

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“EFECTOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL ÁREA
BIOPSIOSOCIAL EN ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD # 2 DURANTE EL PERÍODO ENERO – JUNIO DE 2.011”**

Requisito previo para optar por el título de Médico.

Autor: Salazar Villacís, Juan Sebastián

Tutora: Dra. Mg. Pérez Naranjo, Fanny del Rocío

**Ambato – Ecuador
Julio 2012**

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“EFECTOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL ÁREA BIOPSIOSOCIAL EN ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD # 2 DURANTE EL PERÍODO ENERO – JUNIO DEL 2011” de Juan Sebastián Salazar Villacís egresado de Medicina, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Julio del 2012

LA TUTORA

.....
Dra. Fanny Pérez

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“EFECTOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL ÁREA BIOPSICOSOCIAL EN ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD # 2 DURANTE EL PERÍODO ENERO – JUNIO DEL 2011”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Julio del 2012

EL AUTOR

.....
Juan Sebastián Salazar Villacís

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor

Ambato, Julio del 2012

EL AUTOR

.....

Juan Sebastián Salazar Villacís

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“EFECTOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL ÁREA BIOPSIOSOCIAL EN ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD # 2 DURANTE EL PERÍODO ENERO – JUNIO DEL 2011”** de Juan -----Sebastián Salazar Villacís, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Julio del 2012

Para constancia firman

.....

.....

.....

DEDICATORIA

Con imperecedero cariño y eterna gratitud por su paciencia y apoyo dedico el presente trabajo a mi Padre Shorlli Esteyner, a mi Madre Ana María y a mis hermanos Pablo José, María Carolina y Diana Estefanía.

Todos ellos que son, sin duda mi referencia para el presente y para el futuro.

JuanSe

AGRADECIMIENTO

Al ser mas importante en mi vida, le agradezco a Dios por haberme dado las ganas para no dejarme vencer y quedarme como una persona a medio camino, gracias por estar conmigo en los momentos mas difíciles y por darme fuerzas para terminar algo que un día solo fue un anhelo.

A los directivos de la Universidad Técnica de Ambato, Al Doctor Guillermo Pérez Ex Decano y actual Subdecano, Al Doctor Carlos Aldaz actual Decanode la Facultad de Ciencias De la Salud, a mis maestros, gracias por su tiempo, por su apoyo, por la sabiduría que transmitieron durante el desarrollo de mi formación profesional

Agradezco, a mi tutora la señora Doctora Fanny Pérez, por haber compartido todos sus conocimientos en el proceso de desarrollo de este trabajo, que espero sea un aporte para quien lo valore.

A mi familia que me brindan el apoyo, la alegría y me dan la fortaleza necesaria para seguir adelante; por que en todo momento van a estar ahí para darme su apoyo incondicional.

JuanSe

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
Aprobación del tutor del trabajo.....	ii
Autoría del trabajo de grado	iii
Derechos del autor.....	iv
Aprobación del jurado examinador.....	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice General de contenidos.....	viii
Resumen Ejecutivo.....	xiii
SUMARY.....	xiv
Introducción	xv

INDICE

CAPITULO 1

EL PROBLEMA

1.1 Tema de Investigacion:	1
1.2 Planteamiento del Problema.....	1
1.2.1Contextualización.....	1
Contextualización macro.....	1
Contextualización meso.....	2
Contextualización micro.....	3
1.2.2 Análisis Crítico	3
1.2.3 Prognosis	4
1.2.4 Formulación del problema	5
1.2.5 Preguntas directrices	5
1.3 Delimitación del problema.....	5
1.4 Justificación.....	6
1.4 Objetivos	7
1.4.1Objetivo General	7
1.4.2Objetivos específicos	7

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos.....	8
2.2 Fundamentación Filosófica	8
2.3 Fundamentación Legal	9
2.4 Categorías Fundamentales.....	10
Categorización.....	10

Definición de categorías.....	10
2.4.1 Variable independiente.....	11
2.4.1.1 Situación de la salud en el Ecuador.....	11
2.4.1.2 Condición de salud del anciano en el Ecuador.....	13
2.4.1.3 Programa del adulto mayor.....	15
2.4.2 Variable Dependiente.....	15
2.4.2.1 Entorno Familiar.....	15
2.4.2.2 Calidad de vida de los ancianos.....	17
2.4.2.3 Área biopsicosocial del adulto mayor.....	19
2.5 Hipótesis.....	27
2.5.1 Señalamiento de variables de la hipótesis.....	27
2.5.1.1 Unidades de observación.....	27
2.5.1.2 Variable independiente.....	27
2.5.1.3 Variable dependiente.....	28
2.5.1.4 Termino de relación.....	28

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Enfoqué.....	29
3.2 Modalidad Básica de la Investigación.....	29
3.3 Niveles o Tipo de Investigación.....	29
3.4 Población y Muestra.....	30
3.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	30
3.5.1 Criterios de inclusión.....	30
3.5.2 Criterios de exclusión.....	30
3.6 Aspectos éticos.....	30

3.7 Operacionalización de Variables.....	32
3.8 Plan de recolección de información.....	34
3.9 Procesamiento y análisis.....	35

CAPÍTULO 4

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Análisis e interpretación de resultados.....	36
4.2 Validación de la hipótesis.....	55

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	56
5.2 Recomendaciones.....	57

CAPÍTULO 6

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS.....	59
6.1.1 TÍTULO.....	59
6.1.2 INSTITUCIÓN EFECTORA.....	59
6.1.3 BENEFICIARIOS.....	59
6.1.4 UBICACIÓN.....	60
6.1.5 TIEMPO.....	60
6.1.6 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE.....	60
6.1.7 COSTO.....	60
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	61
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	61
6.4 OBJETIVOS.....	61
6.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	61
6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	61

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	61
6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA TECNICA.....	62
6.7 MODELO OPERATIVO.....	70
6.8 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA.....	72
6.9 PREVISIÓN DE LA EVALACIÓN	72
ANEXOS.....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	79

RESUMEN:

La presente investigación fue realizada con el objetivo de determinar los efectos del programa del adulto mayor en el área biopsicosocial en ancianos que acuden al centro de salud # 2. El tipo de estudio es descriptivo prospectivo transversal. Materiales y métodos, se aplicó una encuesta a todos los pacientes que forman parte del programa de atención del adulto mayor en total 36, además se aplicó 2 entrevistas a los encargados de la atención del adulto mayor, en la encuesta se dieron opciones para que el paciente solo seleccione una sola respuesta la más apropiada y la entrevista se realizó con preguntas abiertas. Los resultados fueron: se analizaron un total de 36 encuestas a los cuales se preguntaron sobre el aspecto bio psico social y como ha influido sobre dichos aspectos la atención del programa del adulto mayor, los resultados fueron alentadores, se ha encontrado que la mayoría de los pacientes son de procedencia urbana, son más mujeres que hombres y la mayoría tiene como antecedente patológico personal la hipertensión arterial, sobre la parte psicológica se evidencio que cerca del 15% presenta depresión leve según la escala de depresión aplicada en la encuesta, y alrededor del 10% de los encuestados presentaban ansiedad, se ha observado que el programa del adulto mayor ha ayudado en la parte social y de salud de los pacientes. Por lo tanto se concluye que el programa del adulto mayor si ha influido de mejor manera en el comportamiento bio – psico social de los adultos mayores, no obstante se considera un problema que un 15% de los pacientes presenten sintomatología depresiva. Por lo cual proponemos el seguimiento psicológico de los mismos.

PALABRAS CLAVE: EFECTOS ASPECTO BIOPSICOSOCIAL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

SUMMARY

This research was conducted in order to determine the effects of the program for the elderly in the area biopsychosocial elderly who come to the health center # 2. The type of study is descriptive prospective cross. Materials and methods, a survey was conducted on all patients as part of the care program for older persons in total 36, plus 2 interviews was applied to those responsible for the care of the elderly, in the survey were options for the one patient only select the most appropriate answer and the interview was conducted with open questions. The results were analyzed a total of 36 surveys which asked about the bio psycho social aspect and how it has influenced these aspects of care for the elderly program, the results were encouraging, it was found that most patients come from the cities, more women than men and is most frequent antecedent hypertension staff on the psychological part is evidenced that about 15% have mild depression depression scale as applied in the survey, and about 10% of respondents had anxiety, it was found that the program has helped the elderly in the social and health of patients. It is therefore concluded that the program for the elderly if it influenced the behavior best bio - psycho social seniors, however is considered a problem that 15% of patients have depressive symptoms. Therefore we propose the following psychological thereof.

KEY WORDS: EFFECTS PROGRAM ASPECT OF ELDERLY BIOPSYCHOSOCIAL.

INTRUDUCCION

El envejecimiento de la población es uno de los mayores desafíos que tiene la humanidad. Al entrar en el siglo XXI el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales en todos los países.

La Organización Mundial de la Salud sugiere que: Podemos envejecer con dignidad si los países, las regiones y las organizaciones internacionales promulgan políticas y programas de “envejecimiento activo” que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos de más edad-.

Los cambios demográficos producidos en el Ecuador, en razón de la disminución de la tasa de mortalidad infantil, de natalidad, fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, obliga a reflexionar sobre el cambio de perfil epidemiológico en la población, la misma que va aumentando a partir de 65 y más años, por tanto el fenómeno del envejecimiento, tanto en el ámbito individual como poblacional, es un tema que ha sido tratado en foros mundiales en los cuales se ha dado directrices y políticas, que constituyen valiosos insumos técnicos para nuestro país.

Por primera vez en la historia este Ministerio de Salud a incluido en su orgánico estructural por procesos, la micro área de adultos y adultos mayores, dentro de la Dirección de Normatización técnica del Sistema Nacional de Salud (SNS) según el Marco Teórico para el Nuevo Enfoque de la Gestión Pública, Publicada en Marzo del 2004 por SENRES, en la que desarrollará actividades para dar cumplimiento a la obligación del Estado, para este grupo etáreo de especial atención, para permitir y viabilizar las medidas pertinentes para que las personas adultas y adultas mayores se mantengan sanas y económicamente activas hacia un envejecimiento saludable.

Dentro del marco de la modernización del Estado, el MSP ha optado una nueva organización estructural por procesos, definidos en cuatro macro procesos uno de ellos el Macro Proceso de Valor Agregado, que a su vez lo conforman 5 subprocesos: 1. - Oferta y Demanda, 2. - Salud Pública; 3. - Control y Mejoramiento en Gestión de las Servicios de Salud; 4. - Vigilancia Sanitaria y 5. - Normatización del SNS y dentro de este último constan tres Coordinaciones:

Salud Indígena

Regulación Sectorial

Normatización Técnica, de la cual depende la Micro área de Adultos, Adultos Mayores.

La población de 40 - 44 años Ecuador, según el censo del 2001 es de 680.408, y de adultos mayores de 65 años y más es de 645.191. Para atención en salud descontar jubilados por vejez, invalidez y reciben una pensión del IESS.

Para el año 2005 la población de adultos proyectada del Censo 2001 del INEC, por grupos de edad tiene los siguientes datos: Población de adultos de 40 a 64 años es de 2'671.063 habitantes y de adultos mayores de 65 años y más, es de 752.154. Con estos datos en esta investigación se trata de analizar los resultados de las medidas tomadas al respecto con relación al plan de atención integral del adulto mayor en nuestro país.

CAPITULO I

1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN.

Efectos del programa del adulto mayor en el área biopsicosocial en ancianos que acuden al Centro de Salud # 2 durante el período enero – junio del 2011.”

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Contextualización.

Macro

El envejecimiento de la población es uno de los mayores desafíos que tiene la humanidad. Al entrar en el siglo XXI el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales en todos los países.

Según los estudios demográficos de las Naciones Unidas, en el año 2000 el mundo contaban con 590 millones de personas de setenta o más años de edad y en el año 2025 serán 1100 millones, con un aumento del 224 por 100 en relación con las cifras de 1975. Dicha población habitaría tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

Entre los logros obtenidos en el siglo XX con los avances de la tecnología y del conocimiento científico, fue aumentar la expectativa de vida de la población, lo que trajo como consecuencia una revolución demográfica, hecho para el cual los diferentes estados no estaban preparados para asumir. Se podría decir que los países industrializados cuyo crecimiento poblacional de adultos mayores se desarrollaron en forma gradual, está en mayor capacidad de adaptarse y de ajustar los planes de acción ya

proyectados para esta situación. Mientras los países que están en vía de desarrollo viven en la inmediatez, escasamente pueden afrontar su situación actual y no han contemplado las políticas necesarias para legislar, no tienen estrategias para enfrentar este nuevo y arrollador desafío y por la falta de tecnología y recursos no tienen manera de prepararse para asumir el crecimiento de una población que en el año 2025 llegará a ser cuatro veces mayor a lo esperado.¹

Meso

En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. El 11% de los adultos mayores vive solo, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven su hijo (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%).

A pesar de que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida el 28% menciona sentirse desamparado, 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder.

La satisfacción en la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien (satisfechos con la vida que viven solos: 73%, satisfechos con la vida que viven acompañados: 83%). El 69% de los adultos mayores han requerido atención médica los últimos 4 meses, mayoritariamente utilizan hospitales, subcentros de salud y consultorios particulares. El 28% de los casos son ellos mismos los que se pagan los gastos de la consulta médica, mientras que en un 21% los paga el hijo o hija.

Las enfermedades más comunes en el área urbana son: osteoporosis (19%), diabetes (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares (8%). El 42% de los adultos mayores no trabaja y mayoritariamente su nivel de educación es el nivel primario. A pesar de que desean trabajar los hombres mencionan que dejaron de trabajar por:

problemas de salud (50%), jubilación por edad (23%), y su familia no quiere que trabaje (8%). En el caso de las mujeres dejan de trabajar debido a: problemas de salud (50%), su familia no quiere que trabaje (20%) y jubilación por edad (8%).²

Durante los últimos 50 años los cambios epidemiológicos y sociales que experimenta la población ecuatoriana son una realidad, la población va envejeciendo en forma acelerada, de igual manera la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas van aumentando y la situación social se proyecta negativamente al abandono, soledad, marginación social y pobreza. A medida que aumenta la edad, también lo hace el riesgo de pérdida de la funcionalidad física y autonomía mental lo que lo lleva a depender de otras personas, para realizar las actividades de la vida diaria y una peor calidad de vida.³

Micro

A nivel local, no existe ningún estudio, bibliografía, que tenga referencia sobre el tema, por lo que es de gran interés poseer estadísticas locales, para realizar un adecuado abordaje de los pacientes que pertenecen a este grupo de edad.

