

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA
CICLO: LICENCIATURA EN ENFERMERIA
SEDE: CAMPUS UNIVERSITARIO MULTIPLE
DE SAN MARTIN.



TESIS FINAL

ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN UN HOGAR

ESTATAL

AUTORES:

- Coraza Belén.
- Tagua Noelia.

San Martín-Mendoza- Septiembre 2011

ADVERTENCIA:

Esta Investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad 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.

Investigación: Aprobada

Integrantes del Tribunal Examinador:

.....

.....

.....

Mendoza,.....de.....de 2011

Prólogo:

El presente trabajo tiene como objetivo determinar cuáles son los factores que inciden a que los Adultos Mayores sean albergados en el Hogar Santiago Felipe Llaver del Departamento de Gral. San Martín, Mendoza.

Esta investigación, pretendemos que llegue a todos y a cada uno de mis colegas y que sea de consideración el impacto que presentan los Adultos Mayores ante los diferentes estilos de vida y cuidados que se les brindan y demandan diariamente, considerando como factor principal la valoración de la calidad de vida.

Agradecimientos:

En primer lugar agradecemos a Dios, por habernos dado la oportunidad de haber seguido juntas nuestro camino como profesionales y amigas para poder cumplir otra meta más en nuestras vidas.

Agradecemos a nuestros padres, madres, hermanos y a mi hija Giuliana, por el apoyo constante, el cariño, paciencia, escucha y por sus aportes siempre positivos en nuestro equilibrio emocional y por saber levantarnos el ánimo en los momentos de caos...

Al Dr. Magistoche Luis por su dedicación y apoyo incondicional, quien nos brindó material bibliográfico, siendo sus opiniones valiosas y constructivas.

A nuestros amigos/as, y colegas por la confianza y por habernos apoyado cuando estábamos a punto de colapsar.

Al equipo docente y directivo de la Universidad Nacional de Cuyo, que con su profesionalismo nos enseñaron, orientaron, y transmitieron lo que hoy reflejamos en este trabajo, Gracias a todos.

En recuerdo de nuestros abuelos: Rubilio Coraza, Rosa Giordano, Yolanda Sciarrone, Exequiel Tagua, Rude Gallardo, Rogelia Molina; por todo lo que aprendimos de ellos, y el cariño que nos entregaron mientras vivieron y que desde algún lugar nos continúan iluminando.

A la Abu y al Tata por estar conmigo cada día.

Al Hogar Felipe Llaver por abrirnos sus puertas cuando lo necesitamos, y a cada uno de los abuelos que nos recibieron con mucho cariño.

Un GRACIAS a todos aquellos que con su experiencia y sabiduría nos cuentan historias ; a los que cuidan nietos, a los que viven en hogares de ancianos y a los que abren sus hogares a las nuevas generaciones.

A los que trabajan y ya no pueden....

A los que están alegres y los que tienen pena...

A todos los que luchan por la igualdad...

A los que ya no están...

A los que hicieron y nos hicieron nuestro presente

Y sobre todo a los que creen en el mañana...

A todos y a todas...GRACIAS

Noelia y Belén

<u>Índice general</u>	<u>Página</u>
Advertencia	I-II
Prólogo	III
Agradecimientos	IV –V
Índice general	VI-VII
Índice tablas y gráficos	VIII
Introducción	1
Delimitación del problema	2
Objetivos	3
Marco teórico	4- 20
Definición Conceptual	21
Variables	22
Operacionalización de variables conceptual	23-24
Diseño metodológico	25 -26
Plan de tabulación y análisis	27

Presentación de tablas y gráficos	28-37
Análisis de datos	38-39
Conclusión	40
Recomendaciones	41
Bibliografía	42
Anexos	43
Tabla matriz de datos	44
Encuesta	45-46
Codificación de datos	47-48

<u>Índice de tablas y gráficos:</u>	<u>Páginas</u>
<u>Tabla y grafico N° I, Adultos mayores por edad</u>	29
<u>Tabla y grafico N°II: Adultos mayores por sexo</u>	30
<u>Tabla y grafico N°III: Adultos mayores por antecedentes laborales</u>	31
<u>Tabla y grafico N°IV: Adultos mayores según el nivel de instrucción</u>	32
<u>Tabla y grafico N°V: Adultos mayores según su estado civil.</u>	33
<u>Tabla y grafico N°VI Adultos mayores según sus hábitos y costumbres</u>	34
<u>Tabla y grafico N°VII Adultos mayores según el grado de incapacidad</u>	35
<u>Tabla y grafico N°VIII Adultos mayores según factores de riesgo</u>	36
<u>Tabla y grafico N°IX Adultos mayores según su nivel de dependencia</u>	37

Introducción

Nuestra investigación está basada en la observación que obtuvimos, a través de visitas reiteradas al Hogar Felipe LLaver del Departamento de Gral. San Martín Mendoza.

Lo que nos llevo a reflexionar que en las sociedades antiguas los ancianos eran venerados por su sabiduría y conocimiento de la naturaleza, sus consejos eran escuchados y seguidos sin oponerse, ellos eran el ejemplo para los más jóvenes. El envejecimiento poblacional es un fenómeno palpable en numerosas partes del mundo de manera especial en nuestro país, donde hay una amplia cobertura y calidad de los servicios de salud, una significativa disminución de la mortalidad infantil y un similar aumento de la esperanza de vida, con su consecuente impacto en la elevación del nivel de vida de la población en general.

Envejecer es un proceso natural, genéticamente programado, de transformaciones biológicas y psíquicas, con amplias repercusión en el ciclo de relación del individuo, hasta el momento es irreversible, se comporta de manera distinta en cada ser humano. No obstante, una porción significativa de la humanidad necesita conciencia clara de que somos seres envejecibles, por ejemplo, muchos se sorprenden al ser llamados a la oficina de personal, del centro laboral, para recibir la sugerencia de ir pensando en la jubilación, pues ya tienen edad suficiente. A partir de este momento la palabra viejo suele provocarles inquietud, ya que vivimos en un mundo que idolatra la juventud, la belleza juvenil, la salud y el dinero. Quien no posea estos atributos es considerado un ciudadano de segunda categoría y su consecuencia es la discriminación, que constituye la base para la violación de los derechos humanos de cualquier persona a cualquier edad.

A medida que el hombre ha ido progresando en la ciencia y la tecnología, la sociedad se ha ido materializando, se han ido perdiendo los verdaderos valores de la vida, uno de los cuales pasa, ineludiblemente, por el respeto, cariño y cuidado a los ancianos.

En la actualidad observamos una gran demanda de hogares de ancianos. El incremento de los mismos, ha aumentado de manera paulatina en los últimos años, según datos suministrados por el INDEC.

Delimitación del problema

¿Cuáles son los factores que inciden para que las personas de la tercera edad sean albergadas en el Hogar Felipe Llaver desde enero a julio de 2010?

Justificación

El proceso del envejecimiento del organismo humano no puede reducirse a un mero proceso biológico, debe analizarse en el contexto total en que se produce: la naturaleza compleja del hombre que es un ser biológico – cultural – social – mental y espiritual integradamente y la naturaleza compleja de las sociedades humanas: ecológico, ambiental, social, económico, cultural. El envejecimiento no es una enfermedad como algunos lo plantean. El envejecimiento del organismo humano es un proceso individual y colectivo a la vez en el sentido que se produce en el individuo pero es muy condicionado por la sociedad, por la calidad de vida y por los modos de vida.

“Los ancianos constituyen uno de los grupos de edad en toda sociedad humana, el remedio, entonces, es darles el rol que les corresponde en la sociedad. No son inválidos ni idiotas, aunque los hay como en todas las edades de la vida. Las vejeces patógenas, con demencia senil no son más del 5 – 6% en la población mayor de 65 años; mucho más abundante son los síntomas de insatisfacción existencial (soledad, angustia, estrés, aburrimiento) consecuencia de la inactividad física, mental y la falta de sentido de sus vidas “.

El aumento de personas de la tercera edad albergadas en geriátricos, según las estadísticas obtenidas de fuentes del INDEC (ver anexos), han demostrado que el incremento de los ancianos, ha aumentado de manera paulatina en los últimos años.

La realización de esta investigación aportará datos que nos darán a conocer y la valorización de nuestros mayores, y además dará una iniciativa para que personas idóneas sobre ancianidad y el gobierno puedan dar una mejor calidad de vida a nuestros adultos mayores

Objetivo general

- Determinar los factores bio-psico-sociales que inciden para que personas de la tercera edad sean albergadas en el Hogar Felipe LLaver de San Martín Mendoza.

Objetivos específicos

- Distinguir los factores socioculturales que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores del Hogar Felipe LLaver
- Determinar el desarrollo psicológico, en conjunto con el equipo interdisciplinario de la institución, de los adultos mayores del Hogar Felipe LLaver.
- Determinar los aspectos biológicos de los adultos mayores del Hogar Felipe LLaver.

Marco teórico

Evolución histórica de los adultos mayores:

Los pueblos de la antigüedad, tuvieron actitudes de abandono hacia las personas ancianas en épocas de sequías o guerras; pero por lo general eran veneradas como seres humanos de gran valor. “En muchas comunidades, los ancianos tenían gran importancia en cuanto a toma de decisiones. En África se han conservado esas tradiciones de manera que aún hoy, en los países ya independientes, siguen siendo fundamentales los criterios y la participación de los viejos “que han acumulado sabiduría”.

Las tribus nómadas de Norte América y los esquimales aceptaban que los individuos envejecidos, cuando perdían las habilidades productivas por ellos desarrolladas, se apartaran del grupo para sucumbir a expensas de las inclemencias, la inanición o devorados por los depredadores.

En Chile, las tribus Yagas, con precaria subsistencia tenían en elevado aprecio por sus mayores, mientras que los nativos de la isla de Tonga, en Oceanía, con estable economía imponían onerosos maltratos sobre las personas de más edad.

En el imperio Inca el papel de los adultos en la vejez era cambiante y sus funciones variaban hasta llegar, en el ocaso de la vida, a fungir como espantapájaros en los campos de cultivo.

