesidades básicas son precondiciones universales que permiten la participación, tan activa como sea posible, en aquellas formas de vida que tanto los hombres como las mujeres pueden elegir si tuvieran la oportunidad de hacerlo. Son necesidades básicas la salud y la autonomía personal. De esta manera, para que las personas puedan actuar y sean responsables, deben tener determinada capacidad física y mental consistente en la posesión de un cuerpo que esté vivo, gobernado por todos los procesos causales relevantes, y deben tener asimismo la competencia mental para deliberar y elegir. La competencia y la capacidad de elección constituyen el nivel más básico de autonomía personal.

Así, la supervivencia física y la autonomía personal son precondiciones para que los individuos puedan actuar, independientemente de su entorno cultural. La salud física puede ser definida de una manera negativa, es decir, como aquello sin lo cual sería imposible tener una expectativa de vida y cuya ausencia provocaría la aparición de enfermedades físicas que pueden ser conceptualizadas en términos biomédicos.

Se ha creído tradicionalmente, que las necesidades humanas tienden a ser infinitas; que están constantemente cambiando; que varían de una cultura a otra, y que son diferentes en cada período histórico. Pero tales suposiciones son incorrectas, puesto que son producto de un error conceptual, que consiste en confundir las necesidades con los satisfactores de esas necesidades.

8-Krmptic, Claudia (2000): El Concepto de Necesidad y Políticas de Bienestar; Espacio editorial; Bs. As.; Argentina

Las necesidades humanas fundamentales son finitas, pocas y clasificables. Además las necesidades humanas fundamentales son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos. Lo que cambia, a través del tiempo y de las culturas, son la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades.

Las necesidades fundamentales son: subsistencia (salud, alimentación, etc.), protección (sistemas de seguridad y prevención, vivienda, etc.), afecto (familia, amistades, privacidad, etc.) entendimiento (educación, comunicación, etc.), participación (derechos, responsabilidades, trabajo, etc.), ocio (juegos, espectáculos) creación (habilidades, destrezas), identidad (grupos de referencia, sexualidad, valores), libertad (igualdad de derechos).

Concebir las necesidades tan sólo como carencia implica restringir su espectro a lo puramente fisiológico, que es precisamente el ámbito en que una necesidad asume con mayor fuerza y claridad la sensación de “falta de algo”. Sin embargo, en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son también potencialidad y, más aún, pueden llegar a ser recursos.

Las necesidades humanas básicas referidas, deben constituirse en derechos inalienables del ser humano, ya que su posesión y práctica hacen a la dignidad del individuo y las comunidades. La satisfacción de estas necesidades implica un marco ambiental sano.

Abraham Maslow⁹, psicólogo, fue la primera persona en introducir lo que él llamó una jerarquía de las necesidades humanas en 1943. Por lo general, se muestra como una pirámide, en la que el nivel más bajo señala las necesidades básicas como la comida y el agua, el siguiente nivel muestra la seguridad, y las necesidades más complejas se sitúan en la parte superior de la pirámide. Para los seres humanos, los alimentos, el agua y el refugio forman parte de las necesidades físicas más básicas.

Al identificar las necesidades con los problemas de salud no podemos dejar de

9- Abraham Maslow: Hierarchy of Needs (Jerarquía de las necesidades) University of Michigan: Basic Needs: Food and Nutrición (Necesidades básicas: alimento y nutrición) – Keller.356.

... nombrar a Virginia Henderson, quien define; el individuo sano o enfermo es considerado como un todo completo que presenta 14 necesidades fundamentales, que debe satisfacer, siendo así el rol de la enfermera ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia, supliéndolo en aquello que él no puede realizar por sí mismo para responder a sus necesidades, es decir, tiene un rol de suplencia. (DUBOS, R. 1995)¹⁰

Como **necesidad fundamental** se define aquella necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente. Son las siguientes:

- Respirar
- Alimentarse e hidratarse
- Eliminar
- Moverse, conservar una buena postura (y mantener una circulación adecuada)
- Dormir y reposar (y conservar un estado de bienestar aceptable).
- Vestirse y desnudarse.
- Mantener la temperatura corporal en los límites normales.
- Estar limpio y aseado y proteger los tegumentos.
- Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental).
- Comunicarse con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad)
- Actuar de acuerdo con sus creencias y valores.
- Preocuparse por su propia realización (y conservar su propia estima)
- Recrearse.
- Aprender.

Se deberá tener en cuenta que estas necesidades están relacionadas con las tres dimensiones del ser humano: Biológica, psíquica y social. La satisfacción del conjunto de las necesidades, al individuo le hace estar en estado de equilibrio, que Cannon en 1939 lo llama Homeostasis.

10-DUBOS, R. Modelos y Teorías en Enfermería. Interamericana, Mc. Graw Hill, I edición. 1975 España: Editorial

Los cuidados a las personas mayores con edades entre los 65 y 74 años son efectivos el diagnóstico precoz y tratamiento de esos trastornos para prevenir las incapacidades físicas y psíquicas.

En pacientes con edad superior a los 75 años las maniobras son paliativas, y están destinadas a evitar los riesgos de accidentes, mantener una nutrición adecuada y ofrecer un soporte médico, asistencial y social adecuado.

El envejecimiento es diferente en cada individuo, también en éste es distinto en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas.

El paciente anciano va desarrollando a lo largo de los años sus propios hábitos de vida. No se debe modificar dichos hábitos, siempre que sea posible, por el hecho de estar ingresado en el hospital u hogar.

El anciano requiere unos cuidados para sentirse bien y evitar la aparición de problemas. DUGAS (2000)¹¹ Estos cuidados para el autor incluyen:

Cuidados de la boca: Van dirigidos a conservar en buenas condiciones la cavidad bucal y a evitar el deterioro y caída de los dientes, con el fin de mantener sus hábitos nutricionales y su autoimagen. Estos cuidados incluyen:

- Revisiones periódicas c/6 meses de la cavidad bucal.
- Los alimentos lácteos fortalecen la mandíbula inferior y las sopas previenen la sequedad de la boca.
- Cepillado de dientes tras comer y utilizar la seda dental para eliminar sarro y alimentos.
- Explicar cuáles son los signos y síntomas de las afecciones bucales: mal aliento, saliva pegajosa, intolerancia al frío/ calor, poco apetito.
- Explicar la forma de cepillarse los dientes (movimientos rotatorios desde la encía hasta la corona con cepillo blando y seda dental con dentífrico fluorado).
- Cepillado de la lengua y paladar para eliminar la saliva espesa que produce mal olor.
- Enjuagues con zumo de limón o menta.
- Hidratar los labios con crema hidrosoluble.
- Cuidados de la dentadura postiza, limpieza, retirarla por la noche, guardarla en lugar seguro.

11- DUGAS (2000) en: Tratado de Enfermería Práctica, 4ta edición, McGraw-Hill Interamericana, México.

Cuidados del Pelo: se recomienda al anciano:

- Cepillarse el pelo dos veces al día para favorecer la circulación.
- Lavar una vez a la semana usando un champú que no reseque y no irrite los ojos.
- Cortar el pelo una vez al mes para que no se abran las puntas.
- Utilizar pulverizadores en lugar de aerosoles en un lugar aireado.
- Si hay calvicie puede utilizar gorros, pelucas, sombreros, etc.

Cuidados de las uñas

- No sumergir las manos en agua y si es necesario colocarse guantes.
- Hidratar manos y cutícula cada día para que no se rompan.
- Masajear las uñas para favorecer la circulación.
- Realizar la manicura una vez por semana y para ello explicarle cómo debe hacerlo.

Cuidados del baño: El baño es un método de higiene corporal, constituye un medio para favorecer la eliminación de las toxinas y dar vitalidad a los tejidos. Desengrasa la piel y permite evitar más fácilmente las úlceras. En el baño el anciano enfermo debe ser vigilado y acompañado en todo momento. No debe haber timbres, lámparas ni estufas o radiadores eléctricos, para evitar accidentes.

Previamente cerraremos las ventanas y caldearemos la estancia. Si el anciano se va a asear en la bañera colocaremos una alfombrilla antideslizante y una alfombrilla fuera para que no se resbale al salir.

Durante el baño se observan algunas incidencias como que el anciano se maree dentro de la bañera, sostendremos la cabeza fuera del agua, vaciaremos la bañera, cubriremos su cuerpo con mantas y pediremos ayuda. Mientras tanto se realizan los cuidados básicos de actuación ante el mareo o síncope.

El baño en pacientes encamados: Es el aseo que se realiza al anciano que no puede levantarse. Comenzar preparando todo lo necesario guantes, palangana, un jarro, agua caliente, agua fría, jabón o toallitas jabonosas, hule, sábanas, toallas, tijeras, peine, crema hidratante o soluciones aceitosas tipo corpitol, material para el aseo de la boca, ropa limpia para el enfermo, pañales,

empapadores) e informando al paciente del procedimiento que a realizar pidiendo su colaboración.

Cuidados de los pies: informar al anciano de la importancia del cuidado de los pies, de la importancia de realizarse revisiones en el podólogo de forma regular, de utilizar calcetines de algodón o nylon, de utilizar zapatos cerrados y antideslizantes, de piel natural y con plantillas almohadilladas.

Examinar los pies a diario prestando atención al enrojecimiento, heridas, callos, durezas, etc., notificando al médico cualquier problema.

Tras el lavado aplicar una loción hidratante, si tiene mal olor realizar friegas con alcohol. Una vez en semana realizar baño caliente realizando ejercicios de movilidad. Frotar con una piedra pómez los talones para eliminar la piel muerta. Cortar las uñas en línea recta y dar masajes en dedos y planta para fortalecer la circulación.

Cuidados de la Piel: Debido al papel esencial que desarrolla la piel en el funcionamiento del organismo, hay que mantenerla en perfecto estado de limpieza. Por estar en contacto con el exterior y sus suciedades (polvo, microorganismos, mezclados con sudor y grasa), se forma una capa sucia que obstruye los poros, impidiendo los cambios y favoreciendo el desarrollo de parásitos. Debido a esto, la piel necesita una limpieza regular (baño y ducha) para mantenerse flexible y protectora.

Ciertas partes del cuerpo merecen una especial atención: las manos deben estar siempre limpias incluyendo uñas, cara, nariz, boca y dientes, que deben limpiarse frecuentemente; la región perineal debe lavarse varias veces al día.

La ropa blanca y la ropa interior deben estar limpias y ser permeables al aire para poder absorber el sudor. En cuanto al vestido exterior, su papel es proteger la piel y mantener la temperatura, no debe ser ni demasiado estrecho ni demasiado ancho; en cualquier caso deben estar secos, para evitar la maceración de la piel.

El sol y el aire libre son muy beneficiosos, sin embargo hay que evitar el sol excesivo y las corrientes de aire.

Con una higiene cuidadosa y diaria se puede conservar la piel en excelente estado, lo cual ayudará en gran medida a mantener la salud, dada la importancia de la piel en el funcionamiento general del cuerpo.

Cuidados Respiratorios: Para evitar los problemas respiratorios se debe enseñar al anciano las técnicas de respiración profunda y expectoración. La respiración profunda mejora la expansión pulmonar y la expectoración evita el aumento de secreciones. Para la respiración profunda, colocaremos al anciano en decúbito supino poniendo una mano en el pecho y otra en la base del esternón. Pediremos que inspire profundamente y que centre su atención en la elevación del abdomen sin expandir el tórax. Pedir al paciente que aguante la respiración y que cuente hasta cinco. Pediremos que expulse el aire con los labios fruncidos. También pueden hacer ejercicios con las bolsas de diuresis.

Para que expectore le invitaremos a que tosa fuertemente dos veces, que beba líquidos y suprima los lácteos para ayudarlo a fluidificarlas, que coma ligero.

Si observáramos fatiga o dificultad al respirar informar a la enfermera con la mayor prontitud.

Si el paciente lleva O₂ comprobar que se queda en perfecto estado al movilizarlo, que el recipiente de agua tiene suficiente, etc.

Colocar las gafas o mascarilla de manera que no opriman y si es necesario proteger los anejos.

Cuidados Nutricionales: El envejecimiento en el ser humano es un proceso que comienza después de la concepción y continúa hasta la muerte. Si bien las necesidades básicas permanecen constantes, las personas de edad avanzada pueden presentar problemas específicos debido a las modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento, a trastornos que afectan a la ingestión, digestión y absorción de los alimentos o a la metabolización de las sustancias nutritivas.

Necesidades nutritivas:

- **Energía:** Con el descenso del metabolismo basal y de la actividad física existe una disminución del gasto energético. Esta disminución del metabolismo basal se estima en un 2% por década, por tanto, los

requerimientos calóricos de las personas mayores han de ser determinadas individualmente. La disminución de los requerimientos calóricos puede hacer disminuir la ingesta de nutrientes esenciales, por esto se ha de recomendar reducir la ingesta de grasas saturadas, hidratos de carbono simples, y aumentar los alimentos nutritivos como cereales, fruta, verduras y carnes poco grasas.

- **Proteínas:** Se recomienda aumentar la ingesta de proteínas de alto valor biológico. Es importante recordar que un consumo excesivo se puede asociar a un aumento de las pérdidas por orina de calcio, por tanto hemos de aumentar la cantidad de calcio en la dieta.
- **Vitaminas:** En esta época existe un déficit vitamínico más acusado. Por tanto, es recomendable dar dosis suplementarias de vitamina D y aumentar el consumo de hígado y carne (ricos en ácido fólico) y de frutas y verduras.
- **Minerales:** Un aumento de Ca puede disminuir la pérdida de masa ósea y prevenir la osteoporosis. Además hay que aumentar el magnesio, Na, Fe, y Fibra para evitar el estreñimiento.

Cuidados de la Eliminación: El anciano que no siempre es necesaria una deposición diaria por la pérdida del tono muscular, menor actividad física y menor consumo de alimentos. Podemos ayudarle a confeccionar un patrón intestinal para evitar enemas y laxantes. Le explicaremos la importancia de beber abundante agua y zumos de naranja y ciruela.

Si el anciano tiene incontinencia urinaria le explicaremos los cuidados adecuados para mejorar dicha alteración.

Cuidados en la Deambulación: Tienen predilección por estar en la cama. La rigidez, osteoporosis, derrames hacen que la deambulación se haga dificultosa y, en algunos casos dolorosa. Es preciso que ande y se le deberá ayudar con precaución, teniendo en cuenta la gravedad de las caídas, ya que su equilibrio es muy escaso y existe gran riesgo de fractura o luxación de cadera. Para evitar la inmovilidad proveeremos de medios auxiliares para la marcha, adaptaremos el medio físico a la situación del individuo, camas y sillas accesibles, evitaremos la hiper-protección.

En la atención a las Necesidades Psíquicas y Sociales es fundamental prevenir los accidentes y depresiones.

Los accidentes en el anciano suponen la primera causa de lesiones e incapacidad y la quinta de mortalidad en personas de más de 75 años. Las caídas son las causas más frecuentes de accidentes en el anciano, por lo que debemos tomar medidas para evitarlas (iluminación, pasamanos, suelos antideslizantes, buen calzado, puertas con tiradores, sillas con apoya brazos, asas en baños, etc.)

Para evitar la depresión debemos intentar aumentar su autoimagen, animarle, hablarle con cariño y respeto, programar actividades adecuadas, etc.

Los **Factores determinantes en el proceso salud – enfermedad en la tercera edad.**

El envejecimiento es un proceso que se desarrolla a lo largo de la vida; por lo tanto las prestaciones de servicios a esta población han ido concibiendo nuevos criterios de asistencia, ya que se incluyen el contexto social como factor determinante en las condiciones de vida del anciano, tales como la alimentación, ingresos adecuados, vida familiar o comunitaria; situación hoy agravada por los factores socioeconómicos que vive toda la población en general y especialmente esta población vulnerable. Factores como: situación socio-ambiental inadecuada, pobreza, hacinamiento, servicios sanitarios deficientes, atentan contra la calidad de vida del anciano.

Calidad de vida, es el equilibrio biosicosocial y espiritual del hombre con su medio ambiente. Partiendo de esta visión holística del hombre, la profesión de enfermería desde su paradigma alternativo, ve necesario conocer el entorno que condiciona al anciano para luego poder establecer estrategias de intervención adecuadas.

La atención al paciente geriátrico, requiere por parte del equipo de salud el conocimiento de todos los factores que influyen en el proceso de salud – enfermedad. Es por ello que en el presente estudio de investigación, el conocimiento de las variables que ponen al senescente en situación de riesgo, de ser abandonados en esos lugares, permitiría poder desarrollar acciones que tiendan a la promoción y prevención de esta situación.

