



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TÍTULO DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL

**Mejoramiento de los estilos de vida saludable del adulto mayor, en el
Hospicio “Hogar de la Paz” de las Misioneras de la Caridad -Madre
Teresa de Calcuta, Guayaquil, 2015.**

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Pesantes Cobo, Alfonso Eduardo, Dr.

DIRECTORA: Ruilova Dávila, Lilia Dora, Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO GUAYAQUIL

2015



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2015

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora.

Lilia Dora Ruilova Dávila.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado: **“Mejoramiento de las prácticas de estilos de vida saludable en el adulto mayor, en el Hospicio Hogar de la Paz de las Misioneras de la Caridad -Madre Teresa de Calcuta, Guayaquil, 2015”**, realizado por **Pesantes Cobo Alfonso Eduardo Dr.**, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, julio de 2015.

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHO

“Yo **Pesantes Cobo Alfonso Eduardo** declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: “Mejoramiento de las prácticas de estilos de vida saludable en el adulto mayor, en el Hospicio Hogar de la Paz de las Misioneras de la Caridad -Madre Teresa de Calcuta, Guayaquil, 2015”, de la Titulación Magíster en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo la Dra. Lilia Dora Ruilova Dávila director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.

Autor: Pesantes Cobo Alfonso Eduardo
Cédula: 0920667672

DEDICATORIA

A las personas que han apoyado directa o indirectamente la realización de este trabajo, a mi familia quienes más han sufrido mis ausencias, a los estudiantes de medicina cuyas ansias de conocimiento y predisposición de ayuda fueron la base para realizar este trabajo, al Hospicio "Hogar de la Paz" de las Misioneras de la Caridad y a las personas que quisieron capacitarse para el bien individual y comunitario.

El Autor.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero e imperecedero agradecimiento al personal docente y administrativo del programa de maestría en Gerencia Integral de salud para el desarrollo local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

A la comunidad del Hospicio “Hogar de la Paz” de las Misioneras de la Caridad, por su predisposición a participar en este trabajo y que sin su colaboración no se hubiera realizado.

ÍNDICE

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHO	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE	VI
RESUMEN.....	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN.....	10
PROBLEMATIZACIÓN	12
OBJETIVOS	15
CAPITULO I.....	16
MARCO TEÓRICO.....	16
1.1. Marco Institucional.	16
1.2 Marco Conceptual.	20
CAPÍTULO II.....	55
DISEÑO METODOLÓGICO.....	55
2.1 Matriz de involucrados.....	57
2.2 Árbol de problemas.	59
2.3 Árbol de objetivos.....	60
2.4 Matriz de marco lógico.	61
CAPITULO III.....	68
RESULTADOS.	68
3.1. Resultado 1.	69
3.2. Resultado 2.	73

3.3. Resultado 3.....	80
3.4. Análisis del propósito.....	84
3.5 Análisis del logro del fin.....	85
CONCLUSIONES.....	86
RECOMENDACIONES.....	87
BIBLIOGRAFÍA.....	88
ANEXOS.....	90

RESUMEN

Se han detectado problemas en la inserción de los adultos mayores en programas del Gobierno por múltiples factores, como la poca promoción de los mismos a instituciones que tienen recursos insuficientes para financiarlos.

Dichas instituciones cuentan con espacios con áreas de recreación descuidadas, y desconocimientos de nociones básicas de higiene y nutrición en el personal a cargo de los ancianos.

Con estos antecedentes se desarrolla este trabajo, con el objetivo de mejorar las prácticas de estilos de vida saludable del anciano en el “Hogar de la Paz” de las Misioneras de la Caridad que cuenta con 62 residentes del sitio, ubicado en el cantón Guayaquil.

El diagnóstico situacional aplicado reflejó problemas en el estado nutricional e infecciones asociadas a condiciones de higiene en un porcentaje importante de ancianos, a raíz de lo cual se decidió la intervención.

Este proyecto utiliza la metodología del marco lógico.

Se realizaron capacitaciones, para solucionar los problemas principales, involucrando al personal voluntario y extrainstitucional, se elaboraron guías de cuidados del adulto mayor e higiene y se adaptó un mejor espacio físico para la práctica de actividades físicas.

Palabras claves:

Adultos mayores, promoción, higiene, estado nutricional, marco lógico.

ABSTRACT

Problems detected in the insertion of seniors in government programs by multiple factors, such as lack of promotion of these institutions that have insufficient resources to fund them.

These institutions have neglected spaces and areas of recreation, and unknowns of basic hygiene and nutrition personnel in charge of the elderly.

With this background, this paper develops, in order to improve practice healthy lifestyles of the elderly in the "Home of Peace" of the Missionaries of Charity who has 62 residents of the site, located in Canton Guayaquil.

The situational analysis applied problems reflected in the nutritional status and infections associated with hygiene in a high percentage of elderly, following which the intervention was decided.

This project uses the logical framework methodology.

Trainings were conducted to solve the main problems, involving the voluntary and extra staff, guides elderly care and hygiene were developed and a better space for the practice of physical activities adapted.

Keywords:

Seniors, promotion, hygiene, nutritional status, logical framework.

INTRODUCCIÓN

La comunidad geriátrica del Hogar de la Paz en el sur de la ciudad que alberga a 62 ancianos indigentes, cuenta con poca participación en los programas ministeriales, tiene dentro de su personal voluntarios con cierto grado de desmotivación por la exclusión referida.

Se ha detectado malos hábitos de higiene que derivan en un importante número de enfermedades, además de problemas nutricionales, debidos a desconocimiento en la preparación y forma de balancear de los alimentos.

De las 108 consultas del último trimestre del 2014 realizadas, 51 corresponden solo a parasitosis y desnutrición.

Revisando la principal debilidad del Hogar de la Paz que es la falta de apoyo interinstitucional, se aprovecharon oportunidades como la de la cercanía de un centro de salud del Ministerio de Salud Pública, y fortalezas importantes como la participación comunitaria, para mejorar el espacio físico de los ancianos y la implementación de guías de cuidados, higiene y nutrición del adulto mayor.

Tratando de esta forma cumplir con el objetivo general de mejorar las prácticas de estilos de vida saludable del adulto mayor en el Hospicio “Hogar de la Paz” y a la vez con uno de los mandatos constitucionales.

Se plantearon algunos objetivos específicos:

- Coordinar actividades interinstitucionales que faciliten la comunicación y el intercambio de recursos físicos y tecnológicos.
- Desarrollar actividades físico – recreativas en un espacio físico adecuado.
- Desarrollar programas de salud higiénico –nutricionales.

Los cuales se cumplieron ejecutando actividades accesibles y en plazos establecidos.

En este trabajo de intervención se utiliza la metodología del marco lógico.

El trabajo es factible realizarlo por el bajo costo y por el acceso a la población objetivo.

Vale destacar la importancia de una vida digna basada en prácticas de estilos de vida saludable en los adultos mayores que en algún momento fueron constructores de esta sociedad y a los que debemos respeto y reconocimiento.

PROBLEMATIZACIÓN

A nivel mundial, el segmento de la población que está experimentando un crecimiento más rápido es el más viejo.

Las prácticas de actividad física para la población de adultos mayores se ha convertido en prácticas comunes y necesarias, Se quiere destacar la posibilidad de tener en cuenta algunos criterios metodológicos claves, que coadyuven a mejorar las posibilidades de vida de éstas personas, llevándolos al disfrute de la actividad y convirtiéndola en parte de sus vidas cotidianas. Con la práctica sistemática de ejercicios físicos recreativos bien planificados, se consiguen altos niveles de condiciones físicas y de salud.

El concepto de estilos de vida saludable se complementa con los programas de higiene y nutrición que en el paciente geriátrico deben coexistir.

Se ha observado que la población de adultos mayores del Hospicio “Hogar de la Paz” de las Misioneras de la Caridad “Madre Teresa de Calcuta” conformada por 26 mujeres y 36 hombres, cuentan con pocas prácticas de estilos de vida saludable.

Dentro de las causas que contribuyen a la deficiente calidad de vida de los adultos mayores se hallan:

1. Inestabilidad de cargos públicos que conlleva a una ineficiente comunicación interinstitucional, poca coordinación de actividades de intercambio de recursos, con poco interés al seguimiento de programas y con consecuente exclusión del adulto mayor.
2. Poco apoyo de los voluntarios del hogar lo que conlleva al inadecuado mantenimiento de espacios físicos que a su vez imposibilita la ejecución de actividades físicas de los ancianos promoviendo así el sedentarismo.
3. Poco apoyo del personal del Subcentro de Salud del MSP, Área No. 1 “Unión de Bananeros”, lo que conlleva al desconocimiento de actividades y programas de promoción y prevención a nivel público, originando falta de atención de salud higiénico – nutricional, y que causa a la vez incremento de enfermedades nutricionales e infectocontagiosas.

Esta problemática lleva a plantear el presente trabajo de intervención en la Institución ya que carece de ayuda directa del Estado y cuya única fuente de ingresos proviene de su autogestión y el limitado aporte de su fundación auspiciante.

El hecho de no encontrarse registrados en el Programa Nacional del Adulto Mayor por desconocimiento, los excluye de participar en eventos de promoción y prevención y salud pública.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se justifica en la necesidad de proponer la creación de espacios, en donde las personas mayores del “Hogar de la Paz” puedan disfrutar actividades físicas y recreativas que posibiliten el mantenimiento y mejoramiento de sus condiciones de vida; y en coordinación con el Ministerio de Salud Pública la inserción al Programa de Adulto Mayor a fin de abarcar las dimensiones de la higiene y cuidados generales del anciano, aspectos nutricionales y control de enfermedades no transmisibles, mejorando así la calidad de la atención de los ancianos.

Es importante recalcar que estas acciones se respaldan en la Constitución Política del Estado y, específicamente en la Ley del Anciano, Capítulo II Artículo 5, que refiere: “Las instituciones del sector público y privado darán facilidades a los ancianos que deseen participar en actividades sociales culturales, económicas, deportivas, artísticas y científicas”.

Este trabajo tiene su importancia ya que se está integrando una institución pública con una privada, la consecuente participación del grupo vulnerable de los adultos mayores en sus programas, el reforzamiento de las normas de higiene y nutrición y la adecuación de espacios físicos para desarrollo de actividades recreativas.

El trabajo de intervención tiene sostenibilidad a largo plazo al contar con las herramientas técnicas y humanas necesarias para su desarrollo y requerir bajo financiamiento.

OBJETIVOS

GENERAL:

Mejorar las prácticas de estilos de vida saludable del adulto mayor en el Hospicio “Hogar de la Paz” de las Misioneras de la Caridad (Madre Teresa de Calcuta) mediante la coordinación de actividades interinstitucionales, mejorar el espacio físico y el desarrollo de programas de salud; para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores

ESPECÍFICOS:

1. Coordinar actividades interinstitucionales que faciliten la comunicación y el intercambio de recursos físicos y tecnológicos.
2. Desarrollar actividades físico – recreativas en un espacio físico adecuado.
3. Desarrollar programas de salud higiénico –nutricionales.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO.

1.1. Marco Institucional.

1.1.1. Ubicación Demográfica:

El Hospicio “Hogar de la Paz” se encuentra ubicado en la parroquia Ximena del cantón Guayaquil, en el sector Guasmo Sur, Cooperativa “ Unión de Bananeros “ Bloque 2.

Limita al Norte: Bloque 1 “Unión de Bananeros “, Sur: Bloque 3 “Unión de Bananeros “, Este: Subcentro de Salud “Guasmo Central” M.S.P., Oeste: Estero Salado.

1.1.2. Dinámica Poblacional:

La población de adultos mayores del Hospicio “Hogar de la Paz” conformada por 26 mujeres y 36 hombres, distribuidos en los siguientes grupos etáreos:

Tabla 1: Población por género - Hospicio “Hogar de la Paz” Dic. 2014.

Edad	Mujeres	Hombres
65-69	10	11
70-74	10	9
75-79	2	8
80-84	2	5
85-90	2	3
Total:	26	36

Fuente: Informes mensuales – Administración Hogar de la Paz.

Elaborado por: Dr. Alfonso Pesantes

1.1.3. Misión:

Brindar una atención integral permanente con calidad y eficiencia, promoviendo el desarrollo del adulto mayor en situación de pobreza y riesgo social.

1.1.4. Visión:

Ser un albergue modelo a nivel urbano, de adultos mayores en situación de riesgo y/o abandono. Propiciando el mejoramiento de las condiciones que aseguren su desarrollo integral.



Figura 1: Área social Hospicio Hogar de la Paz-Guayaquil.

Fuente: Archivo digital autor.

Elaborado por: Dr. Alfonso Pesantes.

1.1.5. Organización administrativa:

1 Directora

1 Administradora (E)

1 Mantenimiento y servicio (conserje)

1 Chofer

3 Técnicos De enfermería

2 Médicos Generales (voluntario)

2 Cuidadoras

1 Médico Psiquiatra (voluntaria)

1 Odontólogo (voluntaria)

1 Nutricionista (voluntaria)

2 Fisioterapista (voluntario)

2 Cocinera

1 Lavandera

1.1.6. Servicios que presta la institución:

* Consulta Médica:

- Asesoría Médica
- Club de Hipertensos y Diabéticos
- Grupo “Huesitos Sanos”
- Control y prevención de infecciones respiratorias
- Vacunación

*Consulta Odontológica:

- Profilaxis
- Curaciones
- Rehabilitación Oral

*Fisioterapias:

- Terapias físicas
- Terapias de rehabilitación

1.1.6. Datos estadísticos de cobertura:

Tabla 2: Cuadro de Morbilidad Octubre –Diciembre 2014.

Diagnósticos	Casos
1. Desnutrición	27
2. Parasitosis	24
3. Trastornos psiquiátricos	14
4. Diabetes Mellitus	12
5. Hipertensión arterial	10
6. Artritis	6
7. Neumonía	5
8. Infecciones de vías urinarias	4
9. Evento cerebro-vascular	3
10. Insuficiencia Renal Crónica	3
Total de atenciones médicas trimestral:	108

Fuente: Informes mensuales – Administración Hogar de la Paz.

Elaborado por: Dr. Alfonso Pesantes.

1.1.7. Distribución del área física:

- Área de administración
- Recepción
- Comedor
- Pabellones (hombres y mujeres)
- Área de salud
- Cocina
- Área de rehabilitación y terapias

- Depósito
- Áreas verdes

1.1.8. Políticas institucionales:

Se encuentran basadas en la Política Pública para las Personas Adultas Mayores, con una percepción distinta sobre el envejecimiento considerándolo como un proceso activo, digno y seguro, se orienta a garantizar el ejercicio pleno de los derechos de esta población. La meta es integrarla al desarrollo social, económico, político y cultural del país a través de su participación y empoderamiento para que juntos –el Estado, la sociedad civil y la familia–, le faciliten alcanzar y acceder un buen vivir.

La política pública para las personas adultas mayores se desarrolla sobre la base de tres ejes:

- Protección social básica.
- Protección especial.
- Participación social.

1.2 Marco Conceptual.

Incursionar en la temática de Estilos de Vida Saludables, no es posible hacerlo a través a un listado de comportamientos individuales y colectivos que definen el que hacer o no hacer para vivir más o menos años, independiente de cómo se viven. Es necesario en primera instancia, adentrarnos en el concepto de Calidad de Vida y un poco más allá, como componente del desarrollo humano orientado hacia qué hacer individual y colectivo, para la satisfacción de las necesidades humanas.

El desarrollo debe entenderse como un proceso de transformación que persigue el mejoramiento de las condiciones de vida para lograr mejor calidad de vida y alcanzar

mantener la dignidad de la persona humana en la sociedad. Esta transformación exige la participación de la población (Duncan, 2006).

El desarrollo se inicia con la identificación de las necesidades humanas y su objetivo final será humanizar y dignificar al ser humano a través de la satisfacción de sus necesidades de expresión, creatividad, participación, igualdad de condiciones de convivencia, y autodeterminación entre otras. En esta forma el desarrollo está íntimamente ligado con las oportunidades de autorrealización de las personas como individuos o como grupos. (Giraldo, 2007).

Como el desarrollo implica satisfacción de necesidades, muchos investigadores del área biológica, psicológica y social, se han preocupado por el estudio de éstas. En el artículo Calidad de Vida y Desarrollo de la Vejez, los autores, psicólogo y médico, exponen que los tres componentes del desarrollo humano siguen siendo la longevidad (esperanza de vida), el conocimiento (la educación) y los niveles de vida decentes (ingresos). (Ps Zemirower, N.P. y otro. 2012)

El desarrollo humano, según estos autores, no se puede realizar si no hay vida y salud. Las personas no solo desean vivir y poder desarrollarse, también anhelan tener conocimientos y una vida decente, que no esté permanentemente sujeta a situación de pobreza extrema y de preocupaciones constantes en relación con la subsistencia. Los investigadores sociales, han establecido otras categorías de necesidades, definiéndolas como: de existencia, de relacionamiento, de crecimiento, físicas, sociales, culturales, políticas, de subsistencia y de formación humana. Es así como el desarrollo a escala humana implica compromiso generalizado de todos los sectores: político, económico, religioso, social, cultural, individual, colectivo, etc.

1.2.1. Necesidades humanas fundamentales.

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, que conforman un sistema que se interrelaciona e interactúa, complementándose y compensándose simultáneamente para lograr dinamismo en el proceso de satisfacción.

Las necesidades humanas universales, son iguales en todas las culturas y momentos históricos, su variación la determina el mecanismo o medio utilizado para satisfacerlas.

La satisfacción de las necesidades humanas debe darse en tres contextos, también interrelacionados:

1. En relación con uno mismo.
2. En relación con el grupo social.
3. En relación con el medio ambiente.

Como muchos otros autores; Manfred Max Neef, estudioso del Desarrollo a Escala Humana, clasifica las necesidades humanas según categorías existenciales y categóricas axiológicas. En las primeras define las necesidades de SER, TENER, HACER y ESTAR y las axiológicas en necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. La complementariedad e interrelación entre estas categorías permite determinar los satisfactores o formas de satisfacer una o varias necesidades. Una necesidad puede tener varios satisfactores y son estos los que determinan el grado de desarrollo en diferentes culturas y regiones (Manfred, 2006).

Erróneamente se ha equiparado necesidad con carencia, sin considerar que simultáneamente las necesidades pueden ser también potencialidades humanas. Cuando se asume la necesidad solo como carencia, se restringe su campo sólo a lo fisiológico que es precisamente el campo donde una necesidad se asume con mayor fuerza como “la falta de algo”, pero cuando las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son potencialidades. Por ejemplo:

1. Necesidad de participar potencial de participación.

2. Necesidad de libertad potencial de autonomía.

La satisfacción de las necesidades humanas significa entonces autodependencia y participación a nivel personal y colectivo, que conlleva a mejorar la calidad de vida y por ende a generar desarrollo humano.

1.2.2. Calidad de vida.

Definir calidad de vida es difícil o mejor impreciso por la dificultad para concretarlo como una parte o un todo.

Carnevali 2009, expresa que la satisfacción de vida contiene: la satisfacción en las actividades diarias, el significado de la vida individual y colectivo, haciéndose responsable de la misma; la percepción de logro de metas de vida, la autoimagen y la actitud hacia la vida. Sin embargo, para la OPS, es la respuesta a una interrelación de estímulos a nivel individual y social en un ambiente total. En síntesis, dicen ellos, es un ejercicio de los valores sociales.

Conjugando las dos definiciones anteriores y lo objetivo - subjetivo con lo individual y colectivo, la definición de calidad de vida podría sintetizarse en la conceptualización multidimensional que globaliza la participación de factores personales y socio-ambientales para alcanzar una satisfacción de necesidades que origine calidad de vida y por consiguiente desarrollo (OPS, 2009).