1.2.2 Análisis crítico.

El envejecimiento de la población es un fenómeno global, que requiere medidas, internacionales, nacionales, provinciales y locales, el hecho de no afrontar de manera racional los imperativos demográficos y los rápidos cambios de los enfoques de la promoción, prevención y las pautas de la recuperación y rehabilitación, si no se aborda con oportunidad, se tendrá que pasar consecuencias graves, que ya se evidencian en nuestro país.

Ha llegado el momento de instaurar un nuevo paradigma que considere a las personas ancianas participantes activos de una sociedad que integra el envejecimiento y que considere a dichas personas contribuyentes activos y beneficiarios del desarrollo.

Para ello se necesita contar con mecanismos de atención que involucren al adulto mayor, dentro del nuevo modelo de atención integral a las personas dentro del ciclo vital, que sea construida desde diferentes foros con actores sociales, instituciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales, en mesas de trabajo. Para lograr un acuerdo nacional por la salud y la vida tomando en cuenta el principio de la equidad.

La tarea de conseguir equidad en salud es un esfuerzo intersectorial, que demanda una acción coordinada y que debe concretarse dentro del sistema nacional de salud. Como se ha dicho anteriormente, el MSP ha definido un proceso de educación continua para el personal del primer nivel de atención, con el propósito de que el recurso humano tenga una nueva visión, piense en forma diferente y actúe en forma diferente, esto implica trabajar con las necesidades de la comunidad traducidas en problemas de salud.

1.2.3 Prognosis.

Es verdad que mucho se ha dicho sobre los adultos mayores, pero no tenemos en cuenta sus opiniones frente a las decisiones que se toman en la sociedad, ya que todos creen saber de su vida pero en realidad no se dan cuenta de los sentimientos que ellos expresan. De forma injusta y con tristeza muchos de los ancianos son discriminados y olvidados por sus familias, quedando solos en la vida y tal vez sin ninguna esperanza de volver a ser felices. Por otro lado el envejecimiento aumenta la susceptibilidad a las enfermedades crónicas y discapacidades y, a su vez, incrementa la necesidad de servicios médicos, sociales y económicos.

Existen diferentes factores que influyen en el proceso de envejecimiento de la población, así como otros que están directamente relacionados con su desarrollo. Entre los aspectos socioeconómicos se incluyen diferentes factores relacionados con el peso que ocupa el anciano en la familia, el grado de independencia del anciano en su seno familiar y otros indicadores que persiguen ubicar su situación en los momentos actuales de la sociedad.

Es por eso que la sociedad tiene la responsabilidad de preocuparse desde el punto de vista preventivo, terapéutico y de rehabilitación de la persona de edad avanzada y de tratar de romper el estereotipo de considerar al Adulto Mayor desamparado e inútil.

1.2.4 Formulación del problema.

¿Cuáles son efectos del programa del adulto mayor en el área biopsicosocial en ancianos que acuden al Centro de Salud # 2 durante el período enero – junio del 2011?

1.2.5 Preguntas directrices

- ¿Cuáles son las actividades que realizan a los pacientes de la tercera edad que acuden al centro de salud?
- ¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes en los ancianos?
- ¿Existe algún plan de seguimiento ambulatorio para pacientes de la tercera edad?
- ¿Existe atención psicológica y ayuda social a los pacientes de la tercera edad?

1.2.6 Delimitación del problema

Delimitación de contenido

Campo Geriatría.

Área Adulto Mayor.

Aspecto Efectos del programa del adulto mayor en el área biopsicosocial.

Delimitación espacial: Esta investigación se realizará en el Centro de Salud # 2 de la ciudad de Ambato.

Delimitación temporal: Este problema será estudiado en Enero – Junio del 2011.

1.3 JUSTIFICACIÓN.

El envejecimiento de la población se está convirtiendo en uno de los problemas más importantes no sólo para la investigación, docencia y práctica biomédica, sino para el conjunto de las Ciencias Sociales.

El siglo XX pasará a la historia de la humanidad como el siglo en el cual el envejecimiento de la población se convirtió en un fenómeno de alcance global, que se extiende por todos los países, fundamentalmente con un alto nivel de desarrollo.

La tendencia demográfica hacia el envejecimiento de la población se manifiesta en un aumento en el porcentaje de personas mayores de 65 años, un incremento en el número absoluto de personas mayores y un aumento de la esperanza de vida. Esto determina el crecimiento de la población anciana en la actualidad.

Con este trabajo se pretende exponer que los ancianos se enfrentan a una problemática cada vez más creciente dentro de la sociedad, y se trata del desprecio hacia el adulto mayor. Por tal motivo se hará énfasis en el maltrato que este recibe por parte de otras personas, y los desafíos que afronta el gobierno respecto a este asunto. Además queremos indagar acerca de los programas que se deberían acoger en pro del adulto mayor, tanto en el tema del maltrato, como en el de la educación, entre otros.

OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Determinar los efectos del programa del adulto mayor en el área biopsicosocial en ancianos que acuden al centro de salud # 2 durante el período enero – junio del 2011.

1.3.2 Objetivos específicos

- Evaluar los programas que se realizan a los pacientes de la tercera edad que acuden al centro de salud.
- Determinar las enfermedades más frecuentes en los ancianos.
- Identificar los efectos que produce en programa del adulto mayor en los pacientes que se encuentran dentro de este grupo etario.
- Estandarizar un plan de seguimiento ambulatorio para pacientes de la tercera edad.
- Proponer un modelo de atención psicológica y ayuda social a los pacientes de la tercera edad.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO.

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

- Al momento se ha realizado una sola investigación acerca de los efectos en el área biopsicosocial de los ancianos involucrados en el programa del adulto mayor implementado por el ministerio de salud; artículo relacionado que la mencionaes:
- Rafael Mella, Luis González, Jorge D'Appolonio, Ivonne Maldonado, Alfredo Fuenzalida y Andrea Díaz ,Universidad San Sebastián. “Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor”, 2004. La investigación explora la relación entre los distintos factores asociados a la salud mental y el bienestar subjetivo en el adulto mayor. Específicamente, considera bienestar subjetivo, edad, depresión, salud percibida, apoyo social percibido, género y nivel socioeconómico. El análisis bivariado arroja correlaciones significativas entre bienestar sujetivo y depresión ($r = -0.634$), apoyo social percibido y bienestar subjetivo ($r = 0.665$) y bienestar subjetivo y salud percibida ($r = 0.278$). También aparecen como significativas las correlaciones entre salud percibida y depresión ($r = -0.454$), depresión y apoyo social percibido ($r = -0.601$) y entre salud percibida y apoyo social percibido ($r = 0.305$). En el análisis de regresión lineal múltiple, el bienestar subjetivo está determinado principalmente por apoyo social percibido, género y por la ausencia de depresión.⁴

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.

La presente investigación está basada en el paradigma Critico-Propositivo porque tiene como finalidad determinar los efectospsicológicos y sociales que se relacionan con el programa del adulto mayor implementado en el Centro de Salud # 2. La visión de la investigación es saber si los ancianos incluidos en el programa

presentaron algún cambio en su comportamiento, modo de vida y actitud frente a las actividades que desarrollan diariamente o bien frente a las diversas enfermedades de prevalencia crónica que acarrear.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.

El presente trabajo de investigación, toma como apoyo legislativo a la constitución del Ecuador; en el Título II, correspondiente a los derechos, en su capítulo segundo, relacionado a los derechos del buen vivir, en la sección séptima, en salud se enuncia:

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En el capítulo tercero, referente a los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, se enuncia:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Capítulo tercero - Sección primera

Adultas y adultos mayores

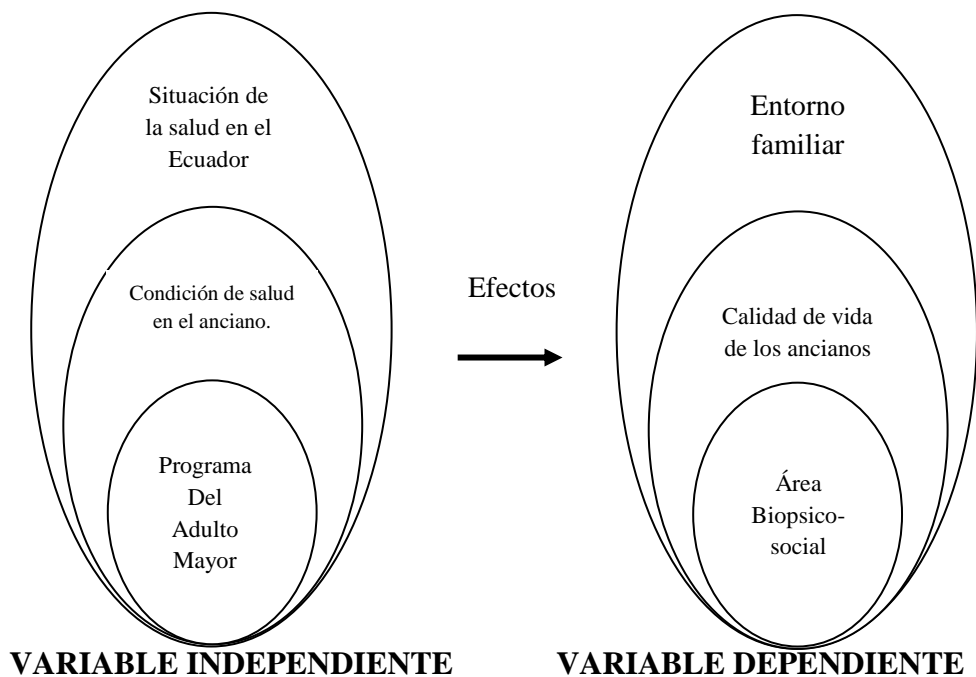
Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

En la Constitución del Ecuador. TÍTULO VII, con respecto al Régimen del Buen Vivir, se escribe en el capítulo primero. Sección segunda. Salud:

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.



2.4.1 Variable independiente.

2.4.1.1 Situación de la salud en el Ecuador.

Ecuador, en la era actual en pleno siglo 21, sigue siendo uno de los países de la región latinoamericana con mayores desigualdades en el sector salud y con menor impacto de los recursos invertidos en salud, sólo superado por Nicaragua, Honduras, Bolivia y Haití.

El Sistema de Salud del Ecuador se ha caracterizado por ser institucional y sectorialmente fragmentado, inequitativo e ineficiente, orientado a proporcionar atención individual y biológica, bajo una organización burocrática, de gestión centralizada e ineficaz, con financiamiento insuficiente y distribución desigual. Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

Las grandes barreras económicas, culturales, viales y geográficas tradicionalmente han limitado el acceso a los servicios, especialmente de la población rural más pobre, compuesta en su mayor parte por indígenas, afro-ecuatorianos y mujeres. Los programas a nivel nacional se aplican de manera que sus indicadores privilegian la medición de coberturas y no de los avances de los procesos, de impacto, de efectividad, la satisfacción de usuarios entre otros. Hasta la actualidad no se ha definido un modelo de atención que aplique estrategias para el cumplimiento de los programas en forma horizontal tomando en cuenta la atención en salud a todo el ciclo de vida con una visión transversal de género y de la interculturalidad, que priorice las necesidades de la comunidad excluida y al mismo tiempo, sirva como mecanismo para tomar de decisiones técnicas, financieras, gerenciales y de intervención que reflejen satisfacción del usuario y

mejoren la calidad de vida de las familias, comunidades incluyéndolas en forma equitativa y solidaria en la sociedad.⁵

La estructura del sector salud en Ecuador, como se ha indicado, está claramente segmentada. Existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, ICS, ONG, etc., que actúan independientemente. La cobertura de la seguridad social es relativamente baja y la red asistencial pública muy limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población. Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y los servicios de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

Según la Constitución, en 2012, debe asignarse a educación el 5,5 % del PIB o \$3 939 millones; en la proforma, excluidas las universidades, constan \$2 758 millones; faltan \$1 181 millones. A salud, debe destinarse el 3,7 % del PIB o \$2 650 millones; en la proforma, constan \$1 775 millones; faltan \$875 millones. No obstante los acomodos de cifras para justificar números mayores en estos sectores, existe una gran distancia con el mandato constitucional. La misma en el futuro será cada vez mayor ante el aumento del PIB nominal y la imposibilidad de que las asignaciones crezcan en la misma magnitud, en un entorno de gasto total que representa más del 40% del PIB, el cual se muestra inflexible e insostenible. Es evidente que la letra de la Carta Magna no ofrece mágicas soluciones.

De otra parte, nuestra criolla realidad muestra con crudeza que, a pesar de los importantes aumentos de recursos para educación y salud, existe una gigante brecha entre las reales posibilidades y las ilimitadas necesidades. La sana intención, que no tiene ideología y es obligación del Estado, de dotar a los pobres de una buena educación y salud, ha desnudado las ineficiencias estatales y el imperativo de delinear una política de largo plazo que asocie el crecimiento de la economía con la progresiva asignación de recursos, en el contexto de un programa fiscal sólido que torne sostenibles las asignaciones a los sectores sociales.⁷

2.4.1.2 Condición de salud del anciano en el Ecuador.

La Evaluación Geriátrica Integral es el proceso diagnóstico evolutivo multidimensional y multidisciplinario, destinado a identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, mentales, sociales, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de lograr el mayor grado de autonomía.

La vejez no es una enfermedad, aun cuando cierto porcentaje de adultos mayores desarrollan discapacidades como consecuencia o complicación de enfermedades crónico -degenerativas provocadas por el envejecimiento, pero es necesario tomar en cuenta que algunas de las enfermedades base, ya se encuentran en el organismo treinta años antes por ejemplo: diabetes, artritis, cardiopatías, disturbios cognitivos, etc. La senectud se caracteriza por aparición de entidades clínicas típicas de la edad avanzada por ejemplo: un ligero resaca ambiental como los cambios de estación que en un joven causaría solo un resaca y tras un período delimitado se recupera con rapidez, en el adulto mayor suele provocar bronquitis o neumonía, persistiendo la disnea y debilidad por mucho tiempo.

En Ecuador hay 1,2 millones de adultos mayores, según una encuesta realizada por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC). Un 53,4 % de ellos son mujeres, con una esperanza de vida de 78 años frente a los 72 años de vida del hombre, según datos de 2009, momento en que se realizó la encuesta, cuya ficha técnica no se hizo pública.

