UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CICLO LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

ADAPTACIÓN DEL ADULTO MAYOR A LA INTERNACIÓN NO HOSPITALARIA

(Estudio Descriptivo realizado en la ciudad de San Rafael, Mendoza, en el Asilo Hogar Las Mercedes)

AUTORAS:

MARTINEZ, ISABEL

TOLEDO, MARGARITA

San Rafael, Diciembre de 2009

El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo y no puede ser publicada en todo o en parte, sin el expreso consentimiento de las autoridades de la Escuela o de los autores del estudio.

Tribunal Examinador

Presidente: Dr Zavala W

Vocal: Michel Jorge

Vocal: Reyes María Rosa

Nota: Fecha: 12 / 12 / 09

PRÓLOGO

El tema del "adulto mayor" ha permanecido por mucho tiempo en el olvido por parte de la sociedad.

El incremento que en los últimos años ha tenido la población de adultos mayores, repercute en el número cada vez mas alto de personas residentes en asilos para ancianos, a partir de esto es necesaria una reflexión sobre temas de esta índole, ya que todos llegaremos a esta etapa de la vida.

Debemos como profesionales saber identificar las carencias que existen en nuestra sociedad respecto de nuestros adultos mayores y la familia necesita mantener y cuidar la historia que se encuentra en la vida y los recuerdos de la tercera edad.

Cuando la sociedad se empecina en olvidarlos, extingue la historia que se transmite verbalmente, sabiduría que se adquiere a través de los años y que el adulto mayor posee.

Rectificar la actual imagen negativa de la vejez, es una tarea cultural y educativa que debe comprometer a todas las generaciones.

Existe una responsabilidad con el anciano de hoy, la de ayudarlos a captar el sentido de la edad, a apreciar sus propios recursos y así superar los sentimientos de rechazo, auto-aislamiento y resignación.

También tenemos una responsabilidad con las generaciones futuras que consiste en preparar un contexto humano, social y espiritual en el que toda persona pueda vivir con dignidad y plenitud esta etapa de la vida.

En pos de esta responsabilidad realizamos esta investigación, con la intención de que represente nuestro pequeño aporte para lograr que la vejez o ancianidad deje de ser un tema del que no se quiere hablar, y para conocer la realidad del adulto

mayor institucionalizado, tratando de no olvidar que la calidad de nuestra vejez dependerá sobre todo, de nuestra capacidad de apreciar su sentido y valor.

Bendiciones del anciano

Benditos sean aquellos, que entienden lo torpe de mi caminar y la poca firmeza de mi pulso.

Benditos sean aquellos, que comprenden que ahora mis oídos se esfuerzan por oir las cosas que ellos dicen.

Benditos sean aquellos, que parecen comprender que mis ojos están empañados y mi sentido del humor es limitado.

Benditos sean aquellos, que disimulan cuando derramo el café sobre la mesa.

Benditos sean aquellos, que con una sonrisa amable se detienen a charlar conmigo por unos momentos.

Benditos sean aquellos, que comprenden mis fallas de memoria y nunca me dicen "ya has repetido la misma historia dos veces".

Benditos sean aquellos, que saben despertar historias de un pasado feliz.

Benditos sean aquellos, que me hacen saber que soy querido, respetado y que no estoy solo.

Benditos sean aquellos, que saben lo difícil de encontrar fuerzas para llevar mi cruz.

"BENDITOS SEAN AQUELLOS, QUE CON AMOR ME PERMITEN ESPERAR TRANQUILO EL DIA DE MI PARTIDA".

Autor desconocido

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a todos aquellos que nos precedieron en la vida marcándonos un camino.

En especial a los adultos mayores institucionalizados en el Asilo Hogar Las Mercedes y a nuestros padres.

INDICE GENERAL

Advertencia.....II
Aprobación.....III
Prólogo.....IV
Bendiciones del anciano.....V
Dedicatoria.....VI
Índice general.....VII
Índice de tablas y gráficos.....VIII
Capítulo nº I
Planteamiento del problema.....1
Introducción.....3
Gráficos censo.....4
Marco teórico.....5
Capítulo nº II
Diseño metodológico.....17
Operacionalización de la variable.....18
Capítulo nº III
Resultados.....19
Conclusión.....21
Citas bibliográficas.....23
Apéndice.....24
Modelo de encuesta.....25
Tabla matriz (datos generales).....26
Tabla matriz (capacidad de autocuidado).....27
Tabla matriz (relaciones interpersonales).....28
Tablas.....29
Bibliografía.....46

INDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

TABLA Y GRAFICO Nº 1: Distribución por sexo.....pág.29
TABLA Y GRAFICO Nº 2 Composición por edad.....pág.30
de adultos mayores internados en asilo.....pág.31
TABLA Y GRAFICO Nº 3: Recibe visitas.....pág.32
TABLA Y GRAFICO Nº 4: Frecuencia de las visitas.....pág.33
TABLA Y GRAFICO Nº 5: Sale del asilo a visitar a la familia.....pág.34
TABLA Y GRAFICO Nº 6: Reciben beneficio jubilatorio.....pág.35
TABLA Y GRAFICO Nº 7: Comida- Bebida.....pág.36
TABLA Y GRAFICO Nº 8: Higiene.....pág.37
TABLA Y GRAFICO Nº 9: Vestido- Acicalamiento.....pág.38
TABLA Y GRAFICO Nº 10: Uso del baño.....pág.39
TABLA Y GRAFICO Nº 11: Movilización en la cama.....pág.40
TABLA Y GRAFICO Nº 12: Dificultad de audición.....pág.41
TABLA Y GRAFICO Nº 13 Dificultad de visión.....pág.42
TABLA Y GRAFICO Nº 14 Nivel de orientación.....pág.43
TABLA Y GRAFICO Nº 15 Relación con la familia.....pág.44
TABLA Y GRAFICO Nº 16: Relación con los otros internados.....pág.45
TABLA Y GRAFICO Nº 17: Relación con los cuidadores.....pág.46

CAPÍTULO I. PLANTEO DEL PROBLEMA

JUSTIFICACIÓN

Se considera envejecimiento al proceso fisiológico que comienza con el nacimiento, avanza progresivamente con el transcurso del tiempo desarrollando diferentes etapas y culmina en la última de ellas- la vejez o ancianidad- considerándose anciana la persona que supera los 65 años, aunque la tendencia es retrasar esta edad hasta los 75 años.

En los últimos años ha habido un incremento de la población de adultos mayores en el mundo como consecuencia de la disminución de la fecundidad y del tamaño de las familias.

En nuestro país según el censo 2001 de los 36.260.130 habitantes censados 3.587.620 tienen 65 años o más, como consecuencia del menor número de nacimientos y del aumento de la expectativa de vida, y por diversas razones, también un incremento de internaciones en instituciones no hospitalarias conocidas como asilos o unidades geriátricas.

A nivel local este efecto también se hace sentir, ya que se observa que cada vez son mayores las solicitudes de internación en este tipo de instituciones y la cantidad de geriátricos en funcionamiento.

Este estudio es importante para enfermería para conocer, no sólo los procesos naturales de envejecimiento, sino también cómo los adultos mayores se adaptan a ellos, fuera del ámbito familiar.

PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál es el grado de adaptación a la internación no hospitalaria de adultos mayores de la Ciudad de San Rafael, Mendoza, internados en el asilo Hogar Las Mercedes, al momento de realizar el estudio?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

- Determinar mediante un estudio descriptivo transversal, el grado de adaptación a la internación no hospitalaria de adultos mayores internados en el Asilo Hogar Las Mercedes de la ciudad de San Rafael, Mendoza, al momento del estudio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la capacidad de autocuidado de la población de estudio

- Establecer el grado de dependencia de los adultos mayores internados.

- Valorar la relación del adulto mayor con sus cuidadores

- Valorar la relación del adulto mayor con sus pares.

MARCO TEÓRICO

Hacia finales del siglo XX, en las sociedades más desarrolladas del mundo, se comprueba que el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociológicos y demográficos más destacables de los últimos tiempos.

En los últimos cincuenta años, gracias a los avances en los conocimientos médicos y tecnológicos, la esperanza de vida al nacer ha aumentado en todo el mundo en unos veinte años, donde el segmento de más rápido crecimiento de la población de adultos mayores es el de las personas de 80 años o más.

Influyen también en el aumento de adultos mayores en el mundo, la disminución de la fecundidad y del tamaño de las familias.