Entre los factores personales, la autora incluye la salud, el ocio, las relaciones sociales, las habilidades funcionales y la satisfacción de necesidades. Entre los segundos las condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente, factores culturales y apoyo social. Unos y otros, por su naturaleza física, social o ideológica, determinan estilos de vida individuales y colectivos.

1.2.3. Estilos de vida.

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico (Soc. Española de Psicogeriatría, 2011).

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto, es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.

Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud, en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como Estilos de Vida Saludables.

1.2.4. Estilos de vida saludables.

Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefiero llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano (Bazo, 2011).

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables pueden ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.

- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social, convencidos de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

Muchos estudios han comprobado los beneficios que conllevan a la actividad físico-recreativa y deportiva frente a múltiples enfermedades, pero no estaba claro si las personas de edad avanzada que comienzan a practicar ejercicio obtienen ventajas en términos de prolongación de años de vida (Devi, 2010).

No obstante, se tiene en consideración que la actividad física por pequeña que sea siempre y cuando sea sistemática y bajo un orden adecuado ayuda a mejorar las condiciones, así como el estilo de vida de quien lo practica en este caso los adultos mayores no mejoraran hábitos con esto pero ayuda a que sobrelleven los hábitos que ya tenían adquiridos además de ayudarles a la relación interpersonal y ritmo de vida.

La práctica del deporte y los ejercicios físicos pueden hacer por la humanidad lo que no podrán alcanzar millones de médicos.

La actividad física puede ayudar no solo conseguir y mantener la salud sino a disfrutar más plenamente la vida. No se trata solo de compensar los efectos que pueda tener una vida sedentaria, sino desarrollar nuevas capacidades y descubrir nuevas posibilidades en equilibrio con el medio que nos rodea.

La experiencia y la evidencia científica confirman que la actividad física constituye una parte integral de la vida humana, el hombre necesita un mínimo de actividad física para mantenerse orgánica y emocionalmente sano.

La actividad física debe ser considerada como una necesidad esencial que nuestro estilo de vida moderno ya no puede satisfacer de manera constante, el tiempo que disponemos para dedicar al ocio aumentará en el futuro.

El desarrollo de la ciencia y la tecnología nos permite alertar y alentar a toda la población a realizar actividad física desde la infancia hasta la vejez adaptándolas a la capacidad individual de cada persona.

Cada persona y especialmente los adultos mayores después del retiro laboral tienen mayor tiempo libre disponible, el que tienen que ocupar en otras actividades que les permitan mantenerse activos.

La actividad físico – recreativa y deportiva sistemática es una práctica factible de realizar, independientemente de la edad y sexo; sin embargo, en las personas adultas mayores cobra mayor importancia, siendo capaz de prevenir los procesos de involución y atrofia orgánica que pueden presentarse como parte del envejecimiento normal.

Así también, posibilita un mayor control de enfermedades crónicas degenerativas, tan frecuentes en las personas de mayor edad, incluso se ha comprobado por varios estudios que se puede aplazar la presentación de enfermedades susceptibles de padecerlas (García, 2009)

1.2.5. Gerontología.

En la actualidad, la Gerontología es definida como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, e incluye las ciencias biológicas y médicas, psicológicas y sociológicas; además de la aplicación del conocimiento científico en beneficio del envejecimiento y de los adultos mayores.

El término gerontología proviene etimológicamente del griego, geron = viejo y logos = estudio. Parece que el término gerontocracia, con el que se describía en la Grecia antigua al gobierno controlado por los ancianos pudiera haber sido el término precursor. Los espartanos capitalizaban la experiencia de los ancianos. Los Gerontes era un consejo de 28 hombres que pasaban de los 60 años y controlaban el gobierno de la Ciudad-Estado.

En 1903, Michel Elie Metchnikoff (1845-1916) sociólogo y biólogo ruso, sucesor de Pasteur y Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, propuso a la Gerontología

como ciencia para el estudio del envejecimiento, ya que según él "traería grandes modificaciones para el curso de este último período de la vida".

Por su parte, el término geriatría fue acuñado por Ignatius Nascher en su obra presentada en 1907 en la Academia de Ciencias de Nueva York titulada Geriatría, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento. Este eminente pediatra norteamericano y fundador del primer departamento de Geriatría en los EE.UU., en el Hospital Mont Sinai de Nueva York, explica en esta publicación, que el término también es derivado del griego Geron = Viejo e Iatrikos = tratamiento médico. Entonces si bien el año 1860 -en que Abraham Jacobi dictó la primera clase de Pediatría- es una fecha importante, también 1909 lo es para la Geriatría.

La Geriatría es por tanto una rama de la Gerontología y la Medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos, y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos. Es una ciencia práctica aplicada, que se ocupa de la asistencia integral a estas personas.

Aunque el desarrollo y la aceptación de un término que sea descriptivo y conciso como lo son Gerontología y Geriatría son pasos importantes en el avance de la ciencia y la práctica, no se puede asumir que el desarrollo de un término implica que en ese momento ha surgido la ciencia en sí.

El comité para la Historia de la Gerontología, creado en 1960 por la Asociación Internacional de Gerontología, ha mostrado que el conocimiento de la bibliografía gerontológica antes de 1950 es difícil de clasificar y generalmente inadecuado para las necesidades de este campo. Freeman en su trabajo "El envejecimiento, su historia y literatura", describió 9 períodos en el conocimiento científico de la vejez durante los 5 000 años que han precedido y mostró cómo la preocupación por la muerte precede a la preocupación por el envejecimiento. Existe así un conjunto de observaciones, reflexiones y especulaciones heterogéneas sobre el avance en la edad, previos a la emergencia del establecimiento de la Gerontología como estudio científico.

El envejecimiento y las enfermedades de la tercera edad han sido de interés para numerosos estudiosos durante centurias, eminentes individuos desde la antigua China, India y el este del Mediterráneo dedicaron muchas de sus energías a estudiar el

envejecimiento. Más tarde, griegos y romanos continuaron sus esfuerzos en tratar de entender los mecanismos del proceso de envejecimiento y su pensamiento matizó el desarrollo investigativo de Europa. Toda la fascinación de Europa por el envejecimiento y la muerte, fue transmitida a la América y al resto del mundo bajo su influencia.

En los siglos XVII y XVIII, Francis Bacon y Benjamín Franklin esperaban descubrir las leyes que gobernaban el proceso de envejecimiento para establecer después un utópico rejuvenecimiento.

Una de las primeras publicaciones que sobre esta materia se reconoce, fue editada en el año 1236 por Roger Bacon, con el título de "La Cura de la Vejez y La Preservación de la Juventud". Otros autores también se destacaron por sus estudios y publicaciones sobre el tema: Zerbi (1468), Cornaro (1467), Ficher (1685) y Canstatt (1807).

El estudio académico sobre las personas ancianas y el envejecimiento comienzan en la Edad Moderna con los trabajos biométricos de Adolphe Quetelet (1796-1874) y Francis Galton (1822-1911). Quetelet es considerado el primer gerontólogo de la historia, al establecer los diferentes estudios de la evolución de la vida humana. Él aplicó la curva de Gaus, lo que supuso una auténtica revolución conceptual en su tiempo.

La Gerontología social fue definida en 1914 por Eduardo Sthiglitz como "una ciencia que se ocupa del hombre como organismo social, que existe en un ambiente social y aceptado por éste".

A pesar de que a comienzos del siglo XX se empiezan los estudios del envejecimiento desde diversas perspectivas, se hacen con hipótesis falsas e incompletas y no es hasta los años 30 cuando se desarrollan los conceptos básicos de la gerontología.

Sin olvidar que Charcot en 1881 escribió sobre, "la importancia de un estudio especial de la vejez y sus enfermedades", y como se señaló antes Nascher introduce el término Geriatria en 1909, para muchos el comienzo de la Geriatria moderna se inició con los trabajos de la doctora Marjory Warren a partir de 1935 en un hospital para crónicos en Londres. De su trabajo entonces y sus ideas, nacieron, para la Medicina geriátrica, muchos de los principios que mantienen la más plena vigencia; entre otros:

- La vejez no es una enfermedad.
- Un diagnóstico exacto es esencial hacerlo.
- Muchas enfermedades de la vejez son curables.
- El reposo injustificado puede ser peligroso.

A partir de los años 30 y 40 se desarrollaron los estudios más sistemáticos, se creó en Europa (1939) un club de investigación sobre los problemas del envejecimiento y la Fundación Nuffield (1943) en Gran Bretaña para el soporte de las investigaciones en Gerontología. Así este interés científico comenzó como una preocupación de un grupo de estudiosos sobre un limitado número de universidades en los años 40.

Y si bien Morris en 1942 propuso los elementos esenciales de la Atención Geriátrica, fue tras la Segunda Guerra Mundial en 1946 cuando comenzó su desarrollo y alcanzó poco a poco el estado de campo científico independiente, lo que permitió en 1946 la aprobación en el Reino Unido de la especialidad de Geriatria y en 1947 se fundó la Sociedad Británica de Geriatria.

En 1950 en Lieja, Bélgica se creó la Sociedad Internacional de Gerontología, con la finalidad de promover las investigaciones gerontológicas en los campos biológicos, clínicos y de formación de personal altamente calificado en el sector del envejecimiento.

Las ideas de la prevención de las enfermedades de la vejez y la conservación de la salud de los ancianos fue introducida por Anderson y Cowan en 1955, mientras que Willianson en 1964 describe el "Iceberg" de las enfermedades no referidas en la vejez. En 1958 se fundó en Oxford el primer departamento de Geriatria en Inglaterra.

Con la creación de varios Institutos de Gerontología como los de Kiev, Baltimore y más tarde Tokio, se ayudó al avance de las investigaciones sobre el envejecimiento.

La preocupación de las naciones por este fenómeno quedó patente en la realización de una Asamblea Especial sobre Envejecimiento en las Naciones Unidas, Viena, en 1982, de la cual devino un Plan de Acción, recientemente evaluado en 1992 en Nueva York y cuyos objetivos guían la política de trabajo en esta esfera en muchos países.

El desarrollo de la especialidad y la preocupación de las entidades, gubernamentales o no, sobre el tema ha sido muy importante en los últimos años en el Tercer Mundo y con un énfasis especial en la Gerontología y la Geriatria en la América Latina (Millán, 2011)

1.2.5.1 Teorías del envejecimiento.

En la actualidad, al igual que sucede con la edad cronológica, no existe un consenso sobre las causas que desencadenan el envejecimiento del organismo tanto humano como animal. Numerosas son las teorías encontradas como consecuencia de los grandes avances científicos y tecnológicos que intentan explicar dicho fenómeno clasificándolas en: *Teorías Genéticas, Teorías de la Agresión, Teorías del Desequilibrio Gradual.* (Marín, 2009)

1.2.5.2. Teorías Genéticas.

Estas teorías proponen que el proceso de envejecimiento desde el nacimiento hasta la muerte es programado por nuestros genes.

Acontecimientos relacionados con la edad como la pubertad o la menopausia son señales del reloj biológico programado dentro de cada célula.

En estas teorías la esperanza de vida como otros hechos relacionados con la edad, deben estar controlados por uno o más genes específicos que operan independientemente o con otros para la longevidad. Hasta ahora estos genes no han sido identificados. Sin embargo, estas teorías sugieren que, o bien uno o más genes dictan la edad celular dentro del núcleo de las células, o bien que ciertos genes son expresados o reprimidos durante el desarrollo normal de la vida. Una de las más actuales teorías dentro de este género es la de las mutaciones del ADN de la mitocondria (productora de energía de las células).

Estas mutaciones aumentan durante la vida del individuo, causando el envejecimiento del mismo. Otra de estas teorías y una de las más conocidas, es la del doctor Lenard Hayfick, en ella dice que las células se dividen y reproducen un número limitado de veces genéticamente programado. Así la edad fisiológica de las células (el número de divisiones permitidas antes de parar la reproducción), es determinado por el material genético del

núcleo de las células, y como el proceso de la pubertad es activado durante el período de crecimiento, el proceso de senectud es activado en algún momento de la mediana edad.

Un argumento contra esta teoría sostiene que el largo y gradual proceso de envejecimiento no es del todo similar al desarrollo acelerado que experimentan los jóvenes. Parece más que este crecimiento acelerado en la pubertad es más causado por la activación de los genes, que el proceso de envejecimiento, lento y progresivo.

1.2.5.3. Teorías de la Agresión.

Estas teorías están basadas en el concepto de que las reacciones químicas que ocurren de forma natural en el cuerpo, comienzan a producir en las moléculas una cantidad de irreversibles deterioros. Si además añadimos la pequeña pero diaria cantidad de sustancias químicas que introducimos en nuestro organismo a través de numerosas fuentes como el aire que respiramos, el tabaco, los alimentos y otras sustancias que ingerimos, incluso de los propios procesos metabólicos de nuestro cuerpo.

La propuesta de los defensores de estas teorías es que si todo este daño químico podría ser minimizado, también el proceso de envejecimiento podría ser retardado, y la gente podría vivir más tiempo. Un ejemplo de estas teorías es el modelo propuesto por Jonson. En él, se plantea que desde que nacemos estamos sometidos a micro-agresiones inevitables, que el cuerpo repara de forma natural.

En cambio cuando el sistema reparador deja de ser efectivo como consecuencia del envejecimiento, puede llevar a una pérdida de funcionalidad de los órganos afectados, y al final, puede derivar en un fallo del sistema. Por tanto, el autor argumenta que si la enfermedad es considerada como una acumulación gradual de heridas reparadas de forma incompleta debido a innumerables microagresiones, el envejecimiento en sí debería ser considerado como una enfermedad.

Otra de estas teorías es la "Teoría de los enlaces cruzados". Algunos componentes celulares altamente reactivos en forma de átomos o moléculas, tienen químicamente activas zonas que pueden unirse al ADN dentro de la célula.

Cuando uno de estos enlaces cruzados se une a una hebra del ADN, los mecanismos de defensa del cuerpo cortan la zona corrupta de ADN, (donde el agente está conectado).

Después, repara la hebra usando otra hebra de la hélice. Pero si el proceso de reparación es muy lento, o si el agente del enlace cruzado también conecta con otra hebra del ADN, ambas zonas son cortadas y el daño es más difícil de reparar.

Mientras estos enlaces cruzados se producen entre estas moléculas, forman una especie de maraña que impide el transporte intracelular de nutrientes y de información.

Esto ocurre porque los enlaces se producen en las hebras del ADN, zonas de comunicación para estas células, produciendo considerables cambios en ellas.

Muchos de estos agentes de enlaces-cruzados son moléculas llamadas *radicales libres*, producto del metabolismo del oxígeno. Estos compuestos químicos contienen un electrón impar en su órbita de forma que pueden reaccionar con el tejido provocándole grandes daños. Estos radicales libres oxidan y atacan otros componentes celulares causando alteraciones y disfunciones que se acumulan a lo largo de nuestra vida. Muchas agresiones celulares terminan por matar a las células, hecho frecuente a medida que la edad aumenta. Esta es la "Teoría de los radicales libres".

Algunos científicos que apoyan estas teorías sugieren el consumo de vitamina C y E como estrategia para la reducción de estos radicales del organismo, y así disminuir la velocidad de envejecimiento. Las propiedades antioxidantes de estas vitaminas atacan y destruyen estos radicales para que no sigan dañando el organismo. Pero actualmente no están comprobados los efectos de este método anti-envejecimiento en humanos.

1.2.6. Cambios fisiológicos del envejecimiento.

Con el pasar de los años los diferentes órganos y sistemas van a sufrir alteraciones, sin embargo todas las personas no envejecemos igual: hay personas que a los 80-90 años se encuentran en un estado saludable, sin mayores enfermedades crónicas, y con una capacidad funcional adecuada, esto es lo que se denomina el envejecimiento exitoso; en cambio, va a haber otro grupo, portadores de múltiples enfermedades crónicas, muchas veces con gran discapacidad: eso es lo que se denomina el envejecimiento patológico, y el tercer grupo lo constituyen aquellas personas que tienen alguna que otra enfermedad

crónica con menor o mayor grado de discapacidad, y esto es lo que se denomina el envejecimiento normal, en el cual están la mayoría de las personas que envejecen.

En la actualidad no se sabe con certeza que es el envejecimiento normal. Gran parte de la información proviene de comparar dos poblaciones, una joven con otra mayor, y hay que tomar en cuenta que si nosotros comparamos estos dos tipos de poblaciones, son poblaciones distintas que han estado influenciadas por diferentes factores ambientales. Es por eso que últimamente se están revisando estos cambios llamados fisiológicos, ya que muchos de ellos son producto de diversas patologías. En los estudios longitudinales realizados últimamente, donde se siguió una población desde joven hasta que envejeció, se han visto que estos cambios son muy diferentes en las personas, dependiendo de los factores ambientales y la calidad de vida que hayan llevado; y es así, por ejemplo, va a ser muy diferente un anciano atleta de 80 años y un médico sedentario de 50 años. (Selva, 2009).

1.2.6.1. Composición corporal.

Uno de los parámetros que más se altera en el envejecimiento es la composición corporal; a los 25 años el porcentaje de grasa corporal es de 15%, y esto va aumentando con la edad, a los 75 años es el doble con respecto a los 25 años. Esta acumulación de grasa se localiza principalmente al nivel del abdomen en el varón y en la pelvis y mamas en la mujer, en cambio el tejido celular subcutáneo disminuye. Igualmente, el agua corporal total disminuye con el envejecimiento, sobre todo a expensas del agua intracelular; de ahí que tengamos una disminución de la turgencia de la piel.

Igualmente la mayoría de nuestros tejidos van a disminuir en el número de células, por consiguiente va a haber una disminución de su peso; eso sucede también en la masa ósea, que se va perdiendo progresivamente, y esto es más acelerado aún en las mujeres, llegando a una pérdida del 20%, en las mujeres ancianas.

Estos cambios corporales tienen implicancia clínica; así la disminución de agua corporal conjuntamente con la disminución de la sensación de sed, debido a la disminución de numerosas células en el centro de la sed y la disminución del sistema renina-angiotensina, hace que la persona anciana se encuentre en un estado de deshidratación

latente, por eso es muy importante hacer recordar a las personas mayores que tengan que mejorar su ingesta de líquido a pesar de que aparente -o realmente- no tengan sed.

El aumento de la grasa corporal tiene implicancia en la farmacodinamia de los medicamentos; los fármacos liposolubles, como las benzodiazepinas, van a tener un mayor volumen de distribución y una mayor concentración en el tejido adiposo, con consiguiente mayor tiempo de liberación de la droga; así el diazepam, que en una persona joven tiene una vida media de 24 horas, en el anciano llega hasta 72 horas, con la consiguiente acumulación del fármaco.

Igualmente en el caso de los fármacos hidrosolubles, como hay disminución del agua, hay un menor volumen de distribución, lo que va a hacer que su concentración plasmática sea mayor. Esto quiere decir que a igual dosis de fármaco vamos a encontrar una mayor concentración en el sitio de acción; por eso, estos fármacos en dosis mucho más reducidas que en los jóvenes pueden tener los mismos efectos; ejemplo los tiazídicos.

También hay una disminución del peso y de la talla, esto se debe a que mayoría de los órganos van a disminuir de peso, igualmente disminuye la masa ósea, aumenta la grasa, disminuye el agua, y todo esto, hace que en el envejecimiento haya una disminución de peso. Se dice que generalmente desde la cuarta década se disminuye por década uno a dos kilos. La talla igualmente va a disminuir progresivamente y es proporcional a la disminución del peso, es decir uno a dos centímetros por cada década, a partir de los cuarenta años; de la misma manera, la circunferencia torácica también disminuye.