El envejecimiento de la población es un proceso heterogéneo, que está presente en todos los países de la América Latina con distintos ritmos y avances, según las características de cada población, fenómeno que va más allá del aumento de personas adultas mayores (PAM), en relación con la población infantil y joven, porque acarrea una serie de cambios y efectos importantes en las estructuras económicas, sociales, culturales, políticas y, sobre todo, en los sistemas socio sanitarios de los países. En esta región, a mediados del presente siglo, la esperanza

de vida llegará a un promedio de 80 años, es decir habrá menor cantidad de niños menores de 5 años, que mayores de 65 años.⁶

No obstante, pocos son los países que se encuentran preparados para afrontar a un número cada vez más creciente de personas adultas mayores con nuevas y mayores necesidades individuales y sociales. Hasta hace pocos años la política pública y de protección social han estado orientadas a los grupos vulnerables de madres y niños. De acuerdo a la transición demográfica en la región de las Américas, los países se agrupan en cuatro categorías de acuerdo al envejecimiento de su población: Avanzada, Plena, Moderada e Incipiente. El Ecuador se encuentra en la etapa **PLENA Y ACELERADA** de envejecimiento poblacional (CEPAL / CELADE 2004), población total según proyecciones INEC para 2010 corresponde a 14.204.900. De estos, el grupo las personas de 65 años y más en el mismo año, según proyecciones del INEC son 896.401, que representan el 6.31%. La proyección de la dinámica demográfica demuestra claramente que el Ecuador está ingresando a una fase de transición plena en relación a los países de la Región de las Américas. Las demandas por el ejercicio de los derechos socio-sanitarios de las personas adultas mayores, van a pasar o tener un protagonismo nunca antes visto, situación que se agrava porque todavía no se dispone de suficientes recursos económicos. En este escenario se precisa profundizar el análisis desde la dimensión evolutiva poblacional.

En las últimas décadas el perfil epidemiológico del país se ha modificado, desde un perfil tradicional a uno moderno. De acuerdo a la encuesta de auto-reporte sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE-I-EC-2010), “ha ocurrido una superposición o traslape epidemiológico, caracterizado por la expresión simultánea de ambos perfiles en diferentes proporciones en diferentes segmentos poblacionales, observándose la prevalencia de las enfermedades crónicas no trasmisibles, en relación con las enfermedades trasmisibles infecciosas. En la población adulta mayor la morbilidad tiene características especiales de presentación, especialmente en cuanto a la presencia de comorbilidad: “dos de cada 3 personas adultas mayores reportan tener 1 a 6 enfermedades”. “El deterioro cognitivo se presenta en personas de 60 años y más en dos de cada diez casos y se

incrementa conforme avanza la edad; así en el grupo de 65 a 74 años es del el 17.0 % y en el grupo de 75 años y más es del 35.7 %.Dentro de los cambios epidemiológicos, la prevalencia de las enfermedades crónicas, en este grupo poblacional son particularmente importantes, la hipertensión, la diabetes y el cáncer que se incrementan conforme avanza la edad, siendo las mujeres en todos los grupos de edad las que reportan prevalencias superiores de hipertensión, diabetes y cáncer.⁸

2.4.1.3 Programa del adulto mayor.

El plan de acción interinstitucional para personas adultas mayores, incluye Envejecimiento Activo y Saludable, el cual está basado en la investigación científica, la técnica, la legislación y la ética, constituyéndose en el eje operativo que materializa los enunciados constitucionales y la política pública, y de esta manera contribuir al logro de una longevidad digna e independiente. El Plan parte del análisis de los desafíos estructurales y de coyuntura, especifica la meta – objetivo general, y en su parte medular, diseña las estrategias prioritarias, en el marco del Plan de Acción Regional OPS/OMS, aprobado por los países de América, adaptándolas a la realidad y grado de avances de nuestro país. Adicionalmente, recoge las actividades que ejecutarán las instituciones en una dimensión y perspectiva interinstitucional, coordinada, horizontal, adaptadas a la realidad ecuatoriana. Finalmente establece los mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación, puestos a consideración de las instituciones públicas, privadas, profesionales y público interesado.

2.4.2 Variable Dependiente.

2.4.2.1 Entorno Familiar.La concepción del envejecimiento como un proceso social admite diversas dimensiones de análisis, destacándose el abordaje sociológico, cuya unidad de análisis es la familia y sociedad en su conjunto, la percepción que tienen de la persona adulta mayor, y la propia definición de quien es responsable por su atención y cuidados.Las familias han sufrido una

transformación: de extendida se ha pasado a nuclear. Esta transformación no solamente tiene que ver con el número, sino también con la asociación de factores sociales. La familia es la instancia más íntima y cercana a las personas adultas mayores (PAM). Se analizará esta situación desde la relación con quien vive el adulto mayor (AM): “más de dos de cada diez AM viven solos, incrementándose con la edad, AM de 75 años y más, llega a más del 14%, con leve diferencia entre hombres y mujeres, en muchas ocasiones son viudas o viudos; casi dos de cada diez AM viven con su cónyuge, 22% hombres, 16% mujeres; se observa que los AM viven con su cónyuge, hijos, yernos o nueras y nietos, (familia extendida,) que representa aproximadamente el 30%”.

La distribución de la población adulta mayor por índice de condiciones sociales, se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 5	
Distribución de la población adulta mayor por índice de condiciones sociales Encuesta SABE - MIES - 2010	
Índice	%
Condiciones muy buenas	10.8
Condiciones buenas	12.0
Condiciones regulares	44.0
Condiciones malas	9.8
Condiciones Indigentes	23.4

Fuente: (SABE-I-EC-2010).

Otro factor social clave en la vida de las personas AM y sus familias es la condición y tipo de vivienda, que está relacionado con el nivel económico y por el estado de salud y bienestar: “Una alta proporción de PAM, después de una vida de trabajo, ha logrado vivir en una casa o departamento que tiene características que no son de viviendas de mayor vulnerabilidad”. En el siguiente cuadro se observa la forma de propiedad de la vivienda por índice de condición social.

Cuadro No. 6

Forma de propiedad de vivienda por índice sociales					
Índice	Propia	Arrendada	Gratuita	Por servicios	Total
Muy Buenas	90.1	5.9	4.1	0.0	100.0
Buenas	87.2	4.5	8.1	0.2	100.0
Regulares	79.3	6.9	12.9	0.9	100.0
Malas	84.4	0.8	14.5	0.3	100.0
Indigentes	82.2	2.6	14.2	1.0	100.0
Total	82.6	4.9	11.8	0.7	100.0

Fuente: SABE-I-EC-2010.

La pobreza como determinante social importante se analiza a partir de las necesidades básicas insatisfechas, carencia de servicios básicos, ingresos bajos, pensiones y jubilación, y en las mujeres la necesidad de hacer o no trabajos voluntarios y/o remunerados

2.4.2.2 Calidad de vida de los ancianos.

La calidad de vida ha sido estudiada desde diferentes disciplinas. Socialmente calidad de vida tiene que ver con una capacidad adquisitiva que permita vivir con las necesidades básicas cubiertas además de disfrutar de una buena salud física - psíquica y de una relación social satisfactoria. Entre los investigadores no hay consenso en la definición de "calidad de vida". Un concepto que involucra muchas variables subjetivas satisfacción, felicidad, autoestima...es difícil de medir. Las variables objetivas son de medición más fácil, la economía, el nivel socio - cultural los déficits funcionales, problemas de salud. Los investigadores con orientación clínica suelen definir calidad de vida en términos de salud y/o de discapacidad funcional. Rivera, aporta que "no hay duda que la variable salud es la de mayor peso en la percepción de bienestar de los ancianos y, que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos". En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez y en la vejez dependiente es el reto más inmediato de las políticas sociales. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el status de las mujeres, la reducción creciente de las tasas

de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés. Son muchas las consecuencias de todos esos procesos, tanto a nivel macro social como en las experiencias individuales. Cómo dar sentido a la vida tras una jubilación llegada en muchas ocasiones de forma anticipada e imprevista, cómo hacer frente al mantenimiento de un hogar –en ocasiones con hijos/as dependientes- con una pensión, cómo enfrentarse a la enfermedad crónica y a la dependencia de uno o más miembros ancianos de la familia. Son sólo algunos temas que necesitan un abordaje teórico y práctico responsable y riguroso. La sociedad se encuentra ante nuevos retos para los que necesita instrumentos nuevos. Se requiere un concepto nuevo de solidaridad entre las generaciones y entre los distintos grupos, en un mundo cada vez más complejo, más inseguro, más indeterminado. La calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer.⁹

La falta de implementación adecuada para los cambios físicos y psicológicos de la vejez, tanto a nivel de vivienda como de contexto vecinal. Es decir, los baños, escalas, caminos, iluminación, y otros espacios, no cuentan con mecanismos de prevención de riesgos que eviten caídas o aislamiento. Esto último es de vital importancia, considerando que un adulto mayor que ve dificultado su traslado físico hacia un centro comunitario, por ejemplo, tiende a marginarse de la participación. Además de lo anterior, el adulto mayor producto de la jubilación recibe como promedio una pensión que equivale a la mitad de su sueldo en vida laboral activa, lo que le ha obligado a reordenar la forma de jerarquizar sus necesidades y forma de satisfacerlas. Esta situación económica no facilita que el adulto mayor participe en organizaciones comunitarias o actividades de orden cultural, educativo o artístico, pues sus ingresos van dirigidos a satisfacer

necesidades básicas de alimentación, salud y servicios básicos, marginando variables de tipo educacional, recreativo y social.¹⁰

La satisfacción en la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien (satisfechos con la vida que viven solos: 73%, satisfechos con la vida que viven acompañados: 83%). El 69% de los adultos mayores han requerido atención médica los últimos 4 meses, mayoritariamente utilizan hospitales, subcentros de salud y consultorios particulares. El 28% de los casos son ellos mismos los que se pagan los gastos de la consulta médica, mientras que en un 21% los paga el hijo o hija.

Las enfermedades más comunes en el área urbana son: osteoporosis (19%), diabetes (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares (8%).

El 42% de los adultos mayores no trabaja y mayoritariamente su nivel de educación es el nivel primario. A pesar de que desean trabajar los hombres mencionan que dejaron de trabajar por: problemas de salud (50%), jubilación por edad (23%), y su familia no quiere que trabaje (8%). En el caso de las mujeres dejan de trabajar debido a: problemas de salud (50%), su familia no quiere que trabaje (20%) y jubilación por edad (8%).¹¹

2.4.2.3 Área biopsicosocial del adulto mayor.

El aspecto bio psicosocial de vida en la vejez dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, siendo cuidadas en familia, para que puedan seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar.

La teoría psicológica del envejecimiento se caracteriza por los cambios conductuales que se relacionan con las influencias ambientales que influyen y se reflejan positiva o negativamente en los adultos mayores. Cada persona mayor es

un individuo al cual cada experiencia vital y cada modificación en su entorno ejerce un efecto sobre ella. Por ello, la actitud de la sociedad ante los adultos mayores y los familiares y amigos en especial, influyen en cómo se conceptualiza la persona y con ello, cómo vive sus últimos años de vida. La vejez, más que un problema de salud pública es uno de carácter social y como tal debe ser encarado. Después de los 65 años, el individuo vive una etapa normal del desarrollo, los principales problemas que enfrentan los adultos mayores son los que les creamos a través de la política y la economía que afectan su estatus en mayor grado que el envejecimiento en sí. Los grupos claves en el problema del envejecimiento son los grupos de edad más joven pues son quienes determinan el estatus y la posición de los adultos mayores en el orden social.

La vejez no tiene que ser el punto más bajo del ciclo de vida ya que el envejecimiento satisfactorio es posible si las estructuras sociales y nuestros pensamientos se reorganizan. Por ejemplo, no tiene por qué haber desempleo para el grupo de Adultos Mayores, pues si sólo se contrata a las generaciones jóvenes, se desaprovecha la experiencia y sabiduría de las mayores.¹²

Sabiduría: acumulación de experiencias vividas a lo largo de la propia existencia al cumplir las tareas, manejar las situaciones y resolver los problemas que la propia vida impone. Implica el aplicar el buen juicio al conducir la propia vida, desarrollar la comprensión por medio de la experiencia y la capacidad de aplicarla en los asuntos importantes. Es una de las características deseables que aumentan a la edad y empieza a desarrollarse a los 55 años aproximadamente. No todas las personas se vuelven más sabias con la edad y el que ello suceda depende de las experiencias específicas en la vida, en la motivación y en los recursos personales

.¹³

Los programas sociales y de salud para Adultos Mayores empiezan a darse en nuestro país, pero por ejemplo, lo que se ofrece a éstos en las grandes concentraciones urbanas en cuanto a salud y otras facilidades, se contrapone con el ambiente contaminado, la sobrepoblación y la escases de vivienda. En cambio, en áreas tranquilas donde la naturaleza es un beneficio gratuito, no pueden acceder fácilmente a servicios de salud y otros por ausencia de dichos servicios

especializados para ellos o lejanía de ellos, o problemas de transportación, o porque son de baja calidad.

La principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y hacer uso de su experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdidas. Las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación o retiro del trabajo y a su propia muerte.¹⁴

A medida que tratan estos temas, sus motivaciones pueden variar, de esta forma se presentan diversas teorías:

- Último Estadio de Erikson: "Integridad versus desesperación" Constituye la culminación de la resolución triunfante de las siete crisis previas en el desarrollo a lo largo de la vida, por lo que pudo haber sido o por lo que debería haberse hecho en forma distinta. Implica la aceptación de los propios progenitores como personas que hicieron lo mejor que pudieron, haciéndose merecedoras de nuestro amor, aun cuando no fueron perfectas. También consiste en la cercanía de la propia muerte como fin inevitable de la existencia de la vida. Quien ha fallado en tratar de resolver la crisis "teme desesperadamente a la muerte expresado en el sentimiento de que el tiempo es ahora corto para volver a comenzar otra vida y buscar caminos alternativos hacia la integridad".^{12, 15}
- Teoría de la Actividad: cuanto más activa permanezca una persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá y los papeles que constituyen principalmente su satisfacción son: trabajo, cónyuge, padre, madre, y la máxima pérdida es debido a la vejez y la enfermedad. Según Lemon, Bengtson y Peterson existen 3 tipos de actividad: interacción social con familiares, amistades y vecinos; formal: participación en organizaciones voluntarias; solitaria: leer, ver televisión y mantener algunos pasatiempos.
- Teoría de la Desvinculación: El envejecimiento se caracteriza por una mutua separación, por parte de la persona mayor, la cual voluntariamente disminuye sus actividades y compromisos, lo cual ayudaría a las personas mayores a

mantener su equilibrio, siendo benéfico tanto para la persona como para la sociedad.¹⁴

Aspectos Psicosociales: Recordemos en forma esquemática, los principales aspectos de la sociedad actual: Es altamente competitiva, efectista o utilitaria, masificada, de relativismo en cuanto a valores, acelerada, en donde predomina la familia nuclear, que ha prolongado la edad cronológica y en la que aún existen signos de sensibilidad y solidaridad. Vistos estos rasgos podemos referirnos a algunos aspectos psicológicos del adulto mayor Pérdida de la autoestima: Muchos adultos llegan a la edad de la jubilación y aún se sienten en plenitud para la realización de sus trabajos. Frecuentemente nos encontramos con personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas y planes de trabajo. Muchos hombres y mujeres científicos, literatos, escritores, investigadores, políticos, hombres de campo, mujeres de casa, etc. Aunque ven disminuidas sus potencialidades físicas al llegar a los 65-70 años sienten, sin embargo, que su mente está lúcida y sus ganas de hacer buenas cosas permanecen inalteradas. A pesar de que ellos se ven bien, la sociedad les dice por medio de la jubilación y otras señales, que ya deben dejar el puesto a gente más joven y nueva, y que deben retirarse. En una palabra, es decir, que ya no le necesitan, que prescindan de él o ella.¹⁶

Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, útil y capaz, reconocido, digno, perteneciente a algo y a alguien, todos ellos sentimientos en los que se basa la autoestima. Por lo tanto no puede haber autoestima en el individuo si éste percibe que los demás prescindan de él. Maslow ya lo decía así en su famosa pirámide de necesidades, donde describe la autorrealización y que consiste en el desarrollo integral de las posibilidades personales. Autoestima consiste en las actitudes del individuo que éste mantiene hacia sí mismo. Cuando éstas son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima. Al nombrar la palabra actitudes ya hemos incluido el mundo de los afectos y sentimientos y no de los conocimientos, pues los componentes de la actitud encierran gran variedad de elementos psíquicos. Un buen nivel de

autoestima es garantía de que la persona podrá hacer frente con dignidad a importantes contrariedades de la vida y no decaerá su ánimo fácilmente.¹⁷

La persona mayor que se siente bien, saludable y con fuerzas y se le dice que ya se puede prescindir de ella, es muy probable que influyamos en el deterioro de su autoestima y sienta que se piensa que ya no puede aportar nada a pesar de ella sentirse bien y capaz. Después de todo, la autoestima, insertada en el sistema actitudinal de la personalidad es un todo muy complejo. Todo el valor afectivo-emotivo que ella encierra no se limita a sólo afectos anímicos sino que proyecta sus múltiples consecuencias también hacia lo físico como hacia lo somático. Los nuevos estudios indican que las emociones positivas y negativas influyen en la salud más de lo que se suponía hace algunos años y que si no tenemos un desarrollo óptimo afectivo no se desarrolla la inteligencia (Existe una relación directa entre el afecto y el desarrollo cerebral, intelectual). El ser humano actúa y toma decisiones no tan sólo por su intelecto sino por la calidad e intensidad de los sentimientos que le embargan en ese momento (pérdida del trabajo, de los compañeros de éste más jóvenes pero que ya no lo frecuentan, pérdida de amigos y seres queridos que van muriendo, pérdida de estatus, etc.)

Los Parámetros y valores culturales actuales favorecen poco la autoestima del Adulto Mayor. La ideología físico-biologista siempre imagina la vida en términos de comienzo, plenitud y decadencia. Esta ideología debe ser superada: la afectividad y la razón no decaen al ritmo de la decadencia biológica sino que crecen y se fortalecen en el adulto mayor saludable hasta el último día de su vida. Por eso la organización Mundial de la Salud define al “adulto mayor sano” como aquel individuo cuyo estado de salud se considera, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de capacidades funcionales.

Por otro lado es importante recordar que las células cerebrales se envejecen más lentamente que las otras del organismo si se les mantiene activas por lo que es bueno aprender “una gimnasia intelectual”.¹⁸

- Pérdida del significado o sentido de la vida:

Eric Erikson nos enseña que la personalidad y el desarrollo se halla siempre en proyecto y que nunca termina de crecer, considera a la última etapa de la vida como la de integración versus la desesperación.

La integridad vista como la disposición a defender la dignidad del propio estilo de vida contra la amenaza física y económica. Alcanzar la integridad

consiste en haber logrado un especial estado del espíritu que Sherman dice que es la aceptación de la realidad de uno mismo y de la propia vida, resultante del abandono de ilusiones. Sin embargo quienes siguen acariciándolos sin ser realistas desarrollan los sentimientos de fracaso, frustración y decepción de uno mismo que resultan inevitablemente en un sentimiento de desesperación.

Dice Frankl que el vacío existencial es la neurosis masiva de nuestro tiempo, ella se produce en el propio ser. La propia existencia carece de significación. Esto puede desencadenar una serie de síntomas

depresivos. Esto le sucede con más facilidad al adulto mayor. Uno podría preguntarse.¿qué es primero, la depresión o la pérdida del sentido de la vida? Esto no se aprecia en adultos mayores mentalmente activos. Ellos son también capaces de enfrentarse a la muerte con más serenidad que aquellos quienes perciben que su vida carece de sentido.

- Pérdida de la facilidad de adaptación:

Al llegar a una mayor edad la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés. En realidad esto ha pasado siempre y en cada una de las etapas evolutivas del individuo.

A esta edad el problema se agudiza pues viene sazonado de otros tintes de marginación social. Por eso el anciano se encuentra sin las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación: son las motivaciones o refuerzos sociales. Al carecer de dichas herramientas le es difícil adquirir hábitos nuevos, y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias. Así puede parecer como persona algo

rígida, chapada a la antigua, aferrada a su sola experiencia tan importante para él o ella, pero que siente que la sociedad no se la valora en la forma en la que la persona quisiera o considera que sería lo justo. La agresividad, la fácil irritabilidad (verbal o gesticular) que muestran algunas personas mayores, podría estar relacionada con este sentimiento de la difícil adaptación, sentimiento que se ve agravado por la pérdida de autonomía económica sufrida por muchos ancianos.

- La aflicción o tristeza por una pérdida:

Esta clase de dolor es una respuesta normal y saludable a diferentes tipos de pérdidas. Una puede ser la de la pareja de tantos años, o de la salud, o del trabajo. Para calmarla, la persona tiene que aceptar los términos finales de esta pérdida. Para ello se pasa por diferentes estadios: Shock o confusión por sorpresa desagradable o confusión, negación, enojo o molestia por el abandono, amargura, fingimiento de haber vuelto a la normalidad, enfrentamiento a la realidad depresión, sin esperanza, culpa, hasta que va pasando. Es aconsejable hablar de esto con otras personas, seguir con sus actividades acostumbradas dentro de lo posible, dormir bien, evitar el alcohol, tabaco o drogas, no tomar decisiones importantes de inmediato y pedir ayuda psicológica si se necesita.

- Insomnio:

Es muy común en las personas mayores de 65 años pues los patrones de sueño cambian al envejecer. Las causas pueden ser físicas, ambientales o de comportamiento (ruido, comer tarde en la noche, dormir durante el día, etc.), injerencia de cafeína, alcohol, nicotina, algunos antidepresivos, medicinas estimulantes, horario de las medicinas, mentales como ansiedad o depresión; estrés como problemas familiares, financieros, de salud. El insomnio puede ser tratado eficazmente.

- Estrés:

Es causado por el instinto del cuerpo de defenderse a sí mismo. Es bueno en emergencias pero puede causar síntomas físicos si perdura por mucho tiempo. Se puede presentar en la edad avanzada ante la inminencia de la jubilación,

problemas familiares, problemas financieros. Se puede aprender el manejo adecuado del estrés.

- Pérdida de la Memoria:

La edad va asociada a la pérdida normal de la memoria. (Perder un objeto, no recordar nombres, fechas, o las cosas por las que había ido a la tienda, una cita, etc.). Otra muestra puede ser la charla repetitiva sobre un solo tema, una y otra y otra vez. La pérdida de memoria asociada a un deterioro leve de las funciones mentales es más delicada pues corren un alto riesgo a la enfermedad de Alzheimer. También se puede dar una pérdida anormal de la memoria. Se caracteriza por problemas como la desorientación, incapacidad de recordar hechos muy recientes, y confusión. Puede ser el desarrollo de una demencia. Es necesario un buen diagnóstico diferencial pues también algunos medicamentos u otros trastornos pueden ocasionar estos síntomas. Un diagnóstico oportuno permite un tratamiento temprano.

- Transformaciones en la sexualidad:

La sexualidad nace y muere con el ser humano. De acuerdo a cada edad se transforma como se transforma la mente y el organismo. La sexualidad incluye todas las formas de expresión, desde la aproximación, el tacto, la intimidad emocional, la masturbación o estimulación erótica manual u oral y no solamente el coito. En ella influye la educación desde la infancia hasta la muerte, las actitudes de la sociedad y el conocimiento y experiencia adquiridos. La intimidad con la pareja adecuada permite que la exploración, la creatividad y el desempeño vayan de la mano hacia un ejercicio de la sexualidad óptimo.¹⁹

Desde el punto de vista biológico, en la mayoría de los hombres (no en todos) disminuye la producción de espermatozoides, el tamaño testicular, el fluido seminal y la fuerza de las contracciones. La respuesta de excitación es más lenta, a veces la erección menos firme, la duración del orgasmo es disminuida y el aumento del tiempo de volver a la estimulación. Cuando la pareja enriquece, sustituye o complementa la actividad sexual con actividades más allá del coito

como las caricias eróticas, la masturbación, el sexo oral, etc., se sobrellevan más fácilmente estas dificultades. En la mayoría de las mujeres (no en todas) se produce una respuesta más lenta a la estimulación, una reducción de la lubricación que puede ocasionar un coito doloroso, menor intensidad en el orgasmo pero persiste la capacidad multiorgásmica. En quienes ya la tenían. Cuando la pareja enriquece con la experiencia, sustituye o complementa la actividad sexual con actividades más allá del coito, se sobrellevan fácilmente estas dificultades. Las disfunciones masculinas más comunes son el orgasmo prematuro o retardado y la disfunción eréctil que actualmente se está beneficiando de técnicas y medicamentos que facilitan la erección si existe la excitación. En las mujeres la dispareunia y la anorgasmia así como la disminución de su libido si no han tenido terapia de remplazo hormonal y si no utilizan jalea lubricante o vaselina, o medicamentos recomendados por los especialistas.

Sin embargo la actitud hacia la propia sexualidad se ve influenciada por lo que aprendieron de jóvenes acerca de la sexualidad del adulto mayor y cómo la sociedad ve en ese momento la sexualidad en personas de la 3ª y 4ª edades.²⁰

2.5 HIPÓTESIS.

Los cambios conductuales, mejor estado de ánimo, colaboración con los familiares, son los efectos positivos que produce el programa del adulto mayor en el área biopsicosocial en ancianos que acuden al centro de salud # 2.

SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.

2.5.1.1 Unidades de observación:

Pacientes que participan en el programa del adulto mayor en el Centro de Salud #2

2.5.1.2 Variable independiente:

Efectos del programa del adulto mayor.

2.5.1.3 Variable dependiente:

El área biopsicosocial en ancianos que acuden al centro de salud # 2

2.5.1.4 Termino de relación:

Efecto.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Enfoque

Esta investigación está guiada predominantemente por el paradigma cualitativo porque busca la comprensión de los efectos del programa del adulto mayor en el área biopsicosocial y cómo éstos influyen positivamente en la vida diaria de los ancianos que participan de dicho programa.

3.2 Modalidad Básica de la Investigación.

Investigación de Campo: esta investigación es de campo porque se va a estudiar, en el lugar donde se implementa el programa del adulto mayor.

3.3 Niveles o Tipo de Investigación

Descriptivo: apoyados en el análisis estadístico con el propósito de determinar cuáles son los beneficios que los adultos mayores obtienen al ser parte de un programa implementado para ellos.

Prospectivo.- Se registra información según van ocurriendo los hechos. Los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación (primarios). Por lo que, se controla el sesgo de medición.

Asociación de Variables: va a permitir hacer una medición más clara entre los sujetos a estudiar y saber si los programas implementados por el MSP influyen positivamente en la vida de los ancianos.

3.4 Población y Muestra

La población en estudio de esta investigación abarca todos los pacientes que participan en el programa del adulto mayor en el área # 2 desde el mes de enero a junio del 2011.

3.5 Criterios de inclusión y exclusión.

3.5.1 Criterios de inclusión

Para la presente investigación, se incluirán a todos los pacientes que participan y acuden al centro de salud # 2.

3.5.2 Criterios de exclusión.

Se excluye a todos aquellos pacientes que no iniciaron desde el mes de enero.

Aquellas personas que no firmen el consentimiento informado.

O aquellas personas que traten de obtener beneficios por los datos brindados.

3.6 Aspectos éticos

En el presente estudio se tomaran datos específicos de los pacientes para lo cual cada uno tendrá absoluta privacidad y anonimato utilizando como medio de identificación, un código que será dado por la fecha y hora de atención de cada individuo, al servicio de consulta externa del centro de salud # 2, con el fin de

resguardar y proteger su identidad e intimidad al no permitir por ningún motivo el libre acceso a dicha investigación por personas ajenas a la realización de este proyecto.

3.7 Operacionalización de Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE: Programa del adulto mayor

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Programa de atención del adulto mayor se encarga mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento para la atención integral a los adultos mayores, sean adecuados en los ámbitos de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, interrelacionando y complementando actividades sectoriales, entre los diversos sistemas médicos.</p>	<p>Promoción</p> <p>Prevención</p> <p>Recuperación</p> <p>Rehabilitación</p>	<p>Adultos mayores que acuden.</p> <p>Enfermedades que pueden presentar</p> <p>Tratamiento de enfermedades</p> <p>Terapia física</p>	<p>Edad</p> <p>Genero</p> <p>Ocupación</p> <p>APP</p> <p>Tiempo de APP</p> <p>Tratamiento que recibe</p> <p>Problemas mentales</p> <p>Actividades que realizan</p>	<p>Encuesta</p> <p>Entrevista</p>

VARIABLE DEPENDIENTE: Efectos sobre el aspecto bio – psico - social de los ancianos.

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>El aspecto bio psicosocial de los pacientes adultos mayores se refiere al espectro biológico o problemas o enfermedades que presente, al aspecto psicológico a trastorno que puede presentar y el espectro social se refiere a problemas de índole social que puede presentar el adulto mayor v</p>	<p>Biológico</p> <p>Psicológico</p> <p>Social</p>	<p>Enfermedades que presenta el paciente</p> <p>Problemas mentales que presenta el paciente</p> <p>Se refiere a la parte social o comunicación o interrelación de los adultos mayores</p>	<p>HTA</p> <p>DMT2</p> <p>Artrosis</p> <p>Sintomatología depresiva</p> <p>Ansiedad</p> <p>Comportamiento con los demás compañeros</p>	<p>Encuesta y entrevista</p>

3.8 Plan de recolección de información

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Para que?	Identificar los efectos del programa del adulto mayor en el área biopsicosocial.
2. ¿De qué personas?	Pacientes que participan en el programa del adulto mayor.
3. ¿Sobre qué aspectos?	Los efectos positivos en la conducta psicológica y social del anciano.
4 ¿Quien?	El investigador Juan Sebastián Salazar.
5 ¿Cuándo?	En enero – junio del 2011
6 ¿Dónde?	En Centro de Salud # 2
7 ¿Cuántas veces?	Encuestas aplicadas 1 sola vez
8 ¿con que técnica?	Encuesta dirigida al paciente Consulta de historias clínicas
9 ¿con que?	Cuaderno de apuntes.