APARTADO C: ROL DE ENFERMERÍA

El envejecimiento es un proceso natural; irreversible y universal, y forma parte del ciclo vital del ser humano, la ciencia casi no se interesó en el tema, hasta que a principios de siglo, la expectativa de vida empezó a crecer notablemente. Así nació la gerontología, ciencia dedicada a la investigación de los procesos del envejecimiento, y la geriatría, rama de la medicina que se ocupa de los pacientes ancianos.

La **Enfermería** tiene como única función ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de actividades que contribuyan a la salud, recuperación o a morir en paz. (MORAGAS MORAGAS, R. 1992)¹².

Enfermería gerontológica es un servicio de salud, que incorpora a los conocimientos específicos de enfermería, aquellos especializados sobre el proceso de envejecimiento, para establecer en la persona mayor y en su entorno condiciones que permitan:

- Aumentar conductas saludables.
- Minimizar y compensar las pérdidas de salud y las limitaciones relacionadas con la edad.
- Proveer comodidad durante los eventos de angustia y debilidad en la vejez, incluyendo el proceso de la muerte.
- Facilitar el diagnóstico, alivio y tratamiento de las enfermedades que ocurren en la vejez.

El enfermero, tiene la posibilidad de desarrollar su ejercicio profesional en una amplia variedad de escenarios, razón por la cual su campo de acción se extiende a través de diferentes modelos de servicios, desde la comunidad en hogares geriátricos hasta las instituciones de más alta complejidad tecnológica.

Adaptarse a los cambios de la persona adulta mayor no es fácil para quien se encuentra en esta etapa de vida, ni para la familia y amigos que lo apoyan; por lo cual, existe una

12- MORAGAS MORAGAS, R. (1992). Gerontología, profesiones y enfoque interdisciplinario. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 27 2), 57-59.

... rama de la enfermería especializada en el cuidado de la senectud. Estos profesionales se caracterizan por su gran vocación y estudios en el tema.

Mientras que la Geriátrica es una especialidad médica, la Gerontología puede considerarse una especialidad pluridisciplinar que, en virtud de la especificidad de cada disciplina, pretende integrar los conocimientos sobre los diferentes factores que inciden en el proceso de envejecimiento humano para aumentar la comprensión de la persona que envejece y mejorar sus condiciones de vida.

Así pues, podemos afirmar que no existe unanimidad en la denominación de la especialidad, por el contrario observamos tres tendencias en la utilización de los términos:

1. Enfermería Geriátrica como único término para designar los cuidados especializados a los ancianos.
2. Enfermería Gerontológica para designar los cuidados preventivos y de promoción de la salud de las personas que envejecen. Por su parte, Enfermería Geriátrica se refiere a los cuidados dirigidos a personas ancianas enfermas o institucionalizadas.
3. Enfermería Gerontológica como único término para designar los cuidados especializados a los ancianos.

El propósito de la enfermería geronto-geriátrica como: ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder. Destacando que las fuentes de poder son la fuerza física, la reserva psicológica y social, el concepto de sí mismo y su autoestima, la energía, el conocimiento, la motivación y las creencias.

Será preciso que la enfermera:

- 1.- Se responsabilice del proceso de cuidados, 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. Poder planificar actividades conjuntamente con el adulto mayor y su familia, que le permitan mantener o recuperar el mayor grado de autonomía al que pueda optar, evaluando los resultados de su intervención.

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 o bien el seguimiento de tratamientos en situaciones crónicas y la ayuda personal en el proceso de morir.

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, asumiendo el rol que le corresponde en cada circunstancia, intercambiando y aportando a los otros profesionales las opiniones, conocimientos y experiencias en cualquier ámbito de actuación.

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 praxis 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.

La enfermera basa su contribución social en la promoción de la independencia en la satisfacción de las necesidades de cada persona y en la concepción bio-psico-social de la persona. La complejidad de cada individuo radica en cada una de estas dimensiones, pero sobre todo en su interrelación. La globalidad no es meramente la suma de sus partes, sino el resultado de un único ordenamiento y de una única interrelación de las partes. Éste constituye el principio fundamental de los cuidados individualizados.

Los cambios biológicos del envejecimiento primario y su repercusión en las capacidades funcionales, las tensiones psicosociales externas e internas propias de esta etapa exigen un esfuerzo de adaptación por parte de la persona que ha de buscar nuevas formas de enfrentarse a estas dificultades.

El rol de la enfermera especializada en los cuidados gerontológicos es el de un profesional autónomo que coordina una atención compleja dirigida a los

ancianos y a sus familias. En muchas ocasiones asume el rol de líder en el equipo multidisciplinar de atención sanitaria.

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

Los cuidados a los ancianos representan un trabajo complejo que requiere una formación especializada. No obstante, a menudo se constata que los gestores sociales o sanitarios consideran que para atender a la población anciana son suficientes el sentido común y una actitud respetuosa y afectiva, a pesar de que la preparación previa sea escasa. Por otro lado, en nuestra cultura se atribuye a las mujeres una capacidad natural para cuidar a los miembros más frágiles y vulnerables de la familia: los niños y los ancianos.

Esta manera de concebir los cuidados ha contribuido a que el papel de las enfermeras gerontológicas no sea suficientemente valorado y que en los servicios especializados, sobre todo en el área social, la presencia de enfermeras sea muy escasa, cuando no inexistente.

A pesar de ello nosotros reiteramos que el cuidado de las personas ancianas requiere una formación específica. Si bien la vejez es un fenómeno normal, comporta una fragilidad y vulnerabilidad que se incrementa a medida que avanza la edad cronológica. En los ancianos cualquier problema de índole social o de salud, por mínimo que éste sea, puede provocar un desequilibrio global e irreparable. Sin estar necesariamente enfermos, los ancianos pueden vivir situaciones de una gran complejidad.

El mantenimiento de la autonomía, la readaptación a las limitaciones propias de la edad o de las consecuencias de las enfermedades, requieren intervenciones adecuadas por parte de la enfermera gerontológica.

A pesar de que en los fundamentos de los cuidados gerontológicos hemos querido reforzar una imagen positiva de la vejez, también es cierto que algunos ancianos padecen los problemas de la decrepitud, la decepción, la desilusión, el desinterés, el desapego, la pérdida de memoria o de las capacidades cognitivas, la desesperación o el desmoronamiento de la personalidad. La enfermera ha de saber contener situaciones donde predominan las dificultades

personales, familiares o sociales que pueden conducir a la persona anciana a la claudicación vital.

La vejez puede ser conflictiva, no sólo para el propio anciano sino también para las personas que los atienden. El grado de conflicto que representa para cada persona y las conductas defensivas que adoptan para evitarlo guarda relación con las experiencias personales previas. Los cuidados a los ancianos enfermos o discapacitados pueden enfrentar a las enfermeras, de forma inconsciente, con sus propios temores hacia el envejecimiento y la muerte. De la misma manera, los prejuicios hacia la vejez pueden provocar actitudes variadas que pueden oscilar desde el rechazo a la extrema sobreprotección o a la infantilización de los cuidados. Las enfermeras deben identificar y resolver sus propias creencias, dificultades y expectativas en relación a la vejez y a los cuidados de los ancianos.

Los cuidados globales e individualizados han de basarse en el respeto y en la libertad de la persona para tomar sus propias decisiones. Estos cuidados adquieren un relieve distinto cuando están sostenidos por una actitud de acompañamiento (hacer con el otro), de respeto (tener en cuenta los deseos del otro) y de un interés auténtico, reconociendo y aceptando la diferencia del otro.

La enfermera gerontológica tiene que conocer, integrar y desarrollar habilidades de comunicación como la escucha activa, la empatía, la coherencia, el respeto incondicional...

La comunicación no verbal permite a la enfermera descubrir una serie de sentimientos o emociones a través de los gestos, de la mirada o de la postura: el descontento, la tristeza o el malestar físico de la persona cuando ésta no puede expresarlos con palabras. Pero a su vez este tipo de comunicación puede transmitir a la persona anciana el desinterés, el enojo, la falta de atención o de coherencia de la enfermera.

Las enfermeras gerontológicas han de conocer la importancia de la comunicación a través del contacto físico, ya que constituye una forma de comunicación elemental y directa y en muchas ocasiones transmite mucho mejor el mensaje que se quiere comunicar. Los cuidados a los ancianos han de

transformar los gestos invasivos o agresores en gestos de ternura, de provisión de confort y de afecto. En la atención a las personas con graves trastornos cognitivos, cuando la comunicación verbal ya no es posible, el contacto afectuoso

Las situaciones que viven las personas ancianas son a menudo tan complejas que ningún profesional podría resolverlas desde su propia disciplina de forma aislada. La enfermera gerontológica, desde su compromiso profesional específico, comparte con el resto de profesionales un objetivo común: mejorar el bienestar y la calidad de vida de los ancianos.

La riqueza del trabajo interdisciplinar se encuentra precisamente en la pluralidad de concepciones y de intervenciones posibles sobre los problemas que hay que resolver, y que se derivan de la aportación de cada profesional.

Con frecuencia utilizamos de modo indiscriminado los términos multidisciplinariedad e interdisciplinariedad.

La multidisciplinariedad se refiere al encuentro de diferentes profesionales que intercambian información, analizan la situación y deciden después unilateralmente que es lo que más le conviene a la persona que se atiende.

La interdisciplinariedad significa un nivel cualitativamente mayor de cooperación, de compromiso mutuo y de interacción entre los diferentes profesionales. Hace referencia a la dinámica que se establece en la cooperación entre sus miembros para conseguir unos objetivos comunes. Para que una colaboración interdisciplinar sea armónica y para que los esfuerzos que se invierten estén bien sincronizados, se necesita que los roles de los diferentes integrantes del equipo estén bien definidos y que las competencias de cada miembro sean reconocidas por todos los demás.

En la atención a las personas ancianas el equipo interdisciplinar permite a sus miembros afrontar las dificultades inherentes a sus responsabilidades en la medida que pueden contar con las competencias y el apoyo de los coparticipantes.

Es necesario que el enfermero ponga énfasis en la valoración de las capacidades residuales y la detección de riesgos potenciales en cada una de las necesidades fundamentales.

La historia de vida ha de formar parte sistemáticamente de la valoración de la enfermera en gerontología, ya que nos proporcionará una información imprescindible para conocer los recursos disponibles de la persona para afrontar los problemas de salud y de desarrollo, y ayudará a elaborar planes de cuidados individualizados y objetivos pertinentes

Los objetivos en la atención gerontológica los objetivos de los planes de cuidados serán:

- Potenciar y mantener las capacidades residuales.
- Evitar complicaciones y cronificación de los procesos.
- Rehabilitación y reinserción sociales.
- Atención y control de los procesos crónicos y agudos.
- Atención y acompañamiento en la etapa del final de la vida y en los procesos de muerte y duelo.

Rol de la enfermera en salud del adulto mayor

Habiendo clarificado el foco de los cuidados enfermeros, o rol general de enfermería, estamos en condiciones de adentrarnos en el Rol de Enfermería en Salud del Adulto Mayor. Para ello comenzaremos intentando una definición de Enfermería Gerontológica.

Citando a Gunter y Estes, Brochero (1996)¹³ señala que “Enfermería Gerontológica es un servicio de salud que incorpora a los conocimientos específicos de Enfermería, aquéllos especializados sobre el proceso de envejecimiento para establecer en la persona mayor y en su entorno las condiciones que permitan:

Aumentar las conductas saludables

- Minimizar y compensar las pérdidas de salud y las limitaciones relacionadas con la edad
- Proveer comodidad durante los eventos de angustia y debilidad en la vejez, incluyendo el proceso de la muerte
- Facilitar el diagnóstico, alivio y tratamiento de las enfermedades que ocurren en la vejez”.

13-BROCHERO A. y A. M HEREDIA, "Promoción de la Salud del Anciano: un desafío para Enfermería", en Revista: Temas de Enfermería Actualizados, Julio-Agosto 1996, Nº 18, Bs. As., pp. 13-15.

De ese modo, Enfermería Gerontológica se ocuparía de “brindar cuidados a fin de lograr un equilibrio entre las demandas de AC de las personas adultas mayores y las capacidades funcionales disponibles para satisfacer esas demandas (incluidas las actividades de la vida diaria), incorporando en todo momento a la familia”.

Para ello se requiere del enfermero el desarrollo de competencias, las que a su vez están influidas por el ámbito de práctica (atención primaria, centros de cuidado a largo plazo, unidades de internación de agudos, etc)

Entre los ámbitos de práctica consideraremos:

- Nivel de atención primaria del anciano
- Centros de cuidados a largo plazo

Rol del Enfermero en Atención Primaria:

Los profesionales de Enfermería con formación gerontológica en los centros de Atención Primaria tienen como propósitos:

- Valorar el estado de salud del adulto mayor y su entorno.
- Identificar los factores de riesgo de deterioro funcional.
- Detectar tempranamente enfermedades
- Desarrollar una base de datos para la provisión continua de cuidados.

Las enfermeras son responsables de la promoción de la salud, poniendo énfasis en la educación formal e informal de conductas saludables y medidas preventivas; coordinación de servicios; referencia a otros profesionales; monitorear las respuestas de pacientes con problemas de salud crónicos y su adherencia al plan terapéutico; interactuar con los miembros de la familia orientando sobre recursos de apoyo y técnicas de autocuidado.

La amplia gama de cuidados que el profesional de Enfermería Gerontológica es capaz de desarrollar puede sintetizarse en:

- Cuidado y asistencia directa del anciano y familia.
- Educación para la salud.
- Asesoría, planificación y coordinación de servicios.
- Colaborador con otras disciplinas.
- Evaluación y enseñanza de personal de Enfermería y otros miembros del equipo de salud.

- Investigación de los resultados y calidad de la atención

2- **Rol del enfermero en las residencias de ancianos** (extracto del documento Competencias de la enfermera en las residencias de ancianos, de la Sociedad Española de Enfermería Gerontológica y Geriátrica)¹⁴

La SEEGG identifica el rol del profesional de enfermería a partir de cuatro dimensiones: asistencial, docente, investigadora y gestora.

Dimensión Asistencial:

A- Rol independiente:

- La administración de éste tipo de cuidados implica:
 - Valorar e interpretar con instrumentos y estándares enfermeros, respuestas humanas.
 - Detectar situaciones de riesgo y evitarlas.
 - Identificar patrones comportamentales inapropiados en situaciones de salud y enfermedad y resolverlas.

Lo que permite:

- Dispensar cuidados individualizados.
- Fomentar el autocuidado.
- Retrasar la dependencia, potenciando las capacidades residuales.
- Mejorar la calidad de vida a corto, medio y largo plazo.
- Minimizar costos personales e institucionales.

B- Rol de colaboración profesional:

- Desde esta perspectiva el desempeño de su rol profesional se extiende a la:
 - Canalización, ejecución y evaluación de intervenciones enfermeras derivadas de las actuaciones de otros profesionales del equipo interdisciplinar.
 - Coordinación y participación en el proceso terapéutico interdisciplinar.

Dimensión Gestora:

14- Extracto del documento Competencias de la enfermera en las residencias de ancianos, de la Sociedad Española de Enfermería Gerontológica y Geriátrica)

Desde esta perspectiva el rol enfermero se puede diferenciar en:

- Gestión de cuidados:
 - Coordinación al equipo de enfermería (enfermeras, auxiliares de enfermería, auxiliares de geriatría, cuidadores) en la planificación y ejecución de cuidados.
 - Redacción de informes para comunicar los problemas identificados así como sus consecuencias según el plan de actuación.
- Gestión de recursos:
 - Gestión de recursos materiales y personales: control de ropa, de utillaje, de material fungible...
- Gestión del campo administrativo asistencial: tramitación de documentos, informes, etc.

Dimensión Docente:

- Desde esta perspectiva en el desempeño del rol profesional la enfermera es responsable de:
- Formación y reciclaje del equipo de enfermería.
- Participación en actividades de formación continuada.
- Identificación de necesidades de formación del equipo de enfermería y canalización de éstas a la enfermera especialista.
- Formación al anciano y a su familia en estrategias de salud y resolución de problemas.

Dimensión Investigadora:

- Desde esta perspectiva en el desempeño de su rol profesional la enfermera es responsable de:
- La participación en proyectos de investigación propios del campo disciplinar enfermero y de otras disciplinas, haciendo que los resultados obtenidos reviertan en la mejora de los cuidados.

Por todo lo expuesto se considera la enfermería el eje principal de los cuidados y la enfermera es el profesional indispensable en las residencias de ancianos

Otros campos de acción de la Enfermería Gerontológica son:

- Comunidad: hogar, instituciones religiosas, centros de jubilados o comunitarios.

- Instituciones hospitalarias: áreas ambulatorias y de internación de clínicas, hospitales de distinta complejidad.
- Ámbitos gubernamentales: gobiernos locales y regionales.