En nuestro país de los 36.260.130 habitantes censados, 3.187.630 habitantes tienen 65 años o más. Según datos del censo 2001 difundidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos lo que marca un incremento en el porcentaje de personas pertenecientes a la tercera edad (Gráficos Nº 1 y 2), respecto de mediciones anteriores, mientras que disminuyó la franja de menores de quince años.[1]

[1] La población argentina "envejece" según el último censo.- 5 de agosto de 2003. diarioc.com.ar - Catamarca

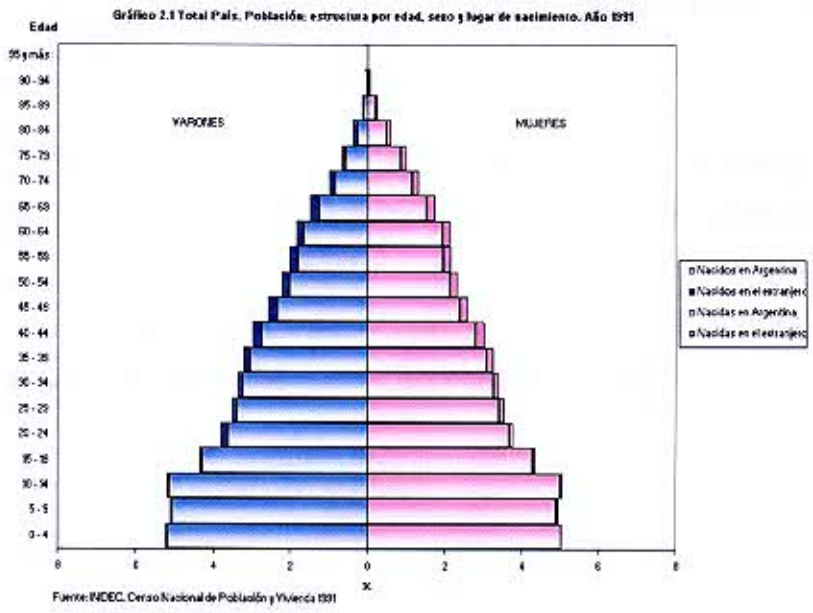


Gráfico Nº 1

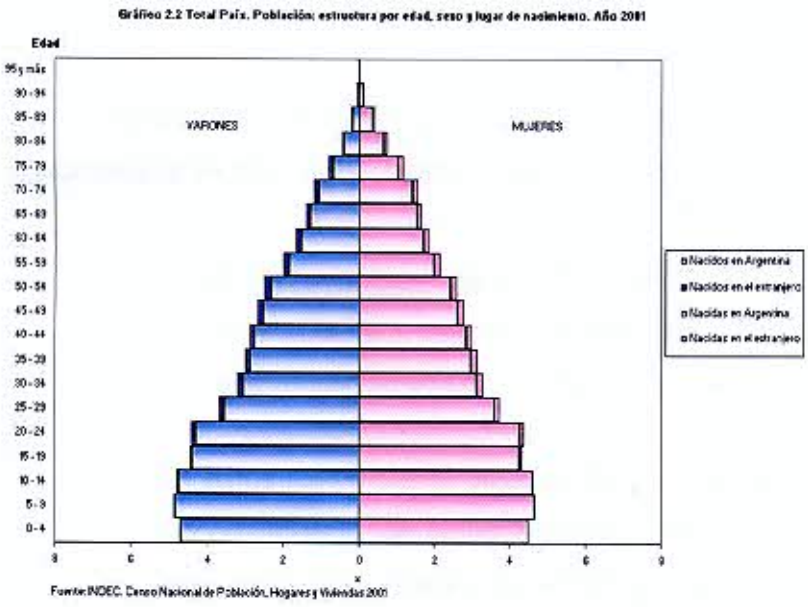


Gráfico Nº 2

En la Provincia de Mendoza de acuerdo al último censo de población y vivienda, en el año 2001, la población total de la Provincia es de

1.427.664 habitantes, con un 7,87% de personas de más de sesenta y cinco años.[2]

Es por eso que en la actualidad se busca la forma de controlar el envejecimiento y de asegurar una declinación paulatina que no signifique el derrumbe hacia la ancianidad, sino que esta mantenga la estructura de la personalidad y sus posibilidades vitales, para lo cuál es de fundamental importancia tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. El bienestar del anciano.

2. La preservación de su individualidad, de su dignidad, su movilidad, independencia y la forma en que son satisfechas sus necesidades físicas y sociales.

La Organización Mundial de la salud considera que la población de edad avanzada se puede dividir en "tercera edad" (recién jubilados) y cuarta edad (viejos jubilados), por lo general con más de 75 años.

Podemos considerar una subdivisión por estado de salud que determina la existencia de cuatro tipos de ancianos.

1. persona mayor sana: la mayor de 65 años, cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica.

En estos pacientes el objetivo asistencial sanitario se centra en la consecución de actividades de promoción de la salud y de prevención de riesgos y de enfermedades.

[2] - INDEC -Demografía nacional 1991-2001

2. persona mayor enferma: la mayor de 65 años que sufre algún trastorno de carácter patológico, agudo o crónico, más o menos grave, aunque normalmente no invalidante, y que no cumple los criterios de paciente geriátrico. El objetivo de salud en estos pacientes es asistencial, rehabilitador, cuándo es preciso, y de prevención de complicaciones o de otros posibles trastornos.

3. paciente geriátrico: persona mayor de 65 años que cumple al menos tres de los siguientes requisitos: edad superior a los 75 años, presencia de diversos trastornos relevantes, enfermedad incapacitante, enfermedad mental acompañante, problemas sociales relacionados con su enfermedad. Estos enfermos reúnen unas características especiales y por ello requieren también de una atención especial, tanto preventiva, como asistencial y rehabilitadora.

4. anciano de alto riesgo o frágil: aunque existen diferentes clasificaciones para definir a los ancianos que tienen un riesgo elevado de sufrir empeoramiento súbito de su estado de salud, la más empleada es la que recoge a todos los ancianos mayores de 80 años , o a los que estando entre los 65 y los 80 años que reúnen al menos uno de los siguientes criterios: vivir solo, haber enviudado o cambiado de domicilio en el último año, haber sufrido un ingreso hospitalario en los últimos seis meses, necesitar de atención domiciliaria médica o de enfermería al menos una vez al mes, presentar una incapacidad funcional derivada de alguna de las siguientes afecciones: accidente cerebro vascular agudo con secuelas, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva diagnosticada en los últimos seis meses, enfermedad de Parkinson, enfermedad pulmonar obstructiva

crónica(EPOC) , enfermedad osteoarticular, síndrome de post- caídas, déficit visual, hipoacusia, incapacidad funcional por otras causas para la realización de actividades básicas o instrumentales de la vida diaria; régimen terapéutico con más de tres fármacos ; prescripción de antihipertensivos, antidiabéticos o psicofármacos en el último mes; deterioro cognitivo diagnosticado; depresión diagnosticada y situación económica precaria o insuficiente. Estos pacientes deben ser objeto de una atención preferente y participar de programas de salud y de planes de prevención y de asistencia multidisciplinaria y especializada.

Cambios normales en la vejez

Por envejecimiento normal se considera el proceso fisiológico (es decir no patológico) progresivo e irreversible que sufre el ser humano, por el cual se van deteriorando de forma natural, diversas funciones orgánicas.

Aunque este proceso se da de modos muy diferentes entre unas personas y otras, existen algunas características comunes a él, como los que se describen a continuación:

- Sistema nervioso central: el número de neuronas disminuye paulatinamente hasta perder de un 25% a un 40%. Morfológicamente existe una atrofia cortical, una disminución de volumen y peso, que hace que los surcos cerebrales sean más profundos. El flujo sanguíneo disminuye un 25% aproximadamente y el consumo de oxígeno y glucosa un 10%. Pueden aparecer inclusiones neuronales como placas seniles y los ovillos neurofibrilares, pero nunca en un número o una localización característica.

La consecuencia de todo ello es el deterioro de algunas funciones, aunque muchas se conservan y algunos incluso mejoran.

La memoria adquiere características especiales durante el envejecimiento; en general, la persona anciana tiene dificultad para recordar hechos o experiencias propias (alteraciones de la memoria episódica), este fenómeno se denomina olvido senil benigno; normalmente es asumido con naturalidad por el sujeto, y aunque se asocia con el envejecimiento, aparece en personas de todas las edades si bien, su prevalencia aumenta sobre todo a partir de los cincuenta años.

También es característica del envejecimiento la mayor dificultad para recordar hechos acompañados de carga emocional (memoria selectiva).

Este proceso no suele acompañarse de deterioro intelectual, pero sí dificultad para el aprendizaje, enlentecimiento de la velocidad de procesamiento de la información y dificultades de evocación y de asociación, como por ejemplo, recordar nombres o asociar un nombre a una cara.

Todo este deterioro asociado al envejecimiento se presenta la mayoría de las veces de forma gradual y progresiva, lo que en general, permite diferenciarlo del ocasionado por algún proceso patológico, como la demencia.

Por otro lado existen funciones, como el lenguaje, que se enriquece con el paso de los años y el vocabulario crece, aunque la fluidez verbal suele disminuir.

- Sistema circulatorio: el sistema circulatorio también evoluciona con el paso de los años, el gasto cardíaco disminuye fisiológicamente de forma progresiva (hasta un 50% a los ochenta años), la frecuencia cardiaca máxima se reduce (aproximadamente en un 10% a la misma edad) y existe una menor respuesta cardiaca al estrés, tanto en frecuencia cardiaca como en volumen sistólico.

