

Nursing Interventions In Patients With Geriatric Syndromes In A Permanent Geriatric Stay

*Mts Claudia Marcela Cantú Sánchez. Candidata A Dra.
En Ciencias Del Desarrollo Humano.

Profesor De Tiempo Completo.

Departamento De Enfermería De Irapuato. División De Ciencias De La Vida, Universidad De Guanajuato, México. Integrante Del Cuerpo Académico Prevención Y Estados Crónicos Del Adulto.

Resumen:

El envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo de tipo biológico, psicológico y social, producido como consecuencia de cambios genéticamente programados, historia, estilos de vida, ambiente y condiciones sociales a las que estuvo expuesta la persona. En cambio, la vejez es una etapa de la vida cuyo inicio lo establece la sociedad, de ahí que la Organización de las Naciones Unidas acordó que, en los países en desarrollo, se catalogue como adultos mayores a las personas de 60 y más años.

Lo anterior se considera importante porque durante el envejecimiento se producen cambios estructurales y funcionales en diferentes órganos y sistemas. Por tal motivo, como profesionales de la salud, debemos de conocer los cambios morfológicos y funcionales normales del envejecimiento fisiológico, y así orientar al adulto mayor para que adecue y mejore su estilo de vida. Es importante señalar que la estancia geriátrica permanente alberga un total de 61 adultos mayores (29 hombres y 32 mujeres); la información mostrada a continuación corresponde a un total de 29 adultos mayores (15 mujeres y 14 hombres).

Palabras clave: *Envejecimiento, Adulto Mayor, Estancia, Autocuidado, Síndromes geriátricos*

Date of submission: 14-03-2024

Date of acceptance: 24-03-2024

I. Introducción

Se denomina envejecimiento al proceso de cambios morfofuncionales que se producen en el ser vivo en relación con el paso del tiempo. Dicho proceso de envejecimiento puede ser contemplado desde dos perspectivas principales, la referida a los cambios fisiológicos o esperados para todos los individuos independientemente de sus experiencias vitales, o lo que se refiere a los cambios patológicos, propios de cada individuo y que están relacionados con las alteraciones del equilibrio orgánico en relación con el desarrollo de procesos morbosos. En el año de 1987, Rowe y Kahn establecieron la diferenciación entre envejecimiento normal (usual aging) y envejecimiento exitoso o saludable (successful aging), incluyendo en éste la baja probabilidad de padecer enfermedades o discapacidad, elevada capacidad funcional física y cognitiva, y mantenimiento de una vida activa en la sociedad.

Se tiene estimado que únicamente entre el 20 y 25% de la variabilidad en la edad de fallecimiento vendrá determinado por los factores genéticos, de los cuales unos se constituirán en factores de supervivencia, mientras que otros serán factores predisponentes para el padecimiento de ciertas enfermedades crónicas, entre las que podríamos destacar las enfermedades coronarias, algunos tipos de cáncer, la diabetes mellitus o algunas demencias como la enfermedad de Alzheimer.

Los determinantes socioeconómicos ejercen una gran influencia sobre el proceso de envejecimiento, de tal manera que en las sociedades desarrolladas y, por lo tanto, más ricas, la esperanza de vida al nacer llega a ser el doble de la de los países más pobres, incluyéndose las condiciones y seguridad en el trabajo, aspectos referidos a la jubilación o el nivel de instrucción alcanzado.

Otro factor de gran relevancia en el proceso de envejecimiento como lo refiere Calenti, 2011, será el referido a los hábitos o estilos de vida; así, se considerarían hábitos anómalos y, por lo tanto, con influencia negativa sobre el envejecimiento, la vida sedentaria, el consumo de tabaco o alcohol, las dietas no equilibradas, la falta de las relaciones sociales o la actividad en algunos sectores laborales generadores de estrés (directivos, profesionales de la salud o controladores aéreos, entre otros), o muy exigentes desde el punto de vista físico (estibadores o peones de obra, entre otros). Hay que señalar la importante diferencia de longevidad en cuanto al género, ya que, en las mujeres, por ejemplo, en España, viven casi siete años más de media que los hombres y, de alguna manera, están condicionando una sociedad feminizada de mayores, sobre todos cuando nos referimos a la población de más edad.

El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Estos cambios son: bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales. (Sociedad Española de Enfermería Geriátrica, 1999).

El significado de Geriátrica de acuerdo con Nicola 1985, es la medicina de los ancianos. Esta definición incluye, en un sentido moderno, la asistencia médica; es decir, prevención y tratamiento de enfermedades de la vejez y asistencia psicológica y socioeconómica.

La gerontología la define Calenti en 2011, como la ciencia que estudia el envejecimiento y todos los fenómenos asociados a éste, dividiéndose en tres ramas de acuerdo a los aspectos que recoge: la gerontología social, cuyo objetivo es el estudio de todos los aspectos socioeconómicos y culturales que influyen en el envejecimiento; la gerontología experimental, referida a los aspectos de investigación que nos permitirían avanzar en el conocimiento del envejecimiento y, por último, la gerontología clínica, que se referiría a todo lo que tiene que ver con la enfermedad, su prevención, su diagnóstico y la intervención y readaptación social. En este sentido, la gerontología clínica incluiría todas las actuaciones que hay que realizar en la cabecera del enfermo por los diferentes profesionales del ámbito de la salud.

La edad efectiva de una persona puede establecerse teniendo en cuenta diversas consideraciones que nos permiten diferencias cuatro tipos de edades: Edad cronológica, Edad fisiológica, Edad psíquica y Edad social.

La Edad Cronológica: Se define por haber cumplido un determinado número de años; respecto de la vejez se ha convenido hasta el momento, los 65 años. Es objetiva en su medida ya que todas las personas nacidas en la misma fecha comparten idéntica edad cronológica. La ventaja de la objetividad de la edad cronológica se vuelve inconveniente al comprobar el impacto diferente del tiempo sino la calidad del tiempo transcurrido, los acontecimientos vividos y las condiciones ambientales que lo han rodeado.

Edad Fisiológica: Es definida por el envejecimiento de sus órganos y tejidos, es decir, la afectación física del individuo. Los cambios orgánicos se producen de forma gradual: lentos e inapreciables al comienzo del proceso, hasta que afectan el normal desarrollo de las actividades de la vida diaria o interfieren en ellas.

Edad Psíquica: Difícilmente se puede establecer, pero los acontecimientos externos de la vida de cada persona, sociales y afectivos, hacen reaccionar a cada una según su personalidad, circunstancias y experiencia vital.

Edad Social: Esta se establece con el rol individual que se debe desempeñar en la sociedad. Esta forma de clasificar puede considerarse discriminatoria ya que no tiene en cuenta las aptitudes y actitudes personales frente a la resolución de las actividades de la vida diaria. Sin embargo, los límites de la edad social cambian según las necesidades económicas y políticas del momento. (Sociedad Española de Enfermería Geriátrica, 1999).

Teorías del envejecimiento

Desde el punto de vista biológico, es definido como “la serie de modificaciones morfológicas, bioquímicas y funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del paso del tiempo sobre los seres vivos”. Este campo de la biología se denomina biogerontología.

El envejecimiento biológico es un proceso que el organismo cambia y que con el tiempo disminuye las probabilidades de supervivencia reduciendo su capacidad fisiológica de autorregulación, reparación y adaptación a las medidas ambientales.

Factores que afectan al envejecimiento biológico

El envejecimiento como proceso es progresivo se ve afectado de diferentes maneras en los distintos individuos de acuerdo con diversos factores, tanto endógenos, sobre los que no podremos actuar (la edad, el sexo, la raza, factores genéticos, etc.), como exógenos donde a través de medidas preventivas se eviten los factores que disminuyan la esperanza de vida de los adultos mayores

Niveles de Estudio del envejecimiento del organismo

Las causas que influyen sobre el envejecimiento de los organismos pluricelulares pueden ser muy variadas, según actúen sobre:

1. Las moléculas y células, individualmente consideradas.
2. Los componentes extracelulares
3. Las interrelaciones entre las distintas células jerarquizadas

Los estudios a nivel celular comenzaron a desarrollarse con Alex Carrel, premio Nobel, que cultivó “in vitro” una población de fibroblastos (células con gran capacidad de división) durante más de treinta años, postulando que las células individuales no jugarían ningún papel en el fenómeno del envejecimiento.

Esta teoría fue desmentida posteriormente por Hayflick y Moorhead, que determinaron que el número de duplicaciones era inversamente proporcional a la edad del donante.

Actualmente hay más de 300 teorías sobre las causas del envejecimiento y su número continúa aumentando. Cualquier teoría sobre el envejecimiento debe explicar no sólo el mecanismo de desarrollo de un ser vivo y su eventual muerte, sino principalmente las variaciones evolutivas de su vida y las razones por las que el envejecimiento tiene diferentes parámetros en distintas especies, tejidos, órganos y células.

Teorías Fisiológicas

Dentro de este apartado se engloban varias teorías que tratan de explicar el proceso de envejecimiento apoyándose en mecanismos fisiológicos:

La teoría del deterioro orgánico (*wear and tear*), que explicaría el proceso desde el punto de vista del deterioro de los sistemas por su utilización a lo largo del tiempo. Sistemas que afectan a todas las células corporales y cuya disminución funcional causa modificaciones generales en el organismo, como el sistema cardiovascular, el sistema endocrino o el sistema nervioso.