Podemos concluir que la declinación física de la persona de edad, los cambios de las estructuras familiares, sociales y económicas, llevan a la dependencia de los senescentes, también contribuyen a colocar a éstos en una posición marginal en la sociedad. Los senescentes están perdiendo su posición social y su papel, esta situación requiere atención y ayuda especial por parte de la familia, el grupo de parentesco, la comunidad, las instituciones del estado. Esta atención y asistencia debería atender la interdependencia y asegurar la participación de las personas de edad con el alcance más amplio posible. Tendiendo a una atención integral bio-psíquico y social

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Proceso formal deductivo ya que se pudo deducir y sacar conclusiones de esta investigación.

Según el grado de Abstracción: fue aplicada, porque crea conciencia para tratar de mejorar los problemas cotidianos del quehacer enfermero.

Según el grado de Generalización: fue fundamental, al estar orientada a conclusiones.

Según la naturaleza de los datos: fue cuantitativo, se basó principalmente en conceptos del ser humano y es subjetivo.

Según la manipulación de variables: fue descriptiva, debido a que es cuantitativa.

Según la dimensión cronológica: es descriptivo.

Según el objetivo: fue descriptivo-explicativo. Trata de explicar todo lo que pasa.

Área de estudio: la investigación se desarrolló en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, de la provincia de Mendoza.

El universo

Estuvo constituido por la totalidad de ancianos institucionalizado que están internados; en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, un total de 30, y 80 pacientes entre las dos instituciones

Muestra:

No aleatoria e intencional ya que el investigador conoce la población a estudiar; se seleccionó a los ancianos que no tengan deterioro mental y que deseen participar en el estudio hasta saturar la muestra, siendo un total de 15 ancianos.

VARIABLES

Variable independiente

Cuidados de enfermería: todas aquellas acciones y tareas que un enfermero despliega en orden a atender satisfactoriamente a un paciente que demandan **su** intervención. La enfermera Ayuda al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto-cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar acciones como: Informar, Escuchar, Asesorar, Educar, Cuidar, Sustituir, Ayudar, Atender, Acompañar.

Variable dependiente

Satisfacción de las necesidades básicas: Al realizar la valoración de la persona anciana según el Modelo Henderson y evaluar en cada necesidad las manifestaciones de independencia y de dependencia, incluimos las líneas generales de la valoración geriátrica que son: las de valorar la persona anciana en los aspectos:

NECESIDADES BIOLÓGICAS: las necesidades física en lo que se encuentra el anciano.

NECESIDADES PSICOLÓGICAS: las necesidades relacionadas con los valores morales, espirituales.

NECESIDADES SOCIALES: las necesidades relacionada a la comunicación con sus pares y el entorno

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Proceso formal deductivo ya que se pudo deducir y sacar conclusiones de esta investigación.

Según el grado de Abstracción: fue aplicada, porque crea conciencia para tratar de mejorar los problemas cotidianos del quehacer enfermero.

Según el grado de Generalización: fue fundamental, al estar orientada a conclusiones.

Según la naturaleza de los datos: fue cuantitativo, se basó principalmente en conceptos del ser humano y es subjetivo.

Según la manipulación de variables: fue descriptiva, debido a que es cuantitativa.

Según la dimensión cronológica: es descriptivo.

Según el objetivo: fue descriptivo-explicativo. Trata de explicar todo lo que pasa.

Área de estudio: la investigación se desarrolló en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, de la provincia de Mendoza.

El universo

Estuvo constituido por la totalidad de ancianos institucionalizados que están internados; en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, un total de 30, y 80 pacientes entre las dos instituciones

Muestra:

No aleatoria e intencional ya que el investigador conoce la población a estudiar; se seleccionó a los ancianos que no tengan deterioro mental y que deseen participar en el estudio hasta saturar la muestra, siendo un total de 15 ancianos.

VARIABLES

Variable independiente

Cuidados de enfermería: todas aquellas acciones y tareas que un enfermero despliega en orden a atender satisfactoriamente a un paciente que demanda su intervención. La enfermera Ayuda al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto-cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar acciones como: Informar, Escuchar, Asesorar, Educar, Cuidar, Sustituir, Ayudar, Atender, Acompañar.

Variable dependiente

Satisfacción de las necesidades básicas: Al realizar la valoración de la persona anciana según el Modelo Henderson y evaluar en cada necesidad las manifestaciones de independencia y de dependencia, incluimos las líneas generales de la valoración geriátrica que son: las de valorar la persona anciana en los aspectos:

NECESIDADES BIOLÓGICAS: las necesidades físicas en lo que se encuentra el anciano.

NECESIDADES PSICOLÓGICAS: las necesidades relacionadas con los valores morales, espirituales.

NECESIDADES SOCIALES: las necesidades relacionadas a la comunicación con sus pares y el entorno

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicadores
Ancianos institucionalizados	Edad	60 a 70 años 71 a 80 años + de 80 años
	Sexo	Masculino Femenino
Necesidades fisiológicas- Psicológicas - sociales Valoración	1- respiración	Sin Dificultad Con Problema Necesidad de Aporte de O ₂
	Dificultad	
	Consumo de cigarrillo	No consume 2x día 6xdía Más
	Toma medicación	Se la da la enfermera Se auto-administra No toma
	2-alimentación	
	Tipo de alimentación	Normal Dieta especial Suplemento alimentario
	Problemas de masticación	Mastica bien Prótesis dental Falta de piezas dentarias
	Consume líquidos	Mucho Poco Casi nada

Necesidades fisiológicas- Psicológicas - sociales	3- eliminación de desechos Incontinencia urinaria	Por enfermedad Por retención sonda pañales 2 x día 4 veces + veces
	Eliminación fecal	No tiene dificultad
	4-movimiento y postura Camina	Normal Estreñimiento Usa laxante Incontinencia
	Condiciones de los pies y piernas: Edemas(inflamación)	Con Bastón Con ayuda Sin ayuda
Necesidades fisiológicas- Psicológicas - sociales	Posición para vestirse	Mucho Poco A veces
	5-vestimenta adecuada veces que se cambia	Parado Sentado en la cama Sentado en una silla Otra
Necesidades fisiológicas- Psicológicas - sociales	6-temperatura corporal sensación de frío	1 vez al día Cada 2 días 1 vez por semana

	7-descansar-dormir	
	Horas que duerme	Mucho Moderado Poco
	Toma medicamento	4 horas 6 horas 8hs +8 horas
	8- higiene corporal	Dosis mínima Alta dosis No consume
	Ayuda para bañarse	
	Peligro en el entorno	
	Dificultad con pares	Siempre A veces Nunca
	Agresión con pares	Siempre A veces Nunca
	Comunicación con el entorno	
	relación con los compañeros	Muy buena Buena Regular Mala
	Tiempo de internación	Meses Años
	Adaptación al medio	De acuerdo Desacuerdo

	<p>Participación actividades organizadas.</p> <p>Actividades grupales</p>	<p>Juego de cartas Caminatas No hace nada</p>
	<p>Actividades organizadas por la institución.</p>	<p>Siempre A veces nunca</p>
<p>Valoración de los Cuidados de enfermería</p>	<p>1- Valoración del estado de salud del anciano y su entorno</p>	<p>Frecuencia con que realiza la acción</p> <p>Muy frecuente – Frecuente – Poco frecuente</p>
	<p>Promover acciones de autocuidados</p>	<p>Charlas sobre temas de salud.</p> <p>consejos en la adquisición de nuevos hábitos</p> <p>no hay tiempo</p>
	<p>Detección de factores de riesgos de deterioro</p>	<p>Valoración de las actividades de la vida diaria</p> <p>Valoración de las actividades instrumentales</p> <p>Ambas</p>

	Brindar cuidados de enfermería a los ancianos con patologías crónicas.	Control de medicación Control de la consulta medica Acompañamiento al médico y/o hospital Cuidados asistenciales
	Detectar tempranamente signos y síntomas de enfermedades	Controles médicos periódicos Consulta al médico ante nuevos síntomas

Técnica e instrumento de recolección de datos

Se utilizó una encuesta autorregulada para pacientes de las instituciones de estudio, para poder obtener los datos de las variables operacionalizadas de cuidados de enfermería y satisfacción de las necesidades básicas

Análisis y presentación de resultados: Los resultados derivados de las encuestas se reflejaron en una planilla de tabulación de datos, llamada matriz de datos, dónde se asignaron distintas categorías con el propósito de facilitar el análisis de dichos datos. Se presentaron en tablas de frecuencia absolutas y relativas y gráficos de torta y barra.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN DE DATOS

TABLA Nº 1

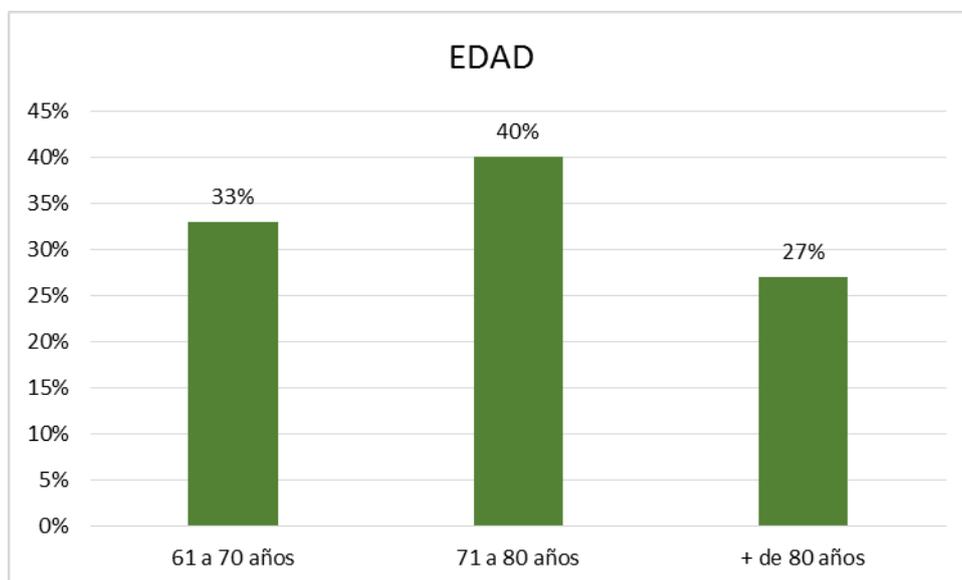
Ancianos institucionalizados, por EDAD en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014.

EDAD	FA	%
61 a 70 años	5	33%
71 a 80 años	6	40%
+ de 80 años	4	27%
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº I

Ancianos institucionalizados, por EDAD en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: las edades de los ancianos que son sujeto de estudio está formado por un 33% entre 61 a 70 años, un 40% 71 a 80 años y más del 27% tiene más de 80 años.

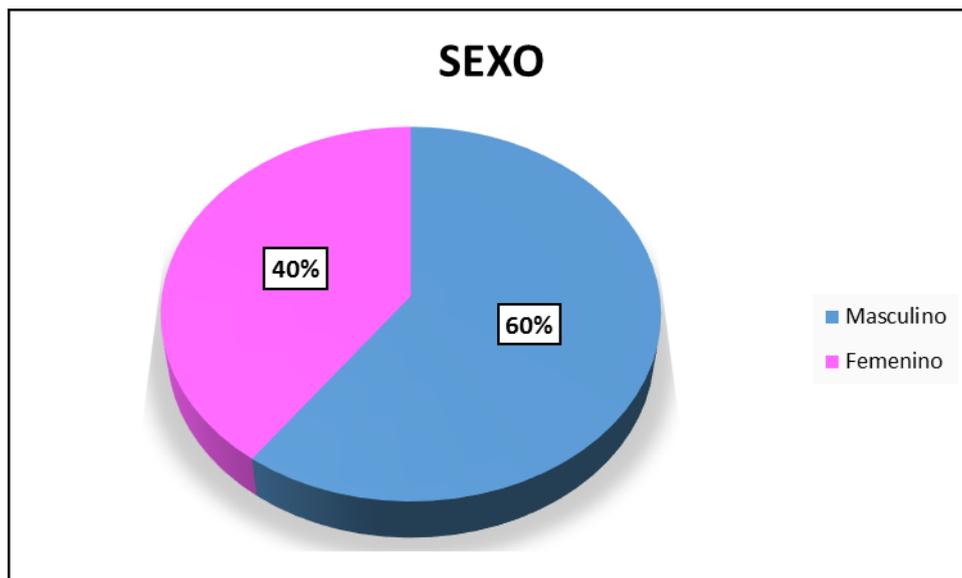
TABLA Nº 2

Ancianos institucionalizados, por SEXO en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

SEXO	FA	%
Masculino	9	60%
Femenino	6	40%
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº II



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: la población estudiada está constituido por un 60% de varones y un 40% por el sexo femenino.

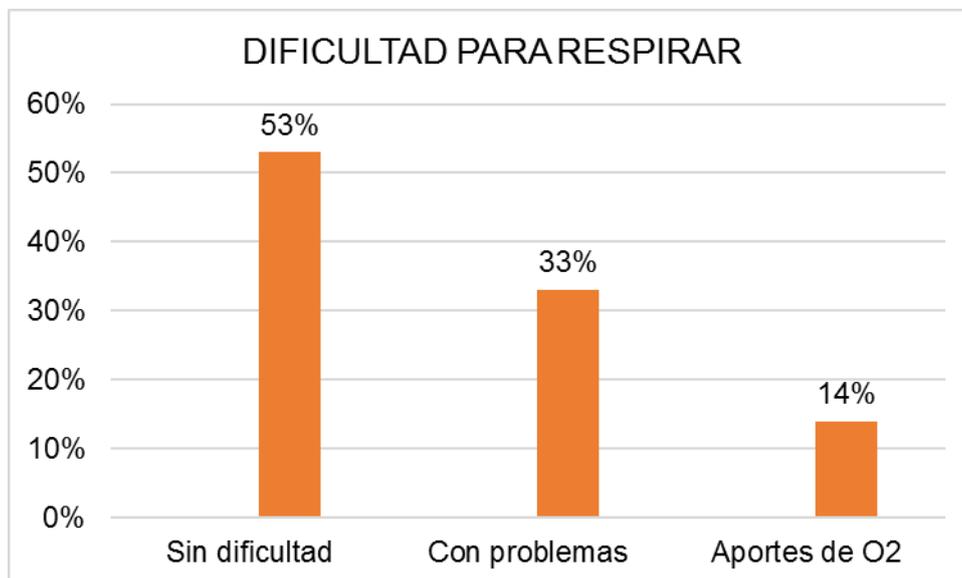
TABLA Nº 3

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica RESPIRACIÓN; Dificultad**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

NECESIDAD BÁSICA		
RESPIRACIÓN: DIFICULTAD	FA	%
Sin dificultad	8	53%
Con problemas	5	33%
Aportes de O ₂	2	14%
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº III



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 53% de los ancianos no tienen dificultad para respirar y un 33% tienen problemas y un 14% necesitan aportes de oxígenos.

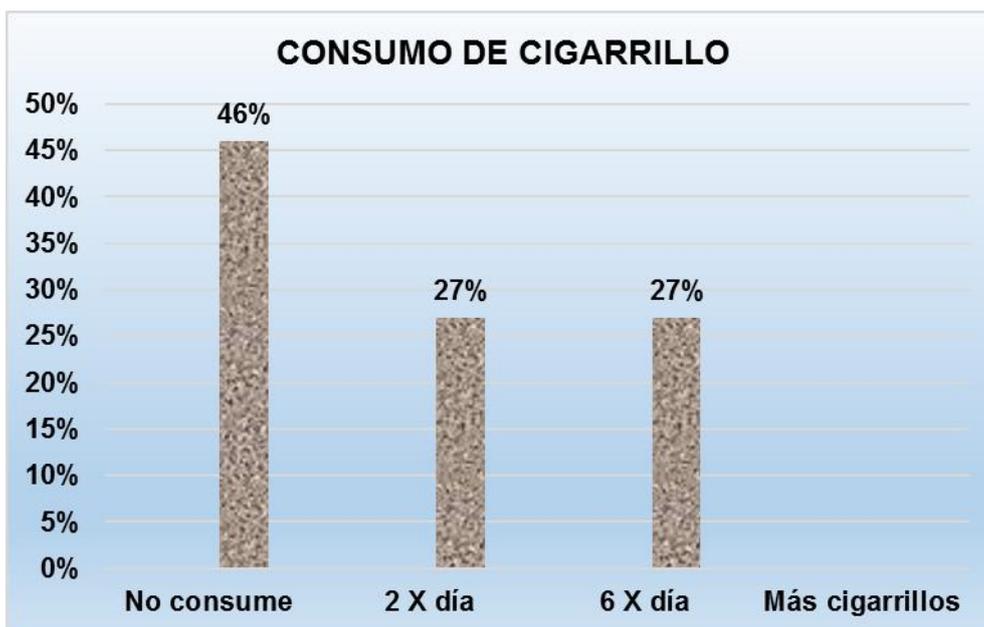
TABLA N° 4

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica RESPIRACIÓN; Consume Cigarrillo**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

CONSUMO DE CIGARRILLO	FA	%
No consume	7	46%
2 X día	4	27%
6 X día	4	27%
Más cigarrillos	---	---
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO N° IV



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 46% de los ancianos entrevistados no consumen cigarrillos y el 27% lo hacen con 2 cigarrillos por día y un 27% fuman 6 por día.