  La recuperación cardiaca se hace más lenta, progresivamente con el paso de los años. Todo ello puede conducir a una sensación de fatiga y de imposibilidad de realizar ciertos esfuerzos. La presión sanguínea sufre un aumento paulatino, sobre todo a partir de los sesenta y cinco años en los hombres y de la menopausia en las mujeres.

  En el sistema circulatorio periférico se produce la pérdida de la elasticidad de las arterias y el depósito de sustancias, como grasa y calcio en la pared vascular arterial, lo que puede apreciarse en algunas radiografías simples.

- Sistema respiratorio: En este se produce un aumento del volumen residual y una disminución de la capacidad funcional vital. La capacidad de difusión de los gases en los alvéolos se ve disminuida, así como el intercambio gaseoso. Todo ello puede originar disnea con algunos esfuerzos. La eficacia de la tos y de otros mecanismos especificos de defensa respiratoria se reduce por lo que las complicaciones respiratorias son frecuentes.

- Sistema digestivo: el sistema digestivo sufre con el paso de los años un enlentecimiento funcional general, con disminución del vaciado esofágico y del ritmo gastrointestinal. La vesícula biliar también funciona con mayor lentitud, lo que unido a lo interior,

provoca a menudo una sensación de plenitud y de mala digestión; la sensación de boca seca también es frecuente, debido a la disminución de la salivación, y es relativamente habitual la aparición de diverticulos en el colon.

- Sistema genitourinario: En este sistema, tanto masculino como femenino, se produce una progresiva disminución de la capacidad vesical máxima, así como un retraso en la sensación de orinar.
  Es frecuente la relajación de la musculatura perineal, sobre todo en las mujeres multíparas, y la hipertrofia de la próstata en los hombres.
  Los varones presentan una reducción del tamaño del pene y de los testículos, mientras que en las mujeres disminuye la secreción y la elasticidad vaginales y se produce atrofia uterina.

- Sistema tegumentario: Este sufre una atrofia generalizada; disminuye el grosor de la piel y del tejido subcutáneo y también las secreciones. La piel se vuelve más friable, seca y desprotegida contra las agresiones, como la luz solar, la temperatura, los golpes, las infecciones, etcétera. Se pierde parte de la capacidad termorreguladora cutánea, por lo que es frecuente la hipersensibilidad al frío.
  Disminuye la elasticidad y aparecen arrugas y áreas de hiperpigmentación en las zonas foto expuestas.

- Sistema músculo- esquelético: aquí el paso del tiempo origina degeneración de los cartílagos articulares y la atrofia muscular, lo que da lugar a una disminución de la fuerza física, la flexibilidad y la altura corporal. La densidad mineral ósea, también decrece, lo que incrementa el riesgo de las fracturas.

- Sistema neuro - sensorial: el envejecimiento del sistema produce una disminución generalizada de la sensibilidad. En el aparato visual aparecen problemas para enfocar objetos cercanos, hipersensibilidad a la luz y enlentecimiento del reflejo ocular foto motor.

  La audición se deteriora y se discriminan peor los sonidos agudos, lo que se conoce como prebiacusia; la agudeza gustativa y olfatoria disminuyen; el tacto pierde sensibilidad en forma generalizada.[3]

La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud- enfermedad.

Concluimos que el envejecimiento es un proceso normal, relacionado con el paso del tiempo, que se inicia con el nacimiento y continuará a lo largo de la vida y que es el resultado de la interrelación muy compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales.[4]

La OMS expresa que si los ancianos o pacientes en muchos países representan una carga creciente para los hospitales y los servicios de asistencia social, es en gran parte consecuencia, de un relajamiento de los vínculos de afecto familiar.

Los trastornos y situaciones socio- familiares conflictivas sumadas a las frecuentes alteraciones funcionales, más arriba descriptas, agravan la enfermedad por su gran interrelación.

Además existen razones de orden social para la institucionalización del adulto mayor debido a que la familia, muchas veces no es la mejor de

---

[3] "Manual de enfermería" Lexus editores 2005

[4] Tabores O., Soles Quintana M.L., García Capote M. "El apgar familiar en ancianos concientes" En Revista cubana de Medicina General Integral 14(6):48-53 - 1998

las respuestas a las necesidades de los ancianos, a pesar de que en la vejez es cuándo esta adquiere un lugar especial debiendo proporcionar respaldo y compañía.

Esto es aún más imprescindible cuando se produce la viudez, en especial del hombre, al cuál le resulta más dificultoso vivir solo, llevándolo a institucionalizarlo aún en situaciones de auto validez.

La red de apoyo más importante para el anciano está constituida de hecho por la familia; las ventajas de esta en su rol de cuidadora de ancianos tienen que ver con el aporte de mayor seguridad emocional, mayor intimidad y el poder evitar al mismo tiempo los problemas psicopatológicos propios de la institucionalización, que son la despersonalización, el abandono, negligencias, medicación exagerada, falta de afecto, etcétera; aunque debemos hacer notar que no siempre vivir en hogares institucionales es sinónimo de aislamiento familiar; algunos prefieren mantenerse en contacto, pero no habitar necesariamente en la misma casa, porque la vida en familia depende mucho de las relaciones de sus miembros, sus personalidades y gustos.[5]

En nuestro país los hogares de ancianos y otras instituciones similares, acogen a gran cantidad de personas por diferentes situaciones, puede ser por la pérdida del vínculo familiar, por que la familia se compone por pocos integrantes, y no todos son asalariados, por una decisión personal y por no gravar la economía familiar, pudiera gestionarse el ingreso de un adulto mayor en un hogar o institución, que lo acoja, en dónde reciba alimentación, distracción y descanso.

También hay ancianos que se quedan solos y prefieren vivir en compañía de otras personas de su edad, con quienes puedan conversar y

---

[5] Riscart M., y otros "Interrelación de la familia con el adulto institucionalizado". En: Revista Cubana de Enfermería; 22(1) 2006

distraerse, al tiempo que son atendidos en sus problemas de salud u otros, por personas especialmente preparadas para ello.

La actitud ideal ante el anciano en nuestra relación con él será la de individualizar, esto es, no existe una forma de comportarse, hablar o hacer ante ellos, pues si así lo hiciéramos caeríamos en una discriminación negativa ante un ser diferente a cualquier otro, que en la gran mayoría de los casos tiene prácticamente intactas todas sus cualidades acumuladas a lo largo del tiempo.

Debemos tener en cuenta el rol esperado en el anciano, que tiene mucho que ver con estereotipos sociales y con las expectativas que se le suponen a una persona luego de su jubilación. "Nada espera la sociedad del ser no productivo. Acaso solo reconocer los servicios prestados con una jubilación o pensión vitalicia."

Ese rol que le damos al anciano viene marcado por la discriminación, el rechazo de lo joven a lo viejo, porque esto se asocia con lo decrépito, feo e inútil, lo que presupone un trauma el envejecer, equiparándolo a la enfermedad, la incapacidad, el dolor físico, la dependencia, además de un terror existencial por la proximidad de la muerte.

Existe una categoría de personas –muy numerosa en nuestros días- para la cual, ante el paso de los años, asumen actitudes que van desde la resignación pasiva hasta la rebelión y el rechazo desesperados, personas que, al encerrarse en sí mismas y colocarse al margen de la vida, dan principio al proceso de la propia degradación física y mental.

Sin embargo aunque está muy difundida la imagen de la tercera edad, como una fase descendiente, en la que, como dijimos arriba, se da por descartada la insuficiencia humana y social, existe otra categoría

de personas, capaces de captar el significado de la vejez en el transcurso de la existencia humana, que la viven, no sólo con serenidad y dignidad sino como un periodo de la vida que presenta nuevas oportunidades de desarrollo y empeño.

Podemos afirmar que las facetas de la tercera y cuarta edad son tantas, como tantos los ancianos y que cada persona prepara la propia manera de vivir la vejez durante toda la vida.

Dicho de otro modo, la vejez crece con nosotros, y la calidad de nuestra vejez dependerá sobre todo de nuestra capacidad de apreciar su sentido y valor.

Rectificar la actual imagen negativa de la vejez es una tarea cultural y educativa que debe comprometer a todas las generaciones futuras.

Existe una responsabilidad con los ancianos de hoy, de ayudarlos a captar el sentido de la edad, a apreciar sus propios recursos y así superar el miedo al rechazo, la inclinación al auto-aislamiento, la resignación a sentimientos de inutilidad y la desesperación.

Existe también otra responsabilidad con las generaciones futuras que consiste en preparar un contexto humano, social y espiritual en el que toda persona pueda vivir con dignidad y plenitud esa etapa de la vida.

Es indispensable aceptar que todos, en algún momento llegaremos a un estado de vejez, que tenemos que aprender a convivir con eso y con personas que ya son adultos mayores y el abandono no es una solución para olvidar esto.

No debemos sentirnos ajenos a esta situación (abandono), está arraigada en la sociedad y debemos extirparla para que no se propague y nos afecte directamente.