Según Hipócrates, en la Grecia antigua, cuando se tenía la suerte de llegar a la tercera edad, se le ofrecía al Geronte una celebración, y posteriormente lo precipitaban desde lo alto de un risco, pues el resto de su vida sería una “enfermedad crónica e incurable”. No obstante con los ancianos se tenían importantes consideraciones sociales, por ejemplo ocupaban los puestos claves en las asambleas populares donde el pueblo daba gran valor a sus consejos y apreciaciones, en las flotas de guerra los comandantes, por lo general, eran los marinos de más edad y se les denominaba navarcas.

Los ciudadanos romanos consideraron a las personas ancianas verdaderas instituciones. La figura del “pater” era respetada en sus facultades de potestad, cualquiera que fuese su edad. En la política surgió el Senado, que era el Consenso de Ancianos, cuya influencia en el desarrollo del imperio fue trascendental.

En la Edad Media comienza a usarse el concepto de jubilación para evitar, en lo posible, las prácticas difundidas, por entonces, de abandono y expulsión de los ancianos de sus hogares

Durante el llamado “Siglo de las Luces” el parricidio se puso de moda en las cortes de la época.

Hasta la actualidad, la sociedad mundial, machista y patriarcal se ha debatido en una insoluble dicotomía: por un lado, el trato honorable a los hombres ancianos con poder económico, social y político, expresado en miedo o respeto, veneración y subordinación. A grado tal, que no pocos jóvenes idealizan a estos poderosos Gerontes, ansiando llegar a la tercera edad para ser tratados con veneración; incluso se esfuerzan por aparentar ser físicamente mayores, ya que el hombre adulto es una garantía de respetabilidad. Por otra parte se distinguen los malos tratos a las personas ancianas con pobre solvencia económica, limitadas condiciones productivas y/o gran necesidad de cuidados, especialmente a las mujeres de sesenta años o más, triplemente discriminadas por ser del “sexo débil”, pobres y ancianas.

Durante los últimos 50 años el enfoque sobre lo valioso de la edad ha variado significativamente. Se idolatra lo joven, lo bello, lo eficaz en términos productivos y comerciales modernos. Poco a poco a surgido una forma de maltrato psicológico, basado en la desvalorización, por el sólo transcurso de los años.

Definición de adultos mayores

Para comenzar a hablar sobre la tercera edad, quizás sea bueno acercarnos primero a distintas concepciones que hay sobre este grupo etéreo en la sociedad en general. Como consenso utilizaremos la definición de tercera edad que nace en la Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizada en Viena (Austria), en 1985, donde se acordó que a partir de los 60 años de edad las personas son consideradas como ancianos o adultos. Pero, sin duda, la persona anciana no se define sólo por su edad. Tiene que ver también con una conceptualización cultural de lo que significa ser un adulto mayor. “El envejecimiento como proceso de ponerse viejo es un proceso natural consubstancial a la finitud de los seres humanos, pero son las características de la sociedad en que viven las que condicionan tanto la cantidad de vida o el

promedio de años que vivirán sus habitantes, como la calidad de vida o el cómo vivirán sus años de vejez. En otras palabras, envejecer no sólo es un proceso biológico, sino que también es un proceso social. Asimismo, Peter Townsend, planteó que la situación actual de dependencia de los ancianos ha sido creada por la política social, es decir, es producto de las acciones llevadas a cabo por la sociedad.

En definitiva, si hoy existe una visión pesimista o paternalista hacia los ancianos, es la misma sociedad la que ha hecho esta construcción y a su vez, ha traspasado esta valoración (o des valoración) a las personas mayores, las que en gran parte terminan por asumirla como propia. Ante esta construcción, Barros plantea que el envejecimiento se debe examinar desde dos niveles: el de la sociedad y el de los propios individuos que envejecen.

En lo que se refiere a la sociedad, plantea estudiar las oportunidades sociales ofrecidas para los que envejecen y las consecuencias de esto en términos de similitud de condiciones de vida, ya sea en cuanto a la cantidad, como a la calidad de vida que les tocará vivir.

En relación a los individuos que envejecen, la atención se debe centrar en cómo ellos enfrentan este proceso como propio. Es decir, la capacidad de adaptarse a los cambios físicos, de aceptar las pérdidas y frustraciones que conlleva el envejecimiento y buscar respuestas a los problemas que se les vayan presentando. Sin duda, estas construcciones sociales varían de una cultura a otra. Por ejemplo, en las sociedades rurales del África tradicional, donde los ancianos son poco numerosos, cumplen un papel muy importante. Dada la relevancia que se le otorga a la oralidad, a los ancianos se les atribuye el “saber mítico”. “Poseer el secreto del mito, relato sagrado de los orígenes, equivale a conocer el sentido profundo de las cosas y la Ley de los Padres, es decir, el principio que rige y regula el orden social (...) Esta supremacía en el saber confiere a los ancianos un papel fundamental en el plano educativo. Pues, además del conocimiento del mito, han de transmitir a los más jóvenes la historia del grupo y las reglas sociales a las que son depositarias. En este caso, el envejecimiento pasa a ser un proceso de adquisición, teniendo una representación altamente positiva del viejo. Porque el mirar la vida como una

progresión permanente que va más allá de la muerte, lleva a concebir la vejez como la última etapa de una ascensión hacia la plenitud y el poder.

En cambio, “las sociedades occidentales enfocan la vida humana en períodos sucesivos, de modo que tras las fases de crecimiento, madurez y de apogeo, vienen la decadencia, el ocaso y el fin ineluctable e irreversible. Por ejemplo, ya acercándonos a nuestra realidad nacional, esto se evidencia en la definición que da el propio Instituto Nacional de Geriátrica; donde explican el envejecimiento individual, como un proceso normal del ciclo de vital en que ocurren una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Este proceso comienza en la vida intrauterina y continúa hasta la muerte, siendo más notorio desde los 70-75 años, a partir de los cuales se requiere un mayor tiempo para adaptarse a los cambios anteriormente mencionados.

Más aún, se agrupa a los ancianos según su nivel de dependencia. Dentro del grupo que comprende a los adultos mayores hay quienes se pueden valer por sí mismos (auto válidos) (67%), otros que necesitan ayuda parcial para realizar sus actividades cotidianas (30%) y un grupo minoritario que es totalmente dependiente (3%).

Según el Instituto Nacional de Geriátrica, la funcionalidad o capacidad de valerse por sí mismo comprende capacidades físicas, psíquicas y sociales. Entre las capacidades físicas se encuentran caminar fuera y dentro de la casa, bañarse, vestirse, alimentarse, prepararse las comidas, ir de comprar, llamar por teléfono, etc.

Las capacidades psíquicas tienen que ver con poder decidir por sí mismo, el estado de ánimo, la capacidad de orientación, poder relacionarse con otras personas, etc.

Finalmente, las capacidades sociales comprenden el disponer de recursos económicos, vivienda, disponibilidad de personas que lo puedan atender o ayudar cuando lo necesite. Dependiendo de estas facultades, se diagnostica a un anciano como funcionalmente sano o funcionalmente enfermo.

Bajo esta concepción de la tercera edad, como último escalafón de un proceso de envejecimiento iniciado en la vida intrauterina, hay factores sociales que inciden en el empeoramiento de la calidad de vida. Así por ejemplo, el modelo médico tradicional conceptualizaba a la vejez en términos de déficit e

involución. Luego, al ver que esta disminución no es necesariamente déficit, ya que el organismo funciona con niveles variables de superávit o reserva, se produce (o debería producirse) un vuelco de la medicina en busca de la prevención, tratamiento, y rehabilitación con el fin de dilatar el delineamiento y ayudar a los individuos a mantener su autonomía funcional hasta el final.

Otro mito a combatir, según la socióloga Barros, es el de asociar tercera edad con deterioro extremo y la incapacidad total. Esto, porque según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la realidad es que sólo el 3% de los adultos mayores está postrado. Un 30% es frágil y el 67% es auto válido. Es por esto necesario poder diferenciar entre una etapa de vejez activa y una etapa de fragilidad y decrepitud (después de los 80 años). Esta distinción, ha llevado a algunos teóricos a acuñar el término “cuarta edad”. Es así como Louis- Vincent Thomas da esta denominación a los adultos mayores de 85 años. En este sentido, ya no existiría un sólo grupo después de los sesenta años, sino que dos distintos. Y es posible que recién en la cuarta edad se pueda encontrar adultos mayores con un mayor deterioro físico.

El tema de la jubilación, la pérdida de la ocupación, la disminución del ingreso y deterioro de la identidad social es otro gran problema cultural y estructural de nuestra sociedad. Como explica Barros en su análisis desde la sociedad, el derecho al retiro del trabajo establecido como un privilegio, suele imponerse a los individuos porque la sociedad necesita sus puestos. En el mundo occidental, donde prima una organización de la economía cuya meta principal es la producción, un anciano fuera del ámbito laboral pierde respeto y sentido de valía personal. “El problema es que la sociedad hasta el momento no ha sido capaz de definir un conjunto de actividades para los individuos que se retiran del trabajo; es decir, no ha creado un rol que sustituya al del trabajador, ni les ha definido una función social alternativa. Carmen Barros plantea como fundamental que, tanto el desarrollo personal como el desarrollo de la participación sean considerados tan importantes como el desarrollo económico. De esta manera, los ancianos podrían jugar un papel importante en nuestra sociedad mediante diversas formas de estar en el mundo, donde la productividad no sea el eje de la participación social.

Proceso Biológico del Envejecimiento:

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

Estos cambios, con frecuencia, sirven de base al desarrollo de un proceso patológico crónico pero, eso sí, iniciando en la edad media adulta (entre los 40-45 años).

Gerontológicamente se rechaza el concepto de la vejez como enfermedad, pues los achaques de las personas de edad avanzada son reflejos de una enfermedad y no “de la vejez”, lo que exige un cambio de actitud frente a los problemas de las personas mayores y un conocimiento más profundo de los factores implicados en el proceso, lo que significa tener en cuenta el estado físico de los adultos y su comportamiento.