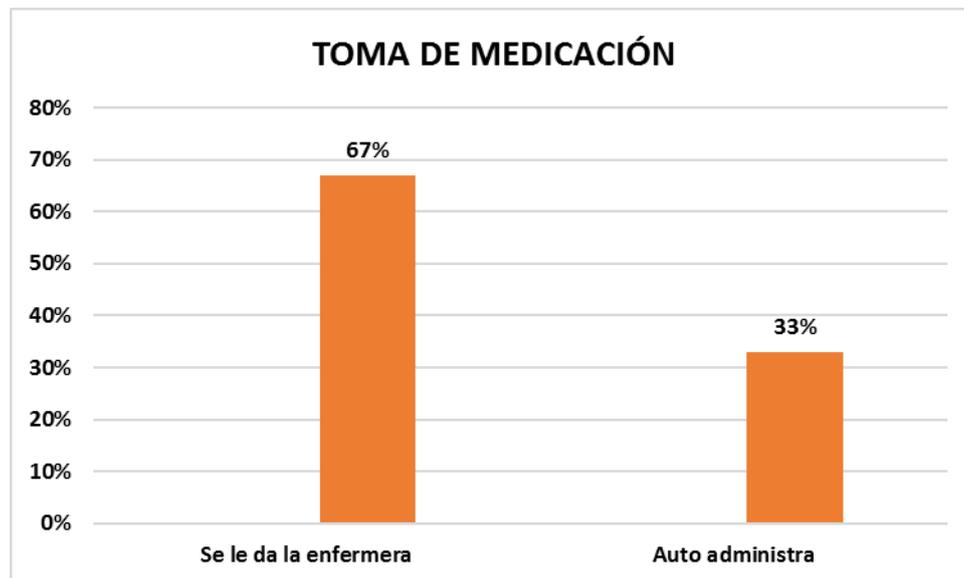
TABLA Nº 5

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica RESPIRACIÓN; Toma medicación**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

TOMA MEDICACIÓN	FA	%
Se le da la enfermera	10	67%
Auto administra	5	33%
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014.

GRÁFICO Nº V



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 67% toman medicación que son administrados por el enfermero. Y un 33% no necesitan supervisión por que se auto administra los remedios.

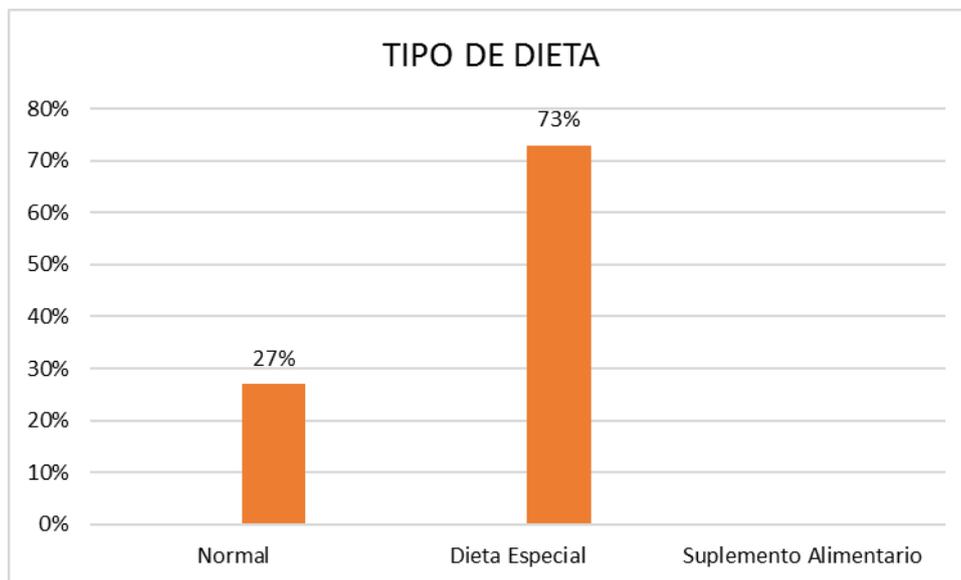
TABLA Nº 6

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica ALIMENTACIÓN; Tipo de dieta**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014.

NECESIDAD BÁSICA ALIMENTACIÓN: dieta	FA	%
Normal	4	27%
Dieta Especial	11	73%
Suplemento Alimentario	---	----
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº VI



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 73% de los consultados tienen una dieta especial y un 27% tienen una alimentación normal.

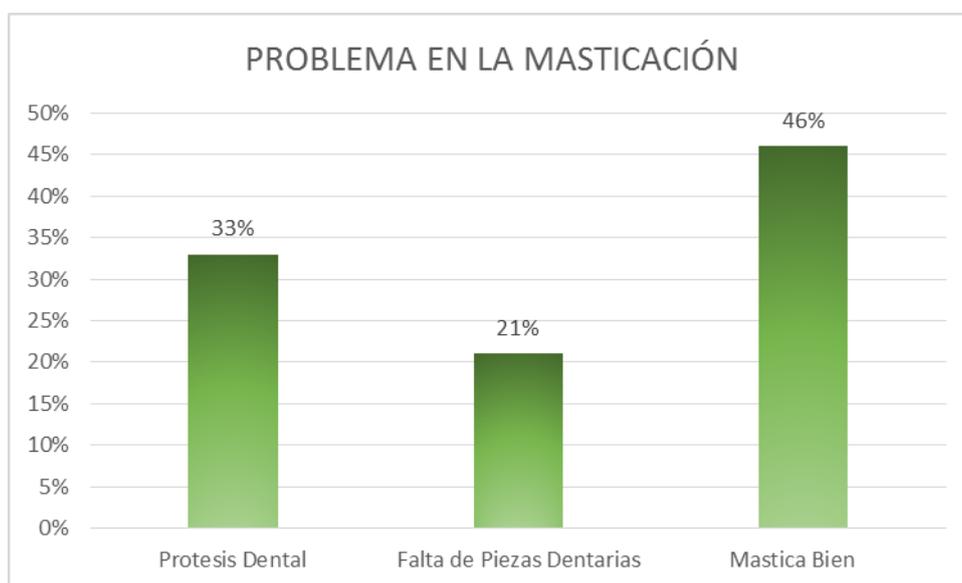
TABLA Nº 7

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica ALIMENTACIÓN; Problemas en la masticación**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

PROBLEMA EN LA MASTICACIÓN	FA	%
Prótesis Dental	5	33%
Falta de Piezas Dentarias	3	21%
Mastica Bien	7	46%
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº VII



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: los datos obtenidos de las respuestas a los sujetos de estudio reflejan que en un 46% mastican bien, el 33% tienen prótesis dentales y un 21% le faltan piezas dentarias.

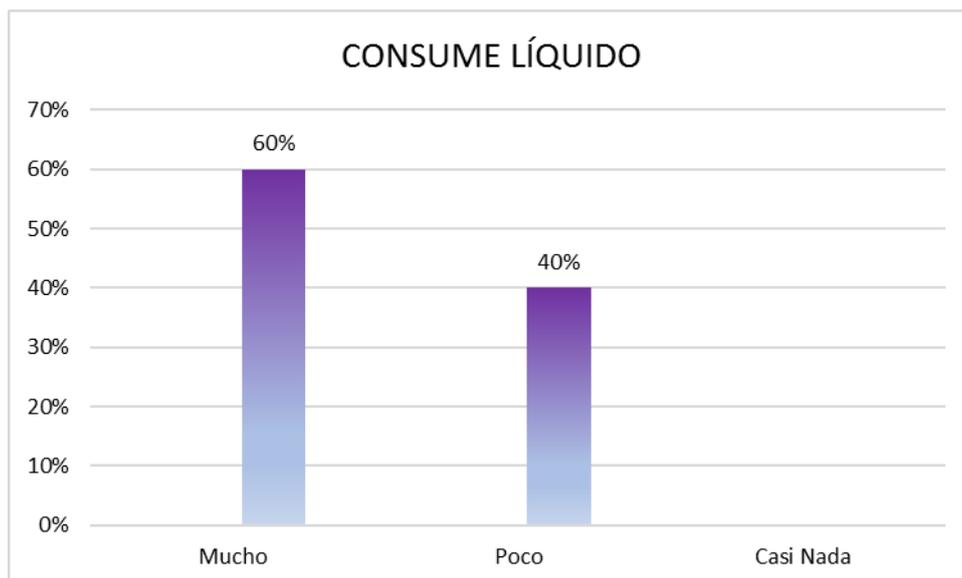
TABLA Nº 8

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica ALIMENTACIÓN; Consume líquido**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

CONSUME LIQUIDO	FA	%
Mucho	9	60%
Poco	6	40%
Casi Nada	---	---
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº VIII



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 60% de los entrevistados revelan que consumen mucho líquido durante el día.

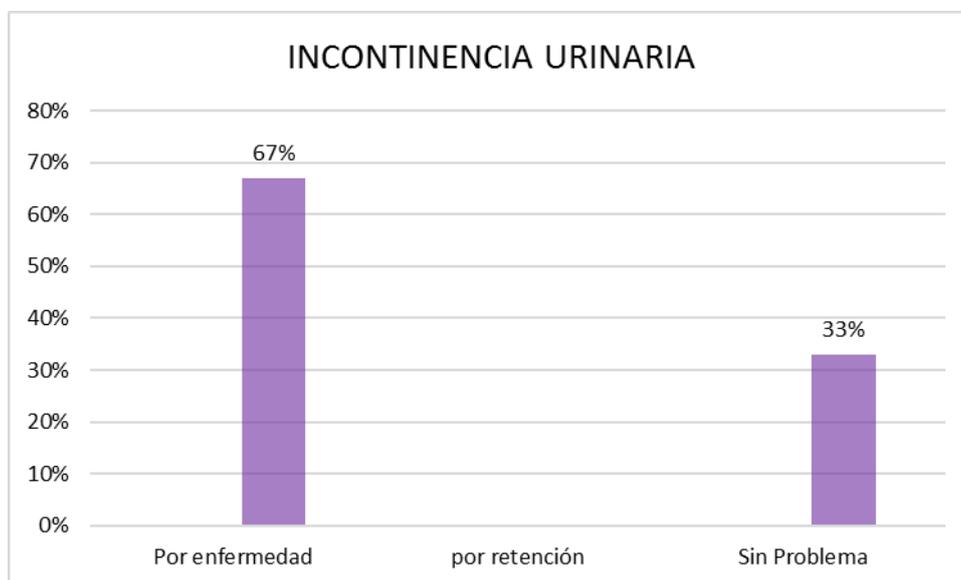
TABLA Nº 9

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica ELIMINACIÓN DE DESECHOS; a) incontinencia urinaria**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

NECESIDAD BÁSICA INCONTINENCIA URINARIA	FA	%
Por enfermedad	10	67%
por retención	---	---
Sin Problema	5	33%
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº IX



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 67% de los ancianos consultados padecen incontinencia urinaria por enfermedad y un 33% no tienen problemas.

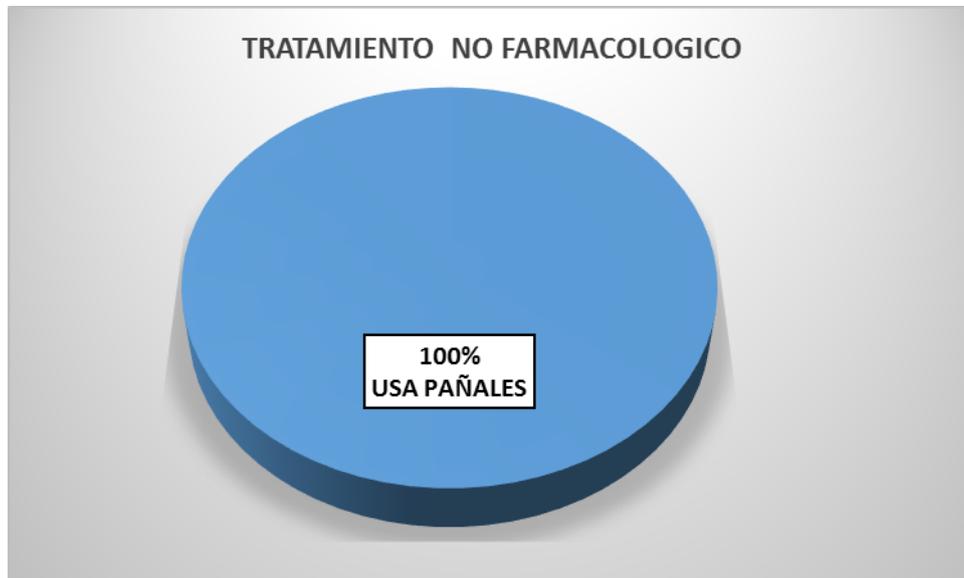
TABLA Nº 10

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica ELIMINACIÓN DE DESECHOS; b) tratamiento no farmacológico**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

: TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO	FA	%
Sonda	---	---
Pañales	10	100%
TOTAL	10	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº X



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 100% de los pacientes que tienen problemas con la incontinencia urinaria usan pañales.

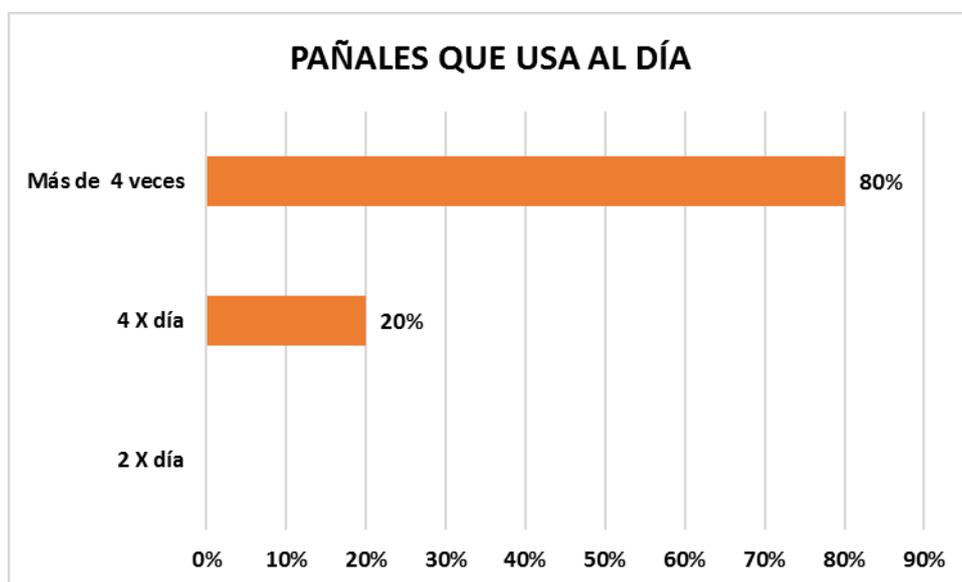
TABLA Nº 11

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica ELIMINACIÓN DE DESECHOS; c) pañales por día**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

INCONTINENCIA URINARIA: Pañales	FA	%
2 X día		
4 X día	2	20%
Más de 4 veces	8	80%
TOTAL	10	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XI



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: aquellos ancianos que usan pañales por padecer incontinencia urinaria los hacen más de 4 veces al día, un 20% 4 veces.