Es lamentable el olvido que tiene la sociedad para con la tercera edad, ellos son personas, historia y conocimiento, personas que nos pueden entregar una infinidad de sabiduría y cosas útiles, tanto para el desarrollo propio, familiar y de la sociedad aportando al fortalecimiento de la misma.

La sociedad necesita y debe entregar amor; se debe empezar por la familia fortaleciendo este vínculo que nos une –el amor- y a partir de allí la aceptación de las personas de la tercera edad.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal.

UNIVERSO Y MUESTRA

Se tomó un universo de 42 adultos mayores de ambos sexos, internados en el Asilo Hogar Las Mercedes, de la cuidad de San Rafael-Mendoza, que permanecen en el lugar en forma permanente. No se aplicó ninguna técnica de muestreo dado el número de ancianos que formaron parte del universo.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada adulto mayor que vive en el asilo hogar las mercedes.

PLAN DE RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

Este trabajo de investigación fue realizado durante los meses de Diciembre de 2008 a Febrero de 2009; se contó con recursos propios de equipo de trabajo y fue desarrollado en el Asilo Hogar Las Mercedes, Institución religiosa que desde su dirección y comisión de Damas Protectoras prestaron autorización para realizar las actividades que se relacionen con la investigación.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El estudio se realizó en base a una encuesta dividida en 3 secciones: la primera con datos generales donde se analiza la edad y el sexo, la segunda donde se evalúa la capacidad de auto-cuidado y una tercera parte que hace referencia a las relaciones que mantiene el internado con su familia, sus cuidadores y sus pares.

Para la construcción de este elemento de recolección de datos elegimos las variables demográficas edad, sexo, renta personal y las relacionadas con su habilidad para satisfacer sus necesidades básicas y su situación afectiva.

Las entrevistas fueron realizadas cara a cara por las investigadoras con una duración promedio de treinta minutos y las respuestas fueron registradas en el instrumento elaborado.

Los datos obtenidos en la encuesta, se volcaron a una tabla matriz. Cada ítem se desglosó en una tabla y un gráfico.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos fueron presentados utilizando la frecuencia absoluta, relativa y porcentual.

Para el análisis de la capacidad de auto-cuidado se utilizó una codificación con números enteros donde el completo auto-cuidado equivale a 0, pasando por una escala de respuestas hasta el No sabe No contesta con un valor de 5.

Con respecto al ítem de las relaciones se realizó otra codificación donde el 0 indica Muy bueno, 1 Bueno, 2 Regular, 3 Malo y 4 No sabe- No

contesta.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

"Grado de adaptación del adulto mayor a la internación"

Capacidad de autocuidado
- Higiene
- Vestido-acicalamiento
- Uso del baño
- Movilidad en la cama
- Visión
- Audición
- Orientación

Nivel 0	completo autocuidado
Nivel 1	necesita uso de dispositivo auxiliar
Nivel 2	requiere ayuda de otra persona
Nivel 3	necesita dispositivo auxiliar y ayuda de otra persona
Nivel 4	es dependiente y no colabora
Nivel 5	no sabe-no contesta

Relaciones
- Con la familia
- Con otros internados
- Con cuidadores

Nivel 0	Muy bueno
Nivel 1	Bueno
Nivel 2	Regular
Nivel 3	Malo
Nivel 4	No sabe-no contesta

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BIBLIOTECA
U.N.C.
MENDOZA

Reg. Nº F2547

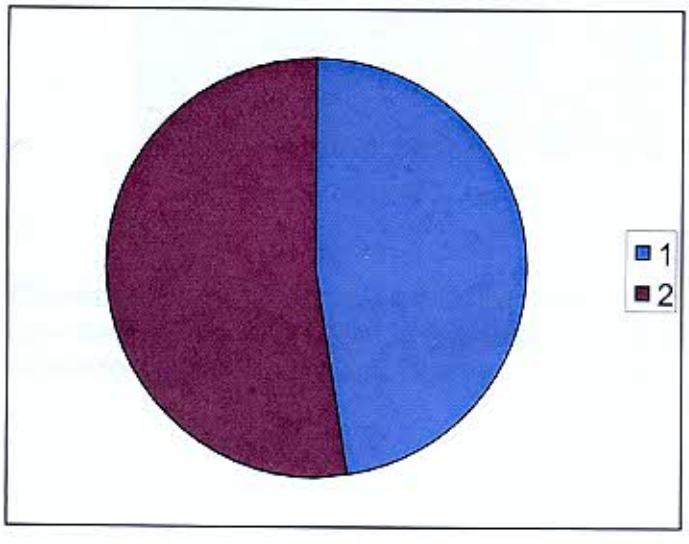
TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA Nº 1: Distribución por sexo.

	F	F%
Masculino	*20*	*49%*
Femenino	*22*	*51%*
Total internados	*42*	*100%*

Fuente: Datos recabados por las autoras, mediante encuesta en adultos del Asilo Hogar Las Mercedes, 2009

GRÁFICO Nº 1



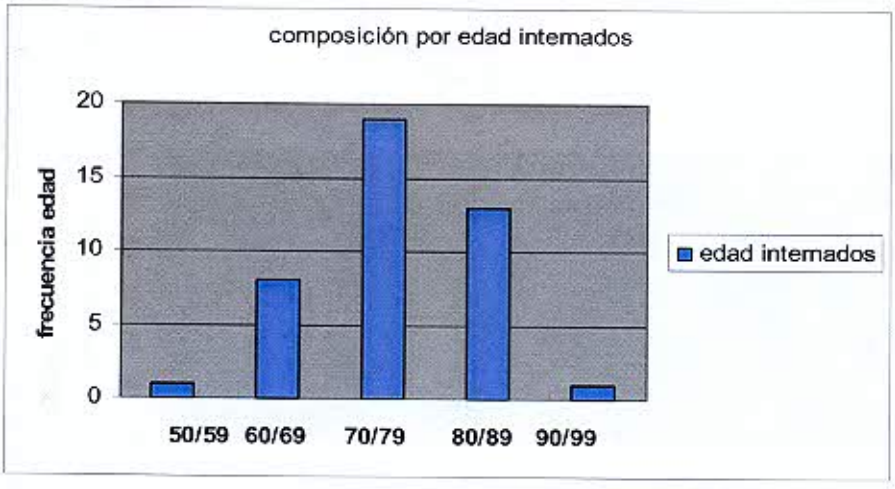
Comentario: se observa que del total de adultos mayores internados, no hay diferencias significativas entre la cantidad de femeninos y masculinos.

TABLA N° 2: Composición por edad de adultos mayores internados en asilo.

N°	Fa	Fr	F%
1	1	0,02	2%
2	8	0,19	19%
3	19	0,45	45%
4	13	0,30	30%
5	1	0,02	2%

Fuente: Datos recabados por las autoras, mediante encuesta en adultos del Asilo Hogar Las Mercedes, 2009

GRÁFICO N° 2



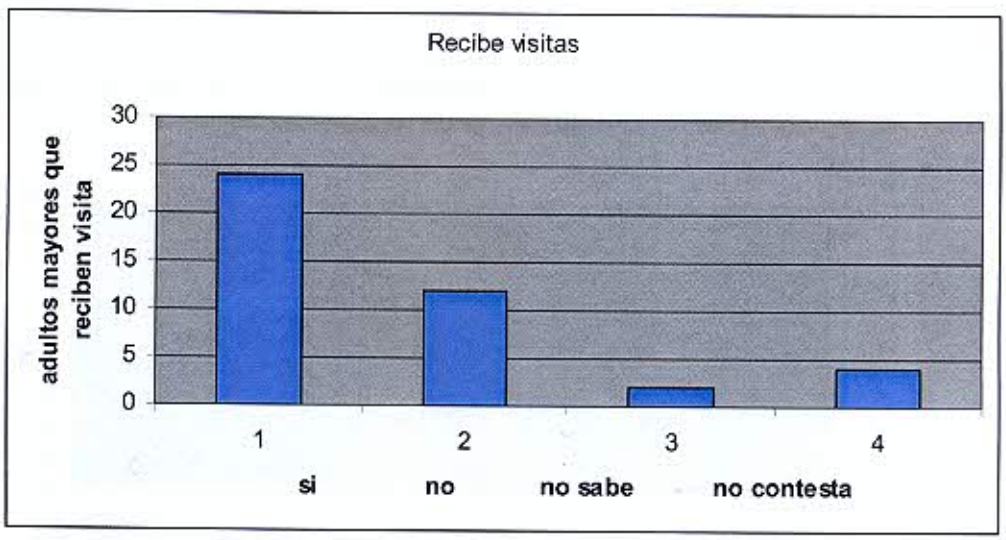
Comentario: Se observa que de un total de 42 adultos mayores internados, encuestados, la mayoría corresponden al intervalo ubicado entre los 70 y los 79 años.