Con el paso de los años el proceso de envejecimiento celular empieza a deteriorar casi todos los órganos de nuestro cuerpo causando diferentes efectos, que podamos demostrar Huellas del Tiempo.

HUELLAS DEL TIEMPO	
Pelo	Se encanece y/ o se pierde
Vista	Disminuye la agudeza visual y la habilidad de los ojos para el enfoque. El cristalino se vuelve opaco y pueden aparecer las cataratas.
Oído y Olfato	El oído pierde parte de su agudeza y pierde el olfato.
Dientes	Los dientes desinsectan y se caen y las encías menguan. Esto produce una cierta deformidad de la cara.
Cerebro	Su peso disminuye en un 15 % debido a la pérdida y desgaste neuronal, se reduce la memoria y se producen alteraciones en las secreciones hormonales. Apareciendo demencias .

Pulmones	El volumen de llenado pulmonar se reduce en un 45% en el caso de los fumadores también pueden sufrir disnea y problemas bronquiales
Corazón	El ritmo cardíaco disminuye en un 35%. Los síntomas de cansancio son más acusados que en edades más tempranas de la vida.
Sistema Inmune	Se produce una especie de inmunodeficiencia latente, por lo que se reduce la capacidad para combatir las infecciones.
Hígado	Su peso disminuye en un 37%
Hormonas Adrenales	Los niveles de cortisol, regulador de la glucosa aumentan.
Riñones	su masa se reduce en el 35%
Flujo sanguíneo	Las arterias coronarias se endurecen y presentan resistencia al flujo sanguíneo, por lo que este se reduce en un 50%.
Gónadas	Los niveles de andrógenos y estrógenos disminuyen, a su vez, se reduce la libido sexual.
Músculos	La masa muscular se reduce del 20 al 50%.
Huesos y articulaciones	La pérdida de masa ósea, sobre todo en las mujeres puede llevar a la osteoporosis. Los huesos se vuelven más frágiles por lo que son frecuentes las fracturas vertebrales y de cadera. Surgen también problemas en la articulación.

Reflejos	Disminuye un 15% se produce una reducción en la conducción y velocidad de los mensajes nerviosos del sistema nervioso central (SNC), con lentitud en los movimientos y en las reacciones a estímulos.
Piel	Se arruga por una pérdida masiva de colágeno en su capa media. También se hace más fina y sensible a las agresiones externas. Por ello, es frecuente que sufran algún tipo de dermatitis.
Altura	Se reduce la talla en un promedio de 7,5cm, tienden e encorvar.

Proceso psicológico en la vejez:

Para analizar los cambios psicosociales que se presentan en las personas mayores se ha de tener en cuenta no solo su situación en el momento actual si no toda una serie de circunstancias que han influido y van a influir en los mismos junto con su proceso de envejecimiento. Es decir, tendremos que conocer cual es su historia de vida dentro de la cual encontraremos no solo su pasado histórico social, individual, sin el del entorno en la cual se ha realizado dando a conocer como el adulto mayor reacciona frente a las nuevas situaciones que vive.

Los cambios psicosociales están relacionados con toda una serie de cambios psicosociales relacionados con toda una serie de cambios cognitivos que tienen lugar a causas del envejecimiento.

Cambios cognitivos:

- Tiempos de Reacción: Se retarda con la edad, aumentando progresivamente, pero no es exclusivamente por el estímulo, si no que influye una serie de factores que se interrelacionan entre ellos como la: memoria, el movimiento, la percepción, la elección, la motivación.

- Capacidad de Acción: La lentitud es una de las características más destacadas del envejecimiento, la cual está influenciada por la pérdida de eficacia de los procesos sensoriales.
- Agudeza Sensorial: Su alteración es de carácter fisiológico. La calidad de la agudeza sensorial influye en el pensamiento, la inteligencia, la comunicación, siendo su déficit quien dará una información incompleta o incorrecta.
- Inteligencia: El déficit de esta, se suele relacionar con el estado de salud, específicamente con las patologías vasculares que afectan a la corteza cerebral, causando una disminución en la capacidad del cerebro para almacenar información o la capacidad de comunicación, comprensión.
- Aprendizaje: Las personas mayores tienen más motivación alta en el aprendizaje, cuando el tema o actividad tiene un sentido para ellos. Ellos aprenden cuando la información se les da un ritmo más lento y en ausencia de factores distorsionantes, o sea, que el entorno no distraiga y a la vez sea facilitador o favorable.
- Resolución de Problemas: Las personas ancianas intentan buscar su solución a través de sus experiencias previas. Parece ser que ante retos nuevos, para los que no tienen experiencias anteriores propias, presentan un alto grado de dificultad para solucionarlos.
- Memoria: El proceso de envejecimiento produce un deterioro mínimo en la memoria. Una situación a la que se ven abocados con relativa frecuencia las personas mayores, es la dificultad de poder transferir datos desde la memoria reciente o a corto plazo a la memoria a largo plazo o remota, con la finalidad de recuperarlos posteriormente.
- Motivación: Los cambios en la motivación para la realización de unas determinadas actividades en los ancianos suelen estar enmarcados por la utilidad que ellos les ven. Si tiene una percepción positiva sobre la misma el grado de motivación será alto y si no es así, todo lo contrario.
- Actitudes, Intereses y valores: Referente a los valores, las actitudes y los intereses en el ciclo vital, estos suelen ser constantes. Se considera que en este aspecto las personas mayores son muy conservadoras, pero lo que realmente ocurre es que los cambios les suelen generar

inseguridad y miedo. Las diferencias existentes entre las personas mayores respecto a los valores, intereses y actitudes, están sobre todo influenciado por factores como la clase social, la ocupación, las creencias o la formación religiosa.

- Concepto personal: El auto concepto positivo de las personas mayores es uno de los valores más importantes. La persona que tiene un buen auto concepto de si misma tendrá más recursos para luchar contra los problemas diarios, pues la autoestima tiene un profundo efecto sobre los procesos de pensamiento, emociones, deseos, valores, objetivos y comportamiento. Lo adultos presentan alteraciones de la autoestima con frecuencia, causados por procesos patológicos, cambios en el entorno físico, social etc.

La enfermería y las personas mayores

La profesión de enfermería fue creada para dar asistencia a personas o grupos centrándose en la salud y la promoción de la misma, por los que los objetivos que se deben realizar con los Adultos Mayores son los siguientes:

- Conocer y desprenderse de los estereotipos y prejuicios que se barajan con mayor frecuencia sobre las personas.
- Conocer cuales son los sistemas de atención y cuidados de los disponemos para atender a las personas mayores.
- Aprender la forma de utilizar los registros de enfermería geriátrica.
- Conocer las medidas preventivas prioritarias en el anciano.
- Conocer como influye la rehabilitación, aumentando la independencia en la vejez.

Los Registros en Enfermería Geriátrica:

Como enfermeras/os necesitamos información de las personas a las que tenemos que cuidar, es por ello que se elige el modelo de Virginia Henderson:

Valoración- Diagnóstico- Planificación- Ejecución- Evaluación.

En los registros de Enfermería se debe tener en cuenta una serie de información, que por las características de las personas mayores, hemos de considerar prioritarias, como son las actividades de vida diaria, que viene a hacer un análisis de muchas de las catorce necesidades básicas, como así también los tratamientos farmacológicos.

La participación social de los adultos mayores

Como ya hemos señalado anteriormente, los adultos mayores no son homogéneos y una de las grandes diferencias entre ellos está dada por el nivel de actividad en que están insertos. Muchos de ellos participan activamente en organizaciones, haciéndolos sentir útiles y vigentes. Por ello, el Comité Nacional para el Adulto Mayor le da especial relevancia al hecho de que los adultos mayores participen en alguna instancia social. Es por eso que se la presentan como una instancia positiva; como un deber, por ser la forma en que se asume la responsabilidad de participar en el desarrollo de la comunidad, obligándose a estar informados acerca de qué está pasando en ella.

Asimismo, la participación social se la enseñan como un derecho, porque permite elegir a representantes propios y otorga la posibilidad de ser miembro de organizaciones sociales, o bien, ser dirigente de ellas.

El adentro y el afuera de los hogares para ancianos

Poner al descubierto la infinidad de interjuegos, articulaciones y desarticulaciones de las personas mayores residentes en un hogar comunitario y establecer las dicotomías del afuera - adentro de las instituciones no se hace con frecuencia.

El imaginario individual, grupal y social acerca del acontecer de las personas mayores residentes en el adentro y afuera adolece de extrañamiento, diversidad interpretativa y miradas con afirmaciones contradictorias.

Una persona que visita un hogar para ancianos, aunque sea vieja, es "gente de afuera" por el semblante, la actitud, la vestimenta, el empaque. Adentro, sólo hay gente vieja y muy vieja; algunos están bien otros mal; todos tienen un registro con sus datos y las etiquetas diagnósticas de sus poli patologías clasificadas numéricamente por el designio taxonómico de la OMS.

Los residentes que se "adaptan", a poco andar, adquieren una cultura de base institucional y muchas veces sus propios valores y costumbres se sumen en el sistema de control social que impone la institución.

Poco a poco se proyecta y equipara el mundo interno institucional con el externo y los mayores viven un proceso de "resocialización" dentro de los paradigmas de la residencia y reelaboran una cosmovisión adaptativa.

El afuera estigmatiza, margina y aísla a los residentes delegando en el cuerpo profesional y técnico de la residencia la atención, los cuidados y los mínimos necesarios para la supervivencia.

Las "puertas abiertas" de las instituciones no impiden del todo la atmósfera de reclusión y aislamiento. Quien intente penetrar en un hogar para ancianos o residencia para mayores será detenido inmediatamente por una barrera, personal de seguridad lo identificará y deberá explicar a quién, por qué y para qué se propone visitar a un residente. Otras barreras suelen ser representadas por un largo muro, tupida y extensa arboleda, cercos de vegetación que constituyen defensas protectoras para el adentro y protectoras para el afuera.