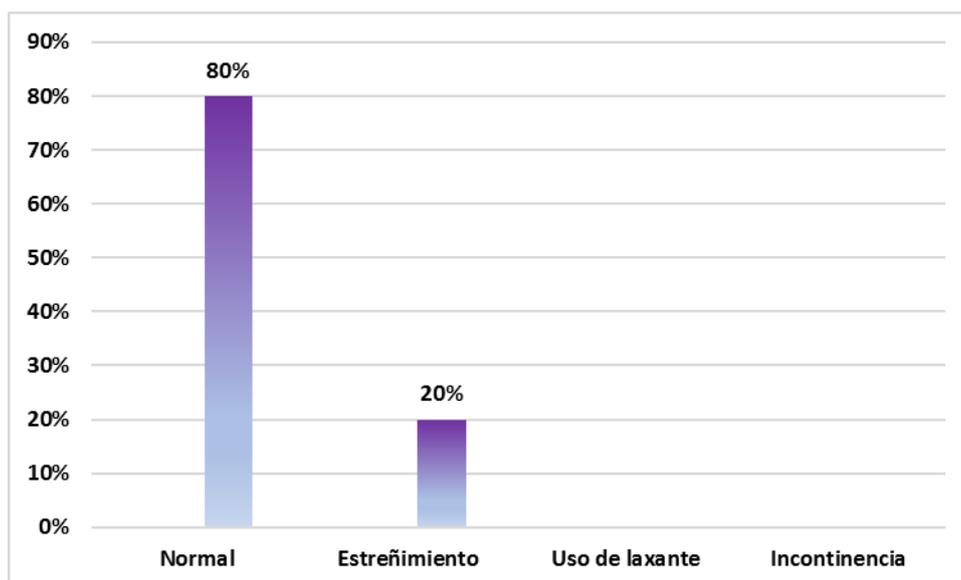
TABLA Nº 12

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica ELIMINACIÓN DE DESECHOS; Eliminación fecal**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014.

NECESIDAD BÁSICA ELIMINACIÓN FECAL	FA	%
Normal	12	80%
Estreñimiento	3	20%
Uso de laxante	---	---
Incontinencia	---	---
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XII



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 80% tienen una eliminación fecal normal y un 20% sufren de estreñimientos.

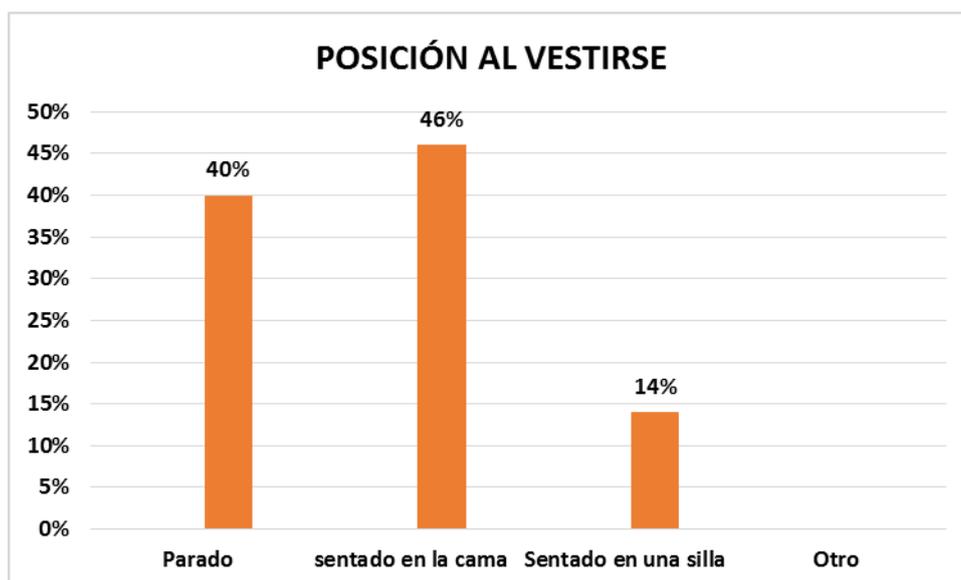
TABLA Nº 13

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica; MOVIMIENTO Y POSTURA; posición que adopta al vestirse**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

NECESIDAD BÁSICA Movimiento y postura Posición para vestirse	FA	%
Parado	6	40%
sentado en la cama	7	46%
Sentado en una silla	2	14%
Otro	---	---
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XIII



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 46% adopta una postura para vestirse y desvestirse sentado en la cama, un 40% los hacen parado y un 14% sentado en una silla.

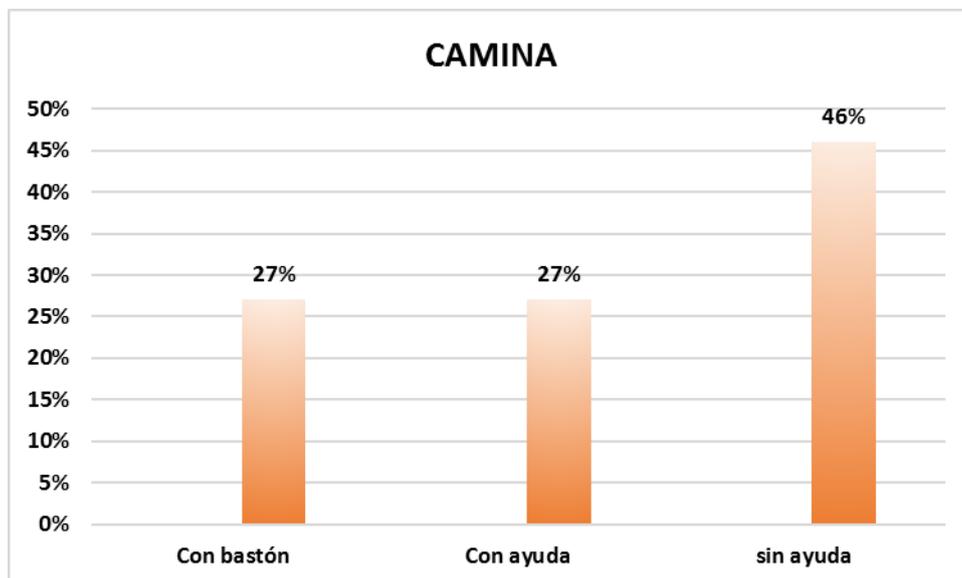
TABLA Nº 14

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica; MOVIMIENTO Y POSTURA; camina alrededor del hogar**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014.

NECESIDAD BÁSICA Movimiento y postura Camina	FA	%
Con bastón	4	27%
Con ayuda	4	27%
sin ayuda	7	46%
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XIV



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 46% caminan sin ayuda, en igual porcentaje (27%) lo hacen con bastón y con ayuda.

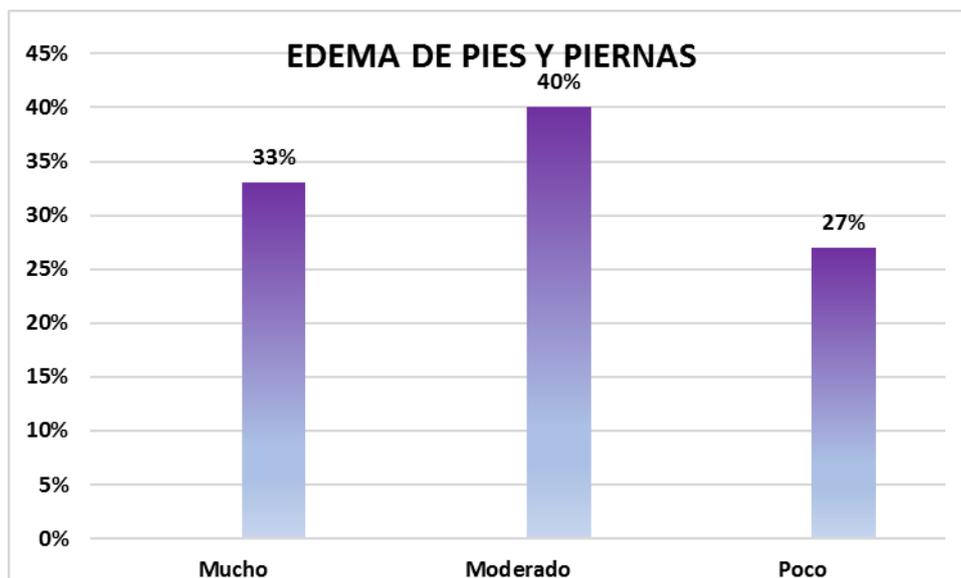
TABLA Nº 15

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica; MOVIMIENTO Y POSTURA; edemas de los pies y pierna**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

NECESIDAD BÁSICA Movimiento y postura edemas pies y piernas	FA	%
Mucho	5	33%
Moderado	6	40%
Poco	4	27%
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XV



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 40% manifiestan tener edemas moderados en los pies y piernas y un 33% presentan mucho edema y el resto poco (27%).

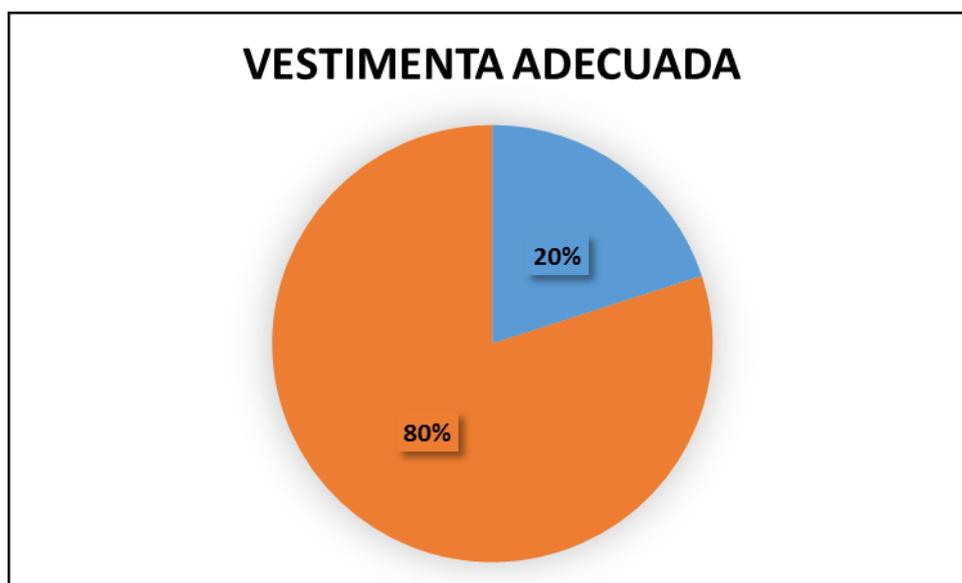
TABLA Nº 16

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica; VESTIMENTA ADECUADA; veces que se cambia**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

NECESIDAD BÁSICA Vestimenta adecuada	FA	%
una vez al día	3	20%
cada dos día	12	80%
una vez a la semana	---	----
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XVI



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 80% expresan que se cambia sus prendas de vestir cada dos días y un 20% una vez al día.

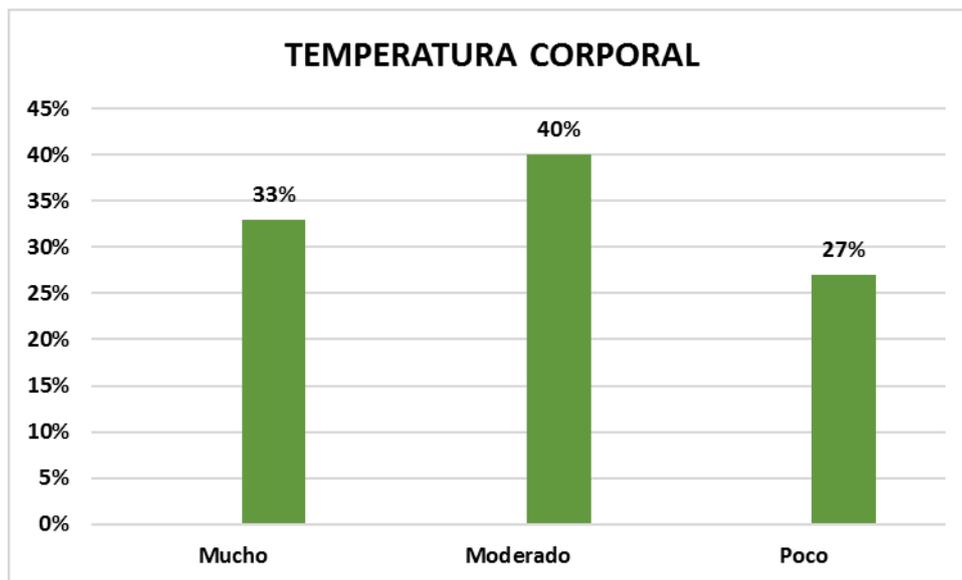
TABLA Nº 17

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica; TEMPERATURA CORPORAL**; en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

NECESIDAD BÁSICA Temperatura Corporal sensación de frío	FA	%
Mucho	5	33%
Moderado	6	40%
Poco	4	27%
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XVII



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 40% de los consultados sienten un frío moderado aunque haga calor, un 33% tienen mucho frío y el resto (27%) poco frío.

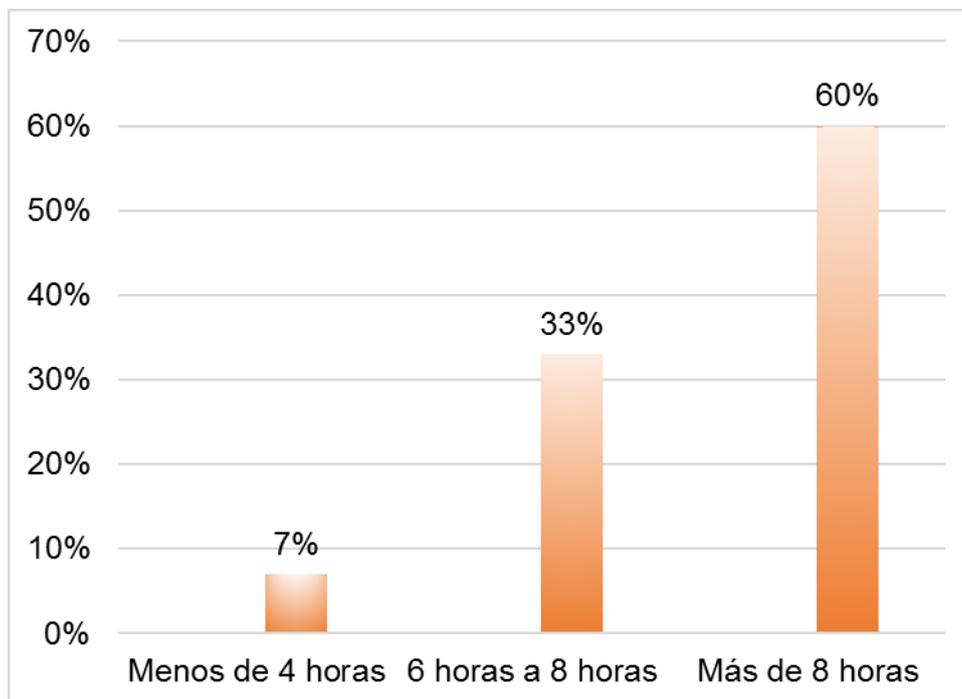
TABLA Nº 18

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica; DESCANSAR-DORMIR; horas que duerme**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

NECESIDAD BÁSICA Sueño y Descanso horas que duerme	FA	%
menos de 4 horas	1	7%
6 horas a 8 horas	5	33%
Más de 8 horas	9	60%
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XVIII



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: los ancianos en un 60% duermen más de 8 horas, 33% entre 6 a 8 horas y el 7% menos de 4 horas.

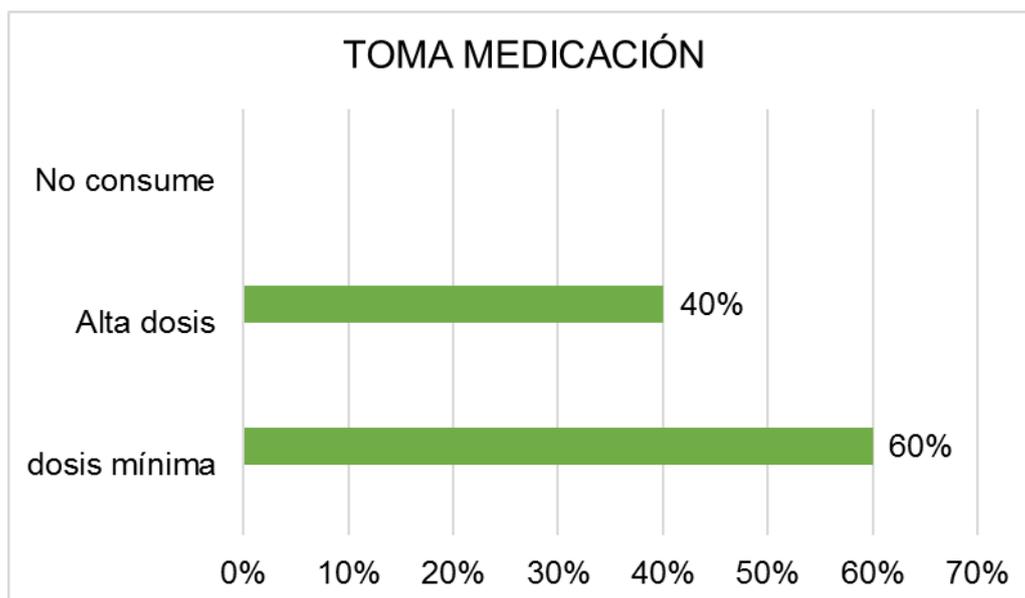
TABLA Nº 19

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica; DESCANSAR-DORMIR; toma medicación para dormir**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

NECESIDAD BÁSICA Sueño y Descanso toma medicación	FA	%
dosis mínima	9	60%
Alta dosis	6	40%
No consume	---	---
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XIX



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: en cuanto a la medicación que toman para dormir un 60% toman dosis mínimas y un 40% una alta dosis.