Las alteraciones de los mecanismos fisiológicos de la homeostasis en sistemas tan relevantes como los mencionados, incapacitan al organismo en su conjunto para responder a los cambios medio ambientales. La pérdida de mecanismos de adaptación celular, o bien la pérdida de células irremplazables, sería uno de los tipos de agentes causales del deterioro.

La teoría inmunobiológica, que explica el fenómeno desde el punto de vista del deterioro del sistema inmunitario, ya que en el mismo se ha observado una disminución de la capacidad de las células de defensa para producir anticuerpos, con la consiguiente disminución de la respuesta inmune de los organismos frente a los agentes externos. Este hecho se pone de manifiesto con la relación establecida entre los tumores malignos y la edad, existiendo una disminución de respuesta por parte de las células de defensa frente a los estímulos proliferativos.

La teoría del estrés, para la cual las pérdidas en la capacidad de respuesta del organismo serían el resultado de la tensión a la que nos vemos sometidos durante la existencia.

Teorías Bioquímicas y Metabólicas

El paso del tiempo produce cambios en las moléculas y en los elementos estructurales de las células que darán lugar a la alteración de sus funciones.

Teoría de la acumulación de productos de desecho. Se observa que con el paso del tiempo se van acumulando diversos cuerpos pigmentados, como la lipofuscina, en el interior de las células, especialmente en las células que no se dividen como las neuronas o las fibras musculares estriadas; estos productos a la larga afectarían a las funciones celulares.

Teoría de las interconexiones o del entrecruzamiento (*Cross-linking*). Esta teoría se fundamenta en que con la edad se producen alteraciones por uniones de naturaleza fuerte o débil entre dos o más moléculas; aunque individualmente consideradas son uniones reversibles, se irían acumulando con el tiempo y producirían la alteración de funciones fisiológicas celulares. Las interconexiones llevarían aparejado un aumento de la viscosidad de dicho medio, siendo por tanto afectado el flujo de nutrientes y la eliminación de productos de desecho.

Teoría de los radicales libres de oxígeno. Postulada por Denham Harman, se basa en que los radicales libres producidos en las vías metabólicas de organismos aerobios están implicados en el envejecimiento. Una de las comprobaciones experimentales de esta teoría, todavía en desarrollo, se fundamenta en el control de la producción de radicales libres mediante la manipulación de la dieta. Dietas hipocalóricas con poca producción de radicales libres disminuyen la aparición de determinadas enfermedades y aumentan la longevidad en muchas especies.

Teoría de los radicales libres mitocondriales. Miquel, partiendo de las teorías de Harman, sostiene que el envejecimiento celular podría verificarse a partir de la liberación de radicales libres mitocondriales, más agresivos, con relación a la menor capacidad de defensa de la célula, que actuarían sobre el ADN mitocondrial; y así arrancarían el proceso de envejecimiento celular, al ser entonces la célula incapaz de abastecerse de energía. En todo caso sabemos que los radicales libres se encuentran involucrados en múltiples procesos fisiológicos y patológicos, sobre todo neurovegetativos, entre los que se encuentran la enfermedad de Parkinson, el corea de Huntington, la enfermedad de Alzheimer y el cáncer.

Teorías Genéticas

Son las que actualmente reciben mayor atención, dado que los fenómenos biológicos relacionados con la edad parecen tener su base en acontecimientos que se producen en el sistema genético, algunos autores postulando que el envejecimiento es un fenómeno programado genéticamente, ya que la duración máxima de la vida en las especies animales, o Expectativa de Vida Máxima Potencial (EVMP), es constante para cada una de ellas, pero muy diferente en relación con las demás, de tal modo que a mayor expectativa de vida, menor velocidad de envejecimiento.

Teoría de la acumulación de errores. Postulada por Medvedev, supondría que la pérdida de secuencias únicas del ADN daría lugar al deterioro. La existencia de secuencias repetidas de ADN podría ser una estrategia evolutiva para retrasar la inevitabilidad del acontecimiento, actuando como un mecanismo de reserva para proteger información vital de errores al azar de ADN.

Teoría de la mutación somática a partir de las alteraciones del ADN. Postulada por Confort, decía que el envejecimiento se generaría a partir de una serie de lesiones a nivel del ADN nuclear, teoría que posteriormente se matizaría por otros autores que achacarían la causa al ADN mitocondrial, el cual provocaría los decrementos fisiológicos característicos del envejecimiento. Estas mutaciones serían aceleradas por factores exógenos como las radiaciones o los agentes químicos, mientras que la protección frente a estos agentes enlentecería el deterioro.

Teoría de la programación genética. Según sus autores, en el genoma está marcada una secuencia determinada de acontecimientos que se expresa de forma ordenada durante el ciclo vital y que podrá ser afectada tanto por factores exógenos como endógenos que darían la variación individual en la evolución prevista. (Sociedad Española de Enfermería Geriátrica, 1999)

Aspectos psicosociales del envejecimiento

Para analizar los cambios psicosociales que se presentan en las personas mayores se ha de tener en cuenta no sólo su situación en el momento actual sino 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 cuál es su historia de vida, dentro de la cual encontraremos no sólo su pasado histórico social individual, sino el del entorno en la cual se ha realizado. Esta información nos va a facilitar el poder predecir cómo esta persona va a reaccionar frente a las nuevas situaciones que va a vivir.

Tiempo de reacción:

Con el envejecimiento la respuesta a estímulos es más lenta.

Por ello, al cuidar a personas ancianas hemos de partir de la base de que su ritmo va a ser más lento y evidentemente les tenemos que hacer comprender que no pueden realizar las actividades de una forma más rápida ya que ello conllevaría un riesgo importante de carácter físico y por ello no deben de sentirse incapaces de realizar dichas tareas, minimizando de esta forma el impacto psicológico que representa el sentirse incapaz de realizar algo, ya que el tema es sólo una cuestión de tiempo.

Capacidad de acción:

La lentitud es más notoria a medida que pasan los años, algo fácilmente observable en las personas ancianas, siendo ésta una de las características más destacadas del envejecimiento.

Esta lentificación de las acciones está influenciada por la pérdida de eficacia de los procesos sensoriales, pues el sistema nervioso central procesa los estímulos con menos eficacia y da lugar a un tiempo de respuesta mayor y alterando evidentemente también la precisión. Por ello no debemos apresurar al anciano en la realización de una actividad, hay que darle tiempo al tiempo.

Agudeza sensorial:

Su alteración, que es de carácter fisiológico, tiene una influencia importante en los mecanismos psicosociales que influyen en el equilibrio, ya que según su funcionamiento reducirá o distorsionará la información que la persona debe procesar.

La calidad de la agudeza sensorial influye en el pensamiento, la inteligencia, la capacidad de dar soluciones a los problemas, la comunicación y la autoimagen de la propia persona. Y su déficit dará una información incompleta o incorrecta.

Inteligencia:

Según Eisdoffer (1977), la define como “la capacidad de comunicar, comprender y cuidar de uno mismo”.

Existen evidencias contrastadas que demuestran que la inteligencia media es la integración de muchos factores de carácter independiente, endógenos y exógenos, con efectos colaterales y en la que también interviene el estado de salud más que la edad cronológica en sí.

La persona mayor anciana media, física y mentalmente sana, no presenta disminución en su capacidad de inteligencia. Por lo general el déficit de inteligencia 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.

Aprendizaje.

En las etapas finales de la vida tanto la memoria como el aprendizaje disminuye, aunque no temporice esta función, es decir, que se le permita utilizar el tiempo que necesite. También se debe de tener presente que el

aprendizaje está relacionado con toda una serie de factores complejos que influyen en él como la salud, el tiempo de reacción y la motivación entre otros.

Es cierto que el déficit en el aprendizaje no afecta a todas las personas mayores por igual. Las diferencias en esta capacidad tienen que ver con mucha frecuencia con la situación de la persona, la motivación, las actitudes y la percepción. La verdad es que las personas mayores tienen una motivación alta en el aprendizaje, cuando el tema o actividad tienen un sentido para ellos. Lo que es cierto es que aprenden con mayor facilidad cuando la información se da a 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

Ante los 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. Les es difícil llegar a realizar una discriminación precisa frente a los estímulos múltiples para organizar una información o material que sea complejo y evidentemente también por la ineficacia de su memoria a corto plazo.

Memoria:

El proceso de envejecimiento produce un deterioro mínimo en la memoria. La memoria se divide en inmediata, reciente y remota (La Rue, 1982).

La memoria inmediata la medimos pidiendo a las personas que repitan una serie de números, por lo tanto, implica un recuerdo durante unos segundos. Es una función que raramente se ve dañada significativamente en las personas ancianas.

La memoria reciente consiste en recordar información suministrada hace unos minutos. Se caracteriza por estar disminuida en las personas ancianas. Este tipo de memoria se puede ver afectada por factores fisiológicos y/o psicológicos. Esto último puede suceder en una persona que puede ser independiente, aun teniendo una libera afectación de este tipo de memoria; el hecho de que se presente un problema fisiológico (hipoxia) o psicológico (el fallecimiento de una persona allegada) puede desencadenar una descompensación o pérdida de capacidad importante o grave en este tipo de memoria.