En el fondo, salvo excepciones, las residencias para mayores son instituciones "totales" que funcionan como un lugar de residencia y trabajo y donde un número grande de personas mayores en más o menos igual situación viven aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo hasta que sobreviene la muerte y, mientras tanto, comparten una rutina diaria administrada formalmente.

En general, la institucionalización de mayores tiene efectos deletéreos sobre las capacidades funcionales y el psiquismo; las motivaciones y las actitudes en un contexto de resocialización institucional forzosa generan una serie de hábitos que atentan contra la calidad de vida individual.

Este tipo de significaciones no sólo deben ser atribuidas a los residentes sino también al personal - profesional o no - que desempeñan tareas en las instituciones.

Una persona mayor institucionalizada pierde los hábitos normativos del mundo de afuera, descuida su persona, olvida las normas, transgrede pautas sociales; de alguna manera se deshumaniza. Los procesos de institucionalización que pueden llevar a la cronicidad, son procesos diametralmente opuestos a la habilitación y calidad de vida.

En nuestro país, aún hoy y pese al crecimiento socio demográfico de personas mayores y muy mayores, no se han construido políticas nacionales de Estado gerontológicas que destaquen, apoyen, acompañen y sostengan la permanencia de los mayores en sus hogares y en su comunidad teniendo en

cuenta además y de acuerdo con nuestra realidad, que las familias, mayoritariamente, no pueden acompañar el proceso de envejecimiento de sus allegados.

El residente, se va en culturalizando dentro de los códigos de la institución generando por un lado la adaptación dentro de dichos códigos pero ocasionando al mismo tiempo e inevitablemente una progresiva "institucionalización - cronicidad".

El residente, con el transcurso del tiempo se incapacita funcionalmente, se convierte en un dependiente del cuidado de los otros; el personal si no es cuidado y "tratado" debidamente se torna rígido, cristaliza su mirada, se resiste a los cambios y a la puesta en marcha de nuevas acciones.

El residente que no se vale por sus propios medios, que depende de otros para su supervivencia, que tiene alguna imposibilidad física o despliega hábitos sociales inapropiados es segregado en el "adentro" todavía más adentro; la interlocución desaparece en el adentro y en el afuera se hace absoluta y definitiva.

Para muchas personas mayores, el primer contacto con una institución es sumamente traumático; impresiona la condición de las otras personas mayores y se vivencia un estado de crisis personal al reconocer en uno mismo la condición de viejo a través de la vejez de los otros.

El componente biomédico, cuando prevalece en las propuestas de actuación de las instituciones, es tomado e incorporado por los residentes que en forma inconveniente reformulan su discurso y asumen una posición actitudinal de patologización permanente de la propia vida cuando lo que hay que lograr es un modelo de competencia, de aptitud para, de capacidades para un funcionamiento adecuado para el contexto del adentro como el de afuera todo el tiempo que sea posible.

Los atributos de capacidad, potencialidad, adecuación, la participación en un espacio construido, un modelo propio de vida que funcione, la preservación de la propia identidad, la habilitación para valerse por los propios medios, la estimulación de las habilidades cognitivas evitando la cronicidad y el ritualismo, son las herramientas para integrarse en el adentro y en el afuera.

La residencia, para muchas personas mayores, suele ser una familia sustituta que da albergue, alimenta y cuida, sugiere ocupar el tiempo en tareas adecuadas a elección voluntaria, insta, alienta, vigila, controla procurando no infantilizar ni destruir roles ni alejar a las personas del afuera aunque éstas no puedan salir definitivamente de la institución.

Es necesario revisar viejos paradigmas y construir nuevos en el tratamiento socio sanitario de las personas mayores institucionalizadas donde, si no se cambia, podemos llegar a no poder diferenciar las condiciones de contención de las del padecimiento inhibiendo la capacidad de funcionar en un contexto diferente.

Hasta donde se pueda, es mejor para todos relacionar a las personas mayores residentes con el afuera y con personas de toda edad ahuyentando la dependencia y dando, todo el tiempo, oportunidades de autonomía.

Hogares

El mayor índice de vida contribuye a que la demanda sea cada vez mayor, de ahí que las residencias para la llamada "tercera edad" están aumentando de modo considerable en los últimos tiempos. Sin embargo, no todos los centros existentes cubren correctamente las necesidades de los ancianos, quienes deben recibir atención especializada en lugares concebidos arquitectónicamente para ese fin. Esta obra facilita información práctica sobre los aspectos relacionados con la puesta en marcha, funcionamiento y elementos técnicos de una residencia, como lo son su arquitectura, diseño, personal médico y auxiliar.

Motivos de abandono

En una sociedad en que todo se mide por la utilidad, que los abuelos enfermos sean abandonados tiene toda lógica. Laura Silva, coordinadora de la Unidad de Servicio Social del Hospital Barros Luco, dice que el adulto mayor es imprescindible mientras sirve a su familia, apoya las labores de la casa y cuida a los niños. "Pero cuando dejan de ser autobalances por alguna enfermedad que va a requerir el apoyo de sus seres queridos, la familia ya no quiere tenerlo en casa ni hacerse cargo de él de otra manera".

Según Paula Forttes, directora del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama), tras esa negativa, muchas veces, hay una situación económica

desmejorada y no necesariamente malos sentimientos. Por ejemplo, es común que entreguen dirección y datos falsos. “Que no tiene que ver con un abandono mal intencionado, si no que con un escenario de desesperación”, señala.

Otro factor determinante es la inserción de la mujer al trabajo. Forttes enfatiza que son las mujeres, en su mayoría, las que prestan cuidados a su familia: primero a los hijos y después a los padres. “Pero cuando los dos ámbitos se confrontan, se sacrifica el cuidado de los mayores”. También se produce abandono cuando existen conflictos familiares anteriores y los hijos no quieren saber nada de sus padres.

“Calidad de vida en la vejez en los diferentes contextos”, consolida toda la teorización general y específica, resalta como actualmente todos los planes y programas de servicios sociales dirigidos a los mayores y a otros grupos poblacionales tienen como objetivo incrementar la calidad de vida para alcanzar el estado de bienestar. Enfatiza teóricamente y con aplicación en la práctica en la especificidad del concepto de calidad de vida en las personas mayores, que aunque mantienen aspectos comunes con otros grupos poblacionales, tienen otros factores importantes que inciden en los ancianos como es la autonomía. Rechaza la igualdad que algunos autores han querido dar a la calidad de vida con el estado de salud del individuo y concreta en la multidimensionalidad con factores personales tales como salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades de ocio y satisfacción y factores socio ambientales: apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y aspectos culturales.

La necesidad de que el concepto de calidad de vida contenga elementos subjetivos o sea la valoración, juicio o sentimiento sobre salud percibida, satisfacción social, necesidades culturales, valoración del entorno, servicios de salud y sociales percibidos y elementos objetivos o de medición real sobre la calidad ambiental, la disponibilidad de servicios de salud y sociales, la salud objetiva (valoración), el apoyo social y factores culturales. Por ello “la evaluación de la calidad de vida tiene que contemplar una visión multidimensional, con componentes subjetivos y objetivos en la operacionalización de sus distintas condiciones y dimensiones “.

El índice de calidad de vida en la población anciana de Argentina , como la de otros grupos poblacionales, se desconoce, a pesar de que el objetivo de la política relativa a la atención al envejecimiento y a la vejez de la población argentina , sea elevar las condiciones de vida de las personas de mayor edad y elevar la calidad de vida de toda la población para que alcancen una vejez saludable y satisfactoria, aún se prioriza la atención institucional, en instituciones de carácter público y privado, con ingresos ocasionales e insuficientes producto de contratación con el Estado, que funcionan en edificaciones adaptadas y generalmente con un número de usuarios superior a la capacidad real de utilización.

Con el objetivo general de comparar algunos componentes de calidad de vida de los ancianos que residen permanentemente en el Hogar Felipe LLaver con los mismos componentes de Calidad de Vida de los ancianos que residen en la comunidad y participan en los programas de Puertas Abiertas, con el fin de establecer cual alternativa de atención puede generar mejor calidad de vida, se realizó una investigación cuyos resultados, producto de la comparación de los grupos en un momento dado permitieran tomar decisiones y orientar las acciones en los programas de atención a esta población.

Funciones de enfermería dentro del hogar de ancianos:

El plan de cuidados pasara por una serie de recomendaciones e intervenciones de enfermería encaminadas a prevenir o solucionar las deficiencias detectadas, para ello se procederá de la siguiente manera:

- Administrar el tratamiento farmacológico prescrito.
- Realizar un seguimiento del efecto del tratamiento como efectividad y efectos adversos.
- Trabajar con terapeutas ocupacionales, para iniciar los métodos más idóneos para superar barreras arquitectónicas.
- Mantener la comunicación verbal.
- Incrementa la autoestima permitiendo que la persona exprese lo que piensa y siente.

Trabajo de enfermería en función de necesidades psico-sociales:

El conocimiento de las necesidades psico-sociales de la persona anciana puede prevenir o minimizar algunas respuestas de inadaptación, como

pueden ser la confusión, la desorientación, la pérdida de sentido de la realidad, el miedo, la ansiedad y la hostilidad.

Una actividad importante a desarrollar por el equipo de enfermería, es la de informarle y orientarle sobre el nuevo entorno para que se adapte con el, lo que haremos por medio de explicaciones frecuentes y repetidas que la reorientaran constantemente.

Hacer que los adultos mayores sean partícipes de las decisiones que afectan a su cuidado, teniendo en cuenta su opinión, también es importante que el equipo de enfermería entreviste al anciano y/o a su familia recogiendo toda la información referente a sus costumbres, hábitos, y aversiones que sean importantes para la persona anciana.