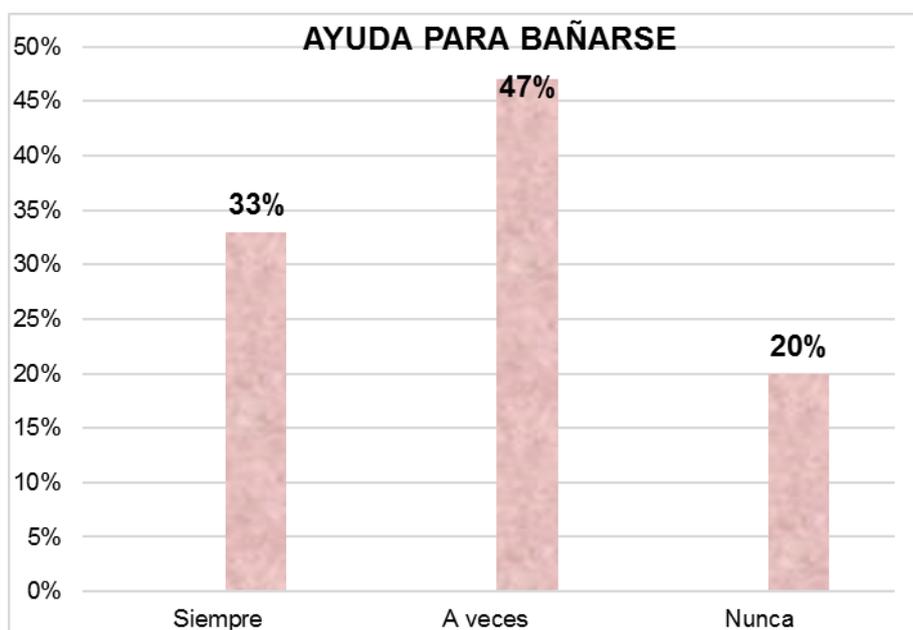
TABLA Nº 20

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica; HIGIENE CORPORAL; ayuda para bañarse**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

NECESIDAD BÁSICA Higiene Corporal Necesita ayuda	FA	%
Siempre	5	33%
A veces	7	47%
No consume	3	20%
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XX



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: en referencia a si necesitan ayuda para bañarse, el 47% manifiestan que a veces lo necesitan, 33% siempre y 20% nunca necesitan ayuda para bañarse.

TABLA Nº 21

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica; PELIGRO EN EL ENTORNO; a) dificultades con otro anciano**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

NECESIDAD BÁSICA Peligro en el entorno Dificultad con el entorno	FA	%
Siempre	---	---
A veces	---	---
Nunca	15	100%
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XXI



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 100% no tienen dificultades con el entorno del hogar.

TABLA Nº 22

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica; PELIGRO EN EL ENTORNO; b) Agresión de otros pares,** en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

NECESIDAD BÁSICA Peligro en el entorno Agresión de otro anciano	FA	%
Siempre		
A veces		
Nunca	15	100%
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XXII



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 100% de los ancianos contestan que no han sido agredidos por otro anciano con los que conviven.

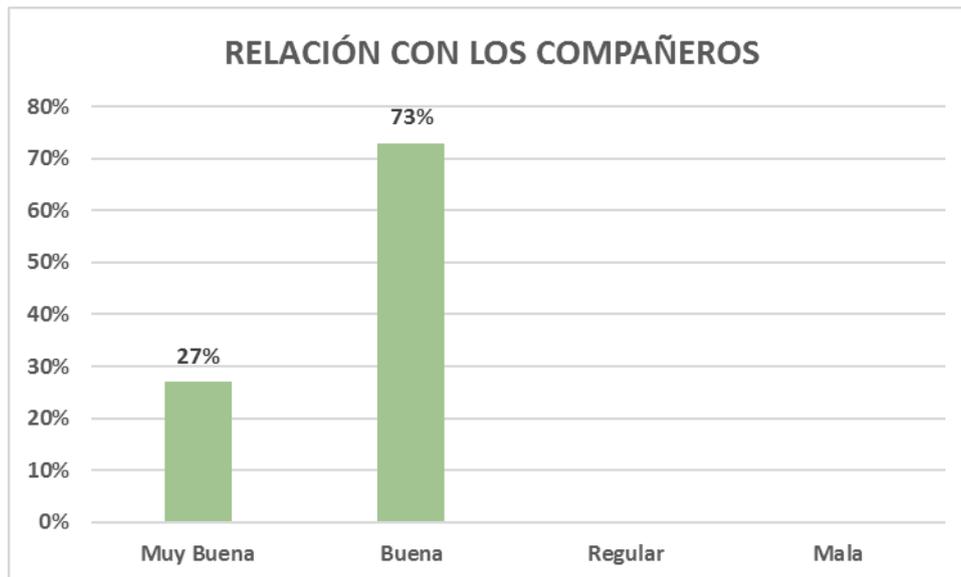
TABLA Nº 23

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica; COMUNICACIÓN CON EL ENTORNO; a) relación con los compañeros del hogar**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014.

NECESIDAD BÁSICA COMUNICACIÓN CON SUS PARES Relación Con Sus Compañeros	FA	%
Muy Buena	4	27%
Buena	11	73%
Regular	---	---
Mala	---	---
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XXIII



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 73% manifiestan que es buena la relación con sus compañeros del hogar y el resto (27%) muy buena.

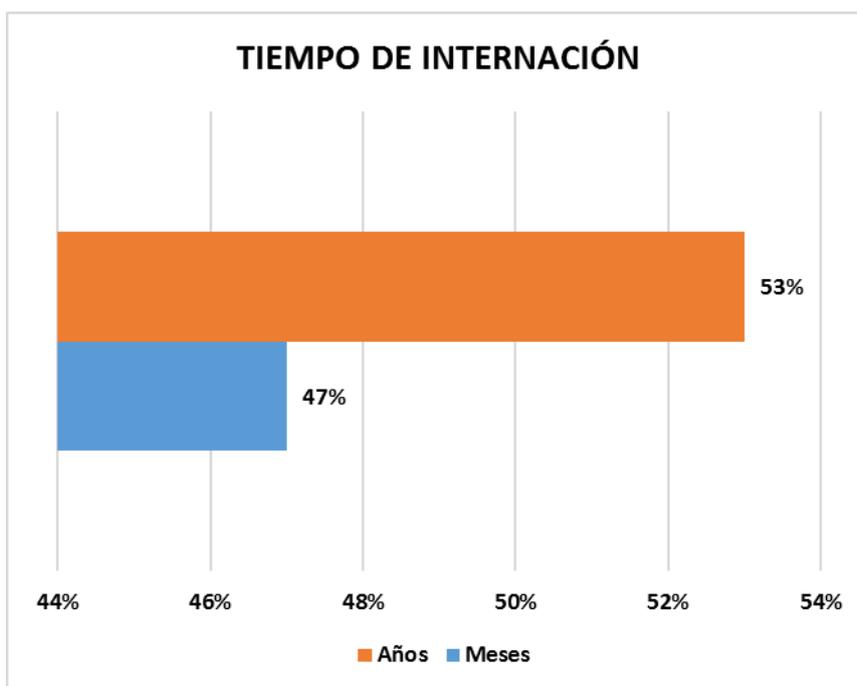
TABLA N° 24

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica; COMUNICACIÓN CON EL ENTORNO; b) tiempo que está en el hogar**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

NECESIDAD BÁSICA Comunicación con sus pares Tiempo de internación	FA	%
Meses	7	47%
Años	8	53%
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO N° XXIV



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 53% hace años que están internados en el hogar y hospital y un 47% meses.

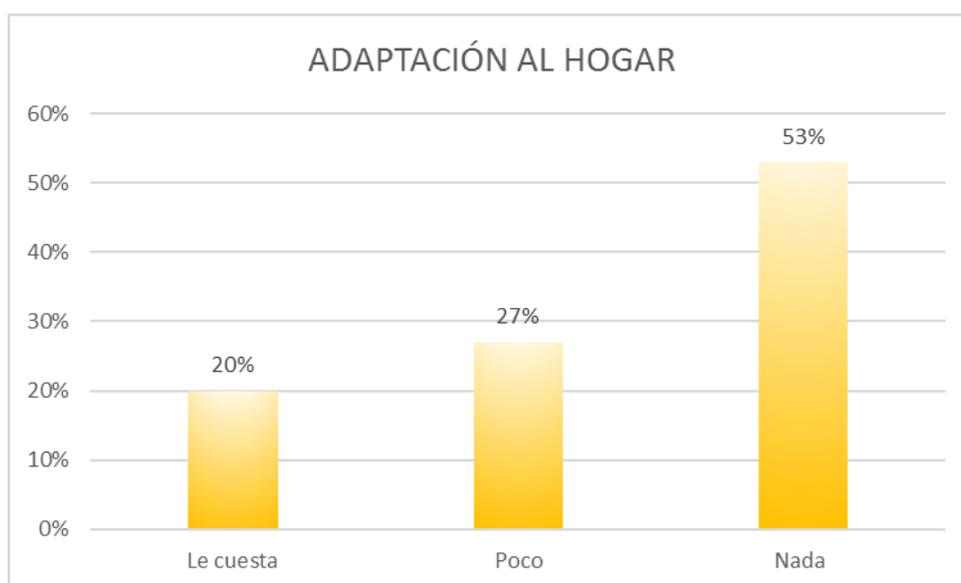
TABLA Nº 25

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica; COMUNICACIÓN CON EL ENTORNO, Adaptación al medio**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

NECESIDAD BÁSICA COMUNICACIÓN CON SUS PARES Adaptación al hogar	FA	%
Le cuesta	3	20%
Poco	4	27%
Nada	8	53%
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XXV



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: en un 53% de los entrevistados manifiestan que no les ha costado nada adaptarse al hogar, un 27% le ha costado poco y 20% aún le cuesta.

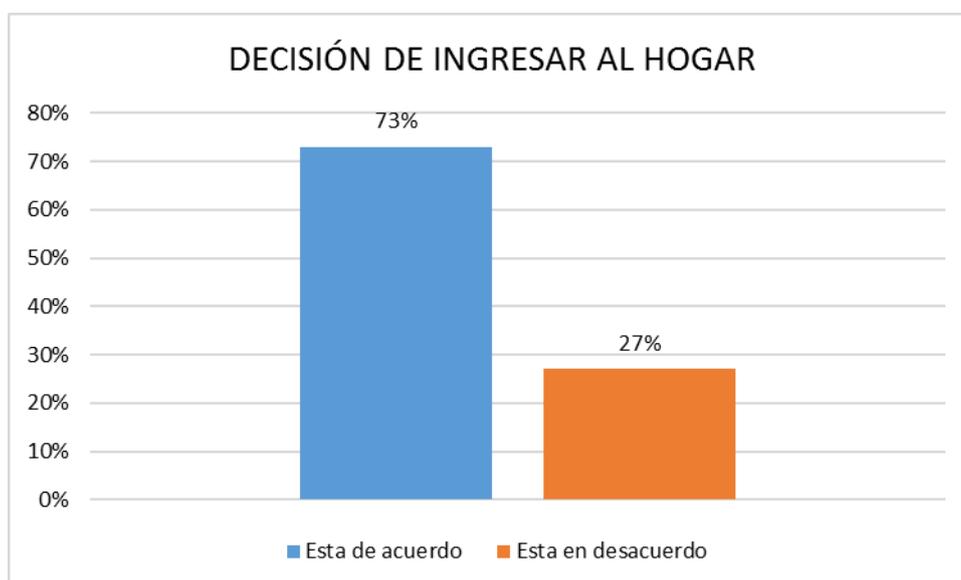
TABLA Nº 26

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica; CONSERVAR SU AUTOESTIMA, decisión de ingresar al hogar**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

NECESIDAD BÁSICA COMUNICACIÓN CON SUS PARES Decisión de ingresar al hogar	FA	%
Está de acuerdo	11	73%
Está en desacuerdo	4	27%
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XXVI



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 73% de los gerentes contestan que están de acuerdo con la decisión de ingresar al hogar y el resto (27%) está en desacuerdo

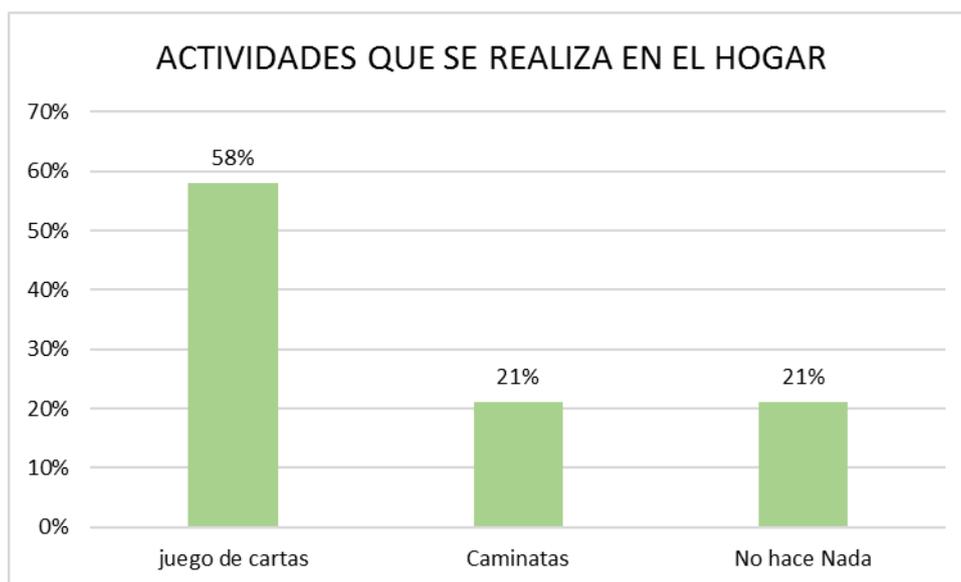
TABLA Nº 27

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica; PARTICIPACIÓN DE LAS ACTIVIDADES, Actividades Grupales**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

NECESIDAD BÁSICA PARTICIPACIÓN CON EL MEDIO Participación en actividades	FA	%
juego de cartas	11	58%
Caminatas	4	21%
No hace Nada	4	21%
TOTAL	19	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XXVII



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: el 58% de los consultados expresan que participan de las actividades como jugar a las cartas e igual porcentaje 21% hacen caminatas y el resto no hace nada.

TABLA Nº 28

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por Necesidad Básica; PARTICIPACIÓN DE LAS ACTIVIDADES, Actividades que organiza el hogar**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

NECESIDAD BÁSICA PARTICIPACIÓN CON EL MEDIO Participación en actividades organizada	FA	%
Siempre	7	47%
A veces	8	53%
Nunca	---	---
TOTAL	15	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XXVIII



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: los ancianos institucionalizados manifiestan en un 53% que participan a veces de las actividades que organizan en el hogar y el resto (47%) siempre.