La memoria remota es la que permite recordar lo sucedido o aprendido hace muchos años. Su función se ve poco afectada por el envejecimiento normal.

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 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 los 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.

El autoconcepto positivo de las personas mayores es uno de los valores más importantes. La persona que tiene un buen autoconcepto de sí 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.

Los ancianos presentan alteraciones de la autoestima con frecuencia, causados por procesos patológicos agudos o crónicos, por cambios en el entorno físico, social o económico, como pérdidas de seres queridos, etc. Ante estas circunstancias existen alternativas como el voluntariado o los animales de compañía, entre otros, que servirán para incrementar la autoestima.

Personalidad

Se considera que es un rasgo que heredamos y en el que influye el entorno. Es la forma como la persona percibe, piensa, actúa y siente.

Se puede decir que hay dos personalidades, una interna, donde encontramos la motivación, la autoestima y los valores y otra externa, que es la que la persona muestra a los demás. La personalidad en el anciano no suele alterarse por el proceso de envejecimiento, y es clave para determinar cómo se va a comportar ante un determinado proceso, es decir, cuáles van a ser sus reacciones. Esto significa que una persona anciana hará frente a las pérdidas de la misma manera en la que ha actuado a lo largo de toda su vida. Los cambios acentuados que se presenten estarán relacionados con la forma de ser que tenía la persona en otras etapas de su evolución. La transformación en personas introvertidas muchas veces está asociado al miedo a las pérdidas y a los procesos de duelo.

Jubilación

La jubilación se establece de forma administrativa al llegar a una determinada edad y lleva consigo asociado toda una serie de cambios, que fuerzan a la naturaleza humana a renovaciones de conducta y comportamientos a partir de un momento cronológico determinado, con lo que crea toda una serie de problemas físicos, sociales y psicológicos.

A pesar de ser un logro social importante, el modo como se aplica lleva consigo una carga negativa de carácter económico social y psicológico que muchos jubilados no resisten, y desarrollan cuadros de ansiedad o angustia con repercusiones físicas y psicológicas. (Quintanilla, 2006)

El Paciente Gerontológico como persona: autonomía y dependencia.

Nuestras sociedades envejecidas plantean desafíos económicos, sociales, familiares, personales y también éticos. El tránsito a la madurez y el logro de autonomía significan convertirse en razonadores prácticos independientes. No independencia en el sentido de autarquía, sino independencia consciente de nuestra vulnerabilidad, fragilidad y dependencia: una interdependencia reflexiva, en la que el reconocimiento de la dependencia y su conversión en oportunidad o capacidad de vida es la clave de la independencia y la autonomía.

Las tres dimensiones de la autonomía

Para identificar y comprender cuáles son las necesidades de salud de un paciente gerontológico y las respuestas clínicas y éticas más adecuadas es necesario distinguir tres dimensiones de la autonomía, aunque no como realidades aisladas sino como un continuum: la autonomía decisoria, la autonomía informativa y la autonomía funcional:

La autonomía decisoria refiere a la libertad de elección, esto es, a la capacidad del paciente para deliberar y decidir (se) por un curso de acción. Es la dimensión ética y jurídicamente más desarrollada, a partir de la teoría del consentimiento informado. La ausencia o limitación de la autonomía decisoria se califica genéricamente como incapacidad y se soluciona a través de las decisiones de representación, las instituciones de guarda, representación y asistencia y más recientemente, la planificación anticipada de la atención o las instrucciones previas.

La autonomía informativa se centra en la definición, la protección y el control de la información de carácter personal y de la documentación asistencial, bien con mecanismos tradicionales como el secreto profesional, la confidencialidad y el derecho a la intimidad, bien con otros más recientes como el derecho fundamental a la protección de datos personales, garantizados al paciente anciano igual que al resto de los ciudadanos.

La autonomía funcional alude a la libertad de acción (actuación o abstención) y la capacidad de realizar por uno mismo las decisiones adoptadas. Esta dimensión está estrechamente relacionada con la primera, la autonomía decisoria, pero conviene otorgarle un tratamiento individualizado en el caso del paciente gerontológico. Las limitaciones en la autonomía funcional suelen calificarse como situaciones de dependencia, o discapacidad y su solución no proviene de las instituciones de representación (que en ocasiones son innecesarias e ineficaces), sino de otras como la asistencia personal, los sistemas de apoyo y los cuidados, profesionales y no profesionales o informales. (Calenti, 2011).

Análisis de la actividad

Diversas investigaciones centradas en el grupo de población de personas mayores concluyen que la actividad física, psicológica y social aumenta de forma significativa la calidad de vida y el bienestar en las personas que lo realizan de manera asidua. Los individuos experimentan por sí mismos y es a raíz de estas experiencias donde conocen sus capacidades y déficit. Así pues, el profesional de la salud puede utilizar las actividades para evaluar las destrezas y déficit de cada persona y para identificar las subsecuentes razones para la planificación de la intervención terapéutica basada en diversas actividades.

Desempeño Ocupacional

El objetivo de la terapia ocupacional es convertir estas ocupaciones humanas que son habituales en estado de salud (comer, caminar, etc) en actividades que adquieren circunstancialmente valor terapéutico.

Para explicar adecuadamente qué es el desempeño ocupacional es necesario entender que desde la terapia ocupacional se trata la función y son utilizados los procedimientos y actividades con el propósito de promover la salud y el bienestar (por ejemplo, a través de la higiene postural); minimizar o prevenir el deterioro (por ejemplo, a través de estimulación cognitiva con respecto a la memoria); desarrollar, mantener, mejorar y/o recuperar el desempeño de las funciones necesarias y, por último, desarrollar, mantener y compensar las disfunciones instauradas. Las categorías de la función se encuentran bien diferenciadas: por un lado, las áreas del desempeño ocupacional y, por otro, los componentes del desempeño ocupacional. Según el Marco de Trabajo de la Práctica de la Terapia Ocupacional en su segunda edición (2008) las áreas del desempeño son:

Las actividades de la Vida Diaria Básicas son aquellas actividades orientadas al cuidado de uno mismo, e incluyen el nivel más básico de la ocupación. Incluye la alimentación, el vestido, higiene menor (lavado de manos, lavado de cara, cepillado de pelo y cepillado de dientes), higiene mayor (uso del baño), esfínteres, movilidad funcional (en la cama, silla de ruedas y transferencias) y cuidado de dispositivos personales (gafas, audífonos, lentillas, dentadura postiza, equipamiento adaptado y dispositivos sexuales y contraceptivos).

Las actividades de la Vida Diaria Instrumentales son aquellas que están orientadas hacia la interacción con el medio y que son a menudo más complejas. Incluye cuidado de otros, cuidado de mascotas, uso de sistemas de comunicación (teléfono e internet), uso de transporte público, manejo de dinero, cuidados del hogar, preparación de comidas, medidas de mantenimiento y seguridad en el hogar e ir de compras.

Percepción de los cuidados al adulto mayor

Con la globalización debemos retomar el concepto de “cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad (Colliere, 2007) debido al aumento en la esperanza de vida a la disminución de la tasa de natalidad, la población de adultos mayores está creciendo más rápido en comparación con otro grupo de edad, lo que indica que la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, pero eso también habla de que existen programas exitosos en salud pública y desarrollo socioeconómico haciendo a los adultos mayores funcionales, se prevé que la mayoría de los adultos mayores tendrán convivencia con alguno de sus padres vivos, y muchos jóvenes conocerán a sus bisabuelos, esto ya es cotidiano en nuestros tiempos. La percepción hacia la persona adulta mayor ha ido variando, antes era importante que estuviera inmerso en la familia, más sin embargo ahora los familiares ya consideran el ingreso de ellos en centros geriátricos. Una de las propuestas que los cuidados que se realizan en un centro residencial se realicen por el personal de enfermería ya que se basan en la planeación asistida de personas ancianos que no pueden permanecer al cuidado de familiares en su propio domicilio, estos deben cumplir con criterios de calidad en la estructura y funcionamiento, sobre todo porque este será su hogar y debe brindar seguridad sobre todo para la prevención de caídas. El personal de enfermería por su formación es el único que debe de estar capacitado para la realización de determinadas técnicas como la administración de medicamentos, aplicación de sondas nasogástricas, valoración biopsicosocial para que el equipo interdisciplinario realice las medidas terapéuticas pertinentes de acuerdo con las necesidades del paciente. Pero además encontramos situaciones en emergencia como Accidentes cerebrovasculares, caídas, glaucoma, asfixia, por lo que se requiere una valoración integral para realizar intervenciones inmediatas de manera adecuada, debemos tomar en cuenta también los factores de riesgo para aplicar programas preventivos, de tratamiento y rehabilitación. (Quintanilla, 2006).