Definición conceptual:

- Demencia: Se entiende por demencia a la debilitación global mental, crónica, progresiva, irreversible de todas las funciones psíquicas.
- Geriátricos: Instituciones que se especializan en cuidados a gente adulta, viejos.
- Sucumbir: Se entiende como el acto de ceder, someterse, morir.
- Inanición: Debilidad causada por la falta de alimentos o por otras causas.
- Oneroso: Adjetivo de caro.
- Geronte: Forma verbal de anciano.
- Risco: Peñasco, roca escarpada.
- Parricidio: Acto criminal, en el que una persona mata a su ascendiente.
- Consustancial: Inherente a un ser que es de la misma sustancia.
- Decrepitud: Vejez extrema, de edad muy avanzada.
- Taxonómico: Parte de la historia natural que trata de la clasificación de los organismos vivos.
- Cosmovisión: Visión generalizada.
- Deletéreos: Ponzoso, mortífero.
- Empaque: Distinción, aspecto afectado.

Variable dependientes y variable independientes:

Variable dependiente:

- Adultos mayores albergados en un Hogar Estatal

Variables independientes:

- Factores biológicos
- Factores económicos
- Factores socio culturales

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES CONCEPTUAL

Variable	Dimensión	Indicadores
Factores biológicos	<u>Edad</u> : Tiempo que una persona ha vivido, desde que nació.	<ul style="list-style-type: none"> • 60 a 65 • 66 a 70 • 71 a 80 • 81 a 90 • 90 o más.
	<u>Sexo</u> : Conjunto de caracteres orgánicos que en cada especie distinguen el macho (hombre) de la hembra (mujer).	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer.
Factores Económicos	Antecedentes Laborales	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajador golondrina • Empleado público • Empleado privado • Trabajo independiente
Factores Económicos	Nivel de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto • Primario Completo • Primario Incompleto • Terciario Completo
Factores Económicos	Estado Civil.	<ul style="list-style-type: none"> • Casado • Soltero • Viudo
Factores Socioculturales	Hábitos y Costumbres	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaco • Alcohol
Factores Socioculturales	Grado de incapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Psíquica • Psico-física • Motriz permanente

Factores Socioculturales	Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • ACV • HTA • DBT • Hemiplejías • Psiquiátricas
Factores Socioculturales	Nivel de dependencia	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiente • Semi-dependiente • Auto válido

Diseño metodológico

1. Tipo de estudio

- El estudio realizado es de carácter: descriptivo, retrospectivo, cuali - cuantitativo, de corte transversal.
- Cuantitativo: porque usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, estableciendo patrones de comportamiento.
- Descriptivo: porque está dirigido a determinar y analizar como es y como se manifiesta la situación de la variable. En este se producen conocimientos describiendo aspectos de la realidad, analizando una situación.
- De corte transversal: porque se utilizará y abordará a los datos del grupo estudiado, tal como se presentan en un momento dado y en un lugar determinado; al momento de la investigación, sin tener en cuenta futuras variaciones.

2. Área de estudio:

Hogar de Adultos Mayores "Felipe Llaver" en la Ciudad de San Martín

- UBICACIÓN: dentro del casco urbano de la ciudad de San Martín, limitando al este con calle Bolougne Sur Mer al oeste con calle Ghellingazza; al norte con calle Abdala y al sur con Carril Moyano ;

3. Universo: La investigación está compuesto por un total de 21 adultos mayores albergados en la institución, es decir, el 100%,

- Muestra: se trabajó, seleccionando para ello a los 21 ancianos, que es el 100%.

4. Unidad de análisis: cada uno de los adultos mayores albergados en la institución.

5. Métodos e instrumentos de recolección de datos

- Técnica: la obtención de datos se llevó a cabo mediante encuestas.
- Instrumentos: La recolección de datos se realizó de una fuente primaria, consistió en una encuesta impresa, estructurada y auto administrada; con preguntas cerradas dicotómicas o de respuesta múltiple de forma anónima a cada anciano del Hogar Felipe Llaver, la misma consta de 9

preguntas cerradas la cual se diseñó en base a las variables de interés y referidas a la identificación del problema.

Fuentes de información

Fuente primaria: para esta investigación se utilizó un cuestionario para encuestar a los adultos mayores de la mencionada institución.

Procesamiento para la recolección de datos:

Se elaboraron y distribuyeron solicitudes de autorización escrita para iniciar la investigación pertinente ha: La Encargada del Hogar Felipe Llaver.

Solicitud de ayuda y autorización explícita de los sujetos de estudio.

Se procedió a elaborar y distribuir una encuesta a cada uno de los adultos mayores albergados en el Hogar Felipe Llaver, con el fin de obtener información sobre el problema planteado.

Se confecciono una tabla maestra, volcando los datos obtenidos en base a los resultados de las encuestas.

Procesamiento de datos

- Los datos recolectados a través del cuestionario, fueron codificados con indicaciones de Tipo Numéricas de la siguiente manera:
- A cada pregunta se le asignó un número (código) incorporado en el instrumento desde el 1 al 9 con sus correspondientes subíndices numéricos.
 - 1= 1.a, 1.b, 1.c...
 - 9= 9.a, 9.b, 9.c
- Se listaron todas las respuestas logradas agrupándolas en cada categoría de la tabla maestra.
- Se observó y tabuló con que frecuencia apareció cada respuesta de la misma pregunta

Plan de tabulación y análisis:

- La presentación de los datos se ha efectuado en tablas con sus respectivos gráficos, obteniéndose frecuencias absolutas y porcentajes de cada uno de los indicadores utilizados en la encuesta.

TABLAS, GRÁFICOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Tabla N° I:

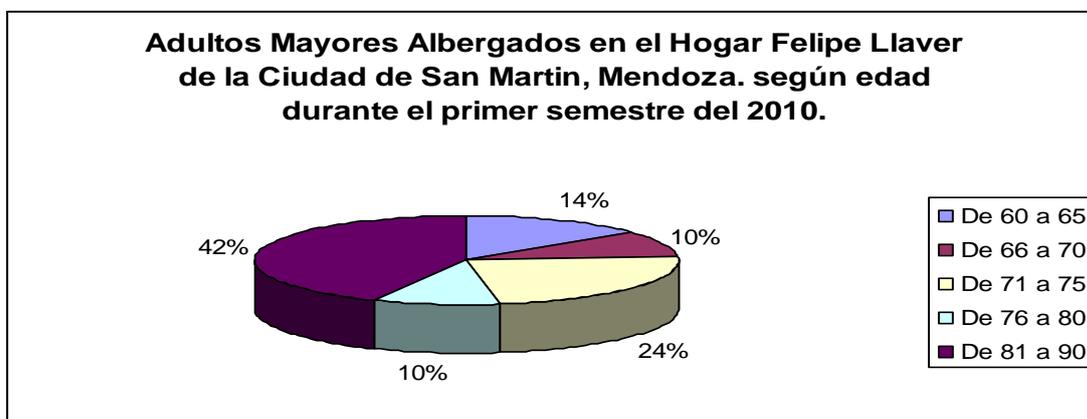
Título: Adultos Mayores Albergados en el Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín, Mendoza, según edad que tienen durante el primer semestre del 2010.

Edad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
De 60 a 65	3	14%
De 66 a 70	2	10%
De 71 a 75	5	23%
De 76 a 80	2	10%
De 81 a 90	9	43%
Total	21	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Gráfico N° I:

Título: Adultos Mayores Albergados en el Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín, Mendoza, según la edad actual durante el primer semestre del 2010.



FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Análisis: Llama la atención el bajo índice de 76 a 80 años que es del 10% igual el que de 66 a 70 años. Obteniendo como conclusión que la mitad de los pacientes pertenece a un grupo etáreo mayor de 80 años.

Tabla N° II:

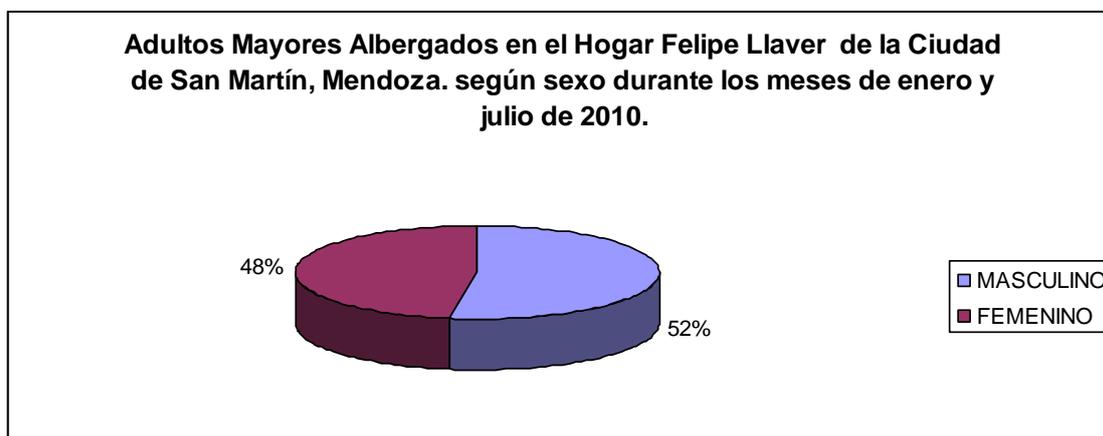
Título: Adultos Mayores Albergados en el Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín, Mendoza, según sexo durante los meses de enero y julio de 2010

Sexo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Masculino	11	52%
Femenino	10	48%
Total	21	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Gráfico N° II:

Título: Adultos Mayores Albergados en el Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín, Mendoza. Según sexo durante los meses de enero y julio de 2010.



FUENTE: FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Análisis: En relación al variable sexo se destaca que los resultados obtenidos, muestran una clara paridad, en cuanto a la presencia de mujeres y hombres encuestados, apareciendo en este caso un 48 % de hombres sobre un 52 % de mujeres.