TABLA Nº 3: Distribución según visitas

Nº	Fa	Fr	F%
1	24	0,54	54,5%
2	12	0,27	27%
3	2	0,04	4,5%
4	4	0,09	9%

Fuente: Datos recabados por las autoras, mediante encuesta en adultos del Asilo Hogar Las Mercedes, 2009

GRÁFICO Nº 3



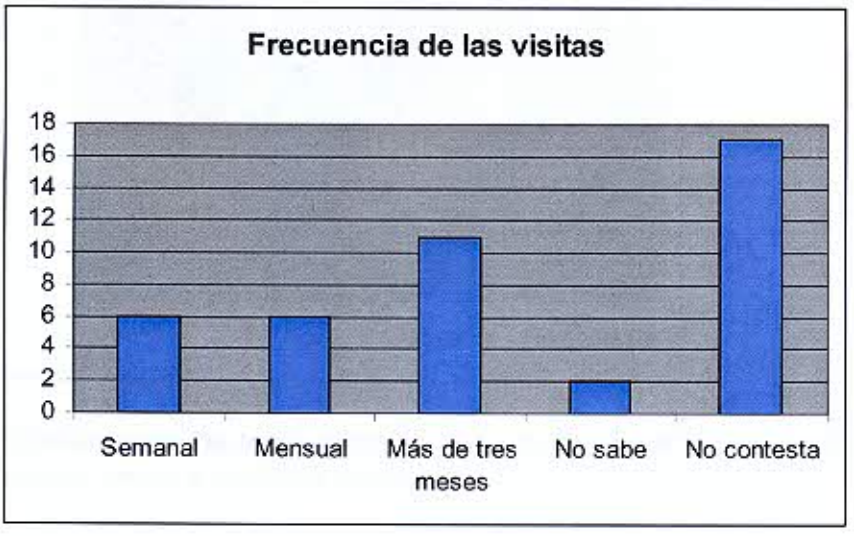
Comentario: Se observa que la mayoría de los adultos mayores reciben visitas.

TABLA Nº 4: Frecuencia de las visitas

Nº	Fa	Fr	F%
1	6	0,13	13,63%
2	6	0,13	13,63%
3	11	0,25	25%
4	2	0,04	4,54%
5	17	0,38	38,63%

Fuente: Datos recabados por las autoras, mediante encuesta en adultos del Asilo Hogar Las Mercedes, 2009

GRÁFICO Nº 4



Comentario: Aunque los adultos mayores son visitados, prefieren no responder a la frecuencia con que reciben visitas.

TABLA Nº 5: Sale del asilo a visitar a la familia

Nº	Fa	Fr	F%
1	7	0,16	16%
2	28	0,63	64%
3	3	0,07	7%
4	4	0,1	10%

Fuente: Datos recabados por las autoras, mediante encuesta en adultos del Asilo Hogar Las Mercedes, 2009

GRÁFICO Nº 5

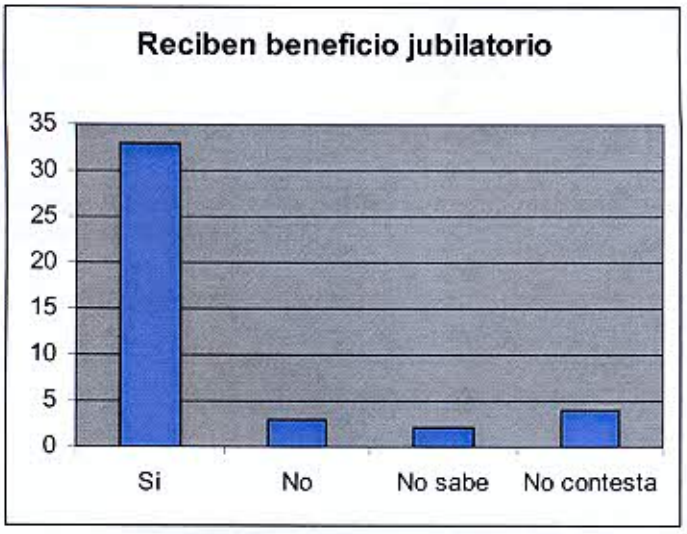
Comentario: De los adultos mayores internados en el asilo muy pocos salen a visitar a su familia.

TABLA Nº 6: Reciben beneficio jubilatorio

Nº	Fa	Fr	F%
1	33	0,75	75%
2	3	0,07	7%
3	2	0,04	4,54%
4	4	0,1	10%

Fuente: Datos recabados por las autoras, mediante encuesta en adultos del Asilo Hogar Las Mercedes, 2009

GRÁFICO Nº 6



Comentario: La mayoría de los adultos mayores internados en el asilo reciben beneficio jubilatorio.

Capacidad de autocuidado

Codificación

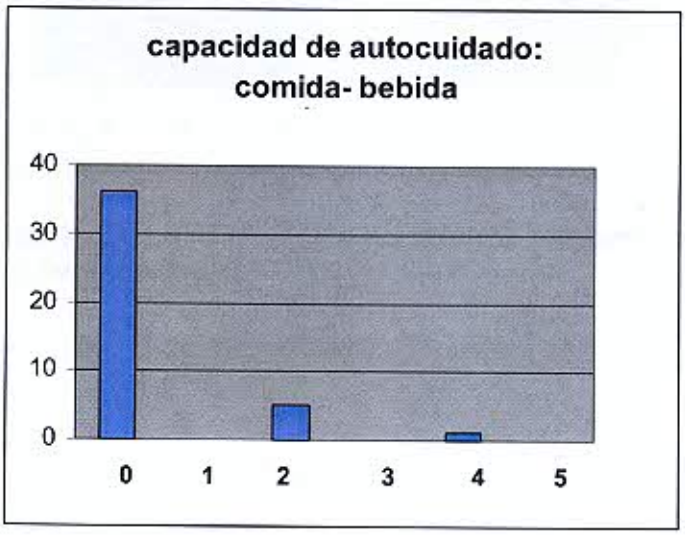
Nivel 0: completo autocuidado
Nivel 1: necesita uso de dispositivo
Nivel 2: requiere ayuda de otra persona
Nivel 3: necesita dispositivo auxiliar y ayuda de otra persona
Nivel 4: es dependiente y no colabora
Nivel 5: no sabe- no contesta

TABLA N° 7: Comida- bebida

N°	fa	Fr	f%
0	36	0.85	85%
1	0	0	0%
2	5	0,11	11%
3	0	0	0%
4	1	0,02	2%
5	0	0	0%

Fuente: Datos recabados por las autoras, mediante encuesta en adultos del Asilo Hogar Las Mercedes, 2009

GRÁFICO n° 7



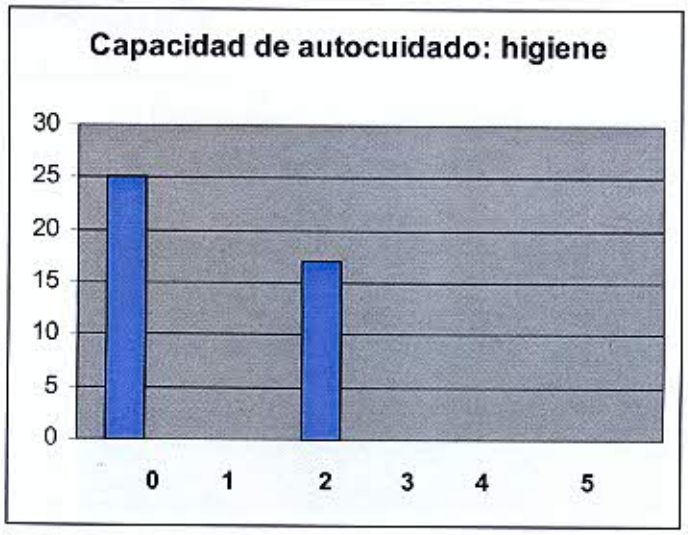
Comentario: La mayoría de los adultos mayores encuestados se valen por sí mismos para alimentarse.

TABLA Nº 8: Higiene

Nº	fa	Fr	f%
0	25	0,59	59%
1	0	0	0%
2	17	0,40	40%
3	0	0	0%
4	0	0	0%
5	0	0	0%

Fuente: Datos recabados por las autoras, mediante encuesta en adultos del Asilo Hogar Las Mercedes, 2009

GRÁFICO Nº 8



Comentario: La mayoría de los adultos mayores, son autónomos en su higiene personal.

TABLA Nº 9: Vestido- acicalamiento

Nº	fa	Fr	f%
0	24	0,57	57%
1	1	0,02	2,38%
2	16	0,38	38%
3	1	0,02	2,38%
4	0	0	0%
5	0	0	0%

Fuente: Datos recabados por las autoras, mediante encuesta en adultos del Asilo Hogar Las Mercedes, 2009

GRÁFICO Nº 9

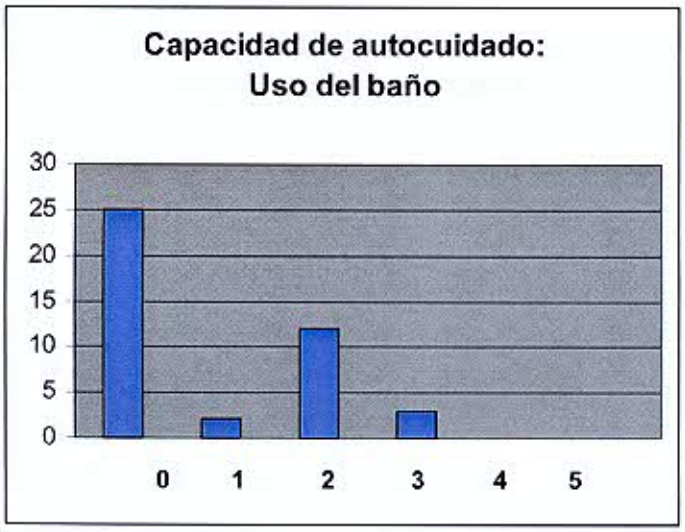
Comentario: Los adultos mayores internados son capaces de vestirse y arreglarse por ellos mismos.