Análisis bi-variados

TABLA Nº 29

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por VALORACIÓN QUE REALIZAN SOBRE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA; Promover acciones de autocuidado**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

Frecuencia absoluta

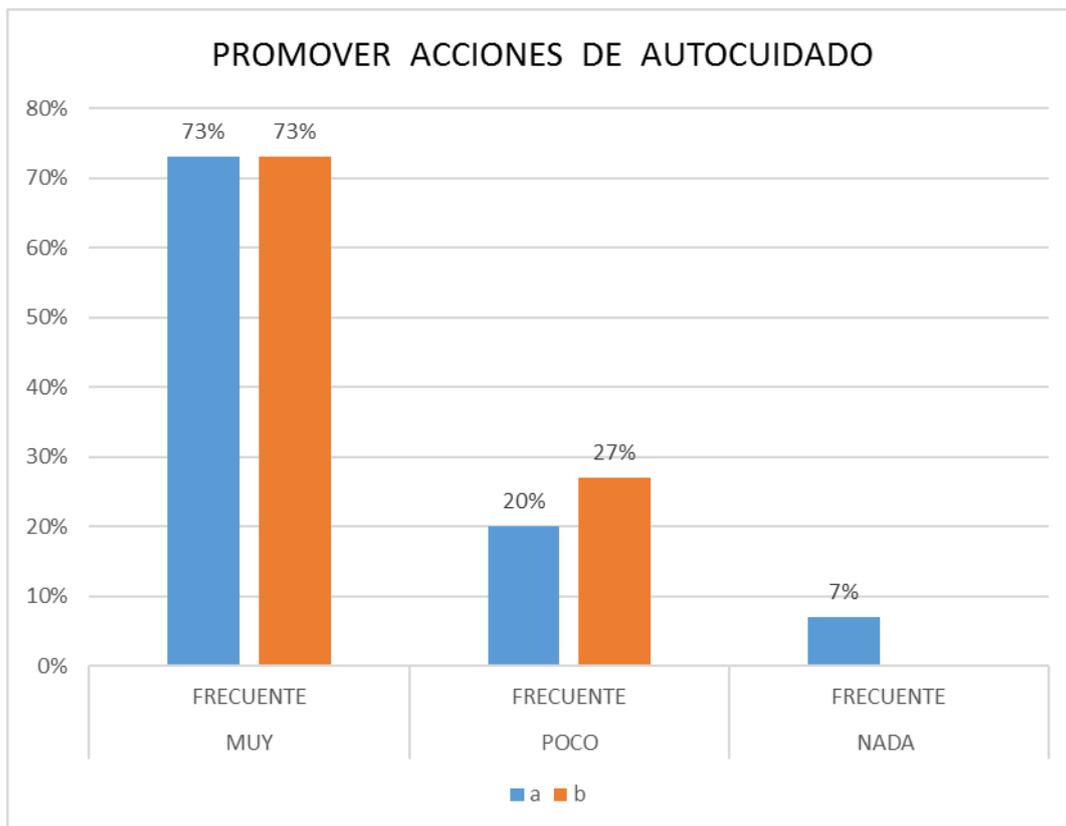
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	PROMOVER ACCIONES DE AUTOCUIDADO			
	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NADA FRECUENTE	TOTAL
a-charlas sobre temas de salud	11	3	1	15
b- consejo en la adquisición de nuevos hábitos	11	4	---	15

Frecuencia Relativa

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	PROMOVER ACCIONES DE AUTOCUIDADO			
	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NADA FRECUENTE	TOTAL
a-charlas sobre temas de salud	73%	20%	7%	100%
b- consejo en la adquisición de nuevos hábitos	73%	27%	---	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XXIX



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: la información obtenida de los ancianos encuestados, manifiestan que en un 73% las acciones de enfermería hacia el autocuidado son muy frecuente en cuanto a las charlas sobre temas de salud y como así también en igual porcentajes los consejos en la adquisición de nuevos hábitos.

TABLA Nº 30

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por VALORACIÓN QUE REALIZAN SOBRE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA; detección precoz de factores de riesgo de deterioro**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

Frecuencia absoluta

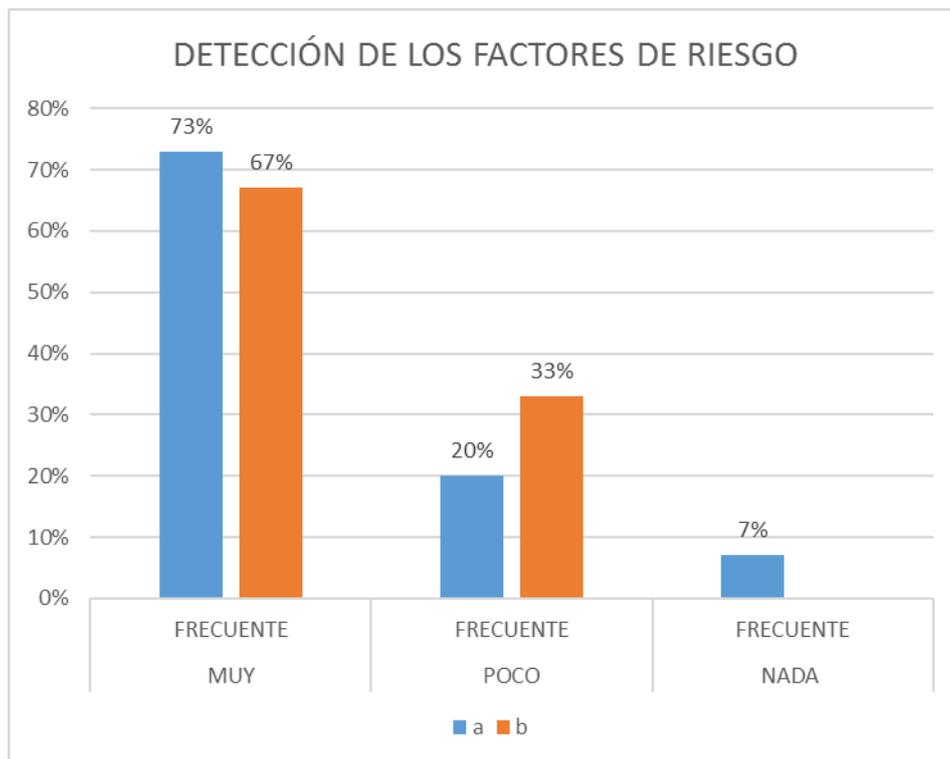
CUIDADOS DE ENFERMERIA	DETECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO			
	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NADA FRECUENTE	TOTAL
a-Valoración de las actividades de la vida diaria	11	2	2	15
b- Valoraciones de las actividades instrumentales	10	5	---	15

Frecuencia Relativa

CUIDADOS DE ENFERMERIA	DETECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO			
	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NADA FRECUENTE	TOTAL
a-Valoración de las actividades de la vida diaria	73%	20%	7%	100%
b- Valoraciones de las actividades instrumentales	67%	33%	---	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO Nº XXX



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: los datos obtenidos muestran que el 73% de los ancianos considera que son muy frecuentes los cuidados de enfermería en detectar los factores de riesgo en las actividades de la vida diaria y un 67% son muy frecuente en relación a la valoración de las actividades instrumentales.

TABLA N° 31

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por VALORACIÓN QUE REALIZAN SOBRE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA; cuidados a los ancianos con patología crónica**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

Frecuencia absoluta

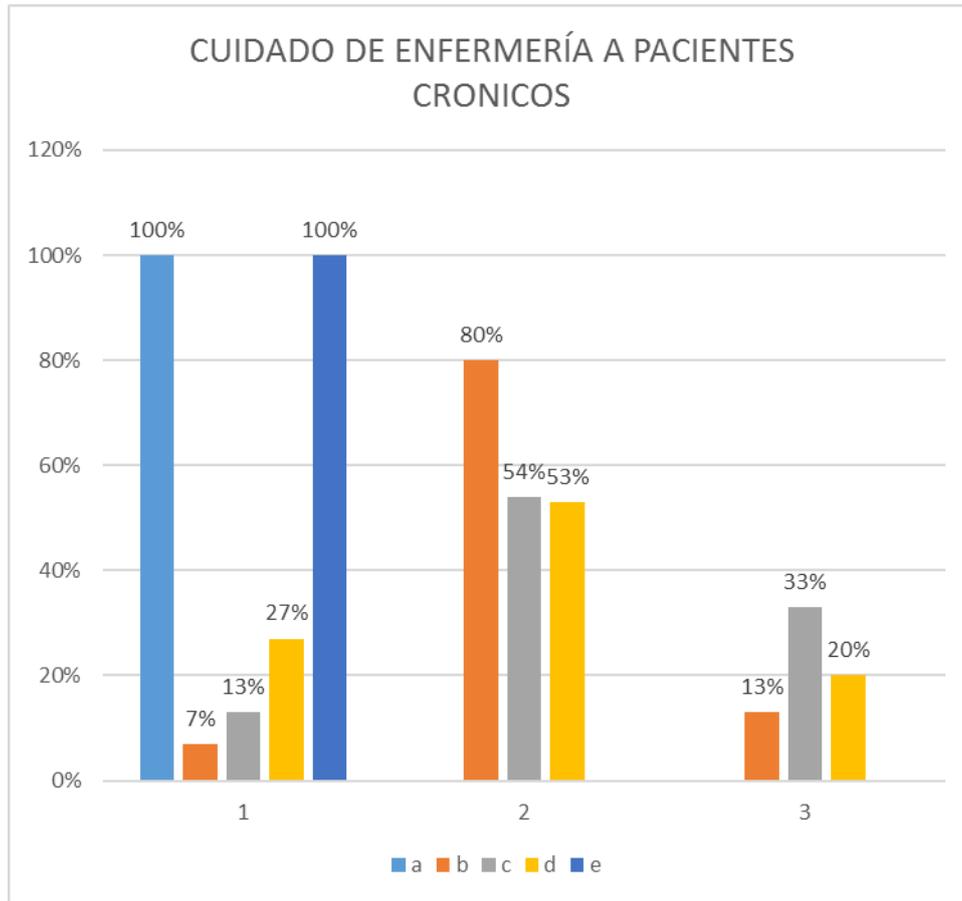
CUIDADOS DE ENFERMERIA	BRINDAR CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CRONICOS			
	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NADA FRECUENTE	TOTAL
a-Control de medicación	15	---	---	100%
b-Control de la consulta	1	12	2	100%
c-Control de los horarios	2	8	5	100%
d-Acompañamiento al médico y al hospital	4	8	3	100%
e-Cuidados asistenciales	15	---	---	100%

Frecuencia relativa

CUIDADOS DE ENFERMERIA	BRINDAR CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CRONICOS			
	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NADA FRECUENTE	TOTAL
a-Control de medicación	100%	---	---	100%
b-Control de la consulta	7%	80%	13%	100%
c-Control de los horarios	13%	54%	33%	100%
d-Acompañamiento al médico y al hospital	27%	53%	20%	100%
e-Cuidados asistenciales	100%	---	---	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO N° XXXI



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: en cuanto a las respuestas dada por los ancianos sobre brindar cuidados de enfermería a los ancianos crónicos, el 100% consideran que es muy frecuente las acciones orientadas a los cuidados asistenciales y al control de la medicación y el 80% opinan que es poco frecuente el control de la consulta médica.

TABLA N° 32

Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, **por VALORACIÓN QUE REALIZAN SOBRE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA; detección temprana de signos y síntomas de enfermedades**, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

Frecuencia absoluta

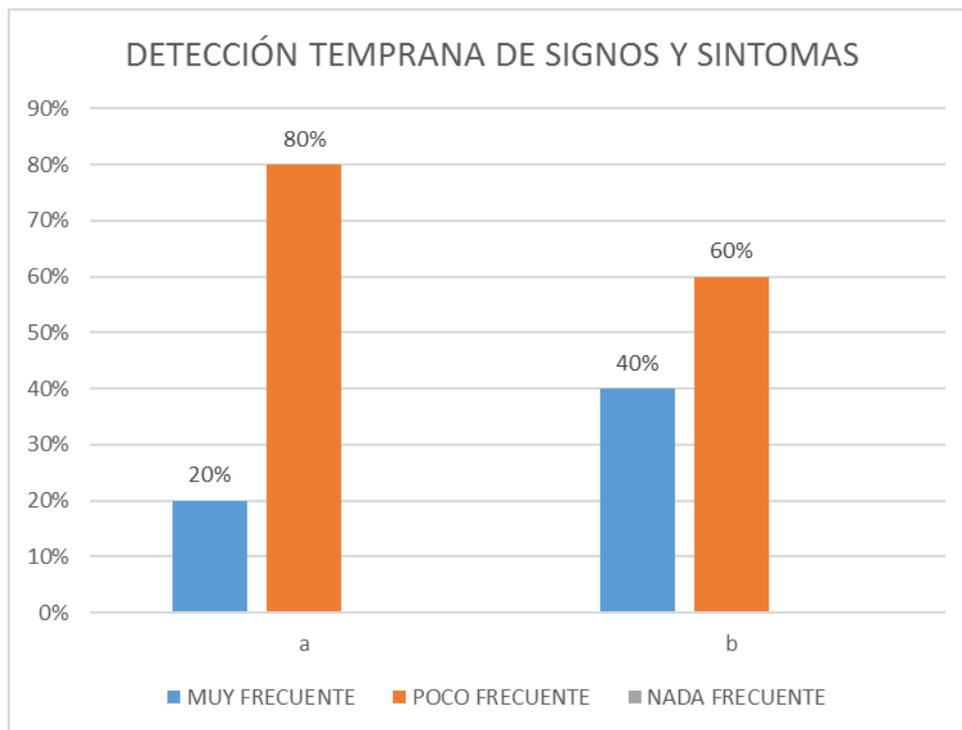
CUIDADOS DE ENFERMERIA	DETECCIÓN TEMPRANA DE SIGNOS Y SINTOMAS			
	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NADA FRECUENTE	TOTAL
a-Controles médico periódicos	3	12	----	15
b-Consulta al médico ante nuevos síntomas	6	9	----	15

Frecuencia relativa

CUIDADOS DE ENFERMERIA	DETECCIÓN TEMPRANA DE SIGNOS Y SINTOMAS			
	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NADA FRECUENTE	TOTAL
a- Controles médico periódicos	20%	80%	---	100%
b- Consulta al médico ante nuevos síntomas	40%	60%	----	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

GRÁFICO N° XXXII



Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

COMENTARIO: los datos reflejan la opinión de los ancianos quienes manifiestan que en relación a las acciones de enfermería orientadas a la detección de signos y síntomas de enfermedad; 80% consideran que es poco frecuente estas acciones en cuanto a los controles médicos periódicos y un 60% en cuanto a la consulta del médico ante nuevos síntomas.

CONCLUSIÓN

En la búsqueda de información de las variables observadas sobre si los cuidados de enfermería satisfacen las necesidades básicas de los ancianos institucionalizados en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014; se pudo constatar:

La población de estudio estuvo constituido por un 40% de gerontes de 71 a 80 años, un 27% de más de 80 años y un 33% menos de 70 años, el 40% son mujeres y el 60% son hombres.

En relación a las condiciones que tienen los pacientes alojados en las dos instituciones área de estudio; los porcentajes más relevantes están centrados, en las necesidades básicas de respiración; el 53% no presentan dificultades, no consumen cigarrillo y un 67% consume medicación que es suministrada por la enfermera.

En la necesidad básica alimentación; 73% tienen dieta, no tienen problemas de masticación un 46% y consumen suficiente líquido.

En cuanto eliminación de desechos el 67% tienen problemas de incontinencia urinaria y usan pañales más 4 veces al día. El 80 % tienen una eliminación fecal normal.

En relación a movimiento y postura; 46% se viste sentado en la cama. Un 4% camina sin ayuda y presentan edemas de pie y piernas moderadas.

Se cambia de ropa personal dos veces por semana y 46% manifiesta que tienen una sensación moderada de frío.

Duermen más de 8 horas y con medicación mínima. Un 46% a veces necesitan ayuda para bañarse.

Al analizar las necesidades básicas sociales con el entorno; el 100% expresan que no tiene dificultades con otros ancianos como tampoco han sido agredidos y que su relación con los otros compañeros es buena. La mayoría tienen años institucionalizados y están de acuerdo en la decisión de estar internados.

En cuanto a la participación en actividades grupales menos del 50% a veces lo realizan en actividades como juego de cartas o las organizadas por la institución.

Se puede concluir que los ancianos observados más del 50% conservan aún

su independencia en cuanto a sus necesidades básicas.

La valoración que realizan los ancianos sobre las actividades de enfermería; se constata que son frecuentes la promoción de acciones de autocuidado, en un 73%, como charlas sobre temas de salud y consejos en la adquisición de nuevos hábitos.

En cuanto acciones para la detección precoz de factores de riesgo de deterioro, los enfermeros frecuentemente realizan acciones para mantener las actividades de la vida diaria como las actividades instrumentales.

Al valorar los cuidados que brindan enfermería a los ancianos con patologías crónicas, el 100% consideran que es muy frecuente los cuidados asistenciales y el control de la medicación y el 80% opinan que es poco frecuente el control de la consulta médica.

En relación a la detecciones temprana de signos y síntomas de enfermedades, las acciones de enfermería orientadas a la detección de signos y síntomas de enfermedad; 80% consideran que son poco frecuente las acciones sobre los controles médicos periódicos y un 60% la consulta del médico ante nuevos síntomas.

Si bien el 50% valora las acciones de enfermería, hay acciones que no realiza sobre la detección temprana de signos y síntomas de enfermedad. Es importante resaltar que si bien las intervenciones de enfermería son importantes para poder realizar una atención integral al anciano es necesario que éste conformado por un equipo multidisciplinario que contemple y satisfaga todas las necesidades físicas, psíquicas y sociales.