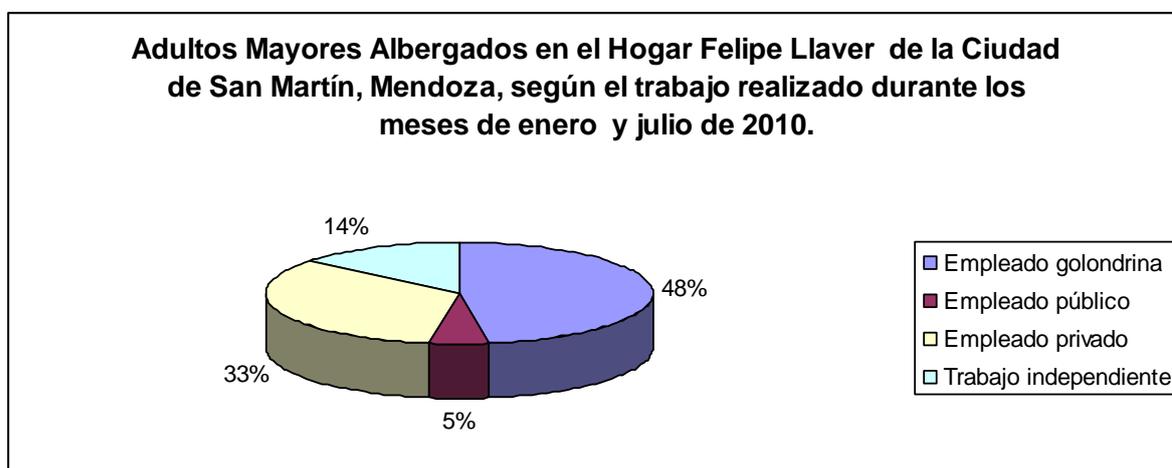
Tabla N°III:

Título: Adultos Mayores Albergados en el Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín, Mendoza, Referente a sus antecedentes laborales

Lugar de empleo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Empleado golondrina	10	47%
Empleado público	1	6%
Empleado privado	7	33%
Trabajo independiente	3	14%
Total	21	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Gráfico N° III: Esta variable de escala ordinal se considera según la zona y procedencia, entre las que destacamos: zona rural y urbana estable e inestable.



FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Análisis: Se observa el alto índice de empleados golondrinas (48%) en relación al trabajador privado (33%).En menor proporción tenemos al trabajador independiente (14%) y los empleados públicos (5%).

Tabla N° IV:

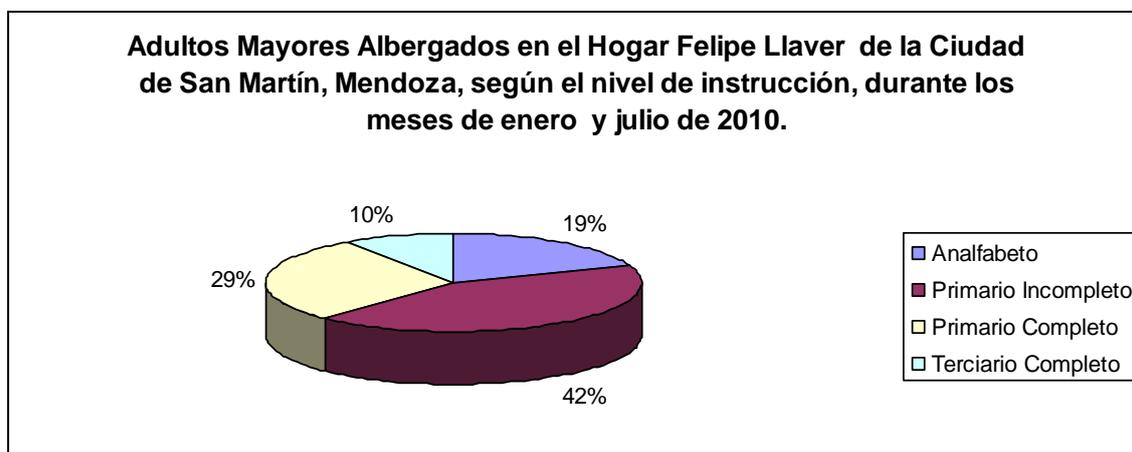
Título: Adultos Mayores Albergados en el Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín, Mendoza, según el nivel de instrucción, durante los meses de enero y julio de 2010.

Nivel de instrucción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Analfabeto	4	19%
Primario Incompleto	9	42%
Primario Completo	6	29%
Terciario Completo	2	10%
Total	21	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Gráfico N° IV:

Título: Adultos Mayores Albergados en el Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín, Mendoza, según el nivel de instrucción, durante los meses de enero y julio de 2010.



FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Análisis: Apreciamos, según los resultados de las encuestas, que la mayoría de Los Adultos Mayores, pertenecen al nivel de formación Primario Incompleto 42% , ésta variable nos permitió determinar si el nivel de formación influye en la temática estudiada.

Tabla N° V:

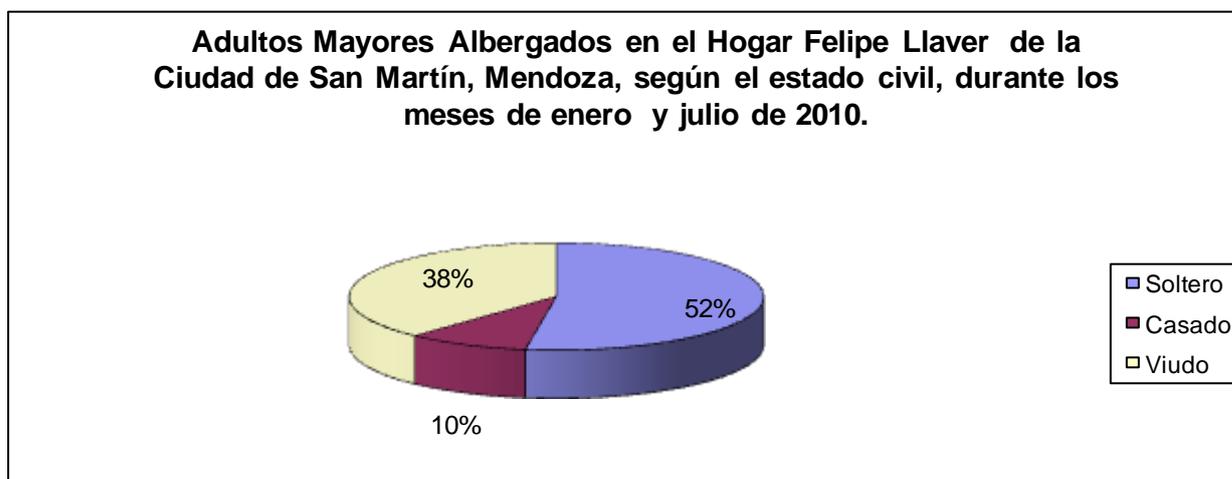
Título: Adultos Mayores Albergados en el Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín, Mendoza, según el estado civil, durante los meses de enero y julio de 2010.

Estado civil	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Soltero	11	52%
Casado	2	10%
Viudo	8	38%
Total	21	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Gráfico N° V:

Título: Adultos Mayores Albergados en el Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín, Mendoza, según el estado civil, durante los meses de enero y julio de 2010.



FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Análisis: Llama la atención que el 52% son solteros seguidos por un 38% perteneciente a la variable viudos, con un escaso 10% para casados.

Tabla N°VI:

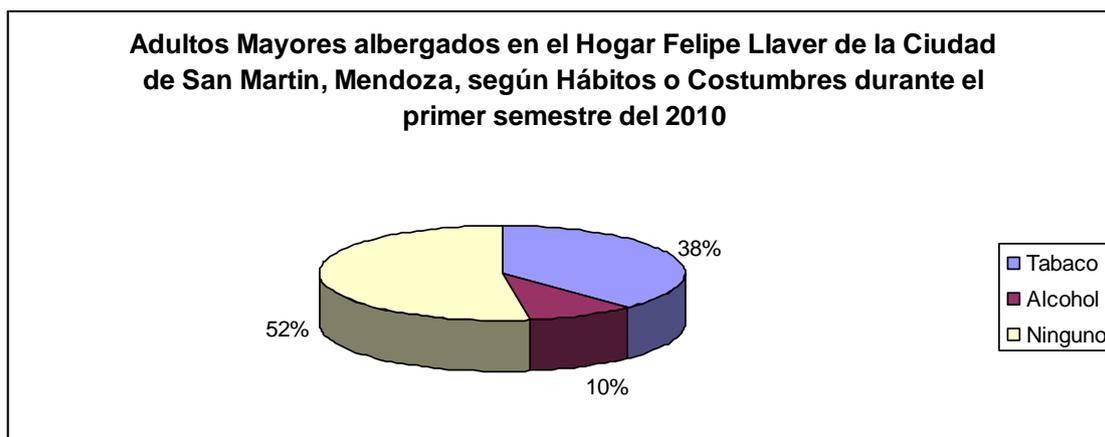
Título: Adultos Mayores albergados en el Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín, Mendoza, según Hábitos o Costumbres durante el primer semestre del 2010.

Hábito o Costumbres	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Tabaco	8	38%
Alcohol	2	10%
Ninguno	11	52%
Total	21	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Gráfico N° VI:

Título: Adultos Mayores Albergados en el Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín, Mendoza. Según Hábitos y Costumbres durante el primer semestre del 2010



FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Análisis: Llama la atención que el 52% no a tenido ningún vicio en particular, pero 38% tiene antecedentes de tabaquismo y el10% de alcoholismo.

Tabla N° VII:

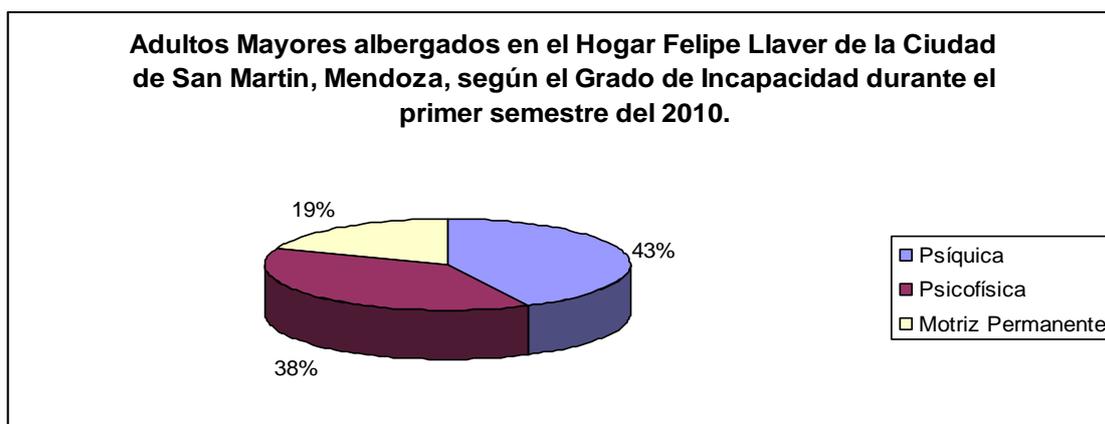
Título: Adultos Mayores albergados en el Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín, Mendoza, según el Grado de Incapacidad durante el primer semestre del 2010.