TABLA Nº 10: Uso del baño

Nº	fa	Fr	f%
0	25	0,59	59%
1	2	0,04	4%
2	12	0,28	28%
3	3	0,07	7%
4	0	0	0%
5	0	0	0%

Fuente: Datos recabados por las autoras, mediante encuesta en adultos del Asilo Hogar Las Mercedes, 2009

GRÁFICO Nº 10



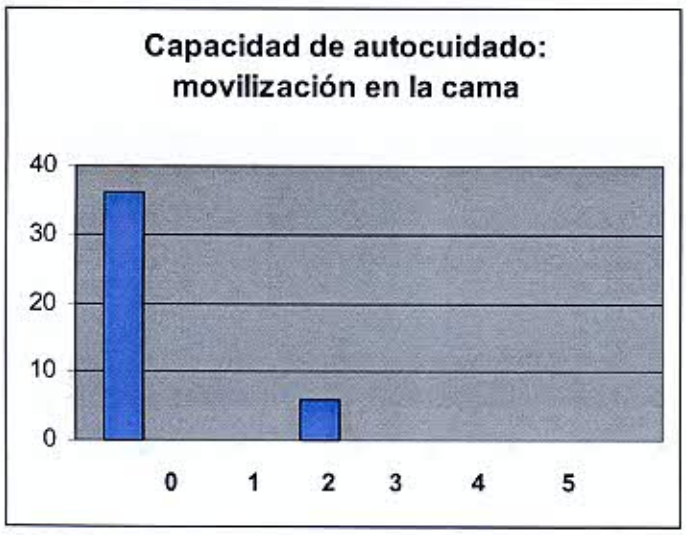
Comentario: Los adultos mayores se valen por sí mismos en el uso del baño.

TABLA Nº 11: Movilización en la cama

Nº	fa	Fr	f%
0	36	0,85	85%
1	0	0	0%
2	6	0,14	14%
3	0	0	0%
4	0	0	0%
5	0	0	0%

Fuente: Datos recabados por las autoras, mediante encuesta en adultos del Asilo Hogar Las Mercedes, 2009

GRÁFICO Nº 11



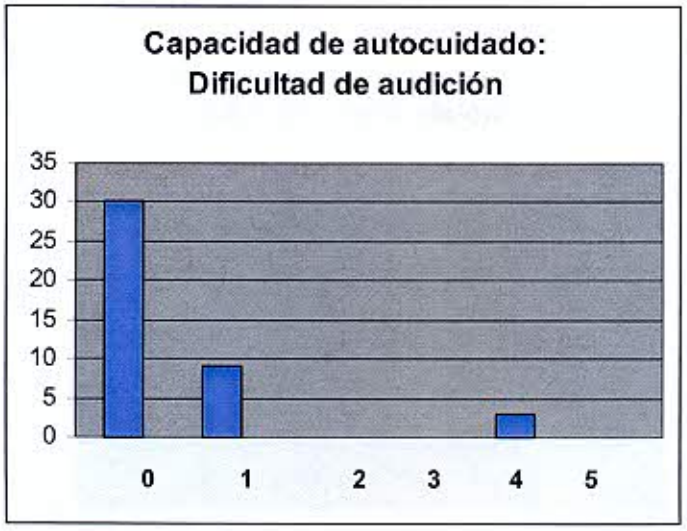
Comentario: Algunos adultos mayores necesitan la colaboración de otra persona para movilizarse en la cama.

TABLA Nº 12: Dificultad de audición

Nº	fa	Fr	f%
0	30	0,71	71%
1	9	0,21	21%
2	0	0	0%
3	0	0	0%
4	3	0,07	7,14%
5	0	0	0%

Fuente: Datos recabados por las autoras, mediante encuesta en adultos del Asilo Hogar Las Mercedes, 2009

GRÁFICO Nº 12



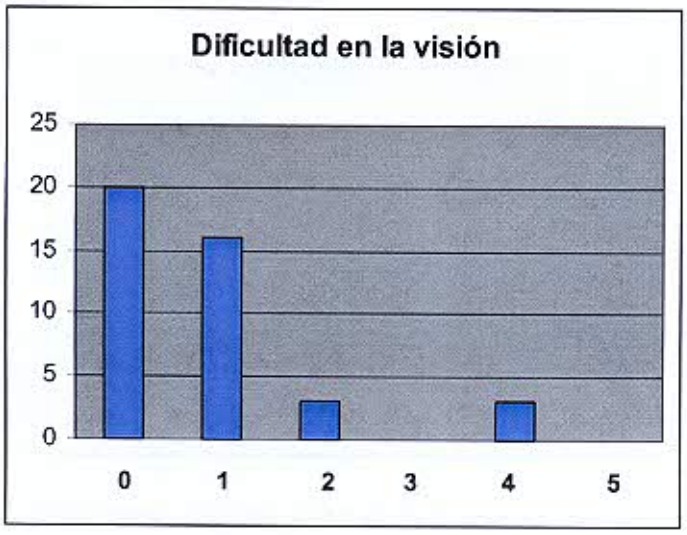
Comentario: La mayoría de los encuestados no presentan problemas de audición.

TABLA Nº 13: Dificultad de visión

Nº	fa	Fr	f%
0	20	0,48	48%
1	16	0,39	39%
2	3	0,07	7%
3	0	0	0%
4	3	0,07	7%
5	0	0	0%

Fuente: Datos recabados por las autoras, mediante encuesta en adultos del Asilo Hogar Las Mercedes, 2009

GRÁFICO Nº 13



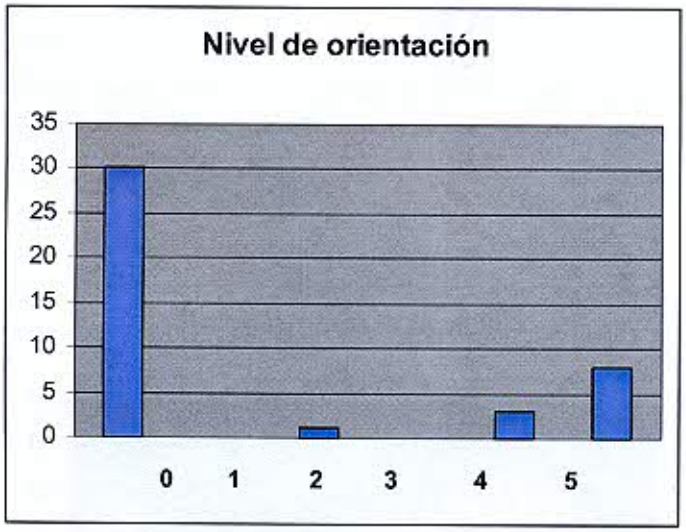
Comentario: aunque la mayoría de los encuestados no presentan problemas de visión, un gran porcentaje sí.

TABLA Nº 14: Nivel de orientación

Nº	fa	Fr	f%
0	30	0,71	71%
1	0	0	0%
2	1	0.02	2%
3	0	0	0%
4	3	0,07	7%
5	8	0,19	19%

Fuente: Datos recabados por las autoras, mediante encuesta en adultos del Asilo Hogar Las Mercedes, 2009

GRÁFICO Nº 14



Comentario: La mayoría de los encuestados están orientados en tiempo y espacio.

Interrelaciones

Codificación

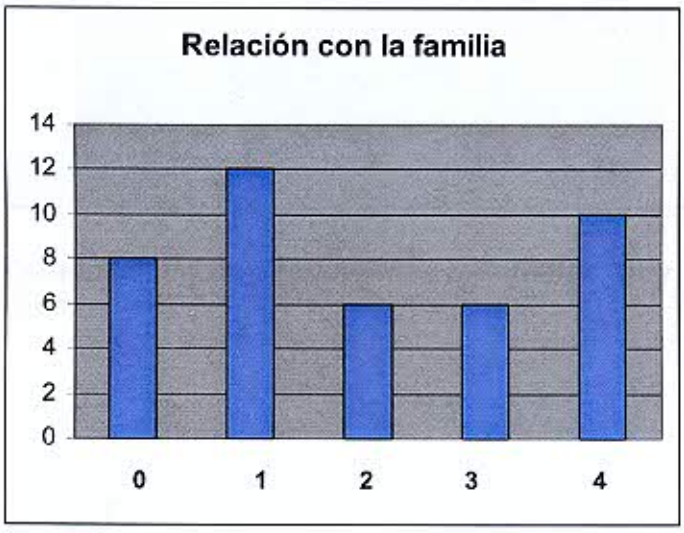
Nivel 0: Muy bueno
Nivel 1: Bueno
Nivel 2: Regular
Nivel 3: Malo
Nivel 4: No sabe-no contesta

TABLA Nº 15: Relación con la familia

Nº	Fa	Fr	f%
0	8	0,19	19%
1	12	0,28	28%
2	6	0,14	14%
3	6	0,14	14%
4	10	0,23	23%

Fuente: Datos recabados por las autoras, mediante encuesta en adultos del Asilo Hogar Las Mercedes, 2009

GRÁFICO Nº 15



Comentario: Los encuestados mantienen buena relación con su familia.