Otro dato importante a considerar es que los adultos mayores que necesitan de cuidados se deben sentir confiados y seguros si conocen a las personas que les brindan cuidados, aplicando los conocimientos en el manejo de Técnicas y procedimientos ya que su seguridad es muy importante, ya que si el cuidado se realiza de forma no satisfactoria, tardarán más en llegar al bienestar, además los apoyos psíquicos y emocionales tienen un gran impacto en su salud mental fortaleciendo la experiencia como parte del crecimiento personal. (Bergland, 2006). Rey J.I. citado en Vanegas 2009, refiere que el aumento de los adultos mayores lo coloca en una posición de vulnerabilidad en su salud, y protección por lo que debe aplicarse sus derechos humanos y del adulto mayor en las instituciones geriátricas con profesionales disponibles resaltando la importancia del personal de enfermería profesional y capacitado para brindar atención en el cuidado de la salud, seguridad, alimentación, abrigo y trato digno, ya que el objetivo de los centros geriátricos es lograr la mayor autonomía y la valía en actividades de la vida diaria.

Ante estos datos del crecimiento de la población de adultos mayores, Hidalgo 2012 espera que realicen acciones encaminadas a un autocuidado, haciendo referencia a Dorothea Orem y su teoría del autocuidado que se define como el cuidado de uno mismo, dado por uno mismo y para uno mismo, que es una función inherente a los profesionales de la salud involucrando a la familia y su entorno, incorporándolo a actividades de la vida diaria para aumentar la calidad de vida, es una actividad aprendida por los individuos para lograr un beneficio de su vida, salud o bienestar. Es un derecho del adulto mayor que participe en los programas de salud público y privados, para lograr el autocuidado a través de la consecución de objetivos, ya que al mejorar los conocimientos sobre aspectos de salud, factores de riesgo y promoción de la salud, además si la persona es sensible a sus sentimientos, sensaciones corporales y respuestas valorara las necesidades personales y aumentara la capacidad de auto cuidarse y lograremos tratar con una población adulta más saludable.(Orem, 1995). La capacidad de realizar el autocuidado aumenta la independencia percibida por las personas mayores aumentando la independencia aumenta la autoestima, la autoconfianza aumentando el bienestar emocional de las personas, la familia es un factor importante para que se realice el autocuidado, así como el personal sanitario a cargo. (Hidalgo, 2012).

En un estudio los resultados encontrados fueron que el género sexo y relación de percepción de autocuidado, el género femenino se considera tener mayor autocuidado a comparación de los hombres, ya que son más dedicadas a buscar el bienestar familiar, ellas aprenden por generaciones realizando el cuidado maternal, a comparación del sexo masculino que es considerado como el género fuerte, y es el grupo que tiene menos cuidados

en su salud todo debido a que se dedican más al área laboral, ejerciendo esfuerzos físicos y la salud queda de lado, por ser un acto más femenino y no es considerado en sus actividades de la vida diaria. (Can Valle, 2015). Fassio, 2015 reviso una de las propuestas es la que se realizó en Buenos Aires Argentina llamado programa nacional de cuidados domiciliarios, que apoya principalmente en las personas o servicios sanitarios como lo que es la Formación de cuidadores y servicios de cuidados, los contenidos y materiales son los mismos para todo el territorio por ser un Programa Federal. Este proyecto busca identificar y caracterizar los aprendizajes desarrollados del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, los capacitan 386 horas entre 5-6 meses divididos en módulos incluyendo actividades grupales y de evaluación, y los participantes son adultos de 25 a 50 años, para trabajar con adultos mayores, cuyo objetivo es formación en de cuidadores en conocimientos teóricos sobre fortalecimiento de autoevaluación y autocuidado a través de aprendizajes, en la administración de alimentos y apoyo a servicios, y que puedan realizar estas actividades aprendiendo y formando aprendizajes nuevos para detener un poco el ingreso de estos adultos mayores a estancias o asilos, permaneciendo así más tiempo en el hogar, 50% de las organizaciones eran públicas y el 30% eran de Organizaciones no Gubernamentales y 11% de Organismos públicos, considero que en nuestro país se podría aplicar un proyecto así con los adultos mayores, ya que se ha trabajado con la población que padece enfermedades crónico degenerativas, considero que este proyecto aporta a mi investigación sobre como en otros países trabajan con estas nuevas perspectivas de Atención al Adulto Mayor.

Estancias

Una de las opciones de vida para los ancianos que son dependientes es que los adultos mayores tienen riesgo de institucionalizarse, aunque es minoría es que realizan varios gastos al sistema de salud requiriendo cuidados por personal que en muchos de los casos no están bien preparados, y aunque muchos carecen de seguridad social y no cuentan con un apoyo familiar adecuado, muchos de ellos con enfermedades crónicas con requerimientos médicos, muchos de ellos cuentan con aislamiento social y bajos recursos económicos. La calidad de vida es un aspecto difícil de abordar en cuanto a la asistencia, ya que un buen servicio depende de la atención y la percepción del atendido ya que depende de dos factores básicos: la descripción subjetiva personal, interna del paciente y, en segundo lugar, la determinación objetiva de los parámetros externos. (Gutiérrez, 1996).

Infraestructura

Ante estos cambios sociales y la visión de proponer estancias de día para los adultos mayores deben estar sustentadas sobre la NOM-001-SSA2-1993 que hace referencia a los requisitos arquitectónicos para establecer los requerimientos a discapacitados sobre las facilidades de acceso, tránsito y permanencia, recibiendo atención médica adecuada que debe incluir pasamanos, rampas, escaleras, salidas de emergencia, extintores, letreros visibles, y para dar el funcionamiento deben basarse en la NOM-167-SSA-1-199 sobre la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, la cual nos habla sobre la infraestructura adecuada para la prestación de servicios, ofreciendo consultorios donde se trabaja con un equipo multidisciplinario como médico, la enfermera, psicólogo, gericultista y terapeuta físico – ocupacional, además podrían contar con actividades para la recreación y adiestramiento como la realización de talleres y manualidades cuyo objetivo es mantener activo al adulto mayor incluso pudiendo vender estos artículos, biblioteca, un servicio religioso que brinda apoyo ya que el envejecimiento es una etapa de pérdidas de seres queridos y una visión más cercana a la muerte, sala de usos múltiples que se puede usar como áreas para ofrecer pláticas e incluso actividades como el baile, para el área de descanso encontramos los dormitorios que pueden ser individuales o compartidos con no más de 6 camas matrimoniales, los sanitarios deberán ser para hombres y mujeres con lavabos, mingitorios y regaderas, se debe contar con una área administrativa para el ingreso de los Adultos Mayores teniendo la función para la recepción de quejas y sugerencias para los usuarios y familiares para dar seguimiento y solución.

La Telesistencia para adultos mayores

La telesistencia domiciliaria es un servicio de atención para adultos mayores o adultos con estado de salud comprometido, a adultos mayores en condiciones precarias, que viven o pasan mucho tiempo a solas y con solo accionar un dispositivo que llevan puesto ya sea collar o pulsera tienen apoyo vía telefónica durante las 24 horas los 365 días del año, a través de movilización de recursos materiales o humanos a domicilio en casos de emergencia o riesgos. El objetivo del servicio es lograr la permanencia del adulto mayor en su contexto habitual, para la disminución de los costos, aislamiento social y familiar cuando hay un ingreso hospitalario innecesario. Este servicio también puede funcionar como agenda para los usuarios que pretendan tener una rutina de actividades concretas como la toma de medicamentos, realización de trámites, además el contacto con la central telefónica permite la actualización del estado de salud del usuario.

Además, la teleasistencia amplía sus servicios ya que ofrece servicios que brindan atención los adultos mayores como:

Atención Sanitaria: Servicios de salud ante emergencias directas como RCP, atención en caídas, servicios de medicamentos programados y apoyo a la familia en caso de fallecimiento.

Atención Psicosocial: Supervisión del estado de salud mediante llamadas telefónicas, servicios de agenda en caso de que necesite tomar un medicamento, información, compañía, apoyo, información y compañía en caso de gestión de trámites.

Servicios Técnicos: Realización, supervisión y mantenimiento de instalaciones eléctricas en el hogar.

En un estudio de (Giraldo-Rodríguez, et al, 2013), en México refiere que el desarrollo de las llamadas tecnológicas de información y de comunicación son paralelos siendo un desafío para los servicios de salud, sobre todo la asistencia sanitaria ya que desarrollan enfoques para la atención de pacientes en el hogar como es el caso de la tele-asistencia y la tele-alarma, las cuales brindaran un servicio de atención social y de salud en el hogar. La Tele-alarma brindara atención domiciliaria a distancia con atención telefónica por 24 horas, esto solucionaría las situaciones de emergencia a través de llamadas que requieran orientación y apoyo sobre todo para ser usado en adultos mayores que vivan solos o que permanecen solas la mayor parte del día, para el uso no deben tener dificultades auditivas severas, trastornos mentales, o algún medio que dificulte su comunicación.