Grado de Incapacidad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Psíquica	9	42 %
Psicofísica	8	38 %
Motriz Permanente	4	20 %
Total	21	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Gráfico N°VII:

Título: Adultos Mayores Albergados en el Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín, Mendoza. Según el Grado de Incapacidad durante el primer semestre del 2010.



FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Análisis: Aquí observamos una preponderancia del 43% para una incapacidad Psíquica, le sigue con un 38% una incapacidad de tipo psico- física y con un 19% con una incapacidad tipo motriz permanente.

Tabla N° VIII:

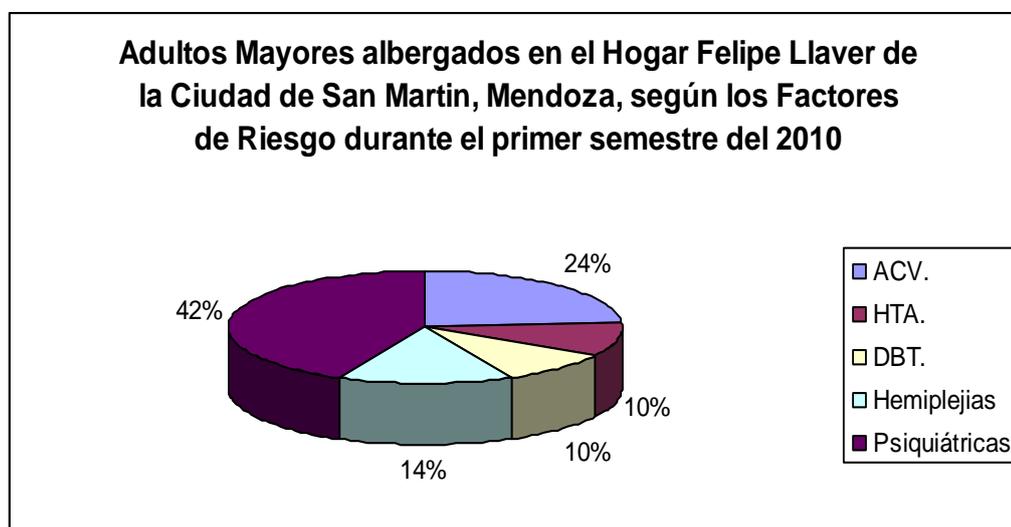
Título: Adultos Mayores albergados en el Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín, Mendoza, según los Factores de Riesgo durante el primer semestre del 2010.

Factores de Riesgo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
ACV.	5	24 %
HTA.	2	10%
DBT.	2	10%
Hemiplejías	3	14%
Psiquiátricas	9	42%
Total	21	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Gráfico N° VIII:

Título: Adultos Mayores Albergados en el Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín, Mendoza. Según los Factores de Riesgo durante el primer semestre del 2010



FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Análisis: Se puede apreciar que los pacientes que han padecido un cuadro de patologías psiquiátricas tienen un 42% de posibilidades de ingresar a este nosocomio, le sigue en porcentajes con un 24% los cuadros patológicos de ACV., con un 14% patologías con secuelas motrices.

Tabla N° IX:

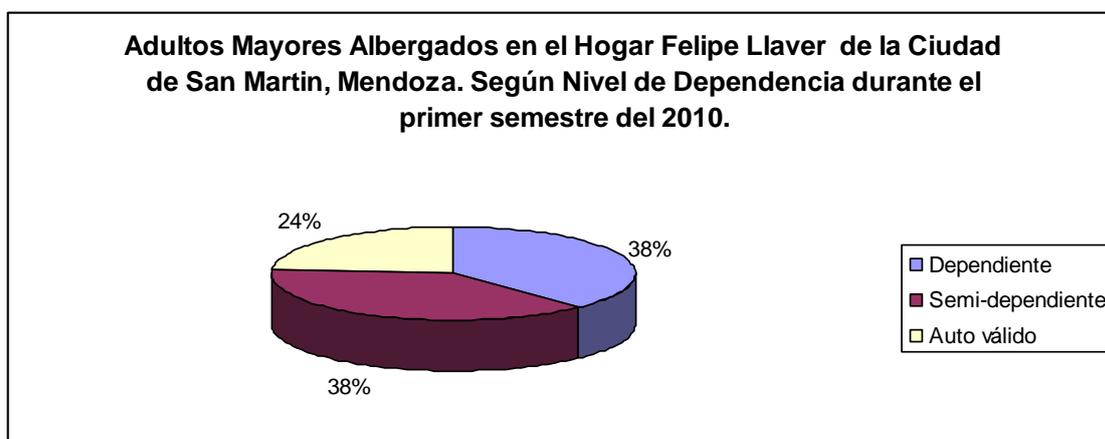
Título: Adultos Mayores albergados en el Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín, Mendoza, según el Nivel de Dependencia

Nivel de Dependencia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Dependiente	8	38%
Semi-dependiente	8	38%
Auto válido	5	24%
Total	21	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Gráfico N° IX:

Título: Adultos Mayores Albergados en el Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín, Mendoza. Según Nivel de Dependencia durante el primer semestre del 2010.



FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos obtenidos del instrumento del equipo ,obtenidos de encuestas realizadas a Adultos Mayores y personal a cargo del Hogar Felipe Llaver de la Ciudad de San Martín Mza, durante el primer semestre del 2010.

Análisis: Llama la atención el alto grado de pacientes Semi- dependientes y Dependientes con un 38 % del total en relación a un 24% de los auto- validos.

Análisis de datos

Es clara la observación de que, del 100 % de los encuestados una gran mayoría corresponde a adultos mayores de 81 a 90 años, con un 43% y en un porcentaje inferior aparecen los adultos mayores de 71 a 75 años con un 23%, con un 14% los ancianos de 60 a 65 años y una presencia muy poco apreciable, que son los de 66 a 70 años y los de 76 a 80 años con un porcentaje del 10% respectivamente cada uno.

En relación al variable sexo se destaca que los resultados obtenidos, muestran una clara paridad, en cuanto a la presencia de mujeres y hombres encuestados, apareciendo en este caso un 52% de hombres sobre un 48 % de mujeres.

En relación al análisis estadístico de los antecedentes laborales, apreciamos que el 47 % de los encuestados refirió haber sido empleado golondrina, en menor proporción con un 33% empleados privados, con el 44% nos encontramos a los que adoptaron trabajar de manera independiente y con un 6% de adultos mayores trabajó como empleado público.

El tipo de Instrucción predominante en los encuestados es de enseñanza de primario incompleto con el 42% del total, estos datos son de importancia a los fines de esta investigación por cuanto, aportan datos relacionados a los aspectos socioculturales, de los ancianos encuestados, en este caso el nivel Terciario Completo es el que presenta menor predominio con un 1%, y en orden creciente el nivel de analfabetismo con un 19%, y por último primaria completa con un valor del 29 %.

La simple observación de los valores obtenidos en cuanto al estado civil, muestra que de un total de 21 adultos mayores encuestados, un total de 52% son solteros, en menor proporción son personas viudas con un 38% y encontrándose muy por debajo, el 1% que es casado.

Al comparar los datos relacionados con los hábitos tóxicos, se consideraron prácticas como: tabaco y alcohol

Este análisis, vinculado a los hábitos tóxicos de los adultos mayores, se observa que para el caso del hábito de fumar las respuestas positivas fueron del 38%, en cuanto al hábito de beber Alcohol las respuestas fueron del 10%

Destacamos que el mayor porcentaje de los encuestados que no presentan hábitos tóxicos se refiere al 52% del total.

En lo relacionado a la identificación de distintos tipos de incapacidad, las respuestas de las encuestas muestran que los adultos mayores padecen en mayor porcentaje con un 42% enfermedades psíquicas, no obstante también aparecen con valores de reconocimiento importantes de destacar la incapacidad psico-física con un 38%, también estuvieron los que marcaron enfermedades de tipo motriz permanente con un 20 %.

Consideramos importante la influencia en los adultos mayores las enfermedades psiquiátricas con un 42%, como así también los ACV con un 24%, siendo estas patologías las que mas requieren del cuidado de personas idóneas, en menor porcentaje nos encontramos las hemiplejías con un 14% y muy por debajo a personas que presentan diabetes e hipertensión arterial con el 10% respectivamente cada uno.

Los resultados obtenidos, muestran una clara paridad en cuanto al nivel de dependencia tanto de personas dependientes como personas semi-dependientes, con un 38% respectivamente y en un menor porcentaje con el 24% encontramos a personas autoválidas.

Conclusión

Al comenzar el trabajo de investigación, tuvimos una primera etapa donde el énfasis estuvo puesto en conocer a las personas con las que íbamos a trabajar y conocer su entorno. Esto lo consideramos fundamental para que ellos confiaran en nosotras, además de permitirnos observar interesantes aspectos de su rutina.

Si bien en una primera instancia fuimos bien recibidas, luego, al momento de pedirles que participaran, mostraron cierto temor por creer que no estarían capacitados para contestar a nuestra preguntas. Luego de aceptar participar, se sintieron valorados y motivados por nuestra investigación, pues lo asumieron como una preocupación hacia ellos, donde además se les abría un espacio de conversación donde podrían expresar sus opiniones. No obstante siempre mantuvieron el temor de si sus respuestas eran correctas o si nos servían para nuestro estudio.