TABLA Nº 16: Relación con los otros internados

Nº	fa	Fr	f%
0	31	0,73	73%
1	6	0,14	14%
2	3	0,07	7%
3	0	0	0%
4	2	0,05	5%

Fuente: Datos recabados por las autoras, mediante encuesta en adultos del Asilo Hogar Las Mercedes, 2009

GRÁFICO Nº 16

Comentario: Los encuestados mantienen muy buena relación entre ellos.

TABLA Nº 17: Relación con los cuidadores.

Nº	fa	Fr	f%
0	38	0,90	90%
1	2	0,05	5%
2	1	0,02	2%
3	0	0	0%
4	1	0,02	2%

Fuente: Datos recabados por las autoras, mediante encuesta en adultos del Asilo Hogar Las Mercedes, 2009

GRÁFICO Nº 17

Comentario: La relación que mantienen los encuestados con los cuidadores es muy buena.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

El número de adultos mayores encuestados fue de 42, discriminándose en 20 masculinos y 22 femeninos (tabla 1), con una escala promedio de 76 años (tabla 2).

Se observó que la mayoría de los adultos mayores reciben visitas (tabla 3).

Respecto a la frecuencia de las visitas aunque los adultos mayores son visitados por su familia, prefieren no responder a la pregunta que hace referencia a la frecuencia con que son visitados (tabla 4).

En relación a las salidas de la institución a visitar a su familia, encontramos que de los adultos mayores internados en el asilo muy pocos (7/42) salen a visitar a su familia (tabla 5).

En cuanto a su ingreso económico-personal, la mayor parte, el 79% reciben beneficio jubilatorio (tabla 6).

Cuando se analizó la capacidad de auto-cuidado se observó que las destrezas para alimentarse, higienizarse, vestirse, uso del baño y movilización en la cama están mantenidas en un alto porcentaje (tablas 7, 8, 9,10 y 11).

Con respecto a las dificultades de audición y visión no presentan inconvenientes importantes (tabla 12 y 13).

Para el nivel de orientación la mayoría (30/42), mantienen conservada su orientación en tiempo y espacio (tabla 14).

En el análisis de la tercera etapa de la encuesta que tiene que ver

con las interrelaciones, observamos que con la familia mantienen buena relación, con los demás internados y sus cuidadores muy buenos (tabla 15, 16 y 17).

CONCLUSIÓN

Se considera envejecimiento a un proceso fisiológico que comienza con el nacimiento, avanza progresivamente con el transcurso del tiempo, desarrollando diferentes etapas que culminan con la última de ellas- la vejez o ancianidad-.Considerándose anciana, a la persona que supera los *65 años, aunque la tendencia es retrasar esta edad hasta los 75 años.*

En los últimos años ha habido un incremento de la población de adultos mayores. Y por diversas razones, también un incremento en las internaciones en las instituciones no hospitalarias conocidas como asilos o unidades geriátricas.

Se observa que mas allá de la situación económica, el adulto mayor termina sus días internado en una institución de este tipo por razones afectivo-familiares (la mayoría de los ancianos que viven allí lo hacen debido a que a sus familiares por una u otra razón no les fue posible mantenerlos dentro del ámbito familiar); se pueden agregar a veces razones de tipo económico o por una decisión estrictamente personal del anciano, pero un gran número de nuestros encuestados poseen beneficio jubilatorio.

También es notorio que la mayoría de los adultos mayores encuestados no recibían visitas o las recibían con poca frecuencia, aislamiento social, que unido a las muy conocidas experiencias de ansiedad, temor y sentimientos de rechazo y abandono predisponen al anciano a trastornos mentales, motivo por el cual es muy importante que haya una continuidad en las relaciones entre éste y su familia y amistades, es fundamental para el individuo, de ahí la importancia de poder generar desde la institución apoyo en este sentido.

Generalmente estas personas que durante muchos años aportaron con su trabajo o con su experiencia, se ven enfrentados al olvido y pasan a ser una molestia para esta sociedad, que no permite defectos tan poco gratos como ser pobre, discapacitado, gordo o viejo.

Entonces las culpas pasan de unos a otros, que el Gobierno, que las instituciones de caridad, que los inescrupulosos que lucran con los ancianos, etc., lo cierto es que la vejez es un tema del que no es fácil hablar y no solo es un problema que viven los ancianos pobres.

Vivimos en un país donde se subestima al anciano; tener dificultades para desplazarse no significa que no puedan hacer pequeñas tareas que los hagan sentirse útiles.

El que disminuya su capacidad auditiva no quiere decir que no puedan mantener una conversación interesante; el que tengan 80 años no implica que dejaron de tener sueños.

Muchos ancianos se desconectan del mundo porque están terriblemente solos; porque son marginados de toda actividad familiar, porque muchas veces los "jóvenes" no les damos cabida, no nos tomamos el tiempo para caminar un poco más lento ni para escuchar una frase mal articulada.

A los ancianos hay que escucharlos, con mucha paciencia.

Ellos son los que nos han legado todo lo que alguna vez les legaremos a los que vienen luego de nosotros. El deterioro seria menos penoso si cada uno que tiene un familiar, un amigo o un vecino de la tercera edad comenzara por ponerle atención, por tratarlo como a un igual, que tiene cosas que decir....basta un saludo, una sonrisa y no subestimarlos más.

La sociedad necesita y debe entregar amor, se debe empezar por la familia, fortaleciendo este vínculo tan importante que nos une...."EL AMOR".

"El, solo necesita un brazo en el que apoyarse para salir al sol. Otros, una mirada que les confirme que siguen siendo alguien. O un corazón que escuche, o una tarde de merienda en compañía. Son muchos los que en nuestra sociedad, enferman de soledad. Pero los otros, somos muchos más, hagamos algo para poner remedio."

María Hoyo

PROPUESTAS

En vista de los resultados obtenidos, nuestra propuesta es : dar a conocer la problemática del adulto mayor internado, que no cuenta con el acompañamiento y la contención familiar, para que Instituciones afines, como grupos religiosos, grupos de jóvenes, centros comunitarios se acerquen a la Institución para dar contención, recreación, compañía y compartir su tiempo con los ancianos logrando que las personas de edad avanzada, puedan recibir mayor atención y por ende un aumento en su calidad de vida, evitando la tendencia natural a la regresión propia de todo grupo humano que se encuentra recluido, priorizando el contacto afectivo, lo que en definitiva aumentará su sentimiento de autoestima.

Desde enfermería, nuestra propuesta es brindar educación, al personal de la Institución, a la familia y a quienes se interesen en esta problemática, sobre los cambios propios de la vejez aumentando el nivel de conocimientos de los cuidadores para que puedan a evaluar mejor la situación física e intelectual de los ancianos y que esto redunde en una mejor atención, y, cómo se podría acompañar al adulto mayor, desde lo afectivo, para que ellos puedan transitar esa parte de la vida tranquilos, con naturalidad, sin sentirse menoscabados en su integridad.

Se realizará en el Asilo Hogar Las Mercedes un programa de educación y reflexión, sobre el envejecimiento y el compromiso de quienes acompañan al adulto mayor en su etapa de vejez.

Plan de actividades

Introducción

Envejecimiento es el proceso fisiológico que comienza con el nacimiento, se desarrolla en forma progresiva a través de diferentes etapas y termina en la vejez o ancianidad. Se considera anciana, a la persona que supera los 65 años, aunque la tendencia actual es retrasar

esta edad hasta los 75 años.

Aparte del deterioro físico, propio de esta etapa, hay un aumento significativo de la dependencia afectiva; ya sea de su propia familia, como así también de los cuidadores.

Objetivo general

- Conocer los cambios fundamentales que se producen en la ancianidad a nivel físico, intelectual y emocional, para poder identificar mejor el estado de salud o enfermedad en que se encuentran los adultos mayores internados.

Objetivos específicos

- Permitir la reflexión y el análisis de cómo lograr una prestación más eficiente.
- Reflexionar acerca de las dimensiones del proceso de envejecimiento.
- Tomar conciencia de la importancia que tiene la familia en el acompañamiento y contención del adulto mayor.