En México han comenzado a surgir iniciativas para brindar servicios de atención a domicilio, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) arranca el Programa de Envejecimiento en el 2009, que contempla brindar un servicio de tele-asistencia y tele-alarma que brindara atención a domicilio y a distancia las 24 horas, para dar atención en emergencia a usuarios de más de 60 años, el objetivo es analizar el programa como piloto para la autopercepción del estado de salud de los adultos mayores sus cuidadores, familia y personal de salud, el programa brindaría atención a las personas que tengan deseo de envejecer en casa. Usando la tecnología como recurso se pueden desarrollar programas de servicios sociales y de salud a distancia para personas mayores que deseen envejecer desde casa, la limitación del estudio es que no se cuenta con una base de datos completa que brindara información sobre los impactos para la salud y la calidad de vida del adulto mayor y la percepción de los familiares, además no hay una referencia sobre la situación económica de los beneficiarios. (Giraldo-Rodríguez, 2013) Educación del Adulto Mayor

El aprendizaje en la tercera edad a partir de los años 70 se empezó a considerar al desaparecer la formación permanente y en la aparición de la educación permanente. Pierre Vellas un profesor de la Universidad de Ciencias sociales de Toulouse, Francia, para el año de 1973 propone el funcionamiento de la primera universidad de la Tercera edad facilitando el conocimiento y cultura del adulto mayor, es a partir de ahí donde se crean nuevas universidades con programas destinados a adultos mayores para formarlos reconociendo las necesidades de los adultos mayores. (Gómez, 2008).

Con un mundo en constante cambio el ser humano necesita ser educado y formado de por vida por lo que la educación de adultos es un punto vital de importancia para el logro de los avances educativos, la educación para adultos es aquella que inicia, continua y termina el proceso educativo y es que en México el 34% de la población presenta rezagos educativos como el no saber leer o escribir y los objetivos en alfabetización no se han alcanzado y es que la visión del gobierno es que la educación de los adultos mayores es para subsanar las metas no alcanzadas por el sistema escolarizado. (Ramírez, et al, 2010)

En las últimas décadas, diferentes organizaciones e instituciones nacionales e internacionales organizan eventos relacionados con la tercera edad, con el fin de concientizar a la sociedad en general sobre su vulnerabilidad, otros ayudan a reintegrarlos con actividades encaminadas a formar su independencia capacitándolos en actividades para obtener un ingreso, además de integrarlos con otros adultos mayores con actividades lúdicas y recreativas.

Sin embargo, a pesar del aumento de la longevidad en el siglo XX siguen existiendo prejuicios sobre este periodo de vida, donde la belleza relacionada con la juventud es lo que predomina, la adultez es un grupo poco tratado, pero también rechazado.

En un estudio de Ma. Julieta Oddone socióloga sobre la imagen de la vejez de los libros de texto escolares de argentina concluye que de los años 1960 a 1995 cambia la imagen del adulto mayor como aquellos transmisores de cultura en la sociedad, para darle ese rol a generaciones con más juventud como padres, tíos, hermanos mayores, reemplazando el rol social del adulto mayor dentro de la sociedad.

Actualmente la vejez pareciera que ha sido privada de su protagonismo dándole un nuevo significado en la sociedad evitando su relación con el pasado, estamos cursando por la era de la longevidad, ya que la jubilación no marca el periodo de descanso para cursar por la última etapa de la vida, ya que muchos de estos adultos mayores siguen activos en la sociedad. La imagen de la vejez es de la disminución de las capacidades intelectuales y cognitivas llamado declive de la inteligencia por desgaste en este ciclo vital, pero el aprendizaje de la tercera edad presenta rasgos distintivos que lo hacen peculiar por lo que deben ser tomados en cuenta en los programas educativos. (Gómez, 2008).

En el área educativa se da por hecho que el adulto mayor es un cliente difícil debido a que son lentos y pasivos y no tienen la capacidad de retención para un proceso de aprendizaje. Es importante basarse en los aspectos que son positivos en el proceso de envejecimiento como la participación, experiencias y el potencial para vivir plenamente apoyando el envejecimiento activo y próspero. El adulto mayor posee un conjunto de aprendizajes de experiencias previas, son activos y motivados como la gente joven. Los programas de alfabetización para adultos mayores demuestran que los participantes son participes en su aprendizaje y en relación con los jóvenes obtienen el mismo éxito. Por lo que las personas de edad no deben marginarse, en Australia el gobierno puso su atención en los adultos mayores con una ley para protegerlos de la discriminación.

Las computadoras y el manejo de las técnicas en computación actualmente son de interés del adulto mayor. El Programa de la Universidad de Bilan en el Área de Gerontología Aplicada posee un programa para la enseñanza de la tercera edad con más de 3000 jubilados que aprendieron a trabajar con computadoras. (UNESCO, 1999)

Teorías sobre el aprendizaje

Conductismo, sus principales autores Skinner, Pavlov o Thorndike, su teoría se centra en el aprendizaje del patrón estímulo-respuesta que se presenta en todos los individuos. El aprendizaje se da por la imitación y repetición de estímulos observados, siendo resultado de las conexiones entre estímulos y experiencias.

Cognitivismo, algunos autores son Carril y Cagné, afirman que el aprendizaje se da por la captación del cerebro a múltiples estímulos que se convierten en conocimiento por la interacción entre la información que procede del sujeto y la información del medio. En la enseñanza entran en juego la motivación, percepción, atención, la memoria, el pensamiento y el lenguaje, el profesor debe favorecer la transmisión del conocimiento.

Constructivismo, su principal autor es Piaget, el aprendizaje es una construcción personal del individuo a partir de estructuras cognitivas internas las cuales se transforman cuando el individuo interactúa con el entorno. El profesor es un mediador que anima al estudiante a investigar y fundamentar sus decisiones, el error es la base del aprendizaje.

Constructivismo social, Vigotsky autor de esta teoría, donde el aprendizaje se considera una construcción del individuo por su experiencia pasada, la situación y la interacción con otras personas son los factores que permiten dar significado a la experiencia, el conocimiento se va creando con el contexto y la socialización, la enseñanza se da en el aprendizaje colaborativo.

Aprendizaje situado y aprendizaje colaborativo, basados en el constructivismo social, el aprendizaje colaborativo plantea que cada individuo es responsable de su aprendizaje, se desarrolla a través de tecnologías y estrategias que facilitan el intercambio de significados desarrollando habilidades individuales y grupales, intercambiando ideas, experiencias pasadas y esquemas, en el aprendizaje situado el conocimiento depende del contexto y la comunidad en la que se usa.

Humanismo se basó en los postulados de Paolo Freire, donde el aprendizaje es la interacción entre el individuo y el medio, el aprendizaje se da por la interacción. El papel del profesor es un facilitador, por lo tanto, la relación entre el profesor-estudiante es horizontal, ya que el profesor brinda las herramientas al estudiante para que este transforme la realidad, creando una identidad individual y social en el individuo. (Gómez, 2008).

La familia

Definición de familia

La familia es la unidad básica de la sociedad alrededor de la cual se mueven todos los individuos de una forma u otra. (Novel, 1991).

Según Zurro 1990 "Por familia se entiende la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en un mismo hogar"

Mendalie 1987 refiere "Los miembros de la familia pertenecen a un sistema específico, a una unidad social en que los roles y patrones de conducta son mutuamente regulados por normas compartidas y en la que el control social se ejerce mediante la imposición de ciertos tipos de sanciones y la distribución de recompensas". (Osorio, et al 2004)

Estructura familiar

Osorio y Álvarez 2004, refieren que la familia es el núcleo social constituido por personas que tienen vínculos entre sus miembros. Mendalie, define a la familia como un sistema comparable a una telaraña o una compleja molécula, en que ninguna de sus partes puede ser tocada sin haber repercusiones en el resto de este. (1987).

Funciones de la familia

Medalie 1987, refiere que la familia está encargada, como ente principal de la composición de una sociedad, de desarrollar todos los procesos básicos que llevan al progreso de sus miembros. En este núcleo social se transmiten los principios y actitudes psicosociales. Las conductas, comportamientos y enfermedades pueden delimitarse en la interacción de los participantes de una familia. Entre las funciones que se deben llevar a cabo en una familia, está el desarrollo de los roles de los miembros, la comunicación, y las transacciones múltiples. Por eso las personas “pertenece a distintos grupos que podemos llamar sistemas sociales (escuela, trabajo, equipos deportivos, clubes sociales, vecindarios o asociaciones, etc.). Mejía 1991, la familia es el sistema en que vibran más las emociones, los sistemas de creencias, las tradiciones, las fortalezas y vulnerabilidades, los elementos de apoyo y con frecuencia la fuente de estrés y de presiones que nos empujan al éxito o al fracaso”. más las emociones, los sistemas de creencias, las tradiciones, las fortaleza y vulnerabilidades, los elementos de apoyo y con frecuencia la fuente de estrés y de presiones que nos empujan al éxito o al fracaso”. (Osorio et al 2004)

La función afectiva: La función afectiva incluye las relaciones sexuales, las cuales son aprobadas socialmente en el marco del matrimonio. Además, incluye otros aspectos, tales como mutuo cuidado y apoyo, sensación de identificación mutua, cuidado de los hijos e identificación de los padres con aquellos y, en definitiva, sensación de seguridad frente a los <<otros>>, es decir, frente a los posibles peligros externos al grupo familiar.