Luego de analizar los datos recolectados, nos dimos cuenta que estas influyen en distintos niveles en el albergue de los adultos mayores en un hogar estatal.

Para nosotras, es posible explicar que el nivel de bienestar de los adultos mayores, depende de cómo se adaptan a las circunstancias que los rodean, según la interpretación que hacen de su realidad, la búsqueda de soluciones ya sea activa o pasiva y la aceptación de sus pérdidas y limitaciones, ya que su visión de vida es muy distinta, porque comparten diariamente con otros adultos mayores, que se encuentran en mal estado de salud, por lo que, a menudo, deben ir aceptando muertes de personas que conviven con ellos, lo que genera cierta angustia o depresión.

Por otro lado, para las personas que viven en el hogar el tema de las enfermedades aparece constantemente al momento de hablar de su estado actual. Ellos creen que están abandonados por las políticas públicas, es decir ellos esperan que se proponga y se actué en pro en sus necesidades, ya que el incremento del deterioro funcional es visible y la elevada tasa de requerimientos del sistema de salud de los pacientes ancianos hacen que atender correctamente a esta población sea un verdadero desafío en los próximos años.

Recomendaciones

Tras realizar nuestra investigación, creemos que es fundamental abordar este tema de una manera interdisciplinaria, es decir desde la perspectiva psicológica, sociológica, histórica, de salud, y de precisión social entre otras con métodos cualitativos y cuantitativos, ya que de esta manera, se podría lograr un acercamiento mas integral a la realidad del adulto mayor

La situación de los Adultos Mayores, es una cuestión que involucra a todos los miembros de nuestra sociedad. Vale decir que no es solo asunto de las políticas públicas que se formulan, sino que también el cambio cultural que consideramos necesario, pasa por la valorización de este grupo, ya sea desde las universidades, los medios de comunicación y núcleos familiares y una serie de agentes socializadores, que determinen la formación de las conductas que condicionan la importancia de un adulto mayor en la sociedad.

Esta claro que la situación demográfica de nuestro país ha cambiado. Ya no somos el país joven de unos años atrás y el envejecimiento de nuestra sociedad va aumentando en forma considerada, lo que más allá de las cifras, va a traer un cambio en la sociedad. Es por esto, que el preocuparse por los adultos mayores y al investigar por su situación, expectativas y necesidades ya es un tema fundamental e imprescindible.

Como mujeres, con una marcada sensibilidad en lo social, rechazamos el bajo interés que existe, respecto a este grupo etéreo, como también hacia otros grupos vulnerables.

Bibliografía:

- Libros de Enfermería Disponible en:
www.medicinainformacion.com/enfermeria_libros.htm
- García Hernández M.; Torres, P.; y Pérez, E. Enfermería geriátrica.
- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas
- Biblioteca Escuela de Enfermería. Disponible en:www.bibenf.8m.com/
- Biblioteca Nacional. Disponible en:www.bibnal.edu.ar
- Biblioteca Universitaria. Disponible en: www.sisbi.unc.edu.ar
Disponible en: www.fcm.unc.edu.ar/biblio/index.html
- Biblioteca Virtual Universitaria Disponible en: www.biblioteca.org.ar/
- Consejo Internacional de Enfermeras
Disponible en: www.inc.ch/spanisch.htm
- Consejo Regional de Enfermería del MERCOSUR.
Disponible en: www.c-rems.org.ar
- Instituto Nacional de Encuestas y Censos.
Disponible en www.indec.gob.ar
- Organización Mundial de la Salud , OMS Disponible en:
www.who.int/en/
- Organización Panamericana de la Salud, OPS.
Disponible en: www.paho.org

ANEXOS

Tabla Matriz: Adultos Mayores albergados en un hogar estatal, San Martín, Mendoza

N°	1 EDAD					2 SEXO		3 EMPLEO				4 INSTRUCCIÓN				5 ESTADO CIVIL			6 HABITOS			7 INCAPACIDAD					8 FACTORES DE RIESGO					9 DEPENDENCIA		
	A	B	C	D	E	A	B	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	D	E	A	B	C		
1	X			X		X				X			X			X			X			X						X						
2			X				X			X			X				X			X	X					X			X					
3						X		X				X			X				X			X				X			X					
4			X				X			X	X					X			X	X					X			X						
5						X		X				X			X				X		X					X	X							
6	X						X				X			X			X		X	X					X			X						
7					X	X					X	X			X			X			X		X							X				
8					X		X	X						X					X		X				X			X						
9	X					X			X			X					X		X		X						X		X					
10					X		X				X	X			X				X				X				X			X				
11					X	X		X					X				X	X			X				X			X						
12		X					X	X						X			X			X		X					X		X					
13					X	X		X					X				X	X			X			X						X				
14			X			X				X	X		X			X			X		X						X	X						
15					X		X	X							X				X			X		X					X					
16					X		X			X				X	X	X			X		X			X				X						
17		X				X		X					X					X		X		X					X			X				
18					X		X			X				X					X		X						X		X					
19			X			X		X						X	X	X				X		X					X	X						
20					X		X			X			X					X	X		X			X					X					
21			X	X		X		X				X					X			X			X		X				X					
TOTAL	3	2	5	2	9	11	10	10	1	7	3	4	9	6	2	11	2	8	8	11	9	8	4	5	2	2	3	9	8	8	5			

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas realizadas a Adultos Mayores y Personal a cargo del Hogar Felipe Llaver, en el primer semestre del 2010, San Martín, Mendoza

Encuesta

Conocimientos sobre los Adultos Mayores albergados en el Hogar Felipe Llaver

En nuestro carácter de estudiante del ciclo de licenciatura en enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo, necesitamos realizar una encuesta de carácter anónima, para efectuar nuestro trabajo final. Por lo cual solicitamos que usted y el personal a cargo del hogar llene la misma, de forma sincera a fin de que este trabajo sea objetivo y contribuya a su fin.

Llene los espacios en blanco y marque con una X con lo que crea usted que corresponde.

1-Marque con una cruz ¿Cuál es su edad actual?

- a) 60 a 65
- b) 66 a 70
- c) 71 a 80
- d) 81 a 90
- e) 90 o más

2-Marque con una cruz ¿Cuál es su sexo?

- a) Femenino
- b) Masculino

3-Marque con una cruz ¿Qué trabajo desempeñaba antes de ser albergado en el Hogar Felipe Llaver?

- a) Trabajador golondrina
- b) Empleado público
- c) Empleado privado
- d) Trabajo independiente

4-Marque con una cruz ¿Cuál es su Nivel de Instrucción?

- a) Analfabeto
- b) Primario Completo
- c) Primario Incompleto
- d) Secundario Completo
- e) Secundario Incompleto
- f) Terciario Completo

5-Marque con una cruz ¿Cuál es su Estado Civil actual?

- a) Casado
- b) Soltero
- c) Viudo

6-Marque con una cruz ¿Cuál de los siguientes Hábitos o Costumbres usted tiene?

- a) Tabaco
- b) Alcohol
- c) Ninguno

Las siguientes preguntas serán contestadas por el personal a cargo de la institución

7-Marque con una cruz ¿Cuál es el grado de incapacidad del adulto mayor entrevistado?

- a) Psíquica
- b) Psico- física
- c) Motriz Permanente

8-Marque con una cruz ¿Cuáles son los Factores de Riesgo del entrevistado?

- a) ACV
- b) HTA
- c) DBT
- d) Hemiplejías
- e) Psiquiátricas

9-Marque con una cruz ¿Cuál es el Nivel de Dependencia del entrevistado?

- a) Dependiente
- b) Semi-dependiente
- c) Auto válido

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Codificación de los datos:

1. Edad

- a) 60 a 65
- b) 66 a 70
- c) 71 a 80
- d) 81 a 90
- e) 90 a más.

2. Sexo:

- a) Hombre
- b) Mujer

3. Antecedentes Laborales:

- a) Trabajador Golondrina
- b) Empleado Publico
- c) Empleado privado
- d) Trabajo independiente

4. Nivel de Instrucción:

- a) Analfabeto
- b) Primario Completo
- c) Primario Incompleto
- d) Terciario completo

5. Estado Civil:

- a) Casado
- b) Soltero
- c) Viudo
- d) Separado

6-Hábitos y/o Costumbres:

- a) Tabaco
- b) Alcohol
- c) Ninguno

7) Grado de incapacidad:

- a) Incapacidad psíquica.
- b) Incapacidad psico física
- c) Incapacidad motriz permanente

8) FACTORES DE RIESGO:

- a) ACV
- b) HTA
- c) DBT
- d) Hemiplejías
- e) Psiquiátricas

9- NIVEL DE DEPENDENCIA:

- a) Dependiente
- b) Semi –dependiente
- c) Auto válido

DATOS OBTENIDOS POR EL INDEC

Indicadores demográficos seleccionados para fechas censales. Total del país. Años 1869-2001

Años	Porcentaje de		Esperanza de vida al nacer, en años (3)	Tasa global de fecundidad (hijos / mujer)	Porcentaje de extranjeros en la:	
	Adultos mayores	Jóvenes (2)			población total	población adulta mayor
1869	2,2	42,8	32,9	6,8	12,1	17,1
1895	2,5	40,3	40,0	7,0	25,4	27,1
1914	2,3	38,4	48,5	5,3	29,9	51,0
1947	3,9	30,9	61,1	3,2	15,3	56,6
1960	5,6	30,8	66,4	3,1	13,0	49,3
1970	7,0	29,3	65,6	3,1	9,5	39,6
1980	8,2	30,3	68,9	3,3	6,8	25,2
1991	8,9	30,6	71,9	2,9	5,0	15,9
2001	9,9	28,3	73,8	2,4	4,2	11,0

(1) Adultos mayores: población de 65 años y más de edad.

(2) Jóvenes: población de 0 a 14 años de edad.

(3) Los valores de 1869 y 1895 corresponden a los dos primeros períodos intercensales, mientras que los valores sucesivos provienen de Tablas de Vida elaboradas para cada fecha censal

Fuente: INDEC, Censos Nacionales de Población.