3.9 Procesamiento y análisis

Los datos recogidos, sobre si, “Los efectos del programa del adulto mayor enEl área biopsicosocial”, que asisten al Servicio de consulta externa del Centro de salud # 2 se transforman siguiendo ciertos procedimientos:

Sobre la base de los objetivos propuestos y tipo de variables, se detallara y presentara como cuantitativa, pues servirán como datos estadísticos, identificando en porcentajes a cada uno de estos, relacionando cual es mayor o menor. Registrando solo los datos positivos que presente cada paciente para que ayudándonos a representar cada uno de estos datos mediante gráficos en pastel, con su respectivo análisis al pie del mismo.

CAPÍTULO IV

4.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

A continuación se desarrolla el análisis de los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a todos los 36 integrantes del programa de atención del adulto mayor que se realiza en el área de Salud N.- 2 de la Provincia de Tungurahua en primer lugar se analizaran los datos socio demográficos como son la edad de los pacientes , la etnia, el género, y la ocupación de los mismos, posteriormente se analizara los datos relacionados con los antecedentes patológicos clínicos de los encuestados y finalmente se analizara el aspecto bio – psico – social, entonces a continuación se detallan los resultados del aspecto socio demográfico de los pacientes encuestados.

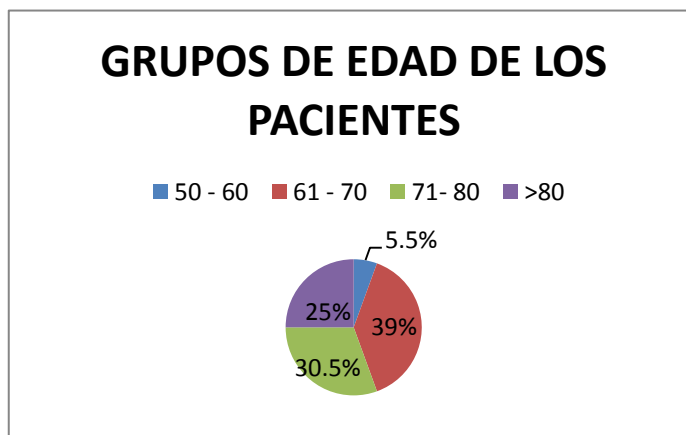
Tabla 1. Edad de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
50 - 60	2	5.5
61 - 70	14	39.0
71- 80	11	30.5
>80	9	25
Total	36	100,0%

Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Grafico 1. Edad de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud # 2.



Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

En la tabla y grafico anterior se evidencia que el mayor porcentaje de pacientes que son beneficiados por este programa son los que se encuentran entre la edad de 61 a 70 años de edad, posteriormente los pacientes de 71 a 80 años de edad, esto implica que el mayor porcentaje de pacientes se encuentra entre la edad de 61 a 80 años de edad.

Tabla 2. Genero de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.

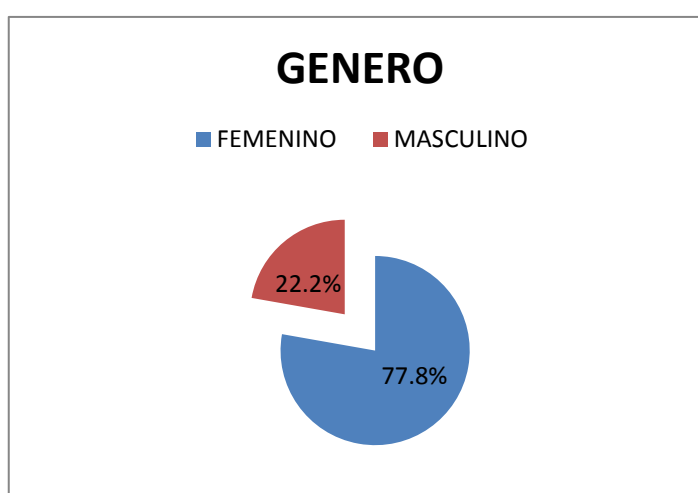
GENERO	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	28	77,8%
MASCULINO	8	22,2%

Total	36	100,0%
--------------	----	--------

Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Grafico 2. Genero de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.



Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

El género femenino corresponde al 78% de todos los integrantes del programa esto implica que en relación a la tabla 1 las mujeres son las que más se benefician o tienen la oportunidad de integrarse al programa de atención del adulto mayor, probablemente se deba a que hay más mujeres en edades avanzadas que hombres o que las mujeres se interesen y participen de estos programas más que los hombres.

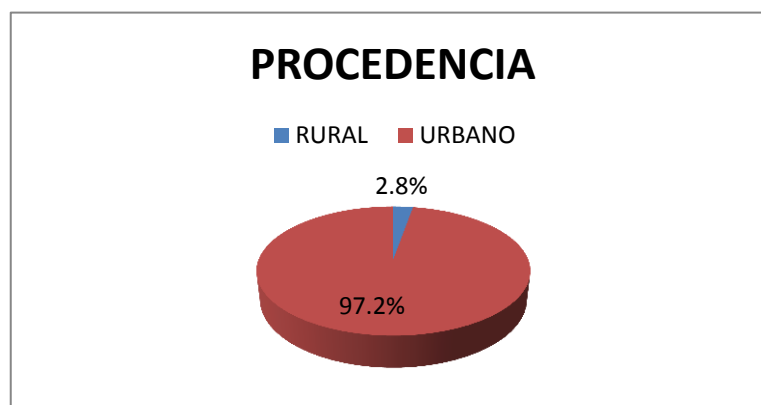
Tabla 3. Procedencia de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
RURAL	1	2,8%
URBANO	35	97,2%
Total	36	100,0%

Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Grafico 3. Procedencia de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.



Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

El 97% de los pacientes beneficiados de este programa corresponden a la procedencia urbana, llama la atención ya que este tipo de programas también se deben realizar a nivel rural y no solo en las aéreas urbanas.

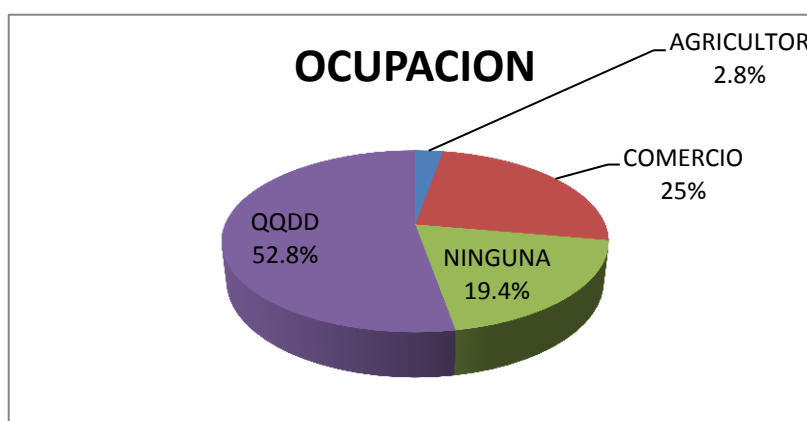
Tabla 4. Ocupación de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje
AGRICULTOR	1	2,8%
COMERCIO	9	25,0%
NINGUNA	7	19,4%
QQDD	19	52,8%
Total	36	100,0%

Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Grafico 4. Ocupación de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.



Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Debido a que la mayoría de pacientes o adultos mayores son mujeres, la mayoría se dedica a los quehaceres domésticos (53%), seguido de la ocupación comercio

con el 25%, llama la atención que el 19% de los pacientes adultos mayores no se dedican a ninguna actividad.

Tabla 5. Antecedentes patológicos personales de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.

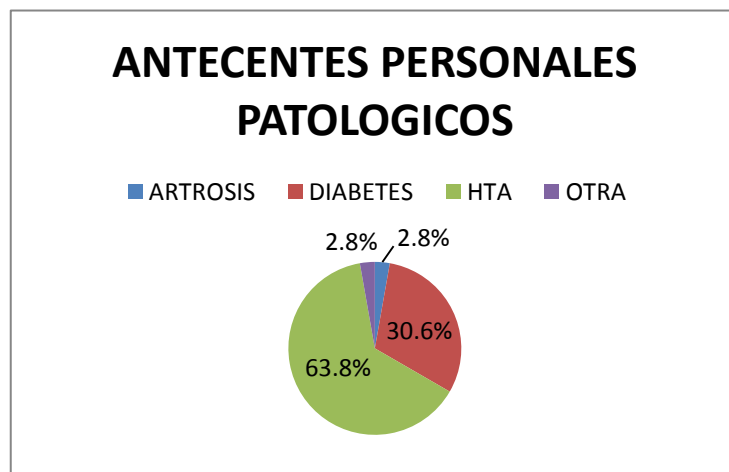
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

APP	Frecuencia	Porcentaje
ARTROSIS	1	2,8%
DIABETES	11	30,6%
HTA	23	63,8%
OTRA	1	2,8%
Total	36	100,0%

Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Grafico 5. Antecedentes patológicos personales de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.



Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

El 64 % de los pacientes que forman parte del programa de atención del adulto mayor tienen como antecedente patológico personal la hipertensión arterial, mientras es 30% de los pacientes presentan diabetes mellitus, esto indica que la principal causa de morbilidad es la hipertensión arterial sistémica, y en segundo lugar la diabetes mellitus aunque estadísticas internacionales demuestren lo contrario es decir que la diabetes tiene más prevalencia que la hipertensión arterial.

ASPECTO PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES

Dentro de los aspectos psicológicos de los pacientes los más importantes son los relacionados con los problemas comunes que pueden afectar la esfera psicológica de cada uno de los pacientes, a continuación detallamos la sintomatología investigada para determinar ansiedad o depresión en los adultos mayores.

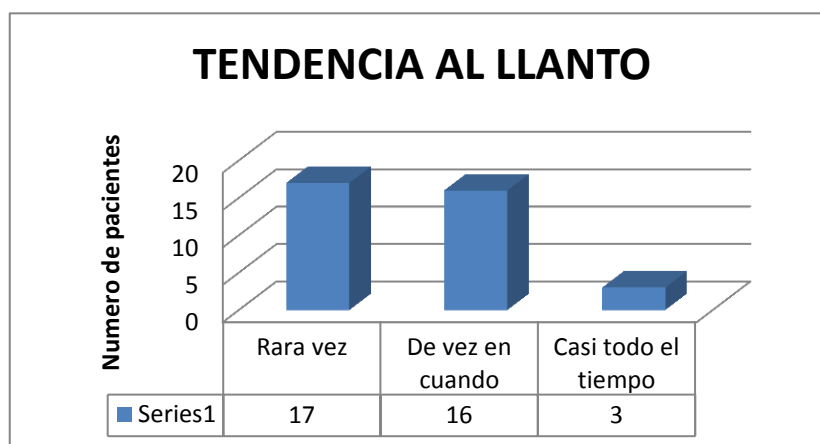
Tabla 6. Sintomatología depresiva (tendencia al llanto) de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.

TENDENCIA AL LLANTO	Frecuencia	Porcentaje
Rara vez	17	47,2%
De vez en cuando	16	44,5%
Casi todo el tiempo	3	8,3%
Total	36	100,0%

Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Grafico 6. Sintomatología depresiva (tendencia al llanto) de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.



Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

En la tabla y grafico anterior se define un síntoma depresivo (tendencia al llanto), a lo cual los pacientes la mayoría responde que rara vez presenta este síntoma, seguido de los pacientes que de vez en cuando lo presentan.

Tabla 7. Sintomatología depresiva (falta de ánimo) de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.

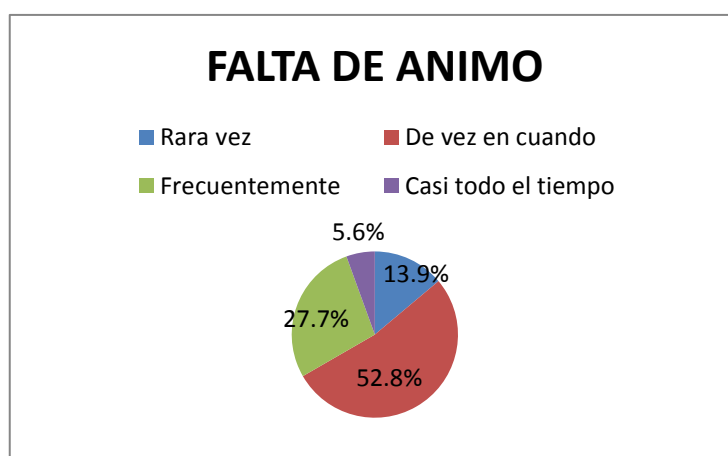
FALTA DE ANIMO	Frecuencia	Porcentaje
Rara vez	5	13,9%
De vez en cuando	19	52,8%
Frecuentemente	10	27.7%
Casi todo el tiempo	2	5,6%

Total	36	100,0%
--------------	----	--------

Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Grafico 7. Sintomatología depresiva (falta de ánimo) de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.



Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

En la tabla y gráfico anterior se observa que el 53% de los pacientes presentan de vez en cuando el síntoma falta de ánimo, y frecuentemente respondieron el 28% de los encuestados, con ello nos indica que este síntoma falta de ánimo se presenta con más frecuencia en la población adulta mayor.

Tabla 8. Sintomatología depresiva (insomnio) de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.

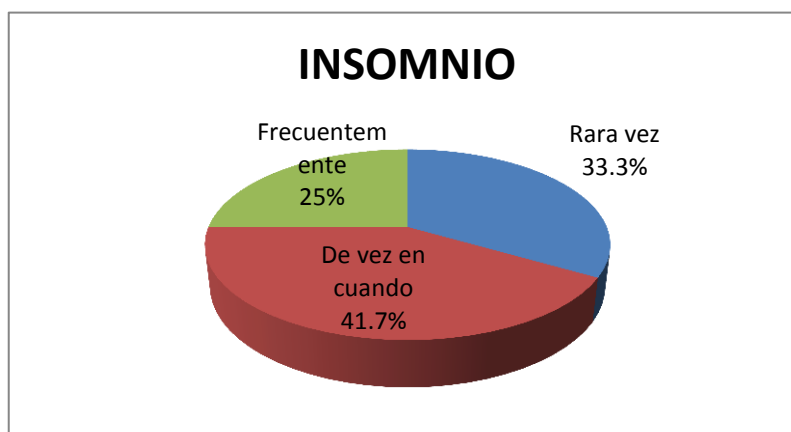
INSOMNIO	Frecuencia	Porcentaje
-----------------	-------------------	-------------------

Rara vez	12	33,3%
De vez en cuando	15	41,7%
Frecuentemente	9	25,0%
Total	36	100,0%

Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Grafico 8. Sintomatología depresiva (insomnio) de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud N.- 2.



Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Ahora bien el insomnio el cual es otro síntoma de depresión se presenta de vez en cuando en el 42% de la población, mientras frecuentemente en el 25% de la población adulta y rara vez en el 33%, esto implica que cerca de 9 personas de las 36 encuestadas pueden tener depresión leve a moderada.

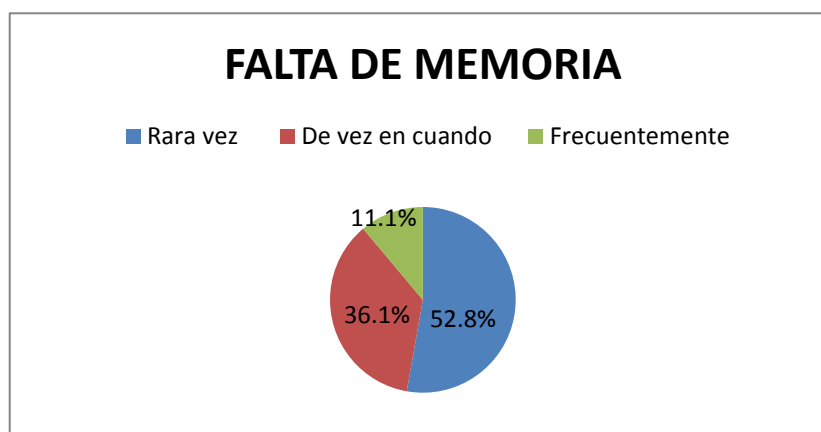
Tabla 9. Sintomatología depresiva (falta de memoria) de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.

FALTA DE MEMORIA	Frecuencia	Porcentaje
Rara vez	19	52,8%
De vez en cuando	13	36,1%
Frecuentemente	4	11,1%
Total	36	100,0%

Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Grafico 9. Sintomatología depresiva (falta de memoria) de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.



Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

La falta de memoria que también ocurre con el pasar de los años, es decir en la edad adulta también es considerada como un síntoma depresivo, tal vez por esa razón este síntoma lo encontramos en el 53% de la población investigada.

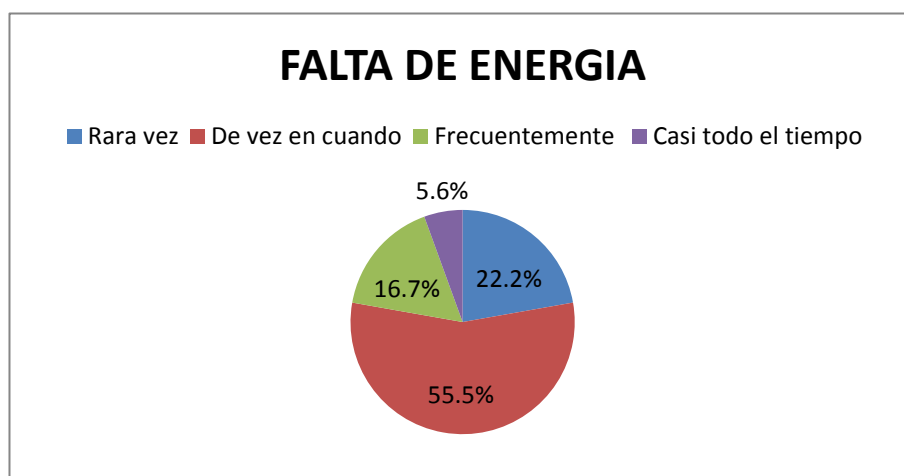
Tabla 10. Sintomatología depresiva (falta de energía) de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.

FALTA DE ENERGIA	Frecuencia	Porcentaje
Rara vez	8	22,2%
De vez en cuando	20	55,5%
Frecuentemente	6	16,7%
Casi todo el tiempo	2	5,6%
Total	36	100,0%

Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Grafico 10. Sintomatología depresiva (falta de energía) de los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.



Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Al hablar de falta de energía la relacionamos a la fuerza al interés que se da a ciertas actividades, que también disminuye con la edad fisiológicamente, pero Zung determina en su test como un síntoma depresivo y como en el anterior encontramos un valor elevado el 56% de la población encuestada refiere este síntoma depresivo.

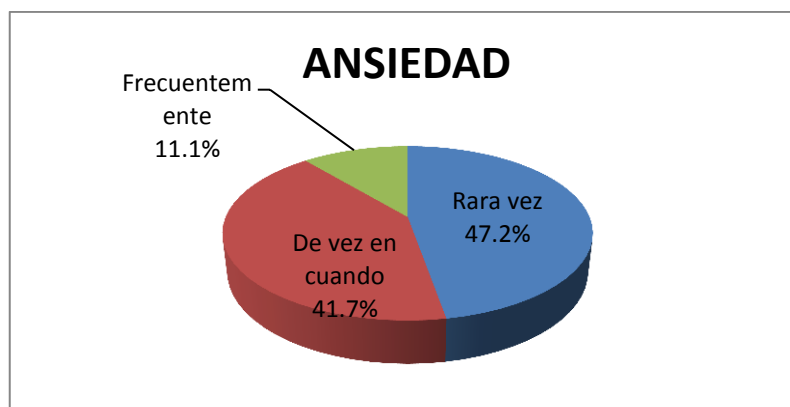
Tabla 11. Ansiedad en los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.

ANSIEDAD	Frecuencia	Porcentaje
Rara vez	17	47,2%
De vez en cuando	15	41,7%
Frecuentemente	4	11,1%
Total	36	100,0%

Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Grafico 11. Ansiedad en los pacientes del programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.



Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

También se hizo hincapié en la investigación de síntomas relacionados con la ansiedad directamente y se determinó que el 11% de los adultos mayores beneficiarios de programa de atención la presentan frecuentemente, de vez en cuando el 42% y rara vez la presenta el 47%.

ASPECTO SOCIAL DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS

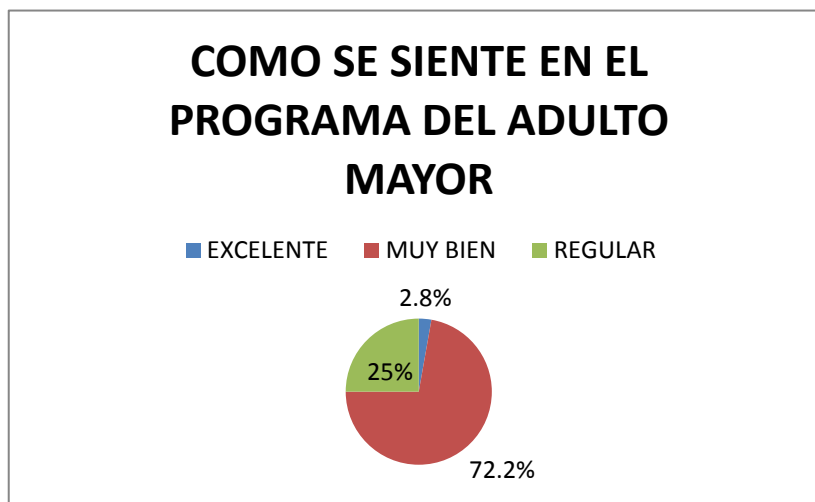
Tabla 12. Como se siente en el programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.

COMO SE SIENTE EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR	Frecuencia	Porcentaje
EXCELENTE	1	2,8%
MUY BIEN	26	72,2%
REGULAR	9	25,0%
Total	36	100,0%

Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Grafico 12. Como se siente en el programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.



Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Se pregunto acerca de cómo se siente el paciente en el programa del adulto mayor y el 72.2% de la población respondió que se siente bien, el 25% se siente regular y el 2.8% excelente, esto implica que más del 70% son beneficiados del programa de atención del adulto mayor y se sienten bien asistiendo al programa.

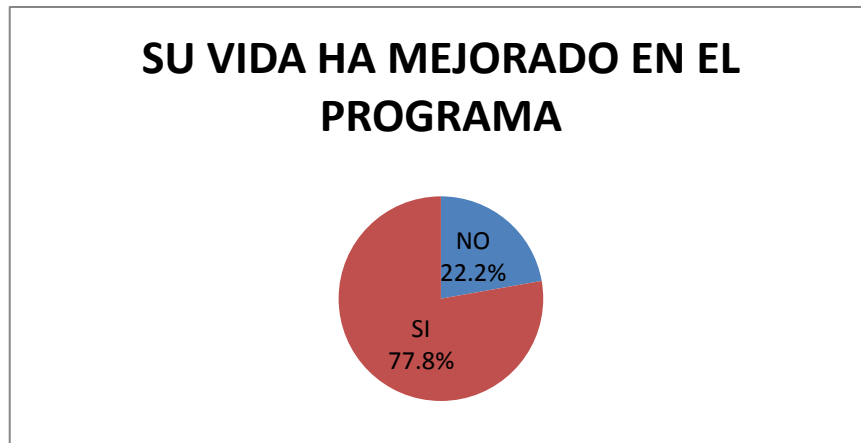
Tabla 13. Su vida ha mejorado en el programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.

SU VIDA HA MEJORADO EN EL PROGRAMA	Frecuencia	Porcentaje
NO	8	22,2%
SI	28	77,8%
Total	36	100,0%

Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Grafico 13. Su vida ha mejorado en el programa de atención del adulto mayor Centro de Salud N.- 2.



Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Se preguntó además sobre si ha mejorado su vida al asistir al programa de atención del adulto mayor y el 77.8% responde que si se siente bien en dicho programa, mientras el 22.2% percibe que no ha mejorado su vida al asistir al programa, ahora bien, esta pregunta va de la mano con la pregunta anterior y corroboramos ese valor.

Tabla 14. Ha mejorado su relación social en el programa de atención del adulto mayor Centro de Salud #2.

HA MEJORADO SU RELACION SOCIAL EN EL PROGRAMA	Frecuencia	Porcentaje
SI	36	100,0%

Total	36	100,0%
--------------	----	--------

Fuente: Encuesta aspecto bio – psico – social, integrantes del programa de atención del adulto mayor 2012.

Elaborado por el autor

Sobre el aspecto social y las relaciones humanas y sociales se pregunto abiertamente a los encuestados si la asistencia al programa del adulto mayor ha mejorado sus relaciones sociales a lo cual el 100%de los participantes respondieron que si ha mejorado su vida social al estar en el programa.

Como hemos indicado en cada una de las preguntas, sobre el aspecto bio-psico-social, se ha encontrado que la mayoría de los pacientes son de procedencia urbana, son más mujeres que hombres y la mayoría tiene como antecedente patológico personal la hipertensión arterial, sobre la parte psicológica se evidencio que cerca del 15% presenta depresión leve según la escala de depresión aplicada en la encuesta, y alrededor del 10% de los encuestados presentaban ansiedad, se ha observado que el programa del adulto mayor ha ayudado en la parte social y de salud de los pacientes. Ya que en ese aspecto se observa que se encuentran satisfechos de participar de dicho programa.

Ahora bien a continuación se detallaran las entrevistas realizadas a los responsables de brindar atención a los adultos mayores.

ENCUESTA REALIZADA A LA COORDINADORA DEL PROGRAMA DE ATENCION DEL ADULTO MAYOR.

Pregunta 1. ¿Cuál es la misión del programa?

Mejorar la calidad de vida

Pregunta 2. ¿Cuál es la visión del programa?

Trabajar en terapias para cumplir la misión y mejorar el estilo de vida

Pregunta 3. ¿Qué problemas de salud del adulto mayor cubre este programa?

Cubre todos los síndromes geriátricos pero se le da más importancia a la HTA y la Diabetes Mellitus tipo II.

Pregunta 4. ¿Qué beneficios ofrece este programa?

- a) Control medico
- b) Disipación para miembros del programa

Pregunta 5. ¿La vida de los adultos mayores ha mejorado con el programa?

Responde que si ha mejorado. Debido a que trata de mejorar el estilo de vida de los participantes sobre todo la alimentación y el hecho de dejar el sedentarismo.

Pregunta 6. ¿Cuáles son las actividades que realizan los adultos mayores?

Educación para la salud

Apoyo psicológico

Terapia física

Pregunta 7. ¿Cuál es la función que realiza usted en el programa?

Coordinadora del programa del adulto mayor Centro de Salud #2. Simón Bolívar

Pregunta 8. ¿Cómo se siente al realizar este tipo de trabajo?

El hecho de apoyar este grupo social, y el apoyo a la sociedad y la familia.

Pregunta 9. ¿Qué siente al poder ayudar al adulto mayor?

Satisfacción, aunque falta cosas por hacer como el apoyo externo a los programas sociales y la expectativa de a veces no cumplirlos.

ENCUESTA REALIZADA AL MEDICO DEL PROGRAMA DE ATENCION DEL ADULTO MAYOR.

Pregunta 1. ¿Cuál es la misión del programa?

Mantener vigente el deseo de vivir con dignidad y bienestar bio psico social.

Pregunta 2. ¿Cuál es la visión del programa?

Aspiramos mejorar la calidad de vida mediante la atención integral en salud y de cuidados paliativos.

Pregunta 3. ¿Qué problemas de salud del adulto mayor cubre este programa?

Está enfocado en tratar enfermedades degenerativas tales como la HTA, la Diabetes mellitus, ACV y las discapacidades.

Pregunta 4. ¿Qué beneficios ofrece este programa?

Brindar atención en salud en forma permanente, privilegiando a este grupo de población, manteniendo presente el deseo de vivir.

Pregunta 5. ¿La vida de los adultos mayores ha mejorado con el programa?

Si debido a que no hay mejor medida diagnostica como la atención prioritaria a través del programa y promoción de medicamentos gratuitos.

Pregunta 6. ¿Cuáles son las actividades que realizan los adultos mayores?

Terapias grupales, gimnasia, terapia física, atención en salud.

Pregunta 7. ¿Cómo se siente al realizar este tipo de trabajo?

Una gran satisfacción personal y profesional, puesto que era una población marginada de la familia y la sociedad.

Pregunta 8. ¿Qué siente al poder ayudar al adulto mayor?

Realización plena por extender una mano de ayuda a personas vulnerables, además del reconocimiento de la labor cumplido.