La función de socialización: La formación de la personalidad en el niño se desarrolla fundamentalmente a través de la interacción que establece el seno familiar. Con el cuidado que se le brinda van implícitas una serie de enseñanzas que orientan al niño en una determinada línea de comportamiento, en un modo específico de actuar y en definitiva, en unas actitudes, fines y valores que son propios de la sociedad y que la familia vehicula, como transmisor que es de dichos valores. La identificación del niño con los distintos roles se produce en el marco familiar en primer lugar, como imagen – espejo del contexto social en el que vive.

El sistema familiar

La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores. La idea central de esta hipótesis es que cada uno de los grupos-naturales-con-historia, de los cuales la familia es fundamental (pero que podría ser también un equipo de trabajo, una comunidad espontánea, un grupo empresarial, etc), se forman un cierto lapso de tiempo mediante una serie de ensayos, intercambios y feedback correctivas, experimentando así lo que está y lo que no está permitido en la relación, hasta convertirse en una unidad sistémica original que sostiene por medio de reglas que le son peculiares. (Kozier et al, 1993)

Comunicación y familia

La comunicación como proceso interaccional sirve a la familia para expresar y compartir pensamientos, sentimientos, deseos y necesidades. Este proceso constituye un elemento fundamental que tener en cuenta al valorar la dinámica de la familia.

En una familia sana, la comunicación es abierta, clara y con pocas posibilidades de confusión acerca de la significación de los mensajes emitidos y recibidos, características que la distinguen de una familia disfuncional.

La familia disfuncional: Estas familias presentan siempre muestras visibles de continuo e ir resolver el estrés que no saben manejar. Este estrés puede expresarse de forma global o focalizado en un miembro- generalmente el más débil-, que es el que aparentemente sufre el resultado de la disfuncionalidad de la familia. (Novel, 1991)

Enfermería

Para entender la enfermería como se realiza en la actualidad y como se hará mañana, se requiere, no sólo una perspectiva histórica de la evolución de la enfermería sino, también la comprensión de algunas de las fuerzas sociales que normalmente influyen sobre esta profesión. (Kozier et al. 1993). Estas fuerzas, habitualmente afectan a todo el sistema sanitario; y la enfermería, como el mayor componente del sistema, no puede evitar los efectos. La práctica de la enfermería está influenciada por la economía, la demanda del consumidor, la estructura familiar, la ciencia y la tecnología, la legislación, los cambios demográficos y sociales y las asociaciones de enfermería.

Considerando que la economía juega un papel importante en la práctica de enfermería se debe llegar a una revisión de sueldos y salarios. La demanda de cuidados de enfermería ha aumentado debido al gran apoyo financiero aportado por los programas, públicos y privados, de seguridad sanitaria. Los servicios de salud, tales como urgencias, consulta de salud mental, y chequeo físico preventivo son usados cada vez más, por la gente que no podía hacerlo en el pasado.

Los gobiernos federales reconocieron esta necesidad y aumentaron notablemente los presupuestos de sanidad durante los años 70 y principios de los años 80. Este incremento en los gastos va acompañado de un incremento de las oportunidades de empleo para aquellos que dan servicios de salud. La formación de enfermería se centra en prepara a los alumnos actuales para cumplir las presentes y futuras expectativas y roles, aunque se

consideran los sueldos no son todavía lo suficientemente altos, además de la rotación de turnos, jornada acumulada, debe haber una reestructuración sobre los sueldos y salarios.

En USA el 58 por 100 de los hospitales declararon un gran déficit de enfermeras diplomadas, particularmente en áreas tales como cuidados intensivos, urgencias y quirófanos. Graham y Herppard 1990 indican que la escasez similar existe, también, en Canadá. Se piensa que este déficit es el resultado de muchos factores, como una disminución de alumnos y un aumento en el número de enfermeras que abandonaron la enfermería. (Kozier et al. 1993).

La disminución del interés en la enfermería es un problema multifacetal. Los alumnos tienen mayor número de carreras para elegir que en años anteriores. Los salarios de las enfermeras y los beneficios no reflejan sus niveles de educación, experiencia o actuación. Además, el trabajar los fines de semana y los turnos no parecen atractivos para muchos alumnos.

La escasez de enfermeras es considerada a que se debe a la deserción estudiantil que se da en las escuelas debido a que muchos de ellos no están completamente seguros de estudiar la carrera de enfermería y lo toman como alternativa al no poder ingresar a carreras como medicina.

La formación de la enfermera

En el futuro, serán necesarias más enfermeras en ambientes domiciliarios y comunitarios como resultado del sistema de pago previsto en los hospitales.

Dados los amplios conocimientos y las bases tecnológicas de enfermería, se puede esperar que el plan de estudios deberá ser examinado en profundidad para retirar los contenidos extraños y asegurar una experiencia clínica apropiada que se relacione con el contenido teórico expuesto. Algunos educadores están reclamando la inclusión de cursos de computadoras en los programas de enfermería ya que la sociedad se está convirtiendo en dependiente de ellas. Antes de la puesta en marcha del sistema previsto de pago Medicare, muchas enfermeras no tenían conocimientos sobre la economía en la sanidad o en los cuidados de enfermería.

The National Commission on Nursing Implementation Project recomendó en su Timeline for Transition into the Future System for Two Categories of Nurses, un periodo de tiempo para la transición sistemática del sistema actual de formación de la enfermería, a un futuro sistema de educación técnica y profesional. De acuerdo con las recomendaciones, la preparación de una enfermera profesional y técnica se diferenciará de la formación normal. Las enfermeras profesionales estarán preparadas en artes liberales y en educación de enfermería. Ellas tendrán baccalaureate degree u otro título superior con majors en enfermería. Las enfermeras técnicas serán preparadas en cursos de educación general, en ciencias naturales y de conducta, así como en enfermería. Ellas serán graduadas en programas con título de asociada en enfermería.

Especialización

Los programas básicos de formación de enfermería están diseñados para desarrollar a las enfermeras como generalistas, no como especialistas. Tradicionalmente, los educadores y los dueños han perpetuado la idea de que las enfermeras sean generalistas para así poder rotar entre los servicios y los turnos, con un mínimo de preparación. Aunque, los avances tecnológicos que afectan la práctica de enfermería en los últimos 10 años, el mercado que pide enfermeras con conocimientos y experiencias especializadas ha crecido significativamente.

Una especialidad es un área definida de práctica clínica que tiene un núcleo estrecho y profundo. Algunas especialidades clínicas son de enfermería de salud ocupacional, urgencias y quirófanos, enfermería de terapia enterostomal, nefrología, neurología, obstetricia, cuidados críticos, oncología, y enfermería de cuidados paliativos.

Enfermería y la Globalización

Paravic, 2010 refiere que la globalización trae consigo la apertura de múltiples escuelas de enfermería a nivel mundial impulsando el conocimiento orientado hacia la profesionalización exigiendo programas de especialización en Enfermería a través del grado de Licenciatura y esto permitió el acceso a grado de Maestrías y Doctorados disciplinares, el desarrollo científico de Enfermería es una lucha hacia la búsqueda de conocimiento, enfermería se enfrenta a las nuevas tecnologías, obteniendo más conocimientos científico-humanistas-culturales refiere ahora con la profesionalización de Enfermería según Moreno, 2009, es importante la colaboración en la investigación en Enfermería para reforzar los conocimientos disciplinares por lo que se han difundido a través de la Web publicaciones de artículos brindando un mayor acceso a los conocimientos científicos.

Es necesaria la prestación de servicios de cuidado de los adultos mayores en el hogar ya que el 27.8% de las mujeres y 22.5% de los hombres en el año 2009, tuvieron que recurrir a algún apoyo de un miembro de la familia, y uno de cinco adultos mayores necesitan ayuda en el rango de edad de 60 a 69 años y uno de tres adultos mayores de 80 años solicitara apoyo familiar, en nuestro país todavía tenemos estructuras familiares extensas, esto crea cambios en la estructura familiar modificando cambios en el rol, aunado a las pérdidas físicas, emocionales y de salud, el adulto mayor pierde su rol que fue asumido a lo largo de la vida modificando su autoimagen y

autoconcepto, siendo el adulto mayor parte importante en contraste Corea del Sur, Estados Unidos y Alemania este cuidado es una responsabilidad individual. En México gracias a los programas de salud el 23% de los adultos mayores que ingresan a hospital pudieron prevenirse por un nivel preventivo de salud ya que el 2% de esta población fallece. En el sistema de salud de las 13336 unidades hospitalarias solo 176 camas son destinadas para la atención de pacientes geriátricos siendo 77% destinadas por la Secretaria de Salud y el 18% se encuentran en el Instituto Mexicano del Seguro Social, y es de considerar que actualmente es insuficiente el número de geriatras siendo 197 registrados por la Secretaria de Salud. Solo en México 8 Universidades cuentan con un posgrado de Geriátrica: la Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Autónoma de México, Universidad Autónoma del Estado de México, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, el Instituto Mexicano de Estudios Superiores de Monterrey, la Universidad Autónoma de Guadalajara y el Instituto Politécnico Nacional. (ING, 2016).