PROPUESTAS

De acuerdo a los resultados obtenidos y a su previo análisis relación a la satisfacción de las necesidades básicas del adulto mayor institucionalizado en el Hogar Santa marta y Hospital Gailhac, consideran pertinente plantear las siguientes recomendaciones:

- ✓ Es necesario que se efectúen cursos de capacitación para los enfermeros sobre temas relacionado con el cuidado del adulto mayor, cursos de postgrado, maestría, etc.
- ✓ Implementar estrategias integrales por parte del equipo multidisciplinario de las instituciones para satisfacer las necesidades o mantener las que aún conserva
- ✓ Hacer llegar a los centros asistenciales los resultados de esta investigación con la finalidad de mejorar los procesos en cuanto a intervenciones de enfermería se refiere, para mejorar el aporte que el personal puede brindar a la permanencia de éstas personas en estos centros, facilitándoles los medios adecuados para su adaptación y sobre vivencia.
- ✓ Que el personal de enfermería realice cronogramas de actividades donde se involucre a todo el personal de las distintas guardias y de distintas especialidades a fomentar la autocuidados y la interacción del adulto mayor.
- ✓ Tomar en cuenta a los familiares, amigos y a la comunidad durante la planificación de actividades sociales, culturales y educativas, con la finalidad de hacer aportes sobre temas de interés para ellos.

ANEXOS

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-GRIMALDI HERRERA, C.: *Etapas evolutivas del ser humano*, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, noviembre 2009, www.eumed.net/rev/cccss/06/cqh13.htm
- 2-BERGER, K. S. (2001): *Psicología del desarrollo: Adulthood and aging*. Madrid, Panamericana)
- 3-PAPALIA, D. y W. OLDS, S.(1997): *Desarrollo humano*. Santafé de Bogotá. Mc. Graw- Hill.
- 4-COSTA, M. Y LÓPEZ, E. (1996). *Manual del Educador social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- 5-VIGUERA, V. (2002):"Calidad de vida y envejecimiento" *en* (<http://psicomundo.com/MAYORES Y CALIDAD DE VIDA/ tiempo>).
- 6-PONTS GEIT PILAR: *Tercera Edad y salud*. Séptima edición, editorial IBH, España.2006
- 7-GONZÁLEZ REY F. *Psicología de la personalidad*. La Habana; Cuba: Editorial Pueblo y Educación; 1985
- 8-KRMPOTIC, CLAUDIA (2000): *El Concepto de Necesidad y Políticas de Bienestar*; Espacio editorial; Bs. As.; Argentina
- 9- MASLOW ABRAHAM: *Hierarchy of Needs (Jerarquía de las necesidades)* University of Michigan: *Basic Needs: Food and Nutrición (Necesidades básicas: alimento y nutrición)* – Keller.356.
- 10-DUBOS, R. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Interamericana, Mc. Graw Hill, I edición. 1975 España: Editorial
- 11- DUGAS (2000) en: *Tratado de Enfermería Práctica*, 4ta edición, McGraw-Hill Interamericana, México.
- 12- MORAGAS MORAGAS, R. (1992). *Gerontología, profesiones y enfoque interdisciplinario*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 27 2), 57-59.
- 13-BROCHERO A. y A. M HEREDIA, "Promoción de la Salud del Anciano: un desafío para Enfermería", en *Revista: Temas de Enfermería Actualizados*, Julio-Agosto 1996, N° 18, Bs. As., pp. 13-15.

14- Extracto del documento Competencias de la enfermera en las residencias de ancianos, de la Sociedad Española de Enfermería Gerontológica y Geriátrica)

BIBLIOGRAFÍA

- BAROJA, G. (2008) El problema del envejecimiento. Akal ediciones. Madrid.
- BAZO, M. (2000).La Sociedad Anciana. Madrid: CIS.
- BERGER, K. S. (2001): Psicología del desarrollo: Adultez y vejez. Madrid, Panamericana.
- CONDE SALA, JL, (2000): “Subjetivación y Vinculación en el proceso de envejecimiento”, en Anuario de Psicología nº 73; 71-87.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1999).Et al. ¿Qué es la vejez? Madrid: Biblioteca Nueva.
- GUILLEN, F. PÉREZ DEL MOLINO, J. (2007) Síndromes y Cuidados en el paciente geriátrico. Masson. Barcelona.
- HAYFLICK, L.; BARCIA, D. MIQUEL, J. (2000) Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico. Ed. Ala. Madrid.
- LEHR U. (1994): “La calidad de vida de la tercera edad: una labor individual y social”, en BUENDIA, J. (comp.): Envejecimiento y Psicología de la Salud. Madrid, Siglo XXI.
- LEER U.(2003): “V Congreso Europeo de Gerontología”, en Revista Senda, año IV, Nº:36
- LOLAS, F. (1997): “Estudio cualitativo de la calidad de vida en el senescente. Una propuesta metodológica”, en Revista Vértex, nº 29. Buenos Aires
- REIG, A.; RIBERA, D.(1992) (Eds.). Perspectivas en Gerontología y Salud. Valencia: Promolibro.
- RIBERA, J. M.; CRUZ, A. J. (1995) Geriatria. IDEPSA. Madrid..
- STAAB, A. S.; HODGES, L. C. (1998). Enfermería Gerontológica. McGraw-Hill. México.

- SALGADO, A.; GUILLEN, F. (1992) Manual de geriatría. Salvat. Barcelona.
- SALGADO, M.T. (1997). Envejecimiento y Sociedad. Una sociología de la vejez. Alicante: Instituto Juan Gil Albert.
- .Series Manuales de Enfermería. Enfermería Geriátrica. Masson- Salvat. Barcelona. 1993.
- VARIOS AUTORES. Biología del envejecimiento. Investigación y ciencia. Colección temas Nº 11. Madrid. 2009
- VEGA, J.L. BUENO, B. (1996) Desarrollo Adulto y Envejecimiento. Madrid: Síntesis Psicológica.
- YANGUAS, J.J. et al. (199) Intervención Psicosocial en Gerontología. Manual práctico. Madrid: Caritas.

Entrevista Anónima

NECESIDADES DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

QUE REQUIEREN LOS ANCIANOS

La siguiente encuesta Anónima está dirigida a los ancianos residentes Institucionalizados. Tiene por objeto, obtener información que se utilizará para un trabajo de investigación, para la tesina de grado.

EDAD:.....

SEXO:.....

1. Presenta dificultad respiratoria

No con problemas necesita aportes de O₂

2. Consume cigarrillo

No consume 2 por día 6 por día Más

3. Toma Medicación

Se la da La Enfermera Auto administra

4. Tiene una alimentación

Normal
Dieta Especial
Suplemento Alimentario

5. Tiene problemas en la masticación por

Prótesis dental Falta de piezas dentarias Mastica bien

6. Consume Líquidos

Mucho Poco Casi Nada

7. Tiene incontinencia urinaria

Por enfermedad por retención sin dificultad

b. Usa: 1) Tiene sonda 2) pañales

c. Si usa pañales cuanto por día

2 por día 4 veces +veces

8. Eliminación fecal

Normal
Estreñimiento
Uso de laxantes
Incontinencia,

9. a- que posición adopta para vestirse y desvestirse

1. Parado
2. Sentado en la cama
3. Sentado en una silla
4. Otra

b-Camina por los alrededores del hogar

Con bastón con ayuda sin ayuda

c-Sus pies y piernas se le hinchan?

Mucho Poco A veces

10. a - Cuantas horas duerme?

- 4 hs 6 hs 8hs +8 hs

b - Toma medicamentos para dormir

Dosis mínima Alta dosis No consume

11. Cuándo se cambia sus prendas de vestir?

1 Vez al día cada dos 2 días 1 vez a la semana

12- Siente frío aunque haga calor?

Mucho Moderado Poco

13- necesita ayuda para bañarse

Siempre A veces Nunca

14-a- ha tenido dificultades con otros ancianos

Siempre A veces Nunca

b- Ha sido agredido por otro anciano?

Siempre A veces Nunca

15- a- Cómo considera que es la relación con sus compañero del hogar?

MB B R M

b- Cuánto hace que está en el Hogar?

Meses años

16- Ha logrado adaptarse a donde hoy está viviendo

Le costa Poco Nada

17- La decisión de ingresar al hogar, fue lo mejor que le paso?

Está de acuerdo Esta desacuerdo

18- Participa de las actividades que se realizan en el hogar?

Juegos a las cartas Caminatas No hace nada

19- Realiza las actividades que se organizan en el hogar?

Siempre A Veces Nunca

Entrevista Anónima

SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DESDE

LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La siguiente encuesta anónima está dirigida a los ancianos de las instituciones seleccionadas. Tiene por objeto, obtener la opinión de los cuidados de enfermería. La información se utilizará para el trabajo de investigación, de la tesina de grado.

Valoración del anciano según la actividad que realiza el enfermero. Con que frecuencia

	MF	PF	NF
a) Promover acciones de auto cuidados. Como:			
Charlas sobre temas de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consejos en la adquisición de nuevos hábitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No hablamos de nada de esos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Detección de factores de riesgos de deterioro			
Valoración de las actividades de la vida diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valoración de las actividades instrumentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Brindar cuidados de enfermería a los ancianos con patologías crónicas.			
Control de medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control de la consulta medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control de los horarios			
Acompañamiento al médico y/o hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados asistenciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Detectar tempranamente signos y síntomas de enfermedades			
Controles médicos periódicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta al médico ante nuevos síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No es función del enfermero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codificación de variables

- 1) Edad
 - a) 61 a 70 años
 - b) 71 a 80 años
 - c) + de 80 años
- 2) Sexo
 - a) Masculino
 - b) Femenino
1. Presenta dificultad respiratoria
 - a) No
 - b) Con problemas
 - c) Necesita aportes de O₂
2. Consume cigarrillo
 - a) No consume
 - b) 2 por día
 - c) 6 por día
 - d) Más
3. Toma Medicación
 - a) Se la da La Enfermera
 - b) Auto administra
4. Tiene una alimentación
 - a) Normal
 - b) Dieta Especial
 - c) Suplemento Alimentario
5. Tiene problemas en la masticación por
 - a) Prótesis dental
 - b) Falta de piezas dentarias
 - c) Mastica bien
6. Consume Líquidos
 - a) Mucho
 - b) Poco
 - c) Casi Nada
7. Tiene incontinencia urinaria
 - a) Por enfermedad

- b) Por retención
 - c) Sin dificultad
- b.2) pañales: Si usa pañales cuanto por día
- a) 2 por día
 - b) 4 veces
 - c) +veces
8. Eliminación fecal
- a) Normal
 - b) Estreñimiento
 - c) Uso de laxantes
 - d) Incontinencia,
9. a- que posición adopta para vestirse y desvestirse
- 1. Parado
 - 2. Sentado en la cama
 - 3. Sentado en una silla
 - 4. Otra
- b-Camina por los alrededores del hogar
- a) Con bastón
 - b) Con ayuda
 - c) Sin ayuda
- c-Sus pies y piernas se le hinchan
- a) Mucho
 - b) Poco
 - c) A veces
10. a - Cuantas horas duerme
- a) 4 hs
 - b) 6 hs
 - c) 8hs
 - d) +8 hs
- b - Toma medicamentos para dormir
- a) Dosis mínima

- b) Alta dosis
 - c) No consume
11. Cuándo se cambia sus prendas de vestir
- a) 1 Vez al día
 - b) Cada dos 2 días
 - c) 1 vez a la semana
- 12- Siente frío aunque haga calor
- a) Mucho
 - b) Moderado
 - c) Poco
- 13- necesita ayuda para bañarse
- a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
- 14-a- ha tenido dificultades con otros ancianos
- a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
- b- Ha sido agredido por otro anciano?
- a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
- 15- a- Cómo considera que es la relación con sus compañero del hogar?
- a) MB
 - b) B
 - c) R
 - d) M
- b- Cuánto hace que está en el Hogar?
- a) Meses
 - b) Años

16- Ha logrado adaptarse a donde hoy está viviendo

- a) Le cuesta
- b) Poco
- c) Nada

17- La decisión de ingresar al hogar, fue lo mejor que le paso

- a) Está de acuerdo
- b) Esta desacuerdo

18- Participa de las actividades que se realizan en el hogar

- a) Juegos a las cartas
- b) Caminatas
- c) No hace nada

19- Realiza las actividades que se organizan en el hogar?

- a) Siempre
- b) A Veces
- c) Nunca

Valoración de los ancianos de los cuidados de enfermería

A. Promover acciones de auto cuidados.

- a) Charlas sobre temas de salud.

MF Muy Frecuente

PF Poco Frecuente

NF Nada Frecuente

b) Consejos en la adquisición de nuevos hábitos

No hablamos de nada esos

MF Muy Frecuente

PF Poco Frecuente

NF Nada Frecuente

B. Detección de factores de riesgos de deterioro

a) Valoración de las actividades de la vida diaria

MF Muy Frecuente

PF Poco Frecuente

NF Nada Frecuente

b) Valoración de las actividades instrumentales

MF Muy Frecuente

PF Poco Frecuente

NF Nada Frecuente

C. Brindar cuidados de enfermería a los ancianos con patologías crónicas.

a) Control de medicación

MF Muy Frecuente

PF Poco Frecuente

NF Nada Frecuente

b) Control de la consulta medica

MF Muy Frecuente

PF Poco Frecuente

NF Nada Frecuente

c) Control de los horarios

MF Muy Frecuente

PF Poco Frecuente

NF Nada Frecuente

d) Acompañamiento al médico y/o hospital

MF Muy Frecuente

PF Poco Frecuente

NF Nada Frecuente

e) Cuidados asistenciales

MF Muy Frecuente

PF Poco Frecuente

NF Nada Frecuente

D. Detectar tempranamente signos y síntomas de enfermedades

a) Controles médicos periódicos

MF Muy Frecuente

PF Poco Frecuente

NF Nada Frecuente

c) Consulta al médico ante nuevos síntomas

MF Muy Frecuente

PF Poco Frecuente

NF Nada Frecuente

d) No es función del enfermero

MF Muy Frecuente

PF Poco Frecuente

NF Nada Frecuente

ua	11			12			13			14						15				16			17		18			19				
	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a			b			a				b		a	b	c	a	b	a	b	c	a	b	c
										1	2	3	a	b	c	MB	B	R	M	a	b	a	b	c	a	b	a	b	c	a	b	c
1		1		1			1					1			1			1					1	1		1				1		
2	1				1			1				1			1			1					1	1		1				1		
3		1			1			1				1			1			1			1	1			1		1	1		1		
4		1				1			1			1			1	1				1			1			1			1	1		
5		1		1			1					1			1			1			1		1	1		1				1		
6	1				1			1				1			1			1			1			1	1		1				1	
7		1			1			1				1			1			1			1	1			1		1	1		1		
8		1				1			1			1			1	1				1			1			1			1	1		
9		1				1		1				1			1	1				1			1			1	1	1		1		
10		1		1			1					1			1			1			1			1	1		1				1	
11		1		1			1					1			1			1			1			1	1				1		1	
12	1				1			1				1			1			1			1			1	1		1				1	
13		1			1			1				1			1			1			1	1			1		1	1		1		
14		1				1			1			1			1	1				1			1			1			1	1		
15		1		1			1					1			1			1			1			1	1		1				1	
T	3	12		5	6	4	5	7	3			15			15	4	11			7	8	3	4	8	11	4	11	4	4	7	8	

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014

MATRIZ DE DATOS: VALORACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

A	A						B						C															D								
	a			b			a			b			a			b			c			d			e			a			b					
	MF	PF	NF																																	
1	1			1			1			1			1				1			1			1				1			1			1			
2	1			1			1			1			1				1				1			1				1				1				
3	1			1			1			1			1				1				1			1				1				1				
4			1		1			1			1			1			1				1			1				1				1				
5	1			1			1			1			1				1				1			1			1				1					
6		1			1			1			1			1			1				1			1				1				1				
7		1			1			1			1			1			1				1			1				1				1				
8	1			1			1			1			1			1				1			1				1				1					
9	1			1			1			1			1			1			1			1				1				1			1			
10	1			1				1	1			1			1			1				1	1			1	1			1		1				
11	1			1				1		1			1			1				1			1	1			1	1			1		1			
12		1			1			1			1			1			1				1			1			1				1		1			
13	1			1			1			1			1			1				1			1			1				1		1				
14	1			1			1			1			1			1				1			1			1				1		1		1		
15	1			1			1			1			1				1			1			1			1				1		1		1		
t	11	3	1	11	4		11	2	2	10	5		15			1	12	2	2	8	5	4	8	3	15			3	12		6	9				

Fuente de elaboración propia de encuesta realizada a Ancianos institucionalizados, en el Hospital Gailhac y Hogar Santa Marta, en la Provincia de Mendoza, en el año 2014