Los diferentes órganos, alcanzan su mayor peso a los 20 - 30 años, pero, a partir de los 40, la mayoría van a disminuir: el cerebro, el riñón, el hígado, el páncreas, excepto el corazón que, por la hipertrofia de las fibras musculares va a aumentar su peso ligeramente. Igualmente, el metabolismo basal va a sufrir una disminución con los años, tanto que en los 70-80 años va disminuir el 20% respecto a menor edad. Uno de los parámetros que menos altera con el envejecimiento, es la glicemia en ayunas, en cambio otras funciones como la función nerviosa, la función renal, la función respiratoria, todas ellas van a disminuir progresivamente con la edad.

Generalmente, se dice que la mayoría de nuestros órganos decaen su función 1 % al año, a partir de los 30 a 40 años, existiendo sin embargo gran individualidad.

1.2.6.2. Aparato digestivo.

A lo largo del tubo digestivo, desde la boca hasta el recto, se producen una serie de cambios que favorecen a la aparición de patologías propias de los ancianos.

Hay pérdida progresiva de las piezas dentales, así como una serie de alteraciones en los dientes. Las glándulas salivales también se atrofian, es muy común en esta edad la xerostomía, muchos pacientes ancianos, se quejan de sequedad de la boca, lo que contribuye conjuntamente con la disminución del gusto, debido a la disminución de los botones gustativos, a la disminución del apetito.

En el esófago hay disminución de las neuronas del plexo mientérico, lo que va a traer trastornos de motilidad, que se conoce con el nombre de presbiesófago, produciendo espasmos dolorosos retroesternales, que muchas veces es confundido con un infarto de miocardio, o puede producir regurgitación con consiguiente aspiración, y neumonía.

En el estómago encontramos una disminución del epitelio y atrofia de la submucosa y la muscular; la secreción de ácido disminuye así como las diferentes enzimas: tripsina, amilasa, Hay una mayor aparición de la atrofia gástrica, y esta va acompañada muchas veces de anemia perniciosa. Todas estas alteraciones contribuyen a la disminución del apetito, que es una queja frecuente de las personas mayores, y que parte es una compensación a la disminución del peso y de la talla.

En el intestino la capacidad de absorción mayormente no se altera, solamente las de aquellas sustancias que signifiquen un transporte activo, como ciertas vitaminas y medicamentos; eso sí, vamos a encontrar, sobre todo en el intestino grueso, una disminución de la velocidad de tránsito intestinal. Igualmente encontramos atrofia de las fibras mientéricas, una disminución de la motilidad, sobre todo esto va ser más intenso en aquellas personas que han usado laxantes por muchos años tipo fenoltaleína, y no es poco común encontrar un intestino grueso en auténtico "tubo de plomo", totalmente sin austras, sin movimiento, con una gran tendencia a hacer impactaciones fecales.

La pared muscular del tubo digestivo se debilita con el paso del tiempo favoreciendo a la

aparición de dilataciones en todo su trayecto produciendo la enfermedad diverticular y no solamente en el colon, que puede ser la causa de las llamadas apendicitis izquierdas y también de sangrados gastrointestinales; sino también estos divertículos pueden localizarse a nivel del esófago, y producir aspiraciones; también pueden localizarse a nivel del duodeno y producir un síndrome de asa ciega, con consiguientes problemas de malabsorción. Las estructuras vasculares también se degeneran y aparecen los "lagos" venosos en la submucosa que constituyen la angiodisplasia intestinal, que es la segunda causa de anemia ferropénica crónica por micro-pérdidas digestivas después de la hernia de hiato.

El páncreas también va a disminuir su función exocrina; el hígado disminuye de tamaño y en el número de los hepatocitos; la vesícula es un órgano que menos sufre alteraciones. (Kane, 2009)

1.2.6.3. Aparato respiratorio.

Se produce una disminución de la fuerza de los músculos respiratorios, y calcificación de las articulaciones esterno costales, lo que conduce a que toda la motilidad de la caja torácica disminuya. Esto muchas veces va a ocasionar que un simple resfrío o gripe que produce secreciones, como la pared del tórax está rígida como una jaula, va a impedir que pueda movilizar con facilidad estas secreciones y desencadenar una insuficiencia respiratoria aguda con retención de secreciones o "broncoplejía" que puede conllevar a un curso fatal.

No es infrecuente el hallazgo de crepitantes basales a la auscultación, como manifestación de una fibrosis pulmonar, que no justifica mayor agresividad diagnóstica. Igualmente hay una disminución de la reacción de los quimiorreceptores tanto centrales como periféricos a las variaciones del PH, del CO₂, y del oxígeno; el epitelio de las arterias pulmonares va a sufrir un engrosamiento; todas estas alteraciones hacen que el volumen residual aumente, siendo mayor en el paciente postrado.

Estas alteraciones morfológicas también se van a traducir en las diferentes pruebas de función pulmonar, hay una disminución del volumen ventilatorio máximo, de la capacidad vital y otras pruebas de función pulmonar.

Respecto a la gasometría arterial el PH no sufre modificaciones, igualmente que el CO₂, en cambio la presión parcial, de oxígeno (PO₂) sí disminuye. Existen diversas fórmulas para encontrar la PO₂ de acuerdo a la edad, como la fórmula de Sorbini (PO₂ = 109 - 0.43 x edad).

Lo importante es reconocer que las personas ancianas pueden tener un menor nivel de PO₂ en sangre, pero esto hace también que pequeñas disminuciones de 5 u 8 mmHg del PO₂ traigan mayores alteraciones, como la aparición e delirio etc. En cuanto a la capacidad de difusión del oxígeno o del CO₂ hay un leve disminución, con un aumento del gradiente alveolocapilar. (Timiras, 2007)

1.2.6.4. Sistema cardiovascular.

El envejecimiento del sistema cardiovascular tiene una importancia extraordinaria como responsable de las enfermedades que la afectan. Hay que recordar que la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte de las personas mayores.

El corazón va a ser otro de los órganos que va a sufrir una serie de alteraciones con el envejecimiento; se ha encontrado con bastante frecuencia engrosamiento del ventrículo izquierdo, probablemente esto se deba a una respuesta a la mayor rigidez de las arterias, aunque en personas que realizan poco ejercicio físico, puede estar ausente; en el corazón también va haber una pérdida progresiva de las células musculares y esto sobre todo se manifiesta en el tejido de conducción, tanto así por ejemplo que en el nódulo sinusal también llamado marcapaso del corazón, a los 75 años solamente encontramos el 10% de las células, con respecto a los más jóvenes. Esto hace que los trastornos de ritmo como la fibrilación auricular, los bloqueos aurículo-ventriculares, sean mucho más frecuentes en esta edad.

Los miocitos que quedan generalmente están hipertrofiados como un proceso compensatorio. -También hay procesos degenerativos, mayor depósito de colágeno, de lipofuccina a nivel del corazón, y alteración de los procesos de oxidación. Las válvulas también van a sufrir alteraciones, va a haber mayor fibrosis, depósito de calcio, sobre todo en la válvula mitral. Estos cambios se traduce en las diferentes funciones del corazón, y lo que más va a alterar es la función diastólica; la función sistólica generalmente va a estar

conservada, sobre todo en pacientes normotensos y en reposo, la fase sistólica suele prolongarse, lo que es importante porque repercute en la fase de relajación, lo que impide el llenado rápido en la fase inicial de la diástole. Esto en parte las aurículas lo compensan con su contracción, de ahí tan importante aquellos procesos como fibrilación auricular donde esta ayuda de la aurícula está ausente, y por consiguiente puede precipitar la insuficiencia cardíaca. La adaptación al ejercicio va a disminuir, tanto la frecuencia cardíaca máxima como el llenado ventricular no aumenta como en individuos jóvenes, también la respuesta vasodilatadora de las arterias es menor, con lo que durante el ejercicio aumenta la post-carga.

También hay una reducción de los baro-receptores carotídeos y aórticos, que hace que se adapte menos a las diferencias de presión arterial y volumen, y es por eso, ante pequeñas variaciones del volumen y de la presión arterial, va a aparecer con más frecuencia la hipotensión ortostática y el síncope.

En cuanto a las alteraciones electrocardiográficas, son muy comunes en las personas mayores, a los 40 años el 70% de las personas tienen un electrocardiograma normal, mientras que a los 80 solamente el 20%, las alteraciones más frecuentes, son el aumento de la incidencia de la onda Q, la desviación del eje a la izquierda, el aumento del voltaje de las derivaciones izquierdas, alteraciones del segmento ST, los bloqueos de primer grado, y sobre todo lo que es bastante frecuente la fibrilación auricular; hay que recordar que el infarto de miocardio es una causa importante del fallecimiento de las personas, y en todas las necropsias vamos a encontrar hasta el 20% de personas con infartos de miocardio, y muchas veces silentes, debido a la disminución del umbral del dolor en las personas mayores. En cuanto a los principales tipos de arritmias, son las más frecuentes las extrasístoles supraventriculares, luego la fibrilación auricular, los bloqueos AV de primer grado.

Las arterias también van a sufrir cambios morfológicos y funcionales. Se observa un aumento del diámetro de la luz, un aumento de la longitud de la mayoría de las arterias, sobre todo de las arterias grandes, con un engrosamiento de su pared muscular, lo que va

también a traer una mayor rigidez; éstos cambios son similares a los que encontramos en las arteriosclerosis pero hay unas pequeñas diferencias.

Mientras que en el envejecimiento estos cambios más se manifiestan al nivel de las arterias elásticas y compromete mayormente la capa media, y la aorta torácica; en los procesos donde la arteriosclerosis es mayor, esto se ve sobre todo en las arterias musculares, la capa más comprometida es la íntima, y las alteraciones se ven mayormente en la aorta abdominal, pero muchas veces tantos estos procesos degenerativos del envejecimiento, como la arteriosclerosis se superponen, y también estos cambios van a predisponer a que la arteriosclerosis suceda con mayor facilidad. (Hazzard, 2009)

La íntima de las arterias también sufre modificaciones, hay alteración en la forma, tamaño, orientación de las células, el espacio subendotelial se engruesa, hay alteraciones en la lámina elástica interna, y también hay alteraciones de la respuesta vasodilatadora mediada por el endotelio. La capa media también sufre alteraciones, hay un aumento de las células musculares lisas, de los depósitos de calcio y colágeno, disminución de la elastina, y formación de productos de glucación que tiene que ver mucho con la rigidez de la arterias.

Esto trae cambios funcionales de las arterias: vamos a encontrar un aumento de la velocidad de ondas de pulso, una mayor turbulencia de flujo sanguíneo que va a condicionar a la arteriosclerosis; también hay una disminución de la sensibilidad al cambio brusco de volumen, por eso las pequeñas pérdidas de volumen pueden ocasionar hipotensión y síncope, y pequeños aumentos de volumen pueden ocasionar hipertensión. Finalmente, todos estos cambios hacen que haya un aumento de la presión arterial sistólica y también de la media, mientras hay una disminución de la presión arterial diastólica, aumentando así el número de personas con hipertensión arterial sistólica aislada.

1.2.6.5. Sistema genitourinario.

El riñón es otro de los órganos que va a sufrir alteraciones con el envejecimiento, hay disminución del número de glomérulos, y en el intersticio mayor fibrosis y depósito de

colágeno, esto se traduce igualmente en la función del riñón, presentando una disminución del flujo plasmático renal, tanto que a los 80 años, es el 50%, aproximadamente, la filtración glomerular también disminuye en similar proporción.

Esto hace que haya una disminución del clearance de la creatinina, a los 80 años llega a ser 20-40 mililitros por minuto, y muchas veces a pesar de esta marcada disminución, los niveles de creatinina en sangre permanecen normales; esto se debe a que con el envejecimiento hay una disminución de la masa muscular.

De ahí es importante cuando se usen medicamentos de metabolismo renal hacer un cálculo de depuración de creatinina con la siguiente fórmula:

$$DC = \frac{140 - \text{edad} \times \text{peso}}{72 \times \text{creatinina}}$$

En el caso de las mujeres debe multiplicarse por 0.85.

Las funciones tubulares también disminuyen, hay una menor capacidad de reabsorción y secreción tubular. Hay una disminución de la renina plasmática y de la actividad de la aldosterona plasmática. Esto se traduce en una disminución de la capacidad de concentración y dilución del riñón, y por eso, en los procesos de deshidratación, como el riñón ha perdido su capacidad de concentración, se hacen más severos, más manifiestos rápidamente; debido a la disminución de la capacidad de dilución, y sobre todo por la alteración del sistema renina-angiotensina, cuando hay sobrecarga de volumen puede aparecer rápidamente la insuficiencia cardíaca, ya que el riñón no es capaz de eliminar este líquido sobrante tan rápidamente como los jóvenes, esto hace también que en situaciones como neumonías, accidentes cerebro-vasculares, fármacos favorezcan la aparición de la secreción inadecuada de hormona antidiurética con frecuente intoxicación acuosa.

1.2.6.6. Sistema nervioso.

El encéfalo es otro de los órganos que va a sufrir muchas alteraciones: hay una reducción del tamaño y del número de células, pero no todas disminuyen en igual proporción, esto se hace más evidente en las células de la sustancia nigra, las células de Purkinje, del asta anterior de la médula, del locus ceruleus, en el hipocampus, de ahí que son comunes, las

alteraciones extrapiramidales y de la memoria, también hay una disminución de las diferentes dendritas y sinapsis, hay acumulo de pigmentos, amiloides y neurofibrilas, muy similar a lo que podemos apreciar en la enfermedad del Alzheimer, solo que la frecuencia y distribución de éstas alteraciones va a ser diferente que la enfermedad de Alzheimer.

Es importante también la disminución de los agentes neurotransmisores, sobre todo los colinérgicos, y también los monoaminérgicos; esto hace que ante cualquier medicamento anticolinérgico que puede disminuir aún más los niveles de acetilcolina cerebral, se presenten con frecuencia problemas de delirio en pacientes ancianos.

En la tomografía es muy frecuente encontrar atrofia cerebral y dilatación ventricular, sin que esto signifique que éstas personas tengan alterada su función cognoscitiva, solo la demostración de atrofia rápidamente progresiva en tomografías seriadas puede apoyar el diagnóstico de demencia. También es frecuente encontrar alteraciones en la sustancia blanca llamada leucoacarosis; en la resonancia a veces se encuentra hasta 20 o 40%, y esto se ha asociado a depresiones y trastornos cognitivos en el anciano. También hay una disminución del metabolismo cerebral, de la oxigenación cerebral, y del flujo sanguíneo, que es mucho mayor en fumadores.

Hay una asociación entre el hematocrito y el flujo cerebral, cuando mayor es el hematocrito, hay disminución del flujo cerebral, lo que también es importante cuando consideremos las transfusiones, ya que las transfusiones puedan producir una rápida elevación del hematocrito, con una disminución de flujo cerebral.

Las funciones cerebrales también se van a ver alteradas, el lenguaje generalmente no se altera, las habilidades visuoespaciales disminuyen sobre todo la construcción tridimensional; la solución de problemas también puede disminuir, hay una menor habilidad de planificación y de conceptos abstractos. Esto sobre todo se ve cuando hay daño de los lóbulos frontales.

La atención centrada y dividida suele disminuir, de ahí que la persona anciana se distrae muy fácilmente; por eso cuando al confeccionar la historia clínica tiene que estar en un ambiente tranquilo, para evitar que se distraiga.

Con el envejecimiento se dan cambios en el control postural y en la marcha. La velocidad psicomotora decrece, en edades avanzadas pueden aparecer bradicinesia, discinesias. Hay un enlentecimiento del procesamiento de la información sensorial tanto visual como auditiva.

Respecto a la memoria, el recuerdo sin pistas declinan, mientras que la memoria por reconocimiento se conserva. Se conserva también la memoria a corto plazo y a largo plazo, el aprendizaje es similar también al joven aunque mucho más lento en el anciano, para aprender va a necesitar mayor tiempo y mayor repetición. El envejecimiento produce déficit en lo que se llama memoria directa o explícita cuando deben recuperar información conscientemente del almacén de memoria a largo plazo, en contraste las tareas que implican memoria implícita o indirecta rinden igual que los jóvenes, es decir la memoria de los acontecimientos bien aprendidos y que han permanecido por muchos años. En contraste la memoria asociativa se refiere a la memoria de asociaciones recientemente aprendidas entre palabras sin relación previa y por lo tanto sin representación preexistente, presenta mayores dificultades en el envejecimiento.

La inteligencia fluida, que es la capacidad de realizar diferentes funciones manipulativas generalmente disminuye, mientras que las actividades verbales que se le conoce como inteligencia cristalizada y que también es producto de la experiencia del individuo, ésta si se conserva. En cuanto al desempeño de las diferentes pruebas de inteligencia, estas tienen muchos conceptos abstractos, a los 30 años se alcanza el máximo rendimiento disminuyendo progresivamente.

El sistema nervioso periférico, también sufre alteraciones, hay una disminución de diferentes reflejos, un aumento del tiempo de latencia; el umbral del dolor disminuye y también los puntos dolorosos, lo que tiene implicancia en la identificación de diversas enfermedades, como el infarto de miocardio y en el abdomen agudo. Hay un aumento del tiempo de latencia estímulo-respuesta, lo que es importante, cuando queremos aconsejar a los mayores sobre si pueden manejar o no, a una velocidad a 100 kilómetros por hora, una disminución de uno o dos segundos, en la reacción estímulo-respuesta, puede significar la vida o la muerte, por eso es preferible aconsejarle no manejar a altas velocidades, ni de noche, por la disminución de la visión.

Los órganos de los sentidos también se alteran, la visión disminuye, así como la acomodación visual a partir de los 40 años, esto se debe a que el cristalino ya no puede acomodarse. En la audición también hay una pérdida progresiva, aumenta la presencia de ruidos y voces. El gusto disminuye principalmente para lo dulce y lo salado, aumenta el umbral gustativo, por eso muchas veces, personas mayores se echan mayor cantidad de azúcar o sal; para el ácido, el amargo permanece igual. También en el olfato disminuye la capacidad de distinguir los olores. (Wei, 2012)

1.2.6.7. Sistema endocrino.

El sistema endocrino también sufre alteraciones; respecto a la función tiroidea, normalmente no hay variación del TSH, ni el T4, el T3 si sufre una ligera disminución; algo importante recordar que el 5 al 10% de las personas mayores pueden tener un problema de hipotiroidismo, y que muchas veces no es diagnosticado, es por eso que muchos consideran como una prueba de screening la determinación del TSH. También hay un síndrome frecuente en los ancianos: el síndrome de eutirodeo enfermo, donde a pesar de haber una disminución del T3 y T4, el TSH está normal; esto no requiere tratamiento, pero generalmente es asociado a enfermedades crónicas severas.

El páncreas también sufre alteraciones en su función endocrina, aumenta la intolerancia a la glucosa, tanto que a los 80 años tienen diabetes o intolerancia a la glucosa hasta el 50%. La curva de tolerancia de la glucosa va aumentando, si 200 es el máximo a los 20 años, a los 60 años, 70 años, la mayoría ya encontrarnos un 220 o 240.

Las alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisisario-gonadal son responsables de la menopausia con consiguiente disminución de estrógenos. También en el varón se produce una disminución progresiva de la testosterona, y también del FSH y la LH.

La impotencia aumenta con la edad, tanto que a los 60 - 70 años el 50% ya tiene problemas de impotencia y a los 80 años el 80-90 %.