La tecnología se aplicará en el área de la salud sobre todo en el área de cuidados intensivos o unidades coronarias, por lo que enfermería debe aprender a utilizar nuevas técnicas e instrumentos para el tratamiento de la población demandante, obligando a la enfermera a adaptarse con los nuevos y complejos equipos. El personal de Enfermería debe ser personal profesional capacitado, que prestara los servicios en los centros de educación geriátrica para mejorar y brindar una atención geriátrica de calidad, sobre todo a los adultos mayores minoritarios, de multiétnia, con bajos recursos y de abandono por lo que requiere que el personal a cargo tenga conocimientos y entrenamiento, para brindar liderazgo de profesores universitarios y trabajar de forma inter y multidisciplinariamente en estas instancias prestadoras de servicios sanitarios que trabajan con adultos mayores. Según las expectativas la población de adultos mayores continuará creciendo y cada vez la cantidad de los adultos mayores será en mayor número por lo que es un reto para nuestro sistema de salud ya que las demandas por los servicios serán sobrepasadas por el costo en la atención de este grupo de edad, por lo que aparecerán nuevas formas en la prestación de servicios de salud. Burke y Walsh, 1998, aseguran que aparecerán casas en grupo, casas de vivienda asistida o instalaciones para el retiro, nuevas y diferentes casas de asistencia con diferentes formas de pago y múltiples servicios que pueden ofrecer. Se espera que estos adultos mayores tengan una casa propia pudiendo elegir donde vivir, y probablemente la tendencia sea envejecer en su propio hogar.

Teoría del Autocuidado de Orem

Para hablar de autocuidado se hace referencia a Dorothea Orem y la teoría del autocuidado que lo define como el cuidado de uno mismo, dado por uno mismo y para uno mismo. Esta definición contiene un componente intencional que tiene las acciones a cuidarse, haciendo diferencia entre las acciones instintivas que tienen un carácter automático. (Novel, 1991)

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Es la práctica de actividades que los individuos hacen y realizan para mantener su propia vida, la salud y el bienestar, los adultos cuidan de sí mismos de forma voluntaria, pero en los lactantes y niños requieren cuidado de otra personas porque se encuentran en etapas tempranas de su desarrollo físico, psicológico y psicosocial, en el caso ancianos enfermos e incapacitados necesitan cuidados completos o ayuda en las actividades que implican el autocuidado, el autocuidado es una contribución continua del adulto ayudando a su propia existencia, bienestar y salud. (Orem, 1993)

Orem señala tres tipos requisitos de autocuidado:

- 1.- Universales, que son comunes para todo el mundo y pueden ser variables en función de algunos factores ya sea internos o externos.
- 2.- De desarrollo, que son determinados en etapas evolutivas de la persona.
- 3.- De alteración de la salud, que son los que se derivan de alguna enfermedad.

Los requisitos del autocuidado son generalizaciones sobre los objetivos que los individuos deberían tener al realizar su autocuidado, estos son conceptualizados y validados por su utilización en la ayuda a individuos para manejar su salud y bienestar y se han convertido en elementos de la cultura general de los profesionales al cuidado de la salud

Objetivos del autocuidado.

Las actividades dirigidas al autocuidado de la persona vienen determinadas por objetivos tales como:

- 1.- Incrementar el nivel de salud actual de la persona, incluso en aquellas situaciones en las que la salud está disminuida por cualquier causa.
- 2.- Mantener al máximo el nivel de bienestar de la persona, identificando los cambios necesarios en el propio estilo de vida.
- 3.- Implicar a la persona en el cuidado de la propia salud desde un punto de vista que debe ser integral mejorando el autoconcepto y potenciando la autoestima y la autoimagen.

4.- Incrementar las capacidades de ayuda a los demás a través del equilibrio físico y emocional.

Factores que influyen en el autocuidado

Las personas a lo largo de la vida aprenden múltiples habilidades y conocimientos, así como el desarrollar capacidades para las cuestiones más diversas (el oficio de albañil, cocina, mantenimiento del hogar, etc) Pero los elementos que pueden ser descritos como elementos influyentes tanto en la cantidad como en la calidad son los siguientes:

Factor sociocultural como la edad, sexo, origen, educación, nivel de ingresos, estos mediatizan la concepción, la capacidad y motivación para incrementar los conocimientos sobre habilidades de autocuidado.

Patrones familiares, tales como formas de comunicación, formas de afrontamiento al estrés, la educación en hábitos de salud, la filosofía de vida, el concepto de salud y cuidado.

Experiencias previas como la propia enfermedad o de una persona significativa, así como las que el entorno mismo proporciona, son elementos que son un importante aprendizaje en las habilidades necesarias para el cuidado de la salud tanto física como mental.

Percepciones individuales, como el concepto de salud y control del mismo nivel de conocimiento de uno mismo y autoestima, la capacidad de percepción del cuidado de uno mismo que aumentan la motivación para aprender habilidades que incrementen el autocuidado.

Por lo tanto, una persona que sabe cuidarse posee una serie de características que la distinguen:

- a) Conocimiento de las propias necesidades, limitaciones, carencias y habilidades.
- b) Autoconcepto positivo y elevada autoestima.
- c) Filosofía de vida optimista, con fuentes variadas de intereses.
- d) Capacidad de adaptación con dominio de múltiples alternativas de respuesta para afrontar situaciones de estrés.
- e) Respeto hacia los demás y aceptación de las diferencias individuales. (Novel, 1991)

II. Metodología

Se trabajo con pacientes geriátricos adscritos a un centro de estancia geriátrica que abarcan de 45-90 años que a su vez se dividen en Preseniles 45-60 años, Senectud gradual 60-70 años, Vejez declarada 70-90 años, longevos más de 90 años, para conocer el estado de salud del adulto mayor, estos adultos mayores en su mayoría son abandonados por sus familias, sin servicios médicos en algunos casos jubilados, algunos de estos adultos mayores sin internados por los familiares que al no poder realizar un cuidado en casa deciden llevarlos a esos centros, después de alguna o algunas visitas los familiares no regresan.

La recolección de datos se llevó a cabo a través de entrevistas individuales con guías validadas como parte de la práctica Gerontogeriatrica dentro de esta materia por un periodo de una semana en el mes de Noviembre de 2019, el tipo de estudio es descriptivo, transversal debido a que solo fue una semana para la recolección de datos e intervenciones de Enfermería, se realizaron una serie de encuestas, entre las cuales están: la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage, el IQCODE y el examen mini mental Folstein, sirviendo como medios para recabar información y poder determinar su estado de salud actual y su estado cognitivo.

El adulto mayor que vive con la familia extensa, tiene la oportunidad de seguir siendo parte fundamental en la transmisión de conocimientos y experiencias a las generaciones más jóvenes, siempre y cuando sea integrado adecuadamente a la familia además pero también ante estos datos del crecimiento de la población de adultos mayores se espera que realicen acciones encaminadas a un autocuidado, haciendo referencia a Dorothea Orem y su teoría del autocuidado que se define como el cuidado de uno mismo, dado por uno mismo y para uno mismo, que es una función inherente a los profesionales de la salud involucrando a la familia y su entorno, incorporándolo a actividades de la vida diaria para aumentar la calidad de vida, es una actividad aprendida por los individuos para lograr un beneficio de su vida, salud o bienestar. Orem 1995, refiere que es un derecho del adulto mayor que participe en los programas de salud público y privados, para lograr el autocuidado a través de la consecución de objetivos, ya que al mejorar los conocimientos sobre aspectos de salud, factores de riesgo y promoción de la salud, además si la persona es sensible a sus sentimientos, sensaciones corporales y respuestas valorara las necesidades personales y aumentara la capacidad de auto cuidarse y lograremos tratar con una población adulta más saludable.

III. Resultados

EDAD

Una de las variables para analizar es la edad. El análisis fue ejecutado en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), obteniendo los siguientes resultados:

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
61	2	6.7	6.9	6.9
66	1	3.3	3.4	10.3

69	1	3.3	3.4	13.8
70	1	3.3	3.4	17.2
71	1	3.3	3.4	20.7
74	2	6.7	6.9	27.6
77	3	10.0	10.3	37.9
80	3	10.0	10.3	48.3
81	3	10.0	10.3	58.6
83	1	3.3	3.4	62.1
85	1	3.3	3.4	65.5
86	2	6.7	6.9	72.4
87	3	10.0	10.3	82.8
89	1	3.3	3.4	86.2
93	3	10.0	10.3	96.6
94	1	3.3	3.4	100.0

IV. Conclusión

Se presenta evidencia de un estudio descriptivo sobre adultos mayores de 60 años de edad en la ciudad de Irapuato, Guanajuato, México donde se caracterizan frecuencias para evaluar el estado de salud general del centro de atención geriátrica, se observó y analizó obteniendo: De un total de 29 adultos mayores, la media de edad fue de 80 años con rangos de 61 años a 94 años, 15 mujeres (51%) y 14 hombres (49%). En cuanto al estado nutricional un 36% se encuentra normal, aproximadamente 14% de las personas tienen riesgo de desnutrición y 8% poseen sobrepeso, el 40% desconoce su situación. Aproximadamente el 30% padece hipertensión controlada y un 16% padece diabetes mellitus tipo 2 controlada. Un 55% padece depresión, 3 padecen depresión leve, 9 depresión moderada y 4 depresión grave, el 76 % cuenta con algún apoyo socioeconómico, 44.8 % cuentan con un apoyo por parte del IMSS, seguido de Ningún apoyo con 24.4% ya que sus familiares los abandonaron colocándolos en una situación de vulnerabilidad, 20.7% apoyado por el seguro popular.

El envejecimiento es un proceso adaptativo que se tiene que abordar de manera biológica, psicológica y social con relación a estilos de vida, ambiente y condiciones sociales a las que estuvo expuesta la persona y, aunado a ingresar y permanecer en una estancia de adultos mayores, existen muchos factores que afectan importantemente la forma de percibir la realidad de los adultos mayores, por lo tanto es necesario abordar nuevas estrategias de salud pública para poder adaptar de forma integral las problemáticas que se presentan y además clarificar mejor el estado de salud individual de los habitantes de Centro de Atención geriátrica ya que algunos desconocen información de su historia clínica para poder crear intervenciones y desarrollarlas para que recuperen dentro de la medida posible su salud y vivan un envejecimiento más saludable sin pérdida del deterioro cognitivo, superando conductas depresivas a través de terapias individuales o grupales y creando actividades que les sirva de coordinación motriz, elaborando artículos que incluso puedan distribuir y generar algún ingreso para devolverles un poco su independencia y lograr crear nuevas metas y oportunidades para vivir más felices y con un bienestar físico, psicológico y espiritual.

V. Recomendaciones Y Sugerencias

- Puesto que no se tienen los datos precisos de peso de toda la población de la estancia geriátrica y por ende tampoco el diagnóstico nutricional de esta, se hace solamente la sugerencia de incluir todos los grupos de alimentos en la dieta, proteínas, carbohidratos y lípidos en proporción para el adulto mayor sano.
- Las enfermedades crónicas degenerativas no son de mayor prevalencia en ninguno de los sexos, sin embargo, el fomento del autocuidado en la alimentación y rutinas de ejercicios individualizadas para cada paciente de acuerdo a su condición física y de salud permitirán que estos aumenten su nivel de bienestar y prevengan dichas patologías.
- A través del cuestionario de la escala de depresión geriátrica Yesavage, se encuentra que la situación general de los adultos mayores del centro de atención geriátrica refiere que éstos cursan en su mayoría con depresión, por lo que se sugiere que se aumente en número o duración las sesiones de atención psicológica, así como el apoyo emocional por parte de los cuidadores y personas que realizan labor social para con ellos.
- Con la finalidad de atender la inclusión de todos los adultos mayores, así como evitar el aislamiento social, la discriminación por sus distintas limitantes físicas y hacerlos sentir parte de un grupo social, se recomienda planear durante todo el año, actividades lúdicas a la época o estación en la que se está, que permitan la integración y recreación de este grupo poblacional; así como lo fue la posada organizada por los alumnos de séptimo grado de la Licenciatura en Enfermería.

- A fin de evitar un deterioro cognitivo rápido o mayor en estadísticas, se recomienda utilizar distintas actividades recreativas que implique que los adultos mayores agilicen la memoria, como juegos de mesa, sopas de letras, juegos numéricos, así como platicar con ellos para mantenerlos ubicados en tiempo y espacio.

Bibliografía

- [1] Calenti Millan, Gerontología Y Geriátría. Valoración En Intervención. Edit. Panamericana. España, 2011.
- [2] Bergland A, Kirkeveld M. Thriving In Nursing Homes In Norway: Contributing Aspects Described By Residents. *International Journal Of Nursing Studies* 2006;43(6):681-91.
- [3] Burke Mary M, Walsh Mary B. 1998. *Enfermería Gerontológica, Cuidados Integrales Del Adulto Mayor*, Edit Elsevier Mosby, Segunda Edición, Madrid, España, Pág. 602
- [4] Colliere Mf. Encontrar El Sentido Original De Los Cuidados Enfermeros. [Revista En La Internet].1999; [Citado 2018];22(1): 27-31. Disponible En: <https://dialnet.unirioja.es/Servlet/Articulo?Codigo=3558272>
- [5] Fassio Adriana, Ruty María Gabriela, Ortíz-Rojas Yenny Patricia, Aijenbon Gisela. Innovación Social, Políticas Públicas Y Aprendizaje Organizacional: El Programa Nacional De Cuidados Domiciliarios [Revista En La Internet]. 2015 Jul [Citado 2018 Nov 02]; 7(13): 9-24. Disponible En: <http://itmojs.itm.edu.co/index.php/trilogia/article/view/810/765>
- [6] Frenk Julio, Gómez-Dantés Octavio. La Globalización Y La Nueva Salud Pública. *Salud Pública Méx* [Revista En La Internet]. 2007 Abr [Citado 2019 Nov 02]; 49(2): 156-164. Disponible En: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200011&lng=es.
- [7] Gómez Bedoya María, (2008). El Aprendizaje En La Tercera Edad. Una Aproximación En La Clase De Ele: Los Aprendientes Mayores Japoneses En El Instituto Cervantes De Tokio.
- [8] Hernández Triana, Manuel, 2014. Envejecimiento. Revista Cubana De Salud Pública, Fecha De Consulta 23 De Junio De 2016. Disponible En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21432546011>
- [9] Y Práctica. Ed. Mc Graw Hill. 4ta Edición. España, Pp. 39-58.
- [10] Hidalgo-Pedraza L, Blanca-Gutiérrez J J, Jiménez-Díaz M D C, Grande-Gascón M L, Linares-Abad M, Relación Del Cuidado Que Demandan Las Personas Mayores En Hogares Para Ancianos: Metaestudio Cualitativo. *Aquichan* 2012;22(13):213-227. Disponible En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948002>. Fecha De Consulta: 2 De Noviembre De 2018.
- [11] Instituto Nacional De Geriátría. Hechos Y Desafíos Para Un Envejecimiento Saludable En México. 2016. México Disponible En: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/noticias/hechos.pdf> Consultado El 07 Del 10 Del 2018.
- [12] Instituto De La U N E S Co Para La Educación, 1999. Fecha De Consulta 24 De Julio De 2016
- [13] Lugo-Galera Carlos, Huerta-Sobrino Cristina Y Yfarraguerri-Villarreal Lucía, La Globalización Económica Y Su Impacto En El Mercado Laboral En México, (*International Journal Of Good Conscience*) 2014 Ags [Citado 2023 Nov 02] 9(2):69-89
- [14] Madrigal-Martínez, Mariana. (2010). Ingresos Y Bienes En La Vejez, Un Acercamiento A La Configuración De La Seguridad Económica De Los Adultos Mayores Mexiquenses. *Papeles De Población*, 16(63), 117-153. Recuperado En 23 De Abril De 2023, De http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000100005&lng=es&tlng=es.
- [15] Mogollón E. (2012). Una Perspectiva Integral Del Adulto Mayor En El Contexto De La Educación. *Revista Interamericana De Educación En El Adulto Mayor*. 34(1), 57-74. Descargado El 01 De Junio De 2023 Disponible En: <http://www.redalyc.org/pdf/4575/457545090005.pdf>
- [16] Moreno-Fergusson M E, La Globalización Y El Conocimiento De Enfermería. *Aquichan* 2009;21(10):210-211. Disponible En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112147001>. Fecha De Consulta: 2 De Noviembre De 2016.
- [17] Navarro Elías María De Guadalupe, Et. Al. 2014. Cuidado De Enfermería Y La Calidad De Vida En El Adulto Mayor, Universidad De Guanajuato, Universidad Nacional De Trujillo-Perú, Altares Costa-Amic Editores.
- [18] Nicola Pietro De (1985) Geriátría, Edit El Manual Moderno, México, D.F.
- [19] Novel Marti Gloria, (1991), *Enfermería Psicosocial*, Edit. Salvat, Barcelona España, Pag 5.
- [20] Oms 2015, Informe Mundial Del Envejecimiento Y La Salud. Descargado El 01 De Junio De 2023. Disponible En: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1
- [21] Orem, E. Dorothea, *Modelo De Orem Conceptos De Enfermería En La Práctica*, Edit. Masson- Salvat, Barcelona, 1993
- [22] Osorio Adriana Y Dr. Alejandro Álvarez Mora.- *Introducción A La Salud Familiar*/Editado Por 1 Ed. - San José, Costa Rica, 2004. Obtenido El Día 26 De Agosto De 2019.
- [23] Ramírez, Liberio Victorino; Víctor Ramírez, Ana Cecilia; (2010). Educación Para Adultos En El Siglo Xxi: Análisis Del Modelo De Educación Para La Vida Y El Trabajo En México ¿Avances O Retrocesos?. *Tiempo De Educar*, Enero-Junio, 59-78. Disponible En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31116163004>. Consultado El 25 De Julio De 2019.
- [24] Sociedad Española De Enfermería Geriátrica Y Gerontológica, *Temas De Enfermería Gerontológica*, Editado Por La Sociedad Española De Geriátría Y Gerontología, 1999.
- [25] Salgado-De Snyder V. Nelly, Wong Rebeca. Género Y Pobreza: Determinantes De La Salud En La Vejez. *Salud Pública Méx* [Revista En La Internet]. 2007 Ene [Citado 2018 Nov 15]; 49(Suppl 4): S515-S521. Disponible En: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000011&lng=es.