Una vez citadas las dos entrevistas realizadas tanto al responsable de la coordinación del programa de atención del adulto mayor como al médico que da atención a este grupo etario, observamos que la visión y la misión del programa son consecuentes, ya que comparamos con la pregunta referida a si ha mejorado su vida social desde que participa en el programa y mayor parte respondieron que sí.

4.2 Validación de la hipótesis

Una vez finalizado la descripción de los datos de las encuestas y las entrevistas realizadas a la población investigada en base a la hipótesis propuesta que fue: Los cambios conductuales, mejor estado de ánimo, colaboración con los familiares, son los efectos positivos que produce el programa del adulto mayor en el área biopsicosocial en ancianos que acuden al centro de salud # 2., se identificó que el 12 % de los pacientes presento depresión leve, considerado al valor presentado en población de igual edad con patologías parecidas que no pertenezca al grupo es menor, es decir el programa de atención del adulto mayor influye en el estado de ánimo, en el nivel social, por lo tanto la hipótesis es validada ya que los adultos mayores integrantes del grupo han mejorado el aspecto bio – psico – social asistiendo a dicho programa.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

De acuerdo al objetivo general planteado el cual fue determinar los efectos del programa del adulto mayor en el área biopsicosocial en ancianos que acuden al centro de salud # 2, observamos que los efectos son beneficiosos para los pacientes de este grupo humano ya que en la sociedad no hace mucho el adulto mayor no era considerado e incluido, cuando él había dado su esfuerzo para con su familia y la comunidad, era necesario realizar este tipo de programas e incluirlos a participar para que se sientan activos productivos, y se ha evidenciado que en la mayoría de los pacientes que participan de este programa son beneficiados en el aspecto biológico, psicológico y social, han mejorado su calidad de vida, el riesgo de enfermedades psicológicas como la depresión o ansiedad se ve pero en menor medida que en los pacientes que sufren enfermedades y no participan de actividades o comparten sus vivencias como se ve lo hacen los pacientes del programa de atención del adulto mayor.

Dentro de los programas de atención del adulto mayor se encuentran principalmente la atención de las enfermedades crónicas como la HTA y la Diabetes mellitus, además de la fomentación de actividades recreativas, fisioterapia, ejercicios dietas, todas estas actividades con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Dentro de las enfermedades más frecuentes de los adultos mayores encontramos la HTA, seguido de la Diabetes mellitus tipo 2, problemas articulares, osteoartritis, problemas neurológicos, dolores neuromusculares, estas patologías son las que afectan de mayor manera la calidad de vida de los pacientes, pero así mismo con un buen control y seguimiento se puede disminuir las complicaciones graves que puede aparecer en este tipo de pacientes.

El programa del adulto mayor ha influido de buena manera en los ancianos, los cuales al realizar actividades recreativas, ser atendidos y controlados frecuentemente de su patología de base se sienten mejor, su relación social ha mejorado, los niveles de depresión y ansiedad han disminuido.

Uno de los objetivos planteados es el realizar un plan de seguimiento ambulatorio y de atención psicológica y ayuda social a los pacientes de la tercera edad, lo cual describiremos en la propuesta.

5.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda fomentar las actividades que impliquen mayor actividad física, como deportes adecuados para la edad, terapia física, con el objetivo de mantener la función la movilidad y la capacidad para que los adultos mayores se sientan con vida que son capaces de realizar cosas.

El seguimiento adecuado de las patologías crónicas es un requisito para el buen control de la enfermedad, esta será la propuesta para mejorar la atención clínica ambulatoria y evitar complicaciones e ingresos hospitalarios por crisis hipertensivas o diabetes descompensada, además es importante la seguridad de los pacientes, para lo cual los responsables deben crear medidas y escalas para el buen trato a los adultos mayores, en tal virtud se mejore la calidad de vida de los mismos.

No obstante producto de la edad, y la enfermedad pueden aparecer ciertas patologías de origen mental, principalmente la ansiedad y la depresión, producto del abandono, de la soledad, por lo cual es importante la propuesta de atención psicológica oportuna al adulto mayor con el objetivo de evitar consecuencias graves, como las enfermedades mentales orgánicas que pueden ocurrir de ser el caso por la falta de apoyo psicológica.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos informativos

TEMA: “Seguimiento psicológico de los pacientes del programa del adulto mayor”

AUTOR: Juan Sebastián Salazar

DIRECCION Begonias 01-50 y Nisperos

TELEFONO **032460036**

EMAIL juanse_sv@hotmail.com

TUTOR Dra. Fanny Pérez

6.1.1 Título:

“Seguimiento psicológico de los pacientes del programa del adulto mayor”

6.1.2 Institución efectora:

La propuesta se realizará en el Centro de Salud #2 de la Ciudad de Ambato.

6.1.3 Beneficiarios:

Los principales beneficiarios de la presente propuesta serán los participantes del programa de atención del adulto mayor a quienes se aplique y además acudan a los respectivos controles de su enfermedad de base así como también a las diferentes actividades planificadas por los coordinadores y responsables del programa.

No obstante es necesario recordar que la medicina está en constante cambio y por ende este documento no sustituye la evidencia científica a la que debemos recurrir

para aplicar adecuadamente la medicina basada en evidencia y obtener buenos resultados en los tratamientos y seguimiento que el médico provee.

6.1.4 Ubicación:

La propuesta estará ubicada en el Centro de Salud #2 ciudad de Ambato.

6.1.5 Tiempo:

Posterior a la aprobación de la presente propuesta la misma será aplicada inmediatamente, no se establece un tiempo de finalización ya que se espera perdure en el tiempo y sea actualizada cada vez y cuando sea necesario con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, se observa que todo el protocolo de atención del adulto mayor, toma en cuenta el seguimiento que se debe realizar a los pacientes pero no se explica cómo, al parecer solo se espera que el paciente acuda por sus propios medios al control, nosotros planificamos una clasificación de los pacientes y su respectivo control psicológico como médico es decir de la enfermedad de base.

6.1.6 Equipo técnico responsable

Para la ejecución de la propuesta se requiere del equipo médico responsable de la coordinación y atención del adulto mayor debido a que su responsabilidad es brindar atención de calidad y calidez al mismo, ahora bien el autor del proyecto también forma parte del equipo responsable ya que es la propuesta.

6.1.7 Costo:

La propuesta tiene como presupuesto un total de 200 dólares que serán invertidos directamente en la impresión de ejemplares para propaganda y publicidad para los pacientes para que formen parte del programa de atención del adulto mayor así como también para invitarles al control médico que previene enfermedades o complicaciones de las enfermedades de base que presenten.

6.2 Antecedentes de la propuesta

Dentro de los antecedentes de la propuesta, sobre el aspecto bio-psico-social, se ha encontrado que la mayoría de los pacientes son de procedencia urbana, son más mujeres que hombres y la mayoría tiene como antecedente patológico personal la hipertensión arterial, sobre la parte psicológica se evidencio que cerca del 15% presenta depresión leve según la escala de depresión aplicada en la encuesta, y alrededor del 10% de los encuestados presentaban ansiedad, se ha observado que el programa del adulto mayor ha ayudado en la parte social y de salud de los pacientes. Ya que en ese aspecto se observa se encuentran satisfechos de participar de dicho programa.

6.3 Justificación

Las razones que justifican la presente propuesta son:

- La necesidad de un plan de seguimiento ambulatorio o domiciliario para el buen control de las enfermedades y la prevención de las mismas en áreas alejadas de centros de salud.
- La necesidad de brindar salud de calidad y con calidez a todos los grupos etareos de nuestra población y el evitar relegar a una segunda opción a nuestros mayores quienes han dado la vida por nosotros.

6.4 Objetivos

6.4.1 Objetivo general

- Describir un modelo de seguimiento clínico y psicológico en los pacientes que forman parte del programa del adulto mayor.

6.5 Análisis de factibilidad

Desde el punto de vista científico y técnico la presente propuesta es posible realizarla, ya que se cuenta con la información actualizada para aplicarlo en beneficio de los pacientes.

Los costos de la propuesta serán facilitados por parte del investigador.

Es factible desde el punto de vista administrativo ya que se pedirán los respectivos permisos o autorizaciones a las autoridades del área de salud para implementar la presente propuesta.

6.6.- Fundamentación Científico Técnica.

La atención psicológica domiciliaria o seguimiento domiciliario se brinda a personas que se hallan temporaria o definitivamente privadas de la posibilidad de movilizarse fuera de su propio domicilio. Ello ocurre por causas predominantemente asociadas a trastornos físicos y orgánicos de diversa índole. La asistencia domiciliaria de la salud se inscribe dentro de las más humanizadas y progresistas corrientes contemporáneas. Su beneficio se asocia a que no extraña a la persona de su hábitat natural ni del vínculo con sus familiares. Esta alternativa aumenta la sobrevida a la vez que ofrece a sus familiares la oportunidad y satisfacción de brindarle un sostén afectivo y personalizado. Por otra parte, es menos costosa en términos estrictamente económicos, que la internación en una institución. La atención incluye la concurrencia, al domicilio particular del asistido, de un profesional psicólogo para realizar la correspondiente evaluación psicológica de la problemática que atraviesa, así como de los recursos y posibilidades con que cuenta para afrontarla y a partir de allí brindar apoyo psicológico con sesiones semanales de carácter individual. El psicólogo informa los resultados de la evaluación al asistido y a sus familiares. La tarea deberá articularse en forma permanente con la intervención de los otros miembros del equipo de salud: el médico clínico y cada uno de los especialistas intervinientes.

Mediante la atención psicológica se cumpliría lo siguiente:

Brindar a los asistidos la contención, el apoyo y el sostén necesario ante la situación crítica que atraviesan, generando un espacio propicio para que sean escuchados y escuchen, interesen y se interesen, pongan en palabras sus necesidades, deseos y dificultades.

Ayudarles a delimitar sus problemas y descubrir las estrategias para resolverlos contribuyendo a que tomen parte activa en la evaluación de sus posibilidades y participen en la toma de decisiones que corresponden a su propia vida, y la de sus familiares más cercanos.

Ampliar las posibilidades de interrelación familiar y social mejorando la comunicación interpersonal, logrando mejor ajuste y gratificación.

Participar en la construcción de un espacio de elaboración de los aspectos traumáticos de la enfermedad, recreando la red social y familiar de sostén imprescindible.

Generar una dinamización capaz de transformar vivencias de estancamiento, aburrimiento y empobrecimiento personal, a través de la creatividad, la sublimación y el juego simbólico.

La intervención terapéutica procura:

Enfrentar la situación crítica, propiciar cambios y mejorar la calidad de vida.

Proporcionar alivio a la tensión emocional, desahogo y liberación a la angustia por medio del marco de contención adecuado.

Favorecer una mejor adaptación a la realidad: ni la acomodación pasiva, sumisa y resignada, ni la asimilación egocéntrica y puramente narcisista.

Propiciar la ampliación de las posibilidades personales revalorizando lo que se tiene y puede en dirección a la elevación de la autoestima.

Propender al mayor ajuste y gratificación en las relaciones interpersonales, adecuando las exigencias hacia ellos mismos y hacia los demás, tornando más fluida la comunicación y conexión.

Serán funciones del psicólogo:

Detectar el motivo de consulta, generalmente asociado a situaciones de crisis a nivel orgánico que alarman al grupo familiar que busca la posibilidad de brindar alivio al paciente y a la familia misma, a través de la intervención solicitada.

Delimitar la situación problemática que atraviesa el paciente, con la intención de brindar un diagnóstico acorde, realizando posteriormente la devolución del mismo al paciente y a los familiares.

Establecido el espacio y el vínculo terapéutico considerar el material disperso que el paciente pueda aportar, seleccionando elementos significativos que posibiliten la elaboración reflexiva de la problemática, favoreciendo asociaciones y ligaduras entre elementos de la propia historia y del aquí y el ahora.

Constituirse en agente de salud calificado para sostener, evaluar, revisar y modificar el plan terapéutico, del cual es portador, tanto frente a los familiares como a los médicos, enfermeros, kinesiólogos.

Analizar y manejar las resistencias al cambio que el paciente presenta y que emergen en el vínculo terapéutico establecido, permitiéndole trabajarlas y superarlas mediante el trabajo analítico.

Considerar la demanda basada en un pedido diferente que responde a la atención terapéutica y no la psicoanalítica tradicional.

La evaluación psicológica tenderá a:

Abarcar la personalidad del paciente, su vida pasada y presente, la agilidad de sus funciones mentales, la utilización de mecanismos de defensa, el monto y calidad de la ansiedad predominante.

Recaudar la mayor cantidad de datos posibles sobre su historia, sobre la evolución de su enfermedad, escuchar versiones que sobre esto tienen los miembros de la familia. Confirmar, con los médicos a cargo, el diagnóstico actual y evaluar la resonancia subjetiva del impacto de su enfermedad física y consecuencias.

Establecer el vínculo adecuado con los familiares a cargo del paciente informando sobre el plan terapéutico a desarrollar.

Atención domiciliaria en Salud Mental con personas mayores

La propuesta de la atención psicológica domiciliaria a personas mayores presenta características particulares propias de la etapa de la vejez. Los pacientes se encuentran afectados por situaciones físicas, deterioro de base orgánica o psíquica predominantemente; enfermedades o trastornos que producen efectos importantes en su funcionamiento mental, estado anímico, autoestima, confianza, esperanzas y deseos de vivir. En general se muestran disgustados y culpables por su dependencia volviéndose hostiles con el entorno y en ocasiones revierte esa hostilidad contra sí mismos entrando en depresión. Se debe considerar que no se posee un ambiente facilitador suficientemente bueno para el proceso de envejecimiento en la sociedad contemporánea. El aumento de la longevidad no está acompañado de un mayor bienestar físico-psíquico-social, ni del mejoramiento de la calidad de vida en la vejez. Los ancianos no se sienten considerados y carecen de suficientes oportunidades e incentivos para poner en palabras sus deseos y necesidades.

A partir del servicio domiciliar que se puede brindar se intentara lograr que la tendencia solidaria hacia los ancianos se expanda y que la contención que reciban obtenga un lugar de privilegio, pese a reconocer que los prejuicios que pesan sobre la vejez abortan posibilidades que podrían redundar en un beneficio que irían más allá del anciano y la familia. Resulta necesario bregar por pensamientos lo suficientemente flexibles como para comprender que las personas mayores no

están definitivamente condenadas a una vida sin proyectos e ilusiones, sino por el contrario, que pese a su estado físico y psíquico comprometidos en ocasiones, pueden revalorizarse a través de permanecer en sus espacios vitales, sin extrañezas y recibiendo la atención familiar y profesional que les permita sentirse capaces de recuperar algunas de las muchas cosas que ya creían perdidas, como así también acceder a otras que ni imaginan. Se abre así la posibilidad de participar en la construcción de un espacio de elaboración de los aspectos traumáticos de la enfermedad, de la vejez y de la muerte, recreando la red social y familiar que constituyen un sostén imprescindible en la última etapa evolutiva del ciclo vital.