El eje corticosuprarrenal responde con una secreción de ACTH y cortisol elevada y persistente, y a una menor inhibición por la dexametasona, probablemente se deba a alteraciones de niveles del hipocampo y tiene que ver con las situaciones de estrés.

Muchas de las alteraciones que encontramos en el envejecimiento como la disminución de la inmunidad, la osteoporosis, la disminución de la masa muscular, podrían estar explicados por esta secreción continua y persistente de la ACTH. La dihidroepiandrosterona, considerada por muchos, la hormona de la juventud, también disminuye; en algunos se está utilizando esta hormona, sobre todo en aquellos pacientes muy debilitados, con una masa muscular muy deficiente, con algunos resultados.

La hormona del crecimiento y su mediador periférico, el factor de crecimiento similar a la insulina disminuyen hasta en el 50%, en los mayores de 80 años, y se habla en estos pacientes, de una somatopausia, y a veces se ha utilizado en estos pacientes la hormona de crecimiento, viéndose que puede mejorar la masa muscular, la sensación de bienestar, sin olvidar que tiene también sus efectos secundarios, como intolerancia a la glucosa, síndrome del túnel carpiano, etc. La paratohormona aumenta, y la calcitonina y el metabolito activo de la vitamina D disminuyen. (Ruiz, 2009)

1.2.6.8. Sistema inmunológico.

Respecto al sistema inmunológico, hay una disminución de la inmunidad, sobre todo celular debida a la involución tímica, una disminución de la función de las células killer o asesinas, y también alteraciones de las interleucinas; en cambio vamos a encontrar aumentos de anticuerpos, de gamapatias monoclonales que nos indica que hay una hiperactividad de las células linfoides, sobre todo en los muy ancianos. La presencia de enfermedades autoinmunes no es mayor, pero puede mayor ser el número de neoplasias y las infecciones, aunque no solamente la inmunidad tiene que ver en este aumento, sino también las diversas alteraciones que van a sufrir los diferentes órganos.

En cuanto a las pruebas de laboratorio, también, la mayoría de pruebas de laboratorio no se alteran, hay una discreta disminución de la hemoglobina, pero no hay que olvidar también que la frecuencia de anemia es mucho mayor en esta población. Hay una ligera disminución de los leucocitos; los niveles de lípidos sanguíneos sufren una leve elevación hasta los 60 años, pero desde ahí permanecen iguales, no siendo significativa. En cuanto a la presencia de auto-anticuerpos, factor reumatoideo, células LE podemos encontrar positivas hasta en un tercio de los mayores de 85 años.

Para finalizar, hay que recordar que todos no envejecemos de igual forma, hay una gran individualidad, los cambios que ocurren con el envejecimiento van a estar influenciados por muchos factores ambientales, genéticos y que dependen también del modo que tenemos de vivir; y que cultivando hábitos adecuados podemos retardar muchos de estos procesos que por el momento, aún se denominan fisiológicos. Espero que con las nuevas investigaciones, con los nuevos progresos de la ciencia, podamos detener muchos de estos procesos y poder así llegar todos a una vejez satisfactoria. (Moriguchi, 2008)

1.2.7. Urgencias geriátricas.

Existen diferentes tipos de urgencias geriátricas que conllevan actuaciones específicas. En el primer tipo de urgencias se incluyen aquellas que son idénticas a las del adulto joven pero que cursan con semiología distinta, haciendo más difícil el diagnóstico y que se demore la instauración del tratamiento.

Ciertos síntomas inespecíficos (agitación, trastornos digestivos) pueden ser los únicos signos clínicos de enfermedades graves. Otros síntomas, como la fiebre o el dolor, pueden estar ausentes en cuadros infecciosos o quirúrgicos. Por otra parte, también se deben considerar urgencias geriátricas algunas enfermedades que no son graves en el adulto joven pero que pueden tener importantes consecuencias en el anciano, por lo que deben tratarse de manera urgente.

El segundo tipo de urgencias comprende urgencias más específicas del anciano, debido a su particular frecuencia en este tipo de pacientes y a sus consecuencias funcionales. Tanto las caídas y los trastornos del comportamiento como la pérdida de autonomía son enfermedades que se suelen considerar banales o achacarse a la edad, aunque en realidad requieren tratamiento específico para evitar al máximo la aparición de complicaciones. El tercer tipo de urgencia geriátrica consiste en el fallo del sistema de ayuda a domicilio del paciente anciano dependiente, en especial aquellos problemas médicos o sociales que afecten al cuidador principal. En este caso es indispensable el tratamiento urgente del paciente (Castañedo, 2011)

1.2.8. Enfermería geriátrica.

La enfermera especialista en Enfermería Geriátrica es el profesional que presta atención y cuidados de enfermería a la población anciana, estando capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar el cuidado destinado a este colectivo en situaciones complejas en las que también actúa como asesor en todos los niveles del sistema socio-sanitario.

En este contexto, las especialistas en enfermería geriátrica, como fuerza social, tienen la responsabilidad específica de suministrar y fomentar la mejor atención enfermera y colaborar con el sistema socio-sanitario para la correcta utilización de los recursos, obteniendo como resultado la mejora del coste-beneficio y la calidad de vida de la población anciana.

El aumento de la población anciana según los datos sociodemográficos y la creciente demanda de cuidados por parte de dicho colectivo justifican por sí mismos, la importancia de la especialidad de enfermería geriátrica (Kristen, 2008)

1.2.9. Derecho de las personas de la tercera edad.

La expresión tercera edad también enunciada como vejez, comienza a los 60 años en adelante y a veces cuando la mujer tiene la menopausia también es un término antrópico-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas, normalmente jubilada y de 65 años o más. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término "personas mayores" y "adulto mayor".

Este grupo de edad ha estado creciendo en la pirámide de población o distribución por edades en la estructura de población, debido a la baja en la tasa de natalidad y la mejora de la calidad y esperanza de vida de muchos países.

Las condiciones de vida para las personas de la tercera edad son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, y en muchos casos se sienten postergados y excluidos. En países desarrollados, en su mayoría gozan de mejor nivel de vida, son subsidiados por el Estado y tienen acceso a pensiones, garantías de salud y otros beneficios.

Incluso hay países desarrollados que otorgan trabajo sin discriminar por la edad y donde prima la experiencia y capacidad. Las enfermedades asociadas a la vejez (Alzheimer, artrosis, Diabetes, Cataratas, Osteoporosis etc.) son más recurrentes en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados.

La Organización de las Naciones Unidas estableció que a partir de los sesenta años toda persona es considerada adulto mayor y debe gozar de derechos especiales. (Alonso, 2011)

Para la ONU, las personas mayores tienen derecho a vivir con independencia, participación, cuidados, autorrealización y con dignidad. Nuestro país reconoce en su legislación los siguientes derechos:

Integridad, dignidad y preferencia: Acceso a una vida plena, con calidad, libre de violencia y sin discriminación. Respeto a la integridad física, psicoemocional y sexual. Protección contra toda forma de explotación.

Seguridad y certeza jurídica: En cualquier procedimiento judicial, tiene derecho a un trato digno y apropiado; a recibir el apoyo de las instituciones federales, estatales y municipales, con asesoría jurídica gratuita y con un representante legal cuando sea necesario. En todos estos procedimientos tiene derecho al trato preferente en la protección de tu patrimonio.

Salud, alimentación y familia.: Tiene derecho a los satisfactores básicos, como alimentos, bienes, servicios y condiciones para una atención integral y de manera preferente. Para el cuidado de tu salud debes contar con el apoyo subsidiario de las instituciones públicas, además de orientación y capacitación en materia de nutrición, higiene y todo aquello que favorezca su cuidado personal.

Educación: Acceso a la educación de manera preferente en instituciones públicas y privadas, las cuales deben incluir en sus planes conocimientos relacionados con las personas adultas mayores y contar con material educativo en el tema del envejecimiento.

Trabajo: Igualdad de oportunidades o de otras opciones que permitan un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como lo desee.

Asistencia social: Tiene derecho a programas de asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de tus medios de subsistencia; de vivienda digna y de acceso a una casa hogar o albergue, sólo en situación de riesgo.

Participación: Incumbencia en la planeación y toma de decisiones que le afecten, así como de desarrollo social en general, ya sea de manera individual o mediante la libre asociación con otras personas; participación en los procesos productivos, de educación y capacitación, y en la vida cultural, deportiva y recreativa de su comunidad.

Denuncia: Denunciar de manera personal cualquier hecho, acto u omisión que le produzca o pueda producir algún daño o afectación en tus derechos y garantías; también pueden hacer denuncias de este tipo toda persona, grupo social, organizaciones no gubernamentales, asociaciones o sociedades.

El 1º de octubre fue establecido por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas como el Día Internacional del Adulto Mayor para concientizar sobre el valor de la prolongación de la vida y que las sociedades favorezcan la integración para todas las personas adultas mayores. Anteriormente, en la Convención de Ginebra de la Naciones Unidas, realizada en 1982, se aprobaron los Derechos Básicos de los Adultos Mayores. (Carneiro, 2010)

1.2.10. Marco normativo.

La Constitución de la República del Ecuador, expedida en el año 2008, conforma el marco legal, conceptual y ético que refleja una forma de convivencia ciudadana en una sociedad que respeta, en todas sus dimensiones, la dignidad de las personas y las colectividades.

El reconocer a estas personas como “grupo de atención prioritaria” implica una responsabilidad adicional de cuidado a estas ellas y la posibilidad de exigencia de sus derechos.

Otro de los elementos relevantes de la actual Constitución es que se establecen claramente obligaciones del Estado respecto a la protección y garantía de los derechos de las personas adultas mayores de manera más completa. Así, se logra una ampliación de derechos conforme se detalla a continuación. (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2012).

1.2.10.1 Articulados de la Constitución de la República del Ecuador referentes a personas adultas mayores.

- Igualdad y no discriminación. Art. 1
- Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria. Art. 35
- Derechos de las personas adultas y adultos mayores. Art. 3 y 37
- Obligaciones del Estado respecto a las personas adultas mayores. Art. 38
- Prohibición de desplazamiento arbitrario. Art. 42
- Derechos de las personas privadas de libertad. Art. 51
- Derechos políticos de las personas adultas mayores. Art. 62 y 95
- Derechos de libertad: vida libre de violencia. Art. 66
- Derecho de protección: acceso a la justicia. Art. 81
- Deberes y responsabilidades. Art. 83
- Defensoría pública. Art. 193
- Educación: erradicar el analfabetismo y apoyar a los procesos de post-alfabetización y educación permanente. Art. 347
- Protección integral. Art.341
- Atención integral de la salud. Art. 363
- Seguridad social. Art. 363 y 369.

1.2.11. Envejecimiento, calidad de vida y cuidado.

El interés por la vida y el envejecimiento ha sido permanente en la historia de la humanidad, en el que sobresalen dos aspiraciones, constantes a través de distintas culturas y momentos históricos, la inmortalidad y la búsqueda de la longevidad. Quedan aún ciertos vestigios de los mitos: el “elixir de la vida”, buscado por los alquimistas y la “fuente de la vida”, observados en la actualidad como son el consumo excesivo de vitaminas, tratamientos termales antienvjecimiento, dietas especiales, programas de ejercicio físico intensivo, inoculación de embriones de pato, entre otros, que buscan mejorar la vitalidad y la longevidad.

Envejecer es un proceso primario que implica cambios graduales e inevitables relacionados con la edad los cuales aparecen en todos los miembros de una especie. El proceso de envejecimiento es normal y sucede a pesar de gozar de buena salud, del estilo de vida sano y activo y de carecer de enfermedades.

La vejez no es una enfermedad, aunque hay enfermedades propias de la vejez, así como las hay de la niñez, no tiene que cursar con dolores ni angustias. Es un estado de cambios graduales celulares, en los tejidos, en los órganos y en el organismo en general. Es un estado degenerativo, de desgaste lento, de entropía.

1.2.11.1 Beneficios de la actividad física en personas de la tercera edad.

Las diferentes denominaciones: senectud, ancianidad, vejez, mayores, segunda juventud y tercera edad tienen todo el propósito de esquivar los prejuicios y la discriminación. Algunos de ellos sí lo logran, y en gran medida; otros, por el contrario, generan nuevas máscaras. También los estudios sociológicos han asignado prioridades al tema y que varían en las distintas sociedades y épocas a la par de alimentación, vivienda, salud y transportes.

También hay abuso de los mayores como discriminación por edad en los ambientes laborales. Hay una consideración también respecto al "estar activo" y a las aficiones pensadas con un diseño universal, que sustituyen a los trabajos en los mayores y que también pueden ser proyectadas desde muchos años antes, por ejemplo: la lectura como recurso y como afición, que si no ha sido ya utilizada en la juventud y edad adulta, difícilmente será utilizada mucho después. Priman los temas vitales y no quieren que estén ausentes tampoco los propios de su grupo social de personas mayores, como cultura diferente e igualmente con una diferente actitud a lo que es nivel de vida.

Es muy sensible al puesto en la nueva sociedad de los mayores por la pérdida de la familia extensa y el advenimiento de la familia nuclear o sólo de pareja, con pocos hijos. Lo es también su capacidad de maniobra por el aumento de rentas y consecuente independencia de los futuros 'mayores', por el aumento de la clase media.

La esperanza de vida ha aumentado en forma pronunciada desde la última mitad del siglo XX, y se prevé que seguirá creciendo prácticamente en todas las poblaciones del mundo. Actualmente hay en el mundo 580 millones de personas, de 60 años de edad como mínimo.

Se estima que el porcentaje de personas de 60 años o más en todo el mundo pasará de 10% a 22% entre el año 2000 y el 2050, tiempo en que se prevé que la proporción de ancianos igualará la de niños de 0 a 14 años, lo que constituirá un precedente en la historia de la humanidad, pues por primera vez, los jóvenes y los viejos representarán la misma proporción demográfica.

Este envejecimiento de la población viene de la acción combinada de dos connotadas transiciones con fuerte relación entre sí: una es la transición demográfica y otra es la transición epidemiológica. Definidas brevemente, la transición demográfica se refiere a los cambios en las estructuras de la población, producto principalmente de las bajas en la fecundidad y la mortalidad.

La transición epidemiológica se refiere al cambio hacia menores incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento en las

incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes.

A la hora de plantar conceptos y de hablar de vejez y de los adultos mayores se deben definir con claridad términos e individuos o grupos específicos. Etiquetas vagas como "viejo", "anciano" o "ciudadano mayor" sugieren estereotipos que resultan erróneos e inadecuados cuando se aplican a individuos concretos.

De ningún modo ha de significar que el envejecimiento deba ser entendido como un sinónimo de enfermedad, sino como un proceso vital con características similares tales como la aparición de canas, arrugas, disminución de la elasticidad e hidratación de la piel, etc. Y con manifestaciones diferentes para cada ser humano, que dependen no sólo de la estructura genética, pues también está condicionado por el estilo de vida y por los hábitos como la alimentación inadecuada, el sedentarismo, el estrés, tabaquismo, alcoholismo, etc. adquiridos con el paso del tiempo y que pueden desencadenar un proceso acelerado de envejecimiento, favoreciendo la aparición de enfermedades cardiovasculares, diabetes, artrosis, demencias, y enfermedades que pueden provocar dependencia funcional, disminución en la calidad de vida y finalmente terminar en la muerte.

La actividad física constituye uno de los pilares básicos para conseguir con éxito un envejecimiento saludable, si se practica de forma regular, constante y moderada, sin querer batir récords y sin poner a prueba a nuestro organismo. Entendemos por actividad física una programación previamente reflexionada, planificada, estructurada y repetida.

Son muchos los beneficios que nos aportará la práctica de una actividad física para nuestro organismo: Mejorará nuestra capacidad física, mental e intelectual, contribuirá de forma clara y determinante a reducir muchas enfermedades; se podrán prevenir diversas disminuciones funcionales asociadas y aumentar nuestro rendimiento personal en todas las áreas: laboral, familiar y social.

La actividad física es esencial para la salud de las personas ancianas. Lo importante es realizar un chequeo médico previo, aumentar el ritmo lentamente y tener continuidad.

La natación, caminatas y la bicicleta serían muy beneficiosas para muchas personas mayores.

El ejercicio habitual puede ayudar emocionalmente a los ancianos de salud delicada sin causarles dolor, indicó un nuevo estudio. Estos resultados se suman a la evidencia de que la actividad puede ofrecer beneficios más allá del bienestar físico.

Con el envejecimiento sobrevienen una serie de modificaciones en el funcionamiento de los órganos y sistemas de nuestro organismo. En las personas mayores, suele existir una disminución importante de la fuerza y la masa muscular, como consecuencia de permanecer en inactividad por periodos prolongados.

Se ha podido calcular que a partir de la adolescencia se produce disminución de un 1% anual en la capacidad física, responsable, en gran parte, de las enfermedades características de este grupo etario. La realización de programas de ejercicios, en forma constante y por periodos prolongados, produce innumerables beneficios en todas las edades.

A continuación enumeramos algunos: Menor incidencia de caídas y fracturas óseas, por aumento de la fuerza muscular y coordinación de los movimientos, producto del entrenamiento. Retraso en la aparición de osteoporosis, sobre todo en mujeres posmenopáusicas. Mejora la depresión, sobre todo en mujeres, con los programas de ejercicios físicos. La actividad física cotidiana, constituye uno de los pilares de los programas de prevención de la aterosclerosis. En personas hipertensas, produce una disminución de las cifras de tensión arterial, con una gran mejoría de su cuadro clínico. Aumenta el gasto calórico del organismo, contribuyendo a la pérdida de peso y al mantenimiento de la misma. Mejora el sueño e induce una sensación de bienestar general. Incrementa la capacidad para desarrollar tareas cotidianas y laborales. (Cañazires, 2010).

CAPÍTULO II
DISEÑO METODOLÓGICO.

Este trabajo se realiza con la metodología del Marco Lógico, el mismo que constituye una herramienta dinámica para diseñar, ejecutar y evaluar el trabajo. Consta de lo siguiente:

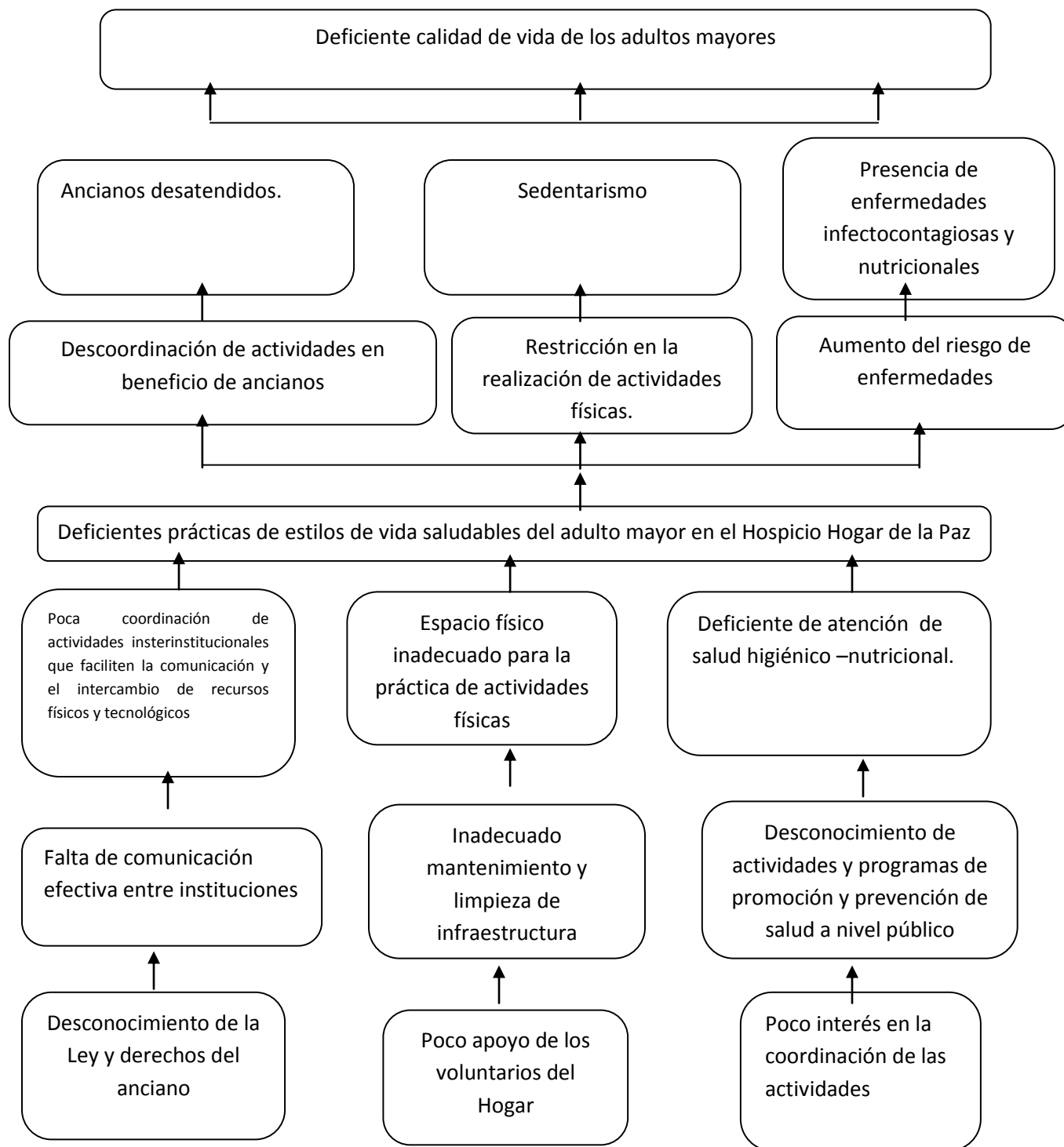
- a. Matriz de Involucrados
- b. Árbol de Problemas
- c. Árbol de Objetivos y
- d. Matriz del Marco Lógico

2.1 Matriz de involucrados.

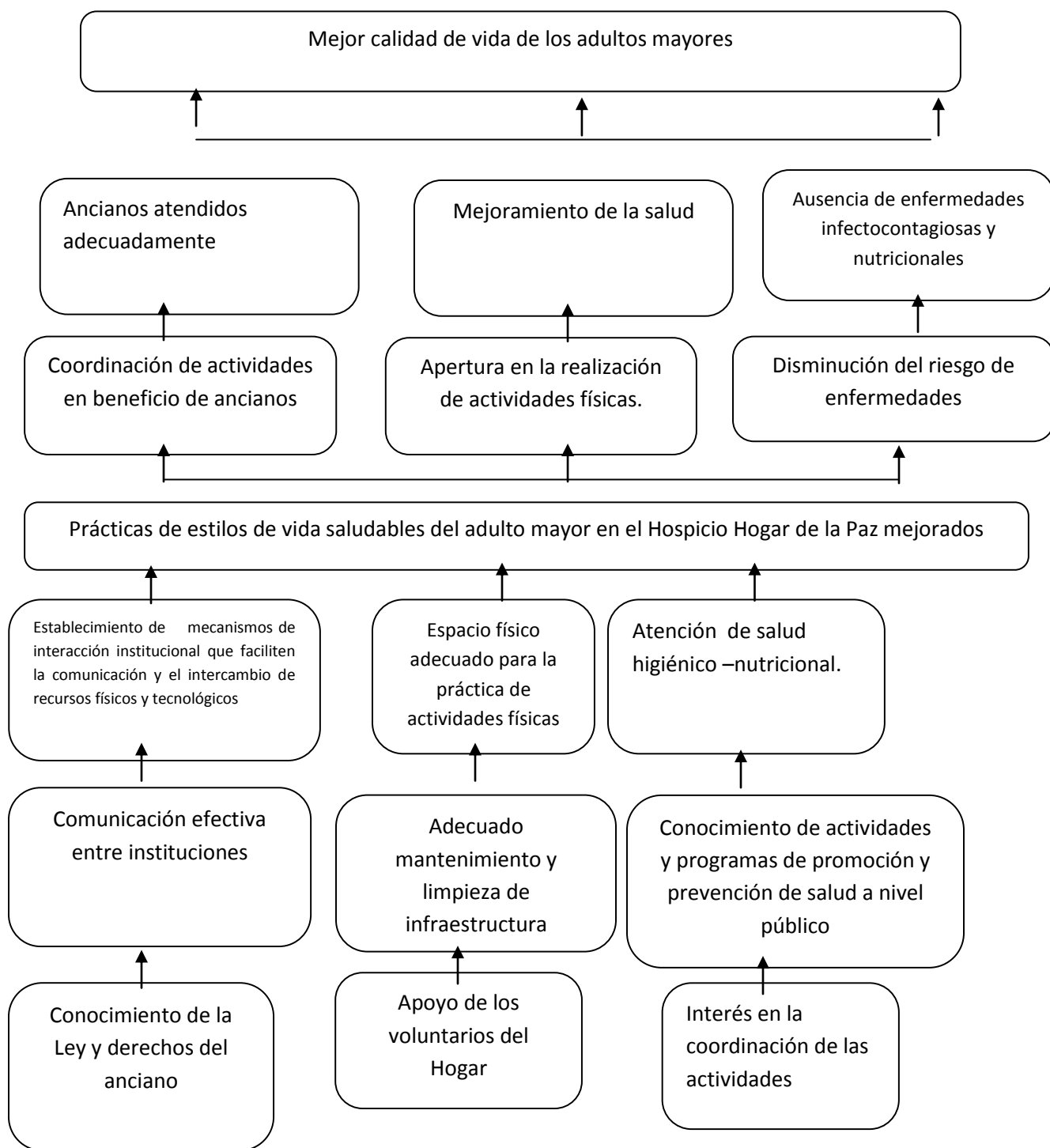
GRUPO	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
1.- Personal fijo y voluntario del Hogar de Ancianos	Promover ayuda extrainstitucional para conocer políticas de gobierno que amparen al anciano.	Recursos: Humanos Mandato: Ley del Anciano Cap.II Art. 5	Retraso en el cumplimiento de los proyectos.
2.- Directora y Miembros de los comités integrales	Brindar su apoyo en la realización del proyecto de intervención	Recursos: Humanos, materiales y económicos Mandatos: Ley del Anciano Cap.II Art. 5	Escaso tiempo. y recursos económicos
3.-Voluntarios Comunitarios.	Colaborar para mejorar las áreas físicas.	Recursos: Humanos, materiales. M: Ley del Anciano Cap.II Art. 5	No hay apoyo permanente
4.- Personal médico y técnico del Subcentro de Salud “Guasmo Central” (MSP)	Brindar atención médica.	Recursos: Técnicos M: Ley del Anciano Cap.II Art. 5	Poca coordinación interinstitucional y atención médica incompleta.

5.- Maestrante	Apoyar en el mejoramiento de la calidad del Hogar de ancianos	Recursos: Humano y técnicos Mandato: Ley del anciano.	Deficiente trabajo interinstitucional, deficiente conocimiento de la Ley del anciano y escasos recursos económicos en el hogar de ancianos
----------------	---	---	--

2.2 Árbol de problemas.



2.3 Árbol de objetivos.



2.4 Matriz de marco lógico.

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.			
PROPÓSITO: Proyecto de mejoramiento de las prácticas de estilos de vida saludable del adulto mayor en el Hospicio "Hogar de la Paz" implementado.	En el 100% de adultos mayores se mejora los estilos de vida saludables hasta Mayo del 2015.	-Listas de asistencia. -Actas. - Fotos	-Apoyo de la Dirección. -Trabajo interinstitucional
RESULTADOS ESPERADOS: 1. Actividades interinstitucionales coordinadas.	100% de actividades interinstitucionales coordinadas hasta abril del 2015.	- Acuerdos -Actas - Fotos	Involucramiento de los directivos de las instituciones
2. Se cuenta con el espacio físico adecuado para desarrollar actividades físico – recreativas.	100% de arreglos en el espacio físico realizados hasta abril 2015.	Fotos	Apoyo de la Dirección y la Administración

3. Programas de salud higiénico – nutricionales, desarrollados	100% del programa higiénico-nutricional aplicado hasta el mes de abril 2015.	Fotos, manuales, lista de asistencia.	Apoyo del personal del subcentro de salud
--	---	--	--

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
Resultado 1: Actividades interinstitucionales coordinadas			
<p>1. Reunión interinstitucional entre la Directora del Hogar y el Director del Subcentro de salud MSP Área #1 “Unión de Bananeros”, para socialización del proyecto.</p>	<p>Maestrante Directora del Hogar Director del Subcentro de Salud</p>	<p>MARZO 2015.</p>	<p>Recursos humanos, papel, esferográficos.</p>
<p>2. Entrega de información escrita al Hogar sobre Programa del Adulto Mayor del MSP.</p>	<p>Maestrante Personal del Subcentro de Salud Personal del Hogar</p>	<p>MARZO 2015.</p>	<p>Papel Copias</p>

<p>3. Reunión para definir las actividades físico-recreativas y de salud que se realizarán conjuntamente con el MSP.</p>	<p>Maestrante Personal del Subcentro de Salud Personal en general del Hogar</p>	<p>ABRIL 2015.</p>	<p>Papel Esferos</p>
<p>Resultado 2: Se cuenta con el espacio físico adecuado para desarrollar actividades físico – recreativas.</p>			
<p>1. Reunión con voluntarios comunitarios para conformar el Club de Limpieza que trabajará en mejorar y adecuar el espacio físico existente.</p>	<p>Maestrante</p>	<p>ABRIL 2015</p>	<p>Papel, esferográficos</p>
<p>2. Elaboración de Programa de Mingas</p>	<p>Maestrante Directivos del centro</p>	<p>ABRIL 2015</p>	<p>Papel, esferográficos.</p>

<p>3. Ejecución de las mingas de limpieza.</p>	<p>Maestrante Personal voluntario del Hogar</p>	<p>ABRIL 2015</p>	<p>Escobas, recogedores de basura, baldes, trapeador, desinfectantes</p>
<p>4. Desarrollo de actividades físicas y recreativas, 2 veces por semana, incluye bailoterapia, actividades lúdicas, lecturas reflexivas.</p>	<p>Maestrante Fisioterapeuta, Técnicos en enfermería voluntarios.</p>	<p>ABRIL 2015 MAYO 2015</p>	<p>Espacio físico adecuado. Material reciclable, libros.</p>

<p>5. Elaboración de Casa abierta para demostración y ejecución de actividades físicas nuevas implementadas en el Hogar y destrezas adquiridas por los adultos mayores.</p>	<p>Autor del Proyecto Directora del Hogar Todo el personal Invitados MSP.</p>	<p>MAYO 2015</p>	<p>Decoración en general: globos pancartas, material reciclable, parlantes.</p>
<p>Resultado 3: Programas de salud higiénico –nutricionales, desarrollados</p>			
<p>1. Solicitud de la inclusión en Programa de Adulto Mayor dirigida al Jefe del Área de Salud No. 1 MSP</p>	<p>Maestrante Directora del Hogar</p>	<p>MARZO 2015.</p>	<p>Computadora, Papel, impresora.</p>

<p>2. Elaboración y socialización de Guía práctica sobre “Cuidados e higiene en el adulto mayor”.</p>	<p>Maestrante Personal voluntario</p>	<p>ABRIL 2015</p>	<p>Computadora, Papel, impresora.</p>
<p>3. Elaboración y socialización de Guía Práctica sobre “Nutrición en el adulto mayor”.</p>	<p>Maestrante Personal voluntario</p>	<p>ABRIL 2015.</p>	<p>Computadora, Papel, impresora.</p>

CAPITULO III
RESULTADOS.

3.1. Resultado 1.

Se encuentran coordinadas actividades interinstitucionales.

Indicador: 100% de actividades interinstitucionales coordinadas hasta el mes de abril 2015.

En este resultado se desarrollaron las siguientes actividades:

3.1.1. Se realiza reunión interinstitucional entre la Directora del Hogar y el Director del Subcentro de salud MSP Área #1 “Unión de Bananeros”, para socialización del proyecto.

Para cumplir con este resultado se realizó el acercamiento verbal en una reunión entre maestrante y directores de los centros participantes, exponiendo los alcances y beneficios del proyecto.

Adjunto listado de asistencia (anexo 1).

3.1.2. Entrega de información escrita al Hogar sobre Programa del Adulto Mayor del MSP.

Este resultado se llevó a cabo mediante la entrega formal del programa ministerial del Adulto Mayor a los 15 colaboradores involucrados con la atención y cuidado de los ancianos (100% del grupo objetivo).

Se efectuó capacitación en dos grupos (2 horas cada uno), se abordaron los principales puntos del programa, su cobertura y su réplica en el Hogar de la Paz.

Adjunto fotografías de grupos participantes y guía impresa entregada (anexo 2).

3.1.3. Reunión para definir las actividades físico- recreativas y de salud que se realizarán conjuntamente con el MSP.

Se realizó el cumplimiento de este resultado con 3 reuniones entre el maestrante, directivos de ambos centros, 2 promotores de salud del MSP y 8 integrantes del hospicio (médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, voluntarios)

Se efectuaron en el área social del Hogar de la Paz con duración de 1 hora cada una, en la cual se definieron las actividades físicas –recreativas y de salud nutricional que se aplicarán a la realidad del hospicio.

Adjunto fotografías de grupos participantes (anexo 3).

MEMORIA TÉCNICA 1.1

Grupo meta: Directivos de ambos centros.

Eventos: Reunión interinstitucional entre la Directora del Hogar y el Director del Subcentro de salud MSP Área #1 “Unión de Bananeros”, para socialización del proyecto.

Lugar: Dirección del Hogar de la Paz.

Fechas: 2 de Marzo del 2015

Duración: 35 minutos

Responsable: Dr. Alfonso Pesantes C.

Objetivo general: Compartir y exponer verbalmente el propósito fundamental del proyecto que es el de mejorar las prácticas de estilos de vida saludable del adulto mayor en el Hospicio “Hogar de la Paz”.

Metodología, técnica, y materiales: Se efectuó 1 reunión para el acercamiento y socialización verbal del proyecto.

Se entregó un volante del proyecto como información complementaria.

Se adjunta volante y lista de personal participante (Anexo 4).

Compromiso: Ambos directivos se comprometieron en aportar con la cristalización del proyecto y con los recursos que correspondan a sus alcances.

Análisis: Cabe señalar que la limitada comunicación interinstitucional se ha constituido en la principal barrera para avanzar en proyectos de acción conjunta, observándose así la necesidad de crear alianzas estratégicas entre ambos sectores que beneficien a los grupos vulnerables.

Sugerencia: Se debe realizar reuniones periódicas con los directivos con el fin de monitorizar el proyecto y el cumplimiento de la mayoría de su contenido.

MEMORIA TÉCNICA 1.2

Grupo meta: Personal administrativo, Servicios generales, Médicos, Odontólogo, Fisioterapeutas, Enfermeras y Nutricionistas, Médicos y Promotores del MSP (20 personas)

Eventos: Reunión para entrega de información escrita al Hogar sobre Programa del Adulto Mayor del MSP.

Lugar: Área social del hospicio.

Fecha: 30, 31 de Marzo del 2015.

Duración: 2 horas

Responsable: Dr. Alfonso Pesantes C.

Objetivo general: Proporcionar información clara de ejecución de proyecto, alcances y cobertura tomando como referencia las Guías Clínicas Geronto Geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor (MSP 2008) con énfasis en capítulos 2 y 3.

Metodología, Técnica y materiales: Se concretó reunión entre maestrante quien brindó una inducción teórica relativa al programa del Adulto mayor con soporte del Médico del MSP y promotor de salud con diapositivas y carteles.

Se informó a la Dra. Mayra Pilco (Médico designada por Directora del hospicio) sobre el proyecto y su programa de implementación.

De igual forma se puso al tanto y se involucró al resto de personal médico, administrativos y servicios generales en las fases del proyecto en las que serán actores.

Compromiso: El equipo integral del hospicio se comprometió en el cumplimiento de sus tareas y actividades del proyecto y del seguimiento y notificación de novedades que ocurran en la ejecución.

El equipo del MSP se compromete a otorgar la ayuda y soporte necesario para la consecución de buenos resultados.

Análisis: El trabajo de equipo es una herramienta de la salud de gran relevancia y responsabilidad en la atención del adulto mayor, por lo tanto es vital mantener informado de las actividades al personal involucrado en la atención.

Sugerencias: Se debe control de las funciones y actividades asignadas.

MEMORIA TECNICA 1.3

Grupo meta: Personal del Hospicio (Médico, Administrativo, Servicios Generales (15 personas).

Eventos: Se realizaron 3 reuniones para para definir las actividades físico- recreativas y de salud que se realizarán conjuntamente con el MSP.

Lugar: Área social del hospicio.

Fecha: 6, 7, 8 de Abril del 2015.

Duración: 60 minutos

Responsable: Dr. Alfonso Pesantes C.

Objetivo general: Elaborar un documento oficial y cronograma de actividades con responsables para implementación de actividades físico recreativas y de salud en el hospicio.

Metodología, Técnica y materiales: Para realizar esta actividad se contó con los criterios de los profesionales de la salud de la institución (médicos, psiquiatra, fisioterapeutas, enfermeras)

Compromiso: Proporcionar y socializar un cronograma de actividades físico recreativas y de salud de los adultos mayores.

Desarrollo: Con ayuda de la Directora de la entidad se diseñó el cronograma considerado puestos y cargas horarias del personal.

Sugerencia: Debe actualizarse con frecuencia el cronograma por la alta rotación del personal en la institución.

Análisis del resultado 1: Gracias al gobierno y su apertura a la participación e inclusión de los ancianos del hogar en el programa del adulto mayor, se ha podido coordinar el 100% de actividades interinstitucionales previstas, fomentando así en la comunidad el interés hacia este grupo vulnerable reinsertándolo dignamente a la sociedad.

3.2. Resultado 2.

Se cuenta con el espacio físico adecuado para desarrollar actividades físico – recreativas.

Indicador: 100% de arreglos en el espacio físico realizados hasta abril 2015.

En este resultado se desarrollaron las siguientes actividades:

3.2.1. Reunión con voluntarios comunitarios para conformar el Club de Limpieza que trabajará en mejorar y adecuar el espacio físico existente.

Para el cumplimiento de este resultado se realizó reunión de socialización de este punto del proyecto, convocando al responsable del servicio de mantenimiento del hospicio y habitantes de la comunidad, de estos habitantes asistieron 7 de 11 que se encuentran inscritos y que realizan labor de voluntariado.

Adjunto fotografías de grupos participantes (anexo 4).

3.2.2. Elaboración de Programa de Mingas

Para el cumplimiento de esta actividad se convocó en una reunión al responsable de mantenimiento y a los 7 voluntarios comprometidos (100% de grupo objetivo) para armar el cronograma con sus líderes de brigada.

Adjunto cronograma y listado (anexo 5).

3.2.3. Ejecución de las mingas de limpieza.

Para el cumplimiento de esta actividad se llamó a reunión a los directivos del hospicio y se trabajó en conjunto con 6 voluntarios comunitarios (86% de grupo objetivo) según cronograma elaborado, se reportó la novedad de un voluntario que sufrió un accidente doméstico lo cual impedirá su participación en el programa.

Adjunto fotografías de grupos participantes (anexo 6).

3.2.4. Desarrollo de actividades físicas y recreativas, 2 veces por semana, incluye bailoterapia, actividades lúdicas, lecturas reflexivas.

Para el cumplimiento de esta actividad se contó con la presencia de directivos del hospicio, médicos generales del hospicio y MSP, psiquiatra del hospicio, fisioterapeutas del hospicio y enfermeros voluntarios del hospicio.

Previamente los profesionales indicados evaluaron a los adultos mayores y establecieron grupos para las actividades de acuerdo las capacidades físicas e intelectuales de los ancianos.

Se estableció cronograma y se formaron 3 grupos: 1 para bailoterapia, 1 para actividades lúdicas (rompecabezas, damas, cartas, juego del 40), 1 para lecturas reflexivas.

Adjunto fotografías de grupos participantes (anexo 7)

3.2.5. Elaboración de Casa abierta para demostración y ejecución de actividades físicas nuevas implementadas en el Hogar y destrezas adquiridas por los adultos mayores.

Para el cumplimiento de esta actividad se realizó la difusión con volantes y parlantes en lugares públicos y estratégicos cercanos al hospicio.

Se contó con la presencia de público en general, personal del MSP y del propio hospicio.

Además se contó con charlas de nutrición e higiene a la comunidad, degustación de menú saludable, música y presentación de las habilidades y actividades que se desarrollan actualmente en el hospicio.

Adjunto invitación (anexo 8)

MEMORIA TECNICA 2.1

Grupo meta: Voluntarios comunitarios.

Evento: Se realizó 1 reunión entre maestrante, directivos del hospicio y personal voluntario de la comunidad en la cual se propuso formar cuadrillas de limpieza y mantenimiento para arreglar el espacio físico.

Se contó con la presencia de personal de mantenimiento quien refiere realizar trabajos varios de acuerdo a la necesidad de la institución, además acudieron a la convocatoria 7 voluntarios comunitarios.

Lugar: Área social del hospicio.

Fecha: 11 de Abril 2015.

Duración: 1 hora.

Responsable: Dr. Alfonso Pesantes.

Objetivo general: Involucrar al personal voluntario comunitario en el aseo y preservación del hospicio, considerando que un espacio físico apto propicia un ambiente adecuado para el desarrollo del adulto mayor.

Metodología, Técnica y materiales: Se realiza una reunión con una duración de 1 hora con maestrante y voluntarios comunitarios para comprometer en la actividad de limpieza periódica del hospicio, cada voluntario traerá materiales e insumos para llevar cabo el objetivo.

Compromiso: Voluntarios comunitarios se comprometen mensualmente a realizar mingas de limpieza en el hospicio de acuerdo a los horarios que se establezcan y con materiales propios.

Sugerencia: Monitoreo mensual de la limpieza del hospicio.

MEMORIA TECNICA 2.2

Grupo meta: Voluntarios comunitarios.

Eventos: Se realizó 1 reunión en presencia de la Directora del hospicio y con 7 voluntarios comunitarios con la finalidad de elaborar el cronograma de mingas mensual y delegar responsables con sus aportes.

Lugar: Oficina de Directora de hospicio.

Fecha: 18 de Abril 2015.

Duración: 2 horas.

Responsable: Dr. Alfonso Pesantes.

Objetivo general: Elaborar cronograma de mingas de limpieza y concientizar al personal participante en lo importante de la higiene y el aseo frecuente en un sitio que alberga población vulnerable como los adultos mayores.

Metodología, Técnica y materiales: Con la participación activa de los voluntarios comunitarios se elaboró el cronograma de actividades de limpieza con ayuda de agenda virtual y adaptándose a los horarios libres de los voluntarios comunitarios.

Compromiso: El personal voluntario se compromete a participar en las fechas y horarios establecidos así como colaborar desinteresadamente con material e insumos de limpieza.

Sugerencia: Contactar telefónicamente días previos a la minga con los organizadores y confirmar su disponibilidad con anticipación.

MEMORIA TECNICA 2.3

Grupo meta: Responsable de Mantenimiento y Voluntarios comunitarios.

Eventos: Se realizaron 2 mingas de limpieza que incluyeron tanto las áreas internas como los exteriores del hospicio.

Lugar: Hospicio Hogar de la Paz.

Fecha: 25, 26 de Abril 2015.

Duración: 4 horas cada jornada.

Responsable: Dr. Alfonso Pesantes.

Objetivo general: Dar cumplimiento a las actividades del programa en lo que respecta a limpieza y aseo del local, concientizando al personal involucrado sobre este buen hábito.

Metodología, Técnica y materiales: Bajo la supervisión del jefe de mantenimiento se armaron cuadrillas de limpieza para cada jornada:

Cuadrilla# 1: 3 integrantes; cuadrilla #2: 3 integrantes.

Los mismos voluntarios proporcionaron materiales (baldes, escobas, mangueras, trapos, etc) e insumos (desinfectante, cloro, detergente, podadora) para realizar la actividad.

Participó el 86% del personal que se había comprometido en la actividad, ya que uno de ellos presentó un problema de salud que impidió su colaboración.

Compromiso: Personal participante se compromete a seguir colaborando con la acción y notificar con tiempo su disponibilidad horaria.

Sugerencia: Se sugiere a la comunidad juvenil adherirse de forma voluntaria a las actividades ya que 6 personas resultó poco para abarcar la limpieza de toda la infraestructura.

MEMORIA TECNICA 2.4

Grupo meta: Médicos, psiquiatras, enfermeros, fisioterapeutas.

Eventos: Se llevaron cabo actividades físicas y recreativas, incluyeron bailoterapia, actividades lúdicas, lecturas reflexivas.

Lugar: Área social del hogar.

Fecha: 27, 29 de Abril, 4, 6 de Mayo, 18, 20 de Mayo, 29, 30 de Mayo 2015.

Duración: 20 minutos cada sesión de bailoterapia, 2 horas actividades lúdicas, 1 hora lecturas reflexivas con frecuencia: 2 veces por semana.

Responsable: Dr. Alfonso Pesantes.

Objetivo general: Incluir en actividades tanto físicas como recreativas a los adultos mayores del hogar, basándose en las evaluaciones de los profesionales de la salud que consideren aptos o no para realizarlas.

Metodología, Técnica y materiales: Por medio de la asesoría del equipo de salud (médicos, psiquiatras, enfermero y fisioterapeutas) se armaron 3 grupos para las actividades físico-recreativos de acuerdo a las capacidades individuales de los adultos mayores evaluados previamente.

- Grupo de bailoterapia: 42 participantes de 62 adultos mayores.
- Grupo de actividades lúdicas (rompecabezas, juegos de cartas, damas): 51 participantes de 62 adultos mayores.
- Grupo de lecturas reflexivas: 59 participantes de 62 adultos mayores.

Cabe recalcar que el tipo de actividades lúdicas fue escogido por la mayoría de ancianos con autonomía de decisión y en consenso con el resto.

De igual forma el tipo de lectura para la actividad seleccionada es la religiosa y autosuperación.

Tantos los materiales y recursos para los juegos y lecturas fueron donados por moradores del sector o reciclados.

Compromiso: El equipo de salud participante se compromete a realizar evaluaciones periódicas y reportar novedades que influyan en el cambio de actividad.

Sugerencia: Existe un número mínimo de ancianos que no se incluyen en las actividades por situaciones propias de su condición de salud física y mental por lo cual los profesionales han sugerido musicoterapia u otra actividad alternativa.

MEMORIA TECNICA 2.5

Grupo meta: Público en general, invitados del MSP, equipo de salud y directivos del hospicio.

Eventos: Casa abierta de actividades físicas nuevas implementadas en el Hogar y destrezas adquiridas por los adultos mayores.

Lugar: Exteriores del hospicio.

Fecha: 31 de Mayo 2015.

Duración: 4 horas.

Responsable: Dr. Alfonso Pesantes.

Objetivo general: Demostrar actividades realizadas en el hospicio tanto en infraestructura como en atención integral al adulto mayor.

Metodología, Técnica y materiales: A través de hojas volantes y avisos puerta a puerta se convocó a “Casa Abierta Hogar de la Paz 2015” al público en general y demás actores involucrados con el proyecto.

Se expusieron todas las fases del proyecto y se mostraron videos educativos sobre cuidados higiénicos, nutricionales y actividades recreativas en el adulto mayor.

Se expuso sobre los beneficios del programa y se invitó a participar activamente en el mantenimiento del mismo.

La decoración del lugar estuvo a cargo de voluntarios que además donaron material, se usó un micrófono prestado por morador.

Compromiso: Mantener a la comunidad informada sobre los programas interinstitucionales que se llevan a cabo en la comunidad, promocionar el hospicio y atraer más voluntarios.

Sugerencia: Aprovechar estos espacios para fomentar el voluntariado y concientizar a la comunidad sobre los cuidados de los adultos mayores en casa.

Análisis del resultado 2: A través de estas actividades se logró recuperar al 100% el espacio físico mal utilizado y en condiciones sanitarias deplorables, con la contribución de propios del hospicio y voluntarios comunitarios quienes con su buena predisposición se organizaron de la mejor forma y se obtuvo un lugar limpio, sin contaminación y apto para la recreación y actividades físicas de los ancianos.

3.3. Resultado 3.

Programas de salud higiénico –nutricionales desarrollados.

Indicador: 100% del programa higiénico-nutricional aplicado hasta el mes de abril 2015.

3.3.1. Solicitud de la inclusión en Programa de Adulto Mayor dirigida al Jefe del Área de Salud No. 1 MSP.

Para el cumplimiento de esta actividad se realizó solicitud escrita al área de Salud del MSP correspondiente para incluir a los adultos mayores del hogar en el programa del gobierno y que participen de las actividades físico-recreativas que en él se contemplan, ceñidos en el mandato constitucional de amparo al anciano.

Adjunto documento (anexo 9).

3.3.2. Elaboración y socialización de Guía práctica sobre “Cuidados e higiene en el adulto mayor”.

Para el cumplimiento de esta actividad se socializaron las Guías Clínicas Geronto Geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor (MSP 2008) a través de 1 charla dirigida al equipo de salud del hospicio y personal de cuidado directo de los ancianos (15 personas).

Además se distribuye manual sobre Cuidados e higiene en adulto mayor elaborado por maestrante.

Adjunto lista de asistentes y manual (anexo 10).

3.3.3. Elaboración y socialización de Guía práctica sobre “Nutrición en el adulto mayor”.

Para el cumplimiento de esta actividad se socializaron las Guías Clínicas Geronto Geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor (MSP 2008) a través de 1

charla dirigida al equipo de salud del hospicio y personal de cuidado directo de los ancianos (15 personas).

Adjunto lista de asistentes y carátula de manual (anexo 11).

MEMORIA TECNICA 3.1

Grupo meta: Director de Subcentro de salud del MSP

Eventos: Solicitud escrita para la inclusión en el Programa del Adulto Mayor.

Lugar: Subcentro de Salud MSP "Unión de Bananeros"

Fecha: 6 Marzo del 2015.

Duración: 15 minutos.

Responsable: Dr. Alfonso Pesantes.

Objetivo general: Incluir al grupo de adultos mayores del hospicio a las actividades del Programa del MSP dedicado a este grupo vulnerable, estableciendo así mejores vínculos interinstitucionales.

Metodología, Técnica y materiales: Para realizar esta actividad se realizó acercamiento previo para iniciar relaciones interinstitucionales.

Se redacta carta al líder del Área de Salud, director del subcentro del MSP, y se entrega con recibido y autorizado para incluir al grupo de ancianos del hospicio a las actividades ministeriales de su elección.

Compromiso: Personal del MSP se compromete a dar el apoyo necesario al grupo de adultos mayores del hospicio

Sugerencia: Es recomendable monitorizar las relaciones interinstitucionales con cierta frecuencia obedeciendo los cambios administrativos frecuentes en el sector público.

MEMORIA TECNICA 3.2

Grupo meta: Enfermeros, Cuidadoras, Equipo de salud en general (15 personas).

Eventos: Charla ilustrativa sobre cuidados higiénicos del adulto mayor.

Lugar: Patio de la institución.

Fecha: 16 de Abril del 2015.

Duración: 2 horas.

Responsable: Dr. Alfonso Pesantes. Técnico en enfermería.

Objetivo general: Elaborar y socializar una guía de cuidados higiénicos ajustada del adulto mayor, previniendo complicaciones por morbilidades infectocontagiosas.

Metodología, Técnica y materiales: Por medio de una charla instructiva y práctica llevada a cabo por 2 horas un día en el cual se cuenta con la mayoría del personal involucrado en la actividad.

Con ayuda del profesional en enfermería se elaboró con técnica de interacción grupal y se definió manual de cuidados higiénicos del adulto mayor de contenido claro, dirigido a toda clase de público. Se entrega ejemplar en el hospicio y se socializa masivamente, creando conciencia sobre la importancia del hábito higiénico en los adultos mayores.

Se logró abarcar un grupo de 15 personas capacitadas (100%).

El manual contiene los siguientes temas:

Higiene corporal.

Cuidados de la piel.

Funciones de eliminación.

Prevención de riesgos.

Sueño del anciano.

Cuidados del paciente con ostomía.

Compromiso: Personal del hospicio se compromete en cumplir con lo indicado en el manual y en comunicar novedades al personal con mayor conocimiento técnico frente a cualquier duda.

Sugerencia:

Retroalimentar a las autoridades del hospicio sobre los cambios de salud de los adultos mayores que puedan ameritar otro tipo de cuidados directos.

Replicar a nuevo personal voluntario o de planta que ingrese a la institución.

MEMORIA TECNICA 3.3

Grupo meta: Enfermeros, Cuidadoras, Equipo de salud. (15 personas).

Eventos: Charla ilustrativa sobre cuidados higiénicos del adulto mayor.

Lugar: Patio de la institución.

Fecha: 16 de Abril del 2015.

Duración: 2 horas.

Responsable: Dr. Alfonso Pesantes. Lcda. Baque (Nutrición).

Objetivo general: Elaborar y socializar una guía de cuidados nutricionales adaptada a las necesidades del grupo de adultos mayores del hospicio.

Metodología, Técnica y materiales: Por medio de charla instructiva y práctica llevada a cabo por 2 horas un día de la semana en el cual se cuenta con la mayoría del personal involucrado en la actividad.

Con previa valoración del profesional en nutrición se elaboró con técnica de interacción grupal el manual de nutrición del adulto mayor de contenido claro y conciso dirigido a toda clase de público. Se entrega ejemplar en el hospicio y se socializa masivamente creando conciencia sobre la importancia de la nutrición adecuada en los adultos mayores.

Se elaboran dos tipos de dietas especiales adicionales, ya que dentro del área contamos con 10 ancianos diabéticos y 12 hipertensos.

Se logró abarcar un grupo de 15 personas capacitadas (100%).

El manual contiene los siguientes temas:

Alimentación.

Dieta recomendada para la diabetes.

Alimentación sana para pacientes hipertensos.

Compromiso: Personal del hospicio se compromete en cumplir con lo indicado en el manual y en comunicar novedades al personal con mayor conocimiento técnico ante cualquier duda.

Sugerencia:

Retroalimentar a las autoridades del hospicio sobre los cambios de salud de los adultos mayores que puedan ameritar otro tipo de cuidados directos.

Replicar a nuevo personal voluntario o de planta que ingrese a la institución.

Análisis del resultado 3: Las charlas y manuales prácticos de higiene y nutrición lograron aplicarse y concientizar a la población además de afianzar conocimientos del equipo de salud contribuyendo así al mejoramiento de la calidad de vida de los ancianos del hospicio. Se pudo palpar la unión y empeño de los voluntarios quienes dieron un aporte importante en la consecución del logro, siendo estas prácticas también replicables en sus hogares cubriendo de esta forma el 100% del programa higiénico-nutricional propuesto.

3.4. Análisis del propósito.

Mediante la conexión interinstitucional con el Ministerio de Salud Pública, la aplicación de actividades físico- recreativas ajustada a las capacidades y necesidades de los ancianos incluidos y la normatización de guías básica de higiene y nutrición adaptadas se logró implementar el proyecto de mejoramiento de las prácticas de estilos de vida saludable del adulto mayor en el Hospicio “Hogar de la Paz” , cumpliendo de esta forma también con la constitución del Estado en materia de protección y amparo al anciano y dignificando la vida de decenas de ancianos pertenecientes a la institución blanco del proyecto.

3.5 Análisis del logro del fin.

Con la implementación del presente proyecto se ha logrado mejorar la calidad de vida de los adultos mayores a través del fortalecimiento de vínculos interinstitucionales públicos y la organización no gubernamental, incluyendo a este grupo prioritario de atención. De igual forma se ha trabajado en crear el ambiente adecuado para la recreación, actividad física aeróbica; también en enfatizar la higiene básica y nutrición balanceada, promoviendo así las condiciones óptimas que conlleven a una vida digna del adulto mayor en nuestra sociedad.

CONCLUSIONES

1. La aplicación del presente proyecto ha logrado mejorar significativamente la calidad de vida de los adultos mayores del albergue intervenido.
2. El proyecto se logró implementar al 100% en el tiempo propuesto cumpliendo con los indicadores establecidos para el propósito.
3. El presente proyecto ha logrado establecer la comunicación interinstitucional entre sector público y sector privado, permitiendo de esta forma participar activamente de los programas y actividades gubernamentales.
4. La institución en la que se desarrolló el proyecto cuenta con un espacio físico amplio y adecuado, apto para la práctica de actividades físicas y recreativas que contribuyen a mejorar la salud física y emocional del adulto mayor beneficiario y por ende su calidad de vida.
5. El cuidado higiénico y los buenos hábitos nutricionales llevados a cabo por personal capacitado aportan sustancialmente en controlar morbilidades infectocontagiosas y desbalances nutricionales mejorando consecuentemente la calidad de vida.

RECOMENDACIONES

1. Coordinar con la Unidad de Salud del Ministerio de Salud Pública revisiones médicas y sociales periódicas en conjunto con personal médico del Hogar de la Paz para ajustar o añadir nuevas acciones al proyecto aportando a su perduración.
2. Controlar el cumplimiento futuro de los indicadores empoderando a las autoridades del Hogar en la delegación de funciones y responsabilidades procurando sostener el proyecto el mayor tiempo posible.
3. Organizar reuniones periódicas con el personal del MSP con la finalidad de afianzar la alianza, aprovechar los beneficios que el Estado proporciona al grupo vulnerable de forma integral.
4. Motivar a la comunidad en general a participar en el grupo de voluntariado para mantener junto con la directiva el espacio físico adecuado para los ancianos y concientizar al personal del hospicio a cuidar la infraestructura del local.
5. Mantener y actualizar los programas de cuidados higiénicos y nutricionales con los profesionales voluntarios o con apoyo del personal del MSP, determinando también modificaciones y adiciones de nuevos programas de acuerdo al perfil epidemiológico que se presente; así como difundirlos a la comunidad para la réplica en el ámbito familiar.



BIBLIOGRAFÍA

1. A. Selva ; A. Laporte. (2009). Características diferenciales de la enfermedad de los ancianos. *Medicine*, 5789-96.
2. Alonso, M., & Serrano, A. (2011). Nivel socio-sanitario de las personas adultas con discapacidad intelectual. *Mapfre Medicina*, 122-129.
3. BAZO. (2011). *Envejecimiento y sociedad: Una Perspectiva Internacional*. Madrid: Colección gerontología social 2.
4. CALENTI, J. M. (2006). *Principios de Geriátría y Gerontología*. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana.
5. CALENTI, J. M. (2011). *Gerontología y Geriátría: Valoración e Intervención*. Madrid: Panamericana.
6. CAÑIZARES, M. Y COL., (2010), La Tercera Edad y la actividad física: un enfoque desde la Psicología del Desarrollo. CD Universalización.
7. CARNEIRO, A R; (2010), Liana de barros. Espaços livres do Recife. Prefeitura da Cidade; UFPE. P.60-61.
8. CARNEVALI, D. (2009). *Tratado de Enfermería Geriátrica 2*. Madrid: Interamericana.
9. CASTAÑEDO, C., & GARCÍA, M. (2011). *Urgencias Geriátricas*. Madrid: DAE Paradigma. (GARCÍA & MARTÍNEZ, 2012)
10. DEVI J.; DEUS J. (2010). *Las Demencias y la Enfermedad de Alzheimer: Una aproximación práctica e Interdisciplinar*. Murcia: Isep. Universidad de Murcia.
11. DUNCAN, P. (2006). *Estilos de vida*. Barcelona: Salud Pública en Medicina.
12. GARCÍA L. M^a V.; TORONJO A.; PONCE C. (2009). *Enfermería del anciano*. Madrid: DAE.
13. GARCÍA, H., & MARTÍNEZ, S. (2012). *Enfermería y Envejecimiento*. Barcelona: Elsevier Masson.
14. GUILLÉN-LLERA, F. G., & RUIPÉREZ, I. (2012). *Manual de Geriátría*. Barcelona: Masson.
15. Hazzard, W., & Bierman, E. (2009). *Principles of Geriatric Medicine*. New York: Mc Graw Hill Inc.
16. Kane, R. (2009). *Geriátría Clínica*. New York: Mc Graw Hill Inc.
17. KRISTEN, L. (2008). *Enfermería Geriátrica. Competencias asistenciales*. Madrid: MacGraw - Hill.

18. MANFRED, M. -N. (2006). *Desarrollo a Escala Humana*. Madrid: Cepaur Fundación Dag Hammarskjold.
19. MARÍN, M., AJ. GARCÍA. (2009). Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial. *Mapfre Medicina*, 15(3):177-78.
20. MAROTO, A. M. (2011). *Gerontología y Derecho*. Madrid: Panamericana de la Salud.
21. Ministerio de Inclusión Económica y Social - DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL GERONTOLÓGICA (2012). Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas Adultas Mayores. Quito – Ecuador.
22. Moriguchi, Y. (2008). *Biología Geriátrica Ilustrada*. Sao Pablo: Fundo Editorial Byk.
23. NIÑO V. *Cuidados Enfermeros al paciente crónico*. Madrid: DAE; 2011 (2 Volúmenes)
24. O.P.S. (2009). *La atención de los ancianos: Desafío de los años noventa*. Washington: Ediciones OPS.
25. PSZEMIAROWER, N.P. y PSZEMIAROWER S.N. (2012). *Calidad de Vida y Desarrollo en la Vejez*. Lima: Revista Geriátrica.
26. Ruíz L., Follonosa P. (Moriguchi, 2008) Fisiología Envejecimiento Vascular. *Medicine* 2009, 7 (125) 5860-65.
27. SANTOS, J. M. (2010). *Enfermería en Cuidados Socio sanitarios*. Madrid: DAE. (MAROTO, 2011)
28. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOGERIATRÍA, A. D. (2011). *Guía esencial de Psicogeriatría*. Madrid: 2.
29. TIMIRAS, P. (2007). *Bases Fisiológicas del envejecimiento y Geriatria*. Barcelona: Masson.
30. UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA, Guayaquil, Postgrados (2012, febrero). Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos Para Salud: Trabajo de Grado I. Recuperado el 16 de marzo de 2012, del sitio Web de SlideShare: <http://www.slideshare.net/videoconferencias/mdulo-iv-diseo-ejecucin-y-gerencia-de-proyectos-para-la-salud-trabajo-de-grado-i>
31. Wei, J. (2012). Age and Cardiovascular system. *New England Journal of Medicine*, 1735-38.

ANEXOS

Anexo 1

 <p>MISIONERAS DE LA CARIDAD HOSPICIO MADRE TERESA DE CALCUTA</p> <p>Direcc.: Guasmo Sur Cooperativa Unión de Bananeros Mz. 11 Bloque No. 2 • Teléfono: (04) 2-482109 Guayaquil - Ecuador • Sud América</p>		
Guayaquil, <u>02 MAR 2015</u> del 20 ____		
<p>ACTIVIDAD 1.1: Reunión interinstitucional entre la Directora del Hogar y el Director del Subcentro de salud MSP Área #1 "Unión de Bananeros", para socialización del proyecto.</p>		
<p>Dr Alfonso Brando C</p>	<p>Dr. Alfonso Pesantes Cobo AUTORIZACION MEDICA CIADAO I RQ.110 2346 No. 10320</p>	
<p>Dr Ricardo Soto M.</p>	<p>Dr. Ricardo Soto M. Reg. 2008-0032 Gastroenterología Hosp.</p>	

Anexo 2



Anexo 3



Anexo 4



Anexo 5

Rose toabanda 092707296-9
Maria Quinones 092904502
Lidia Pineda 091125418-3
Jessenia Pezo 092446042-0
Rosario Alvarez 1203224199
Jazmín Uteci 0919762856
Jore Rozendo 172218955

FECHA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
25 ABRIL 2015	Limpieza interior de hospicio: Salas Baños Cocina.	R. Toabanda M. Quiroz L. Alvarado
26 ABRIL 2015	Limpieza exterior del hospicio: Patio Jardinería Fumigación	J. Pozo R. Alvarez J. Viteri

Anexo 6



Anexo 7

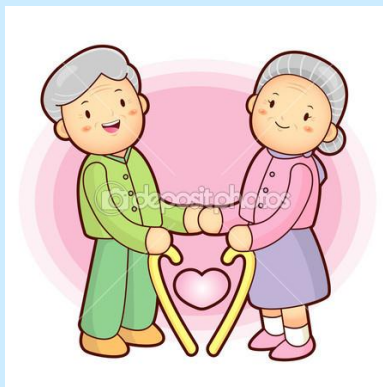




Anexo 8

TE INVITAMOS A LA CASA ABIERTA!!!

HOGAR DE LA PAZ 2015!!!



FECHA: DOMINGO 31 DE MAYO 2015.

HORA.: 12H00

LUGAR: COOP. U. DE BANANEROS BLOQUE 1

Ven con tu familia y tus abuelitos! No faltes! Mucha diversión, comida típica y baile te esperan!



MISIONERAS DE LA CARIDAD HOSPICIO MADRE TERESA DE CALCUTA

Direcc.: Guasmo Sur Cooperativa Unión de Bananeros
Mz. 11 Bloque No. 2 • Teléfono: (04) 2-482109
Guayaquil - Ecuador • Sud América



Guayaquil, _____ del 20 _____

Guayaquil, 6 de Marzo 2015.

Doctor.

Pedro Jiménez.

Gerente del Área de Salud No. 1 – Ministerio de Salud Pública.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente solicito a usted como máxima autoridad del área se incluya en el Programa del Adulto Mayor a los habitantes del hogar de ancianos en referencia.

Cuyo objetivo será contribuir a mejorar la calidad de vida del adulto mayor a través de programas del Ministerio de Salud Pública y otras intervenciones gestadas en nuestra propia organización.

Ambas actividades aportarán a la implementación del proyecto de "Mejoramiento del nivel de estilos de vida saludable en el adulto mayor", el cual forma parte el programa curricular de la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, que actualmente curso en la prestigiosa Universidad Particular de Loja.

Agradezco anticipadamente vuestra gentil atención y colaboración.

Si necesita alguna información adicional, estaré gustoso de proporcionarla.

Saludos cordiales.

Dr. Alfonso Pesantes

Dr. Alfonso Pesantes.

Maestrante – Voluntario del "Hospicio Madre Teresa de Calcuta"

CC# 0920667672.

Registro No. 15574. Libro 1, Folio 3546. No 10326.

Celular: 0980711938.

CC: Dirección del Hogar de la Paz "Hospicio Madre Teresa de Calcuta"

HOSPITAL MATERNO INFANTIL
"DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL"
DIRECCION ASISTENCIAL
R E C I B I D O
09 MAR 2015
HORA 11:08
Barbara
Sra. Bárbara Castro A.
SECRETARIA

HOSPITAL MATERNO INFANTIL
"DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL"
GERENCIA HOSPITALARIA
R E C I B I D O
Loja
06 MAR 2015
Sra. Zoila Castillo Vera
ASISTENTE DE GERENCIA
16h35

Dr. Alfonso Pesantes
Dr. Alfonso Pesantes
Atención loja
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
"DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL"
Dr. Pedro Jiménez Cedrón
GERENTE HOSPITALARIA
3-09-2015
09:35

Anexo 10 y 11

Mario Sánchez 1308800307
Carmen Barco 0908685043
Germano Zuñiga . 0918537416.
Fátima Rodríguez. 0951541887
Irma Anchundia 1311548703
X Estela Mercedes Cruz
Doris Diaz . 0941193450
+ Evelyn Elizabeth Roca Laceri
+ Mayra Píncas Gómez
095775723-9
X Antonio Medina
08p381547-7
X Charney Juez . 0916725934
+ Leonela Rubio 09126159815
X Janeth Tomala 0917652877
+ Agueda Suárez 091787941-3
X Angelica Garcia B. 092945012-0.

+ Johanna Mejia 092918041-2
* Andrea Zambrano 0924288425.
Pamela Vargas 0929252567
Julij. Bazulto 309616405
Norma Bague. 0919135012
DAISY Rantaja 0920478831.
Melissa. Ochoa 0917901282.
EDITH. Acosta. 0923168983.
Karibel Bravo 0927849539
Maritza Coello 0911268100
Lucas Gabida. 0916190444.
Alicia Lopez 0910790591
Rosa Guaranda 0916536626
Kesteven Sanchez 0940176381.
Piedad Alban 0601929706

Manual de "Cuidados e higiene en el adulto mayor".

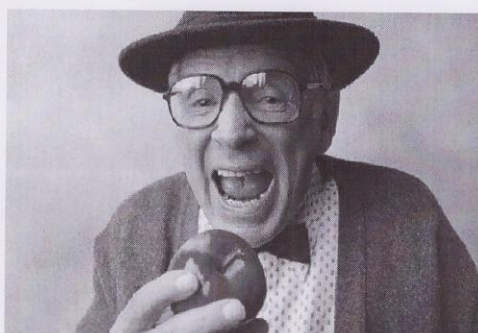
Autocuidado



Gua de orientación para el cuidado de la salud de los adultos mayores.

Dr. Alfonso Pesantes C. - 2015

Manual de "Nutrición en el adulto mayor".



Dr. Alfonso Pesantes C. -2015

1. HIGIENE CORPORAL

8

- Puntos clave
- Ducha
- Baño en cama
- Aseo del cabello
- Afeitado y depilación
- Cuidados de los pies
- Cuidados de las manos
- Cuidados de la boca
- Cuidados de los ojos
- Cuidados de los oídos
- Cuidados de la nariz
- Vestimenta del anciano

2. CUIDADOS DE LA PIEL

14

- Causas que favorecen la aparición de úlceras por presión
- Zonas donde suelen aparecer las úlceras por presión
- Prevención de las úlceras por presión

7. CUIDADOS DEL PACIENTE CON OSTOMÍA

30

- ¿Qué es una ostomía?
- Cuidados de una ostomía

8. BIBLIOGRAFÍA

35

3. LA ALIMENTACIÓN

18

- Grasas, proteínas, hidratos de carbono
- Consejos alimenticios

4. FUNCIONES DE ELIMINACIÓN

22

- Diarrea
- Estreñimiento
- Incontinencia urinaria

5. PREVENCIÓN DE RIESGOS

26

- Factores que influyen en las caídas
- Como intentar evitar las caídas
- Otros riesgos

6. EL SUEÑO DEL ANCIANO

28

- Higiene del sueño

CUIDADOS BÁSICOS DEL ANCIANO

Debemos cuidar de nuestros mayores como ellos en su día cuidaron de nosotros. Suele haber un **cuidador principal**, el que pasa más tiempo con el anciano y se ocupa de su cuidado integral. Este cuidador es el encargado de cubrir todas las esferas del anciano, a nivel psíquico, físico, y social:

FÍSICO

- Le ayudaremos o realizaremos la **higiene personal**.
- Administraremos la **medicación** o llevaremos su control.
- Controlaremos su alimentación y su hidratación.
- Vigilaremos cualquier **alteración en su piel**, uñas, ojos, etc...
- Prestaremos ayuda en su **movilidad**, tanto en desplazamientos como en transferencias o cambios posturales.
- Llevaremos a cabo todo esto, siempre teniendo en cuenta que hay que dar al anciano la mayor **autonomía** posible.

PSÍQUICO

- Vigilaremos los cambios que pueda sufrir, en cuanto a su nivel de conciencia.
- Estaremos pendientes del **estado de ánimo**.
- Observaremos las **alteraciones del sueño**.

SOCIAL

- Le incentivaremos para que realice sus **actividades diarias**.
- Intentaremos que el anciano esté orientado en el tiempo, que sepa la **fecha**: día que es, estación del año y festividades.
- Haremos que ejercite su **memoria**, sobre todo la memoria reciente.

1. HIGIENE CORPORAL



Para mantener la piel **sana**, las principales actividades son su **limpieza e hidratación**. Estas actividades se deben realizar a diario, tanto en ancianos sanos como en ancianos enfermos.

Para el aseo del anciano en el domicilio tan importante es su grado de validez como las características del domicilio.

PUNTOS CLAVE

- Informaremos al anciano sobre el **procedimiento del aseo**, ya que esto mejora su colaboración y disminuye su ansiedad.
- Le mantendremos **destapado el menor tiempo posible**.
- Si realizamos el aseo en la **cama**, lo haremos por **zonas corporales**, en este orden: cuello, tronco, brazos, axilas, piernas, espalda, pies, genitales y región perianal.
- Iremos secando al anciano de forma inmediata, para **evitar que éste sienta frío**, y prestaremos especial atención en el **secado** de las **zonas de los pliegues** y **zona interdigital**, secando sin frotar.
- Intentaremos no **utilizar alcoholes ni derivados de forma rutinaria**, pues resecan la piel y, en caso de hacerlo, aplicaremos después cremas hidratantes. Si tuvieran apósitos cubriendo las heridas, **evitaremos mojarlos** durante el aseo.

8

- En las **ancianas**, el aseo de la zona genital se debe realizar desde adelante hacia atrás para evitar infecciones del tracto urinario.
- En los **ancianos**, limpiar y secar bien el pliegue del prepucio, ya que es una zona muy sensible a infecciones.
- Después del baño, aplicar **crema hidratante o aceite de almendras** en todo el cuerpo.

ASEO DEL CABELLO

- Se debe realizar, como **mínimo, una vez a la semana**, y dependerá de la actividad del anciano.
- El cuidado del cabello requiere: **el peinado, cepillado** (que mejora la circulación capilar) y **el lavado**.
- Si el anciano no tiene pelo, protegeremos la cabeza cuando salga a la calle, tanto en invierno como en verano.
- No aplicaremos **colonia** en el **pelo canoso**, porque lo amarillea.

AFEITADO Y DEPILACIÓN

- El afeitado se debe realizar a **diario**, si es necesario.
- En ancianos con **piel sensible o con temblores**, si se afeitan, utilizaremos maquinillas eléctricas
- Aplicaremos lociones después del afeitado.
- La depilación se realizará siempre que sea necesario, pero debemos utilizar métodos que no produzcan irritación ni quemaduras.



10

DUCHA

- Debemos asegurarnos de la temperatura de la agua para evitar quemaduras o frío excesivo, el **agua** estará **templada** o según la preferencia del anciano.
- El agua **no** debe estar excesivamente caliente, ni la ducha debe durar **más de 15 minutos**, ya que puede provocar bajadas de tensión.
- Comenzaremos la ducha **desde los pies** e iremos subiendo poco a poco.
- Pondremos en la ducha una **alfombra**, tanto dentro como fuera, para evitar caídas. Se recomienda la ducha con **asiento**.
- Después de la ducha, realizaremos un **buen secado corporal** y aplicaremos una **crema hidratante o aceite de almendras**.

BAÑO EN LA CAMA

- Realizaremos el **lavado por zonas corporales**, como hemos mencionado con anterioridad.
- Utilizaremos **jabones neutros y agua templada**.
- Durante el aseo, examinaremos con especial atención la piel, sobre todo donde hay **prominencias óseas**, en busca de zonas enrojecidas, ampollas o erosiones.
- Prestaremos especial cuidado en los **pliegues y en los espacios interdigitales**, tanto en el lavado como en el secado.

9

CUIDADOS DE LOS PIES

- Los pies de los ancianos a menudo presentan problemas debido a alteraciones circulatorias, deformidades óseas o patologías como la diabetes, por lo que hay que prestarles especial atención.
- Los lavaremos con **agua y jabón**.
- Los **secaremos con cuidado**, sobre todo en la zona interdigital.
- Los hidrataremos con **crema hidratante** y, si hay durezas, aplicaremos vaselina.
- Vigilaremos su coloración y aparición de **lesiones cutáneas** e informaremos a su enfermera si se producen.
- Cuidaremos las uñas: se deben **cortar rectas o limar** y, mejor, hacerlo **después del baño**, pero **nunca** intentaremos llevar a cabo **labores de callista**.



CUIDADOS DE LAS MANOS

- Los ancianos llevarán las **manos siempre limpias**, las lavaremos con agua y jabón, y las secaremos bien, sobre todo, entre los dedos.
- Cortaremos las **uñas de forma recta**.

11

CUIDADOS DE LA BOCA

- Estos cuidados deben realizarse después de cada comida o siempre que sea necesario.
- Los **ancianos independientes**, que realicen solos la higiene bucal, deben utilizar cepillos suaves y pasta dental con flúor, que previene las caries.
- A los **ancianos dependientes**, mezclaremos en un vaso antiséptico bucal y agua, a partes iguales, y lo aplicaremos con una gasa sobre la lengua de un lado a otro, para no provocar náuseas; limpiaremos el paladar, los laterales de la boca y las encías.
- Si el anciano es portador de prótesis dental, retirarla durante el sueño (en la imagen vemos **forma de retirar la dentadura**).



- La limpiaremos con **agua y solución antiséptica**, tantas veces como sea necesario.
- Hidratamos los labios con **vaselina o cacao**.

CUIDADOS DE LOS OJOS

- Limpiaremos los ojos con una gasa estéril, impregnada con suero fisiológico, **comenzando desde el lagrimal al ángulo externo** retirando secreciones.
- Utilizaremos una **gasa para cada ojo**.



12

2. CUIDADOS DE LA PIEL

La **úlceras** es una lesión de la piel en la que puede aparecer pérdida de tejido y va desde la erosión superficial de la piel hasta una afectación profunda, pudiendo llegar al hueso.

Este tipo de lesiones aparecen como resultado de una **presión prolongada sobre una zona de piel vulnerable**.

La curación es lenta y en algunos casos se cronican, sobre todo cuando existen problemas circulatorios, desnutrición y falta de movilidad.

CAUSAS QUE FAVORECEN LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

- Por la **alimentación inadecuada**, tanto por defecto como por exceso o en ancianos con deshidratación.
- **Inmovilidad** en pacientes que permanecen sentados o encamados durante largos periodos de tiempo.
- **Pérdida de sensibilidad** en ancianos con la consciencia alterada (comatosos).
- **Diabetes**. La diabetes acelera el proceso de necrosis.
- **Fiebre**. En procesos febriles existe un aumento en el requerimiento de nutrientes y oxígeno de los tejidos, lo que favorece la aparición de úlceras.
- **Piel**. Una falta de higiene corporal, el contacto prolongado con ropas húmedas o la sequedad externa de la piel, pueden dar lugar a la irritación de la piel.

14

CUIDADOS DE LOS OÍDOS

- Limpiaremos el pabellón auditivo con **agua y jabón**, intentando que el jabón no entre dentro del oído, puesto que puede producir irritación y picor.
- No introduciremos **bastoncillos** en el oído
- Si el anciano es portador de **audífono**, lo retiraremos durante la noche y limpiaremos los restos de **cerumen**.

CUIDADOS DE LA NARIZ

- Mantendremos siempre **sin mucosidad** las fosas nasales; podemos emplear **suero fisiológico** para deshacer la mucosidad sólida.
- Recortaremos el **vello** que suele crecer en las fosas nasales, sobre todo en los ancianos.



VESTIMENTA DEL ANCIANO

- La ropa debe ser **amplia y cómoda**, respetando sus gustos. Debe estar **limpia y bien cuidada**.
- Hay que **evitar riesgos**, la ropa sintética es muy inflamable. Evitaremos cintas, cordones, etc...
- El anciano, habitualmente, tiene menos calorías que los jóvenes y por lo tanto requiere **más abrigo**, sin caer en el exceso.
- Utilizar **zapato cerrado**, evitará posibles caídas.
- Utilizar ropas con **cierres fáciles** de operar, como cremalleras y velcro e intentaremos que el anciano se vista y se desnude sin ayuda.

13

ZONAS SUSCEPTIBLES DE LA APARICIÓN DE ÚLCERAS

Las úlceras se forman en zonas de la piel donde coinciden prominencias óseas. En la imagen, vemos las **zonas susceptibles de la aparición de úlceras por presión**.

ZONAS SUSCEPTIBLES DE PRESENTAR ÚLCERAS



Decúbito Supino: talones, pelvis, codos, omóplatos, cabeza



Decúbito Prono: dedos de los pies, rodillas, codos, pabellón auditivo, zona genital



Decúbito Lateral: rodillas, cadera, codos, hombros, lateral de pie

15

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Hay que **evitar la presión constante** sobre estas zonas, realizando cambios posturales en el anciano cada 2 o 3 horas (decúbito supino, decúbito lateral y decúbito prono). También podemos utilizar elementos que reducen la presión de las zonas susceptibles y, sobre todo, debemos tener una alimentación adecuada y una correcta higiene e hidratación de la piel.

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN



16

ELEMENTOS QUE REDUCEN LA PRESIÓN:

- Arcos de cama.
- Colchones alternantes.
- Protecciones como taloneras, etc.
- Almohadas.
- No dejar arrugas en la ropa de cama.

17

3. LA ALIMENTACIÓN

En esta etapa de la vida es muy importante contar con una dieta adecuada y equilibrada, que permita al anciano desarrollar convenientemente sus actividades diarias y mantener un estado de salud satisfactorio.

En los ancianos, el **metabolismo basal se reduce en un 20%**, al tiempo que decrece sustancialmente su actividad física.



- **Grasas:** del 20% al 25% del total de las calorías deben ser grasas. Hay que reducir las grasas malas o ácidos grasos saturados y consumir grasas buenas o ácidos grasos insaturados, que se encuentran en vegetales y pescados. Es recomendable:

- Sustituir carnes rojas por **carnes blancas** (pollo, pavo...).
- Emplear para comer **aceite de oliva**.
- No consumir **mantequilla ni margarina**.
- **Evitar las frituras**.
- **Reducir** la ingesta de huevos (comerlos en tortilla o cocidos y de los cocidos mejor comer sólo la clara).
- Consumir **lecitina (soja)**.

18

- **Proteínas: 20%** de la dieta. Se deben consumir proteínas de alto valor biológico, es decir, ricas en aminoácidos esenciales. Es **preferible**:
 - Consumir **pescado** antes que carne.
 - Consumir proteínas de origen **vegetal** como la soja.
 - Consumir productos **lácteos descremados**, queso, leche, yogures...
- **Hidratos de carbono: 55%**. En los ancianos, la capacidad de metabolizar los azúcares simples está disminuida y éstos pasan a sangre directamente, por lo que es aconsejable que tomen azúcares complejos que se encuentran en vegetales, cereales, legumbres y patatas. Es **preferible**:
 - **Reducir** el consumo de **azúcar** común o sustituirlo por miel.
 - Consumir más **cereales**.
 - Las **legumbres**, que pueden tomarse **dos veces por semana** y mezclarse con cereales (lentejas con arroz).
 - Sustituir el pan blanco por **pan de harina integral**.
 - **Pastas** como los macarrones, espaguetis, etc.
- **Vitaminas**. En el anciano suele aparecer **carencia** de éstas en su dieta y son importantes para mejorar el tono vital.
 - **Vit. C**, se encuentra en frutas ácidas como naranja, fresa, limón. Es una vitamina antioxidante y antienvjecimiento.

19

- **Vit. E**, la encontramos en el aceite de oliva, frutos secos. Tiene una función antioxidante.
- **Vit. D**, se encuentra en leche, mantequilla, yemas de huevo, aceite de hígado de bacalao. Interviene en el metabolismo del calcio.
- **Vit. B**, se encuentra en cereales, semillas, requesón, carnes rojas, vegetales verdes. Interviene en el metabolismo de los glúcidos.
- **Ácido fólico**, tiene propiedades anticancerígenas.
- **Vit. A**, zanahorias, endivia, melón. Mejora la piel y previene las infecciones de boca, nariz y garganta.

- **Minerales:** calcio, magnesio y zinc.

CONSEJOS ALIMENTICIOS

- Las **comidas** deben ser **atractivas** en cuanto a color, sabor y textura.
- Tomar un **zum de naranja** en la mañana.
- Los zumos hay que protegerlos de la luz y tomarlos **recién exprimidos**.
- Si el anciano tiene **rechazo a la leche**, sustituir por **yogur**.
- El menú diario es preferible repartirlo en **cuatro** pequeñas **comidas**.
- Aumentar el consumo de **verduras y fruta**.

20

- Cocinar a la **plancha**.
- **Reducir** los restos de **grasa** de las carnes antes de cocinarlas.
- **Evitar** los alimentos **fritos**.
- Disminuir el consumo de carnes rojas y sustituirlas por **pollo o pescado**.
- Consumir **productos desnatados** (leche, yogur).
- Cocinar con muy **poca sal**.
- Si hay problemas de **gases**, no consumir repollo, coliflor y bebidas gaseosas.
- Procurar **no** tomar **azúcar**.
- Beber **2 litros** de agua diariamente.

21

4. FUNCIONES DE ELIMINACIÓN

Dentro de las funciones de eliminación, se suelen dar los siguientes trastornos: diarreas, estreñimiento e incontinencia urinaria, que afectan a un gran número de ancianos.

DIARREA

- La consistencia de las heces es líquida o semilíquida y aumenta el número de deposiciones diarias.
- Hay que forzar la **ingesta de líquidos** para evitar la deshidratación, sobre todo limonada alcalina, té frío, agua de arroz, y en pacientes que no toleren los líquidos, dar gelatinas y yogures naturales.
- **No** dar alimentos ricos en residuos como **vegetales, fruta fresca, pan integral, leche**.
- Se pueden dar **alimentos astringentes** como arroz blanco, zanahoria rallada, pescado hervido.

ESTREÑIMIENTO

- El estreñimiento **aumenta con la edad**, por lo que los ancianos son propensos a padecerlo.
- Una persona tiene estreñimiento cuando refiere **dificultad para la evacuación de las heces** y éstas son duras, redondas y pequeñas; la emisión de las

22

heces se realiza con menor frecuencia de lo habitual.

- Estimularemos al anciano para que camine y realice **ejercicio**. Esto aumenta la motilidad del intestino.
- Forzaremos la **ingesta de líquidos** hasta dos litros de agua y le proporcionaremos **alimentos ricos en residuos** como vegetales crudos, fruta fresca, pan integral.
- **Programaremos la hora de ir al baño**, todos los días a la misma hora, intentando no utilizar laxantes.

INCONTINENCIA URINARIA

- La incontinencia urinaria es una condición mediante la cual se produce una **pérdida de orina a través de la uretra**, produciendo problemas sociales e higiénicos para el anciano.
- La incontinencia urinaria se relaciona con infecciones de orina, úlceras perianales, caídas y fracturas.

Prevención de la incontinencia

- Los **ancianos** son el **colectivo más afectado** por esta dolencia.
- Nos debemos considerar la **incontinencia** como un proceso normal del envejecimiento.

23

- Hay que posibilitar al máximo la **autonomía del anciano**, intentando evitar el deterioro físico y mental.
- Hay que crear **rutinas** para acudir al cuarto de baño facilitando su acceso y usando ropas fáciles de quitar.
- Controlar y tratar las **infecciones urinarias**.
- Evitar el estreñimiento.
- Mantener una actitud de **continencia**.
- Mantener una **buena higiene perianal** (como mencionamos antes).

Signos de infección urinaria

- Deseo de **orinar**, incluso después de haber orinado.
- Orina con **mal olor**, orina turbia y densa.
- Dolor o sensación de **quemazón** al orinar.
- Presencia de **sustancias** en orina como pueden ser sangre o pus.

AL ELEGIR UN ABSORBENTE ES CONVENIENTE:

- Que tenga **forma anatómica** y **sujeción** adecuada.
- **Absorción** rápida y eficaz.
- **Capa superior** siempre **seca**.
- Que sea **discreto** y **cómodo**.
- Capacidad de **absorción** adecuada al tipo de incontinencia.
- De **fácil colocación** y con **indicador de humedad**.

24

Selección y compra de ropa

5. PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LOS ANCIANOS

Dentro de la población anciana hay distintos riesgos de sufrir accidentes y dependerán, fundamentalmente, de la situación del anciano tanto a nivel físico como psíquico.

Lo que aparece con mayor frecuencia en los ancianos son las caídas y éstas son las responsables, en muchos casos, de la pérdida de su autonomía.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CAÍDAS

- La pérdida del control del **equilibrio**.
- Dificultad en la **movilidad**.
- Problemas en la **visión**.
- Características de los **domicilios**.
- **Calzado** inapropiado.

CÓMO INTENTAR EVITAR LAS CAÍDAS

- Adaptando el **cuarto de baño**, colocando alfombrillas antideslizantes dentro y fuera de la ducha o bañera, colocando agarraderas para entrar y salir de la bañera y para sentarse y levantarse del inodoro.
- Mantener los **suelos secos** cuando se desplace el anciano por el domicilio para evitar resbalones, sobre todo en cocina y cuarto de baño.

26

25

- Que el anciano utilice un **calzado adecuado**, que sea cerrado para que le sujete el pie y con suela de goma o antideslizante.
- Cuando baje o suba **escaleras**, que vaya agarrado al **pasamanos**.
- Intentar dejarle los utensilios que necesite a mano para que **no utilice taburetes o escaleras**.
- Que el domicilio **no tenga obstáculos** con los que pueda tropezar.
- Durante la noche, dejar **iluminación suficiente** para que vea si tiene que ir al baño.

OTROS RIESGOS

- Utilizar **prendas** que **no sean sintéticas**, pues son muy inflamables, y evitar los cordones.
- No dejar a su alcance **productos de limpieza** que puedan ser confundidos con agua, etc.
- Los **electrodomésticos eléctricos** son los más seguros para los ancianos independientes.

27

6. EL SUEÑO EN EL ANCIANO

En el sueño del anciano hay ciertos cambios: se pasa de tener un sueño profundo y reparador a otro sueño más superficial e interrumpido por más y más prolongados despertares nocturnos.

Este sueño más superficial es menos reparador, por lo que se suele dar en el anciano un estado de somnolencia durante el día y una sensación de cansancio.

HIGIENE DEL SUEÑO

- El anciano **debe acostarse y levantarse todos los días a la misma hora**, siempre que se pueda.
- **No** tomar **bebidas alcohólicas** ni **excitantes** antes de irse a la cama.
- No mantener **conversaciones emotivas** antes de irse a la cama o ver programas de televisión que le puedan poner **nervioso**.
- Intentar que realice **actividades relajantes** como leer, escuchar música, rezar...
- No ir a la cama **recién cenado** y **no** realizar **cenar muy copiosas**.
- Es aconsejable tomar un vaso de **leche** antes de acostarse, porque la leche induce al sueño y elimina la sensación de hambre si la cena fuera escasa.

28

- Si el anciano después de acostarse **no concilia el sueño** y no para de dar vueltas en la cama, es **mejor que se levante**, antes de ponerse nervioso, y que lo vuelva a intentar algo más tarde.

29

7. CUIDADOS DEL PACIENTE CON OSTOMÍA

¿QUÉ ES UNA OSTOMÍA?

Una ostomía es la creación de un orificio (estoma) que comunica una zona del interior del organismo con el exterior. Recibe el nombre de la zona donde se realiza el orificio o estoma como, por ejemplo: traqueostomía, colostomía, gastrostomía, etc.

Las ostomías se realizan para intentar mantener la función de un órgano que por una patología o traumatismo ha dejado de cumplir su función.

Las funciones que suelen recuperarse con este tipo de tratamiento quirúrgico son:

1. La función de **alimentación** (esofagostomía, gastrostomía, yeyunostomía).
2. La función de **evacuación o eliminación de productos de desecho** (ileostomía, colostomía, sigmoidostomía, urostomía).
3. La de **restablecer o mantener la función respiratoria** (traqueostomía).

CUIDADO DE UNA OSTOMÍA

Hay que tener siempre una higiene y aseo adecuado de la zona de la ostomía y de la piel que la rodea. Vamos a diferenciar los cuidados de cada tipo de estoma:

1. **En los estomas con función de alimentación**, la que se suele encontrar con más facilidad en un paciente es la gastrostomía. Consiste en un orificio que atraviesa la pared abdominal y llega hasta el estómago. En dicho orificio, se coloca una sonda por la que se introduce la alimentación al paciente.

Algunos puntos a tener en cuenta:

- Cuando introducimos la alimentación hay que pasarla a un ritmo lento, para evitar posibles diarreas.
- Antes y después de poner la alimentación, hay que pasar agua para evitar que la sonda se obstruya.
- En el caso de que se produzca obstrucción de la sonda, hay que intentar desobstruirla utilizando agua tibia.
- Es necesario proteger la piel de alrededor del estoma con una gasa, para evitar que la sonda se marque en la piel, y deberemos aplicar crema o vaselina para mantener hidratada la piel de alrededor del estoma.

2. **En los estomas con función de eliminación**, el más común es la colostomía. Es un orificio que atraviesa la pared abdominal y llega hasta el colon, con un repliegue del tejido de la zona intestinal que forma el estoma; se

30

observa a simple vista como una especie de cráter, por el cual el paciente elimina las heces. Debemos tener en cuenta los siguientes puntos:

- Hay que realizar una **buena higiene y aseo** de la zona del estoma, utilizando agua tibia y un jabón neutro. Tendremos cuidado de **no realizar fricciones** de ningún tipo en esta zona. Para la zona periestoma utilizaremos una esponja natural.
- A todas estas ostomías de eliminación se les pone una **bolsa** para recoger los productos de desecho que normalmente se fija con un disco adhesivo. Los **adhesivos** suelen producir irritación de la piel donde se colocan, por lo que es conveniente, siempre que haya que cambiarlo, retirarlo con cuidado sin dar tirones, aplicando una fuerza continua y retirándolo en un solo intento, sin realizar una maniobra brusca.
- Al colocar el **disco** hay que **ajustar** lo máximo posible el orificio que hacemos en el adhesivo del mismo, al diámetro del estoma, para evitar que las heces se introduzcan por dentro del adhesivo e iriten la piel de alrededor del estoma.
- Es necesario llevar un cierto **control de las características de las heces**, como frecuencia, consistencia, color y la aparición de sustancia que no debe haber en las heces como sangre, moco, etc.

32

31

- Si se presentara cualquier tipo de **irritación o ulceración de la piel**, consultar con enfermería la manera de tratarla

3. **En los estomas con función de mantener la respiración**, como la traqueostomía, que es un orificio que va desde el exterior al interior de la tráquea (con el fin de que el paciente pueda mantener su función respiratoria) se suelen realizar cuando hay una obstrucción de vías aéreas superiores.

A todo paciente con traqueostomía se le introduce una cánula que puede ser de uno o dos tubos (la más utilizada suele ser la de doble tubo) y los materiales pueden ser de plata o de silicona, los más habituales.

Debemos tener en cuenta:

- Las **cánulas** hay que tenerlas siempre **permeables**, por lo que hay que realizar una higiene de estas cánulas de forma concienzuda, eliminando los restos de secreciones secas. La limpieza se suele realizar sumergiendo las cánulas en suero fisiológico; en algunos casos, se utiliza también algún tipo de antiséptico pero lo mejor es consultar con su enfermera.

33

Dieta recomendada para la diabetes:

La alimentación es uno de los pilares básicos del tratamiento de la diabetes, ya que a través de ella entra al organismo la glucosa, desencadenante de esta enfermedad cuando el páncreas no funciona correctamente. ¿Qué se puede comer y qué no cuando eres diabético?

Alimentos prohibidos para diabéticos:

Todos aquellos alimentos que contengan azúcares:

- Azúcar refinado (sustituir por edulcorante).
- Dulces: chocolate, nata, pasteles...
- Pan blanco.
- Refrescos con gas.
- Alcohol.

Alimentos restringidos para diabéticos:

Dentro de este grupo se engloban todos aquellos alimentos que contienen azúcares o hidratos de carbono, aunque en mucha menor proporción:

- Pan, pasta, arroz, cereales, patatas,... Se puede comer, pero con moderación.
- Fruta: la fruta es muy sana, pero contiene azúcares, con lo que no se deben tomar más de tres piezas al día.
- Carnes rojas y embutidos.

Alimentos permitidos para diabéticos:

- Lácteos, pero solo los desnatados.
- Verduras y hortalizas.
- Carnes blancas.
- Pescados y mariscos.

Alimentación sana para pacientes hipertensos:

Evitar alimentos ricos en sal y reducir la ingestión de ésta.

Si la sangre contiene exceso de sal, el riñón retendrá más y eliminará menos agua. El aumento del volumen de sangre resultante hace aumentar la presión arterial. En consecuencia: aumenta la presión arterial. Esto se produce de forma permanente y el que lo padece puede desarrollar hipertensión.

¿Qué alimentos deben evitarse?

- Alimentos preparados y enlatados.
- Galletitas saladas.
- Carne y pescado picantes, salados y ahumados.

¿Cómo puede reducirse la ingestión de sal?

- Evitar aromatizantes.
- No añadir más sal.
- Cuando se preparen los alimentos, condimentar con hierbas frescas y especias.
- Cocine sin sal, condimente con mezclas de sal y especias.
- Vigile el contenido de sodio de las aguas minerales.

Consejos para cocinar con poca sal:

- Cocine las patatas con su piel, no hervidas con sal.
- Añada únicamente un poco de sal al agua de hervir la pasta, el arroz y las papas.
- Sale únicamente la carne cuando se haya dorado (carne asada) o cuando está asada.
- Cocinar al vapor o en papel de aluminio y a la parrilla ayuda a preservar el sabor propio del alimento.