Actividades

Se llevará a cabo una jornada de tres horas reloj, donde se dictará una clase teórica expositiva, con presentación de material visual que incluirá los cambios propios de la vejez.

A continuación se dividirá el grupo general en pequeños grupos, donde se reflexionará acerca de las necesidades intelectuales y emocionales que le acontecen al adulto mayor.

Para finalizar se hará se hará una puesta en común, llegando a una conclusión general.

ANEXOS

Modelo de Encuesta

Universidad Nacional de Cuyo
Facultad de ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
Carrera de Licenciatura en Enfermería

"Grado de adaptación del adulto mayor a la internación en institución no hospitalaria" Asilo Hogar Las Mercedes

Encuesta- Guía de observación

- Edad:
- Sexo: M - F
- Recibe visitas: Si – No – No sabe – No contesta
- Frecuencia de las visitas: semanal - mensual - más de tres meses- No sabe - No contesta
- Sale del asilo a visitar familiares: Si -No - No sabe - No contesta
- Recibe beneficio jubilatorio : Si - No - No sabe - No contesta

Capacidad de autocuidado	Codificación
• Comida- bebida	Nivel 0: completo autocuidado
• Higiene	Nivel 1:necesita uso de dispositivo auxiliar
• Vestido- acicalamiento	Nivel 2:requiere ayuda de otra persona
• Uso del baño	Nivel 3:necesita dispositivo auxiliar y ayuda de otra persona
• Movilidad en la cama	Nivel 4:es dependiente y no colabora
• Dificultad de audición	Nivel 5: no sabe-no contesta
• Problemas de visión	
• Nivel de orientación	

Relaciones	Codificación
• Familia:	Nivel 0: Muy bueno
• Otros internados:	Nivel 1: Bueno
• Cuidadores	Nivel 2: Regular
	Nivel 3: Malo
	Nivel 4: No sabe – no contesta

TABLA MATRIZ

Datos generales

	1- Recibe visita				2- Frecuencia Visitas					3- Sale del Asilo				4- Recibe Jubilación			
Análisis	SI	NO	NO Sabe	NO Cont	Sem	Mens	+ de3 Meses	No Sabe	No Cont	SI	NO	NO Sabe	No Cont	SI	NO	No Sabe	No Cont
1	x				x						x			x			
2	x						x				x			x			
3	x				x					x				x			
4	x					x				x				x			
5			x						x		x			x			
6	x					x					x			x			
7		x							x		x			x			
8	x							x		x						x	
9	x						x				x				x		
10	x						x				x			x			
11	x				x					x					x		
12	x				x					x				x			
13		x							x			x		x			
14		x							x		x			x			
15		x							x		x			x			
16		x							x		x			x			
17				x					x				x				x
18		x							x		x			x			
19	x				x					x				x			
20	x						x				x			x			
21	x						x				x			x			
22				x					x				x				x
23	x					x					x			x			
24		x						x				x		x			
25	x					x					x			x			
26			x						x			x		x			
27				x			x		x				x				x
28	x						x				x			x			
29	x										x			x			
30		x					x		x		x			x			
31	x										x			x			
32		x							x		x			x			
33		x							x		x			x			
34	x					x					x			x			
35		x							x		x					x	
36	x						x				x			x			
37		x							x		x			x			
38				x					x				x				x
39	x					x					x			x			
40	x						x				x			x			
41	x				x						x				x		
42	x						x			x				x			
Totales	24	12	2	4	6	6	11	2	17	7	28	3	4	33	3	2	4

Capacidad de autocuidado

Comida-bebida						Higiene						Vestimenta-Acicalamiento						Uso baño					
0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
X								X						X						X			
X						X						X								X			
X						X						X						X					
		X				X								X						X			
X						X								X					X				
X								X						X						X			
X						X						X						X					
X						X						X						X					
		X						X						X						X			
X						X						X						X					
X						X								X				X					
X						X						X						X					
X						X						X						X					
X						X						X						X					
X								X						X						X			
		X						X							X						X		
X						X						X						X					
X						X						X						X					
X						X						X						X					
X								X						X							X		
X								X						X							X		
X						X						X						X					
				X				X						X						X			
X								X						X				X					
X								X						X						X			
X								X				X						X					
X								X						X						X			
X						X						X						X					
X						X						X						X					
X								X					X							X			
		X						X						X						X			
X						X						X						X					
X						X						X						X					
X						X						X						X					
X						X						X						X					
X						X						X						X					
X								X						X					X				
36	0	5	0	1	0	25	0	17	0	0	0	24	1	16	1	0	0	25	2	12	3	0	0

Mov. cama						Dif. Audición						Problemas Visión						Orientación					
0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
		x				x						x						x					
x						x						x						x					
x						x							x					x					
x						x							x					x					
x						x							x					x					
x						x							x					x					
x						x						x						x					
x						x						x											x
		x					x									x						x	
x						x						x						x					
x						x							x					x					
x						x						x						x					
x							x					x						x					
x						x						x						x					
x						x										x		x					
x						x										x						x	
x							x					x											x
x						x							x					x					
x						x							x					x					
		x					x						x					x					
		x					x						x					x					
x										x		x											x
x						x						x											x
x						x						x						x					
x						x							x					x					
x						x						x											x
x						x							x										x
x							x						x					x					
x							x					x						x					
x						x							x					x					
		x					x							x									x
x						x								x				x					
x										x		x						x					
x						x							x					x					
x						x						x						x					
		x					x							x									x
x						x							x					x					
x										x		x								x			
x						x												x					
x						x							x					x					
x						x						x										x	
x						x						x						x					
36	0	6	0	0	0	30	9	0	0	3	0	20	16	3	0	3	0	30	0	1	0	3	8

Relaciones interpersonales

Familia					Otros					Cuidadores				
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
x						x				x				
		x			x					x				
x					x					x				
	x					x				x				
				x			x				x			
	x				x					x				
			x				x					x		
				x	x					x				
		x			x					x				
		x			x					x				
	x				x					x				
x					x					x				
		x			x					x				
	x					x				x				
			x		x					x				
			x		x					x				
				x					x					x
			x			x				x				
x					x					x				
	x				x					x				
	x				x					x				
				x		x					x			
x					x					x				
				x	x					x				
	x				x					x				
				x	x					x				
				x					x	x				
	x				x					x				
		x			x					x				
				x	x					x				
	x				x					x				
			x		x					x				
				x			x			x				
		x			x					x				
			x			x				x				
	x				x					x				
	x				x					x				
				x	x					x				
x					x					x				
x					x					x				
x					x					x				
	x				x					x				
8	12	6	6	10	31	6	3	0	2	38	2	1	0	1

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ***ABIZONDO SOLER P.;*** *"Fragilidad y discapacidad del anciano" En: Revista Española de geriatría y gerontología. Volumen 43- Número 1- Enero- febrero pág. 60-67. Madrid. 2008.*
- ***DÍAZ TABORES O. SOLES QUINTANA M.L. GARCÍA CAPOTE M.*** *"El apgar familiar en ancianos conscientes" En: Revista Cubana Medicina General Integral. Volumen 14- Páginas. 48-53. 1998*
- ***GALÁN CABELLO C.M, TRINIDAD D.T, CORDERO P. R, GÓMEZ FERNÁNDEZ J. P Y OTROS.*** *"Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas". En: Revista Española de geriatría y gerontología. Julio-Agosto pág. 208-213. 2008*
- ***HERNÁNDEZ ZAMORA Z.E.*** *"Cuidados del adulto mayor residente en asilos." Index de enfermería. 1- 11. 2002*
- ***KRAUS S.*** *"Proceso de retiro jubilatorio". Enciclopedia de psicología médica. Mayo pág. 328- 352. Editorial El Ateneo. 2007.*
- ***DIARIOC.COM.AR CATAMARC*** *"La población argentina envejece según el último censo" - Ministerio de Producción y Desarrollo de Catamarca 05-08-2003*
- ***CLARÍN.COM*** *"La Argentina envejece: el 10% de la población tiene más de 65 años." 06-08-2003*
- ***LEXUS EDITORES ENFERMERÍA GERIÁTRICA.*** *"Manual de enfermería" pág. 687-696. 2005*
- ***MARÍN.P.P. , HAY T, GAC, H CARRASCO M. DUERY,P. PETERSEN, K. CABEZAS, M. Y OTROS*** *"Evaluaciones de adultos mayores institucionalizados, usando el sistema de clasificación de pacientes RUG T-18" En: Revista médica de Chile. Volumen 132- pág. 701-706. 2004*

- ***MELÉNDEZ MORAL J.C. MIGUEL J. M.T. NAVARRO PARDO E.*** *"Análisis del bienestar en la vejez según edad" En: Revista española de geriatría y gerontología. Volumen 43 Número 2 marzo- abril 2008*
- ***RISCART M. Y OTROS*** *"Interrelaciones de la familia con el adulto institucionalizado". En: Revista cubana de enfermería. pág. 21- Capítulo 1. 2006*
- ***www.indec.gov.ar*** *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INDEC "Análisis demográfico" 1991- 2001*