La experiencia transitada en la salud mental le permite al profesional psicólogo llegar a interiorizarse en las historias vitales de cada paciente mayor y conocer las costumbres, vínculos, pensamientos, modalidades, rasgos de carácter, síntomas, defensas, resistencias y sentimientos. En un primer momento los pacientes se sienten solos, desprotegidos y con desconfianza; este rasgo común se modifica cuando logran recibir aquello desconocido por ellos que se les brinda a través del espacio terapéutico. Es grande el enriquecimiento que se produce en la vida de un anciano cuando siente que transmite su mensaje y que re-inscribe su historia en otro.

A continuación describimos los logros que debe cumplir el profesional psicólogo para cumplir adecuadamente su función en el seguimiento psicológico domiciliario.

Resulta imprescindible acompañar el tránsito y la aceptación del cambio de roles que el proceso de envejecimiento involucra, propiciando el logro de satisfacción en la re-significación reconstructiva de la historia vivida, y en la transmisión de la memoria a quienes les sobrevivirán trascendiendo así su propio límite temporal.

Generar una dinamización de la "zona intermedia" -en términos de Winnicott- entre lo subjetivo y lo objetivo, lo interno y lo externo, la ilusión y la desilusión,

capaz de transformar vivencias de estancamiento, aburrimiento y empobrecimiento del self, a través de la creatividad, la sublimación y el juego simbólico.

Promover la recuperación y el desarrollo de la capacidad para el uso, la manipulación y el dominio del espacio físico y de los objetos, obteniendo más placer en su apropiación y viviendo al propio cuerpo como instrumento de comunicación consigo mismo y con los demás.

Abrir un espacio para la revisión de conceptos, imágenes, actitudes y conductas sobre y hacia la vejez y su lugar, la enfermedad y la cura, la vida y la muerte, el dolor y el placer, tanto en los asistidos como en sus familiares, en los médicos, enfermeros, cuidadores domésticos, kinesiólogos, y en el profesional psicólogo a cargo del tratamiento.

Contener al paciente en los diversos procesos de duelo, movidos por sucesivas pérdidas, relacionados con el esquema corporal, el deterioro orgánico, la restricción de las actividades sociales, la viudez, el fallecimiento de parientes, de amigos, la jubilación, etc.

Ampliar la conciencia de las posibilidades personales, revalorizando lo que se tiene y puede, así como lo que se ha tenido y vivido, en dirección a la elevación de la autoestima y la redimensión del auto concepto.

Propender al mayor ajuste y gratificación en las relaciones interpersonales adecuando las exigencias hacia ellos mismos y hacia los demás, tornando más fluida la comunicación y conexión.

Favorecer el aprovechamiento del espacio terapéutico ofrecido en el sentido de su apropiación y personificación.

Procurar la movilización y revisión de auto imágenes y el corrimiento de roles sociales y familiarmente asignados, como enfermos, seniles, asexuados, pobres, vegetales, etc.

Para el logro de estos objetivos es imprescindible para el profesional psicólogo la articulación y reflexión permanente que se sostendrá en la tarea de supervisión que mediatiza el desarrollo del proceso de seguimiento, evaluación y revisión permanente de las estrategias terapéuticas de diversas modalidades, métodos y técnicas de intervención; la secuencia y la organización del análisis de las transferencias y contratransferencias múltiples y cruzadas entre los asistidos, los familiares, y el psicólogo. En este espacio se elaboran las vicisitudes y obstáculos, el logro o no de los objetivos propuestos, y la evolución individual del estado de salud de los asistidos.

Atributos de la función psicoterapéutica

Presencia del psicoterapeuta en cuanto a guiar al paciente a través de preguntas apropiadas y no intrusivas, señalamientos y clarificaciones en caso de ser necesario; de no serlo, estar presente brindando un espacio propicio para la escucha, sin dejar de ser activo.

Uso de la relación frente a frente para el logro de un mayor contacto emocional.

Capacidad de recibir y comprender la problemática del paciente y concentrar en ella su atención, así como aspectos de la función de continencia.

Compromiso con el vínculo, disposición a crearlo y sostenerlo.

El espacio que comienza a ocupar el tratamiento psicológico en la vida del anciano le brinda la posibilidad de poner de manifiesto aquello que hasta ese momento se encontraba enquistado en él; al descomprimirse libera la energía contenida y recupera a través de las reminiscencias todo el caudal de experiencia

vivida, transmitiéndola como legado. El profesional obra como puente facilitador de un mayor acceso, comprensión y acercamiento entre la familia y el anciano.

6.7.- Modelo Operativo.

Fase de Planificación	Metas	Evaluación	Presupuesto	Recursos
<p>Autorización para realizar la propuesta</p> <p>Presentación de la propuesta</p> <p>Diseño del programa de la propuesta</p>	<p>Cumplimiento del 100% en agosto 2012</p>	<p>Evaluación del procedimiento y respuesta de las autoridades en un periodo de un mes</p>	<p>50 dólares</p>	<p>Solicitud a las autoridades</p>
Fase de Ejecución	Metas	Evaluación	Presupuesto	Recursos
<p>Aplicación de la propuesta</p> <p>Charla de información sobre cómo aplica la propuesta.</p> <p>Impresión de ejemplares</p>	<p>Cumplimiento del 100 % en septiembre 2012</p>	<p>Evaluación de los resultados obtenidos, mediante la aplicación dela propuesta.</p>	<p>100 dólares</p>	<p>Conferencias a los médicos</p> <p>Plan evaluación y medidas informativas</p>

Fase de evaluación	Metas	Evaluación	Presupuesto	Recursos
<p>Evaluar cumplimiento y límites de la propuesta</p> <p>Modificaciones y ajustes en el transcurso y distribución del manual</p>	<p>Cumplimiento del 100 % en octubre 2012</p>	<p>Revisando los resultados mensualmente.</p>	<p>50 dólares</p>	<p>Información recolectada de los pacientes.</p>

6.8.- Administración de la propuesta.

La presente propuesta tendrá un orden jerárquico, con los cuales se dialogara para obtener el mejor provecho posible, quedando estructurada de la siguiente manera:

Se conversara con el Director del área de salud N. 2 y con el coordinador del programa de atención del adulto mayor.

Mediante ello se implantara la propuesta de trabajo o seguimiento médico y psicológico de los pacientes.

6.9 Previsión de la evaluación

Posteriormente a la aprobación de la propuesta se hablará con la dirección del área de salud correspondiente para informar sobre la propuesta y su ventajas y desventajas, quienes serán los beneficiados y porque.

Se elaborara los materiales y elementos necesarios para su publicidad y la utilización de un buen seguimiento de los pacientes adultos mayores ya que es la esfera psicológica la que se afecta de mayor manera ya sea por la edad.

Sobre la base de los descritos en la propuesta se evaluara mensualmente con los resultados obtenidos en los pacientes que tuvieron seguimiento con respecto al tamizaje que se realizara.

ANEXOS.

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES BENEFICIADOS DEL PROGRAMA DE ATENCION AL ADULTO MAYOR.

Estimado Sr/ Sra. por favor, sírvase contestar el siguiente cuestionario, el mismo que permitirá realizar una propuesta en beneficio de los problemas de índole BIO PSICO SOCIAL que pueden aparecer en cada uno de ustedes producto de la edad y de las enfermedades crónicas que afectan frecuentemente su salud, por lo que desde ya agradezco su valiosa colaboración. Previo inicio del cuestionario favor indicar su edad y género.

1. *Edad:* _____

2. *Género:* _____

CUESTIONARIO

1. Cuál es su procedencia?

A: Rural

B: Urbano

2. Cuál es etnia?

A: Mestiza

B: Indígena

3. Cuál es su ocupación?

A: Agricultor

B: Comerciante

C: Quehaceres Domésticos

D: Otra: Cual?.....

E: Ninguna

4. Ha presentado los siguientes problemas?

- a) Presión alta
- b) Diabetes
- c) Artrosis o artritis
- d) Problemas mentales
- e) Otra: Cual?.....
- f) Ninguna

5. Ha presentado los siguientes síntomas desde que esta en el programa?:

Tendencia al llanto

- a) Rara vez
- b) De vez en cuando
- c) Frecuentemente
- d) Casi todo el tiempo

Falta de ánimo

- a) Rara vez
- b) De vez en cuando
- c) Frecuentemente
- d) Casi todo el tiempo

Insomnio

- a) Rara vez
- b) De vez en cuando
- c) Frecuentemente
- d) Casi todo el tiempo

Falta de memoria

- a) Rara vez

- b) De vez en cuando
- c) Frecuentemente
- d) Casi todo el tiempo

Perdida del placer

- a) Rara vez
- b) De vez en cuando
- c) Frecuentemente
- d) Casi todo el tiempo

Falta de energía

- a) Rara vez
- b) De vez en cuando
- c) Frecuentemente
- d) Casi todo el tiempo

Ansiedad

- a) Rara vez
- b) De vez en cuando
- c) Frecuentemente
- d) Casi todo el tiempo

6. Como se siente en el programa del adulto mayor?

- a) Excelente
- b) Muy bien
- c) Regular
- d) Mal

7. Cuales son los beneficios que ha recibido

8. Su vida a mejorado con el programa del adulto mayor?

- a) SI
 - b) No
9. Ha mejorado su relación social con el programa del adulto mayor
- a) Si
 - b) No

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE ATENCION AL ADULTO MAYOR.

Estimado Sr/ Sra. por favor, sírvase contestar el siguiente cuestionario, el mismo que permitirá realizar una propuesta en beneficio de los problemas de índole BIO PSICO SOCIAL que pueden aparecer en cada uno de los beneficiarios del programa. Previo inicio del cuestionario favor indicar su edad y género.

Edad: _____

Género: _____

1. ¿Cuál es la misión del programa?

2. ¿Cuál es la visión del programa?

3. ¿Qué problemas de salud del adulto mayor cubre este programa?

4. ¿Qué beneficios ofrece este programa?

5. ¿La vida de los adultos mayores ha mejorado?

a) Si

b) No

Porque:

6. ¿Cuáles son las actividades que realizan los adultos mayores?

7. ¿Cual es función que realiza usted?

8. ¿Cómo se siente al realizar este tipo de trabajo?

9. ¿Qué siente el poder ayudar al adulto mayor?

10. ¿Cuántas personas son beneficiadas de este programa en su área?

Gracias por su colaboración

BIBLIOGRAFIA.

1. MESTRE,C, (1996). Familia y tercera edad. Familia. nº 13. Universidad Pontificia. Salamanca.
Disponible en : <http://www.ubiobio.cl/vitrina/envejecim.htm>
2. ZAPATA, Patricia, (2011). Palabra mayor. Quito – Ecuador.
Disponible en:
http://www.palabramayor.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=61:en-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=36:pagina-principal
3. AMAT, Víctor, (2011). Área de la salud del adulto mayor. MSP. Quito –Ecuador.
Disponible en: <http://www.msp.gob.ec/index.php/Adulto-Mayor/datos-generales.html>
4. MELLA,R, GONZÁLEZ,L, (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor Psykhe, Vol.13, Nº 1, 79-895, Universidad San Sebastián,
Disponible en : - http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000100007&script=sci_arttext
5. CÓRDOVA, Diego, (2010). Situación de la salud en el Ecuador. Quito- Ecuador.
Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Situacion-Ade-Salud-En-El-Ecuador/167946.html>
6. MSP, (2011). Plan de acción interinstitucionales para personas adultas mayores, envejecimiento activo y saludable. Quito – Ecuador. Pp 6 -29.
7. DIARIO HOY, (2011). Educación y salud, lacerante realidad. Quito – ecuador.
Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/educacion-y-salud-lacerante-realidad-515734.html>
8. DIARIO EL TELÉGRAFO, (2011). En Ecuador hay 1,2 millones de adultos mayores. Guayaquil.
Disponible en:
http://www.telegrafo.com.ec/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=11211&Itemid=16
<http://www.alimentatecuador.gob.ec/images/documentos/GUIAS%20CLINICAS%20GERONTO.pdf>

9. SIERRA, Manuel, (2010). Prevalencia De Demencia Y Factores Asociados En Adultos Mayores De Las Zonas De Influencia De Los Médicos En Servicio Social Mayo. Tegucigalpa.
 Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/AdultoMayor/Protocolofinal.pdf>
10. BOROBIO , Dionisio, (1996). Los mayores y la familia. Familia. nº 13. Universidad Pontificia. Salamanca.
 Disponible en: <http://www.vcl.jovenclub.cu/prov/adultomayor/docs/m6/m6-1.pdf>
11. PAPALIA, D,(1990). Desarrollo Humano. Mc. Graw-Hill. México. p p 2,3,5, 37
12. DIARIO EL COMERCIO,(2011). En el Ecuador hay 1 229 089 adultos mayores; 28% se siente desamparado. Viernes. Quito –Ecuador.
 Disponible en: http://www.elcomercio.com/sociedad/Ecuador-adultos-mayores-siente-desamparado_0_526147483.html
13. ARCE, Helga, (2004). El Adulto Mayor. Universidad de la Concepción. Santiago de Chile en A psique.
14. HOFFMAN, L. Paris S.; Hall. E. Psicología del Desarrollo Hoy. Mc. Graw-Hill. Madrid.1996, p p 23- 45
15. ERIKSON E. Infancia y Sociedad. Editorial Paidós Horne. Buenos Aires.1983 p p 56, 78, 54.
16. LEER, Úrsula., Psicología de la Senectud Herder. Barcelona. 1980 p p 56-59 .
17. FRANKL, V., El Hombre en Busca de Sentido. Editorial Herder, Barcelona, España 1999 p p36.
18. GOLEMAN, D. La Inteligencia Emocional. Editorial Vergara. Buenos Aires. 1997 p p 5-78
19. MONROY, A., Principios Básicos de la Terapia Psicosexual. Editorial Grijalvo. 1987 p p 87,89.
20. Sherman E. Counseling the Aging. Editorial Macmillan. The Free Press. Nueva York, 1981 citado en Introducción a la Gerontología. El Arte de Envejecer. Editorial Herder Barcelona 1991 p p 347,49.
21. CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR (PDF), TÍTULO II, DERECHOS, Capítulo segundo; Derechos del buen vivir; Sección séptima. Salud – Capítulo tercero. Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria; Sección primera. Adultas y adultos mayores Págs.: 16-18, TÍTULO VII. RÉGIMEN DEL BUEN

VIVIR; Capítulo primero. Inclusión y equidad; Sección segunda; Salud. Págs.:
105-107.URL disponible en:

http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf