UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

"CALIDAD DE ATENCIÓN POR PARTE DE LOS CUIDADORES GERIÁTRICOS Y SU IMPACTO EN EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA PARROQUIA DE QUISAPINCHA DURANTE EL PERÍODO DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2013"

Autor: Toro Ramos, Byron Mauricio

Tutor: Dr. MSc. Urrutia Ortega, Marco Antonio

Ambato - Ecuador

Junio, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema **"CALIDAD DE ATENCIÓN POR PARTE DE LOS CUIDADORES GERIÁTRICOS Y SU IMPACTO EN EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA PARROQUIA DE QUISAPINCHA DURANTE EL PERÍODO DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2013"** de Byron Mauricio Toro Ramos Estudiante de la Carrera de Medicina, considero que 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, Febrero del 2014

EL TUTOR

…….

Dr. MSc Urrutia Marco

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **"CALIDAD DE ATENCIÓN POR PARTE DE LOS CUIDADORES GERIÁTRICOS Y SU IMPACTO EN EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA PARROQUIA DE QUISAPINCHA DURANTE EL PERÍODO DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2013"**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de mi exclusiva responsabilidad, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Febrero del 2014

EL AUTOR

…….

Toro Ramos Byron Mauricio

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica Ambato, para que se haga esta tesis 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, Febrero del 2014

EL AUTOR

…….

Toro Ramos Byron Mauricio

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **"CALIDAD DE ATENCIÓN POR PARTE DE LOS CUIDADORES GERIÁTRICOS Y SU IMPACTO EN EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA PARROQUIA DE QUISAPINCHA DURANTE EL PERÍODO DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2013"** de Byron Mauricio Toro Ramos, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Junio del 2014.

Para constancia firman

……	...…….	……
PRESIDENTE/A	1er VOCAL	2do VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo de tesis va dedicada aquellas personas que hicieron posible este sueño hecho realidad, llegar a ser profesional de la Salud, Médico.

A mi Madre pilar fundamental en mi Carrera siempre ha estado dándome apoyo, fortaleza y motivación para seguir superándome, por incentivarme a seguir siempre hacia adelante, por su gran corazón, capacidad de entrega y apoyo incondicional, pero sobre todo por enseñarme que todo es posible, pese a las adversidades.

A mi hija Doménica Iyanna, el pequeño ser más importante en vida, mi pedacito de cielo aunque este lejos de mi lado siempre luchare y velare por ella y quien inspiro este mi más grande trabajo, que le sirva de ejemplo para su futuro.

A la Virgen María, mi figura maternal que solo pensar en ella y en su oración me brinda la calma que necesito en esos momentos difíciles y me guía hacia el éxito.

De todo corazón a todos ustedes que aportaron con un granito de arena en todo el trayecto recorrido y espero seguir contado con vuestro apoyo porque esto es solo el inicio de un largo camino que Dios nos siga llenando de bendiciones

!! Gracias !!

Byron Toro

AGRADECIMIENTO

Dios: Creador de todo lo existente, fuente inagotable de virtudes y valores, maestro y guía para la humanización del hombre.

A mi Madre querida agradezco de todo corazón porque con su amor a sabido ser mi consejera y amiga, con tus palabras y apoyo incondicional me enseñaste que nada es imposible si se lucha incansablemente pese a las adversidades con el único fin de llegar a la meta.

De manera especial al Dr. Msc Marco Urrutia, Tutor de Tesis quien con sus conocimientos, paciencia y sabiduría me guío para la ejecución del presente trabajo.

A mi amiga enamorada y compañera Magali Samira un pilar fundamental en todo mi camino, quién estuvo junto a mí ayudándome en la elaboración de este trabajo.

Eternamente agradecido a todas las autoridades de mi prestigiosa Universidad y a cada uno de mis docentes por impartir sus conocimientos durante mis años de estudio.

Byron Toro

ÍNDICE GENERAL

PRELIMINARES

i. PORTADA
ii. APROBACIÓN DEL TUTOR
iii. AUTORÍA DE LA TESIS
iv. DERECHOS DEL AUTOR
v. APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR
vi. DEDICATORIA
vii. AGRADECIMIENTO
viii. ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS
xiii. ÍNDICE GENERAL DE GRÁFICOS Y CUADROS
xv. RESUMEN

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN. ……..1

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. TEMA……3

1.2. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA……3

1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN…….3

1.2.2. ANÁLISIS CRITICO…….6

1.2.3. PROGNOSIS……..7

1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA……...8

1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES……..9

1.2.6. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA……...9

1.3. JUSTIFICACIÓN……..9

1.4. OBJETIVOS……10

1.4.1. OBJETIVO GENERAL……...10

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS……10

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS ……...11

2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA. …….14

2.2.1. FUNDAMENTACION AXIOLÓGICA……..15

2.2.2. FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA. ……...15

2.2.3. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA……...15

2.2.4. FUNDAMENTACIÓN ÉTICA……15

2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL…….15

2.4. CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES……18

2.4.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA……..19

2.4.1.1 ENVEJECIMIENTO…….20

2.4.1.1.1 GENERALIDADES……20

2.4.1.1.2 TEORÍAS SOBRE EL ENVEJECIMIETO……21

2..4.1.1.3 CONDICIONES SOCIALES DE LA VEJEZ……...24

2.4.1.1.4 ENVEJECIMIENTO FENÓMENO BIOLÓGICO……25

2.4.1.1.5 CONSECUENCIA FÍSICA Y MENTAL …….…….27

2.4.1.1.6 DEPENDENCIA EN LA VEJEZ...…….33

2.4.1.1.7 BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR…….……37

2.4.1.1.8. ESCALA DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR…..……...38

2.4.1.2. CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES..……42

2.4.1.2.1. TIPOS DE CUIDADORES……..…….43

2.4.1.2.2. SINTOMATOLOGÍA DEL CUIDADOR……..……...44

2.4.1.2.3. SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR…..……46

2.4.1.2.4. CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS CUIDADORES GERIÁTRICOS…….……47

2.4.1.2.5. ROL DEL CUIDADOR DOMICILIARIO……...……48

2.4.1.2.6. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN……..52

2.5. FORMULACIÓN DE LA HIPOTESIS...……...54

2.6. SEÑALIZACIÓN DE VARIABLES …...……..54

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN……...……...55

3.2. MODALIDAD BASICA DE LA INVESTIGACIÓN……...…….55

3.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN…..……..55

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA..……55

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN…..…….56

3.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .……56

3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES……...57

3.7.1 VARABLE DEPENDIENTE……57

3.7.2 VARIABLE INDEPENDIENTE…..……...58

3.8 . PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN ..……...59

3.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS……..59

3.10. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS …...……..59

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y RESULTADOS

4.1. CUIDADORES GERIÁTRICOS ...……61

4.1.1. ILUSTRACIÓN 1: Cuidadores en Estudio de la Parroquia de Quisapincha durante el período Octubre a Diciembre 2013……..……61

4.1.2. ILUSTRACIÓN 2: Distribución de Cuidadores por Grupos de Edad de la Parroquia de Quisapincha, durante el período Octubre a Diciembre 2013……62

4.1.3. ILUSTRACIÓN 3: Distribución de Cuidadores por Parentesco hacia los Adultos Mayores de la Parroquia de Quisapincha, durante el período Octubre a Diciembre 2013……..63

4.1.4. ILUSTRACIÓN 4: Encuesta de preguntas abiertas de Calidad de atención de los cuidadores geriátricos de la Parroquia de Quisapincha, durante el período Octubre a Diciembre 2013……..……....64

4.2. ADULTOS MAYORES..……66

4.2.1. ILUSTRACIÓN 5: Población Adultos Mayores de la Parroquia de Quisapincha durante el período Octubre a Diciembre 2013……...……66

4.2.2. ILUSTRACIÓN 6: Distribución de Adultos Mayores por Nivel de Instrucción de la Parroquia de Quisapincha durante el período Octubre a Diciembre 2013……..67

4.2.3. ILUSTRACIÓN 7: Nivel de Satisfacción de los Adultos Mayores por la Atención recibida por los Cuidadores de la Parroquia de Quisapincha, durante el período Octubre a Diciembre 2013……..…..68

4.2.4. ILUSTRACIÓN 8: Enfermedades Crónicas de los Adultos Mayores de la Parroquia de Quisapincha, durante el período Octubre a Diciembre 2013…....69

4.2.5. ILUSTRACIÓN 9: Deterioro por Edad de los Adultos Mayores de la Parroquia de Quisapincha durante el período Octubre a Diciembre 2013…….70

4.2.6. ILUSTRACIÓN 10: Estado de Salud de los Adultos Mayores de la Parroquia de Quisapincha durante el período Octubre a Diciembre 2013…….72

4.2.7. ILUSTRACIÓN 11: Dependencia o Independencia de los Adultos Mayores de la Parroquia de Quisapincha durante el período Octubre a Diciembre 2013……..73

4.2.8. ILUSTRACIÓN 12: Escala de Bienestar del Adulto Mayor (EBAM) parroquia de Quisapincha durante el período Octubre a Diciembre 2013…….74

4.2.9. ILUSTRACIÓN 13: Relación entre Bienestar y Sobrecarga……...75

4.3. VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS…….....76

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES…….....79

5.2. RECOMENDACIONES……...…….……80

CAPÍTULO VI: PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS……...…….…82

6.1.1 TÍTULO…….……...……..…82

6.1.2 INSTITUCIÓN EJECUTORA…….82

6.1.3 BENEFICIARIOS…….82

6.1.4 UBICACIÓN……82

6.1.5 TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN…….82

6.1.6 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE……83

6.1.7 COSTO……..83

6.2 ANTECEDENTE DE LA PROPUESTA…….83

6.3 JUSTIFICACIÓN…….83

6.4 OBJETIVOS…….84

6.4.1 OBJETIVO GENERAL……84

6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS……84

6.5 ANÁLISIS DE LA FACTIBILIDAD……..85

6.6 FUNDAMENTACIÓN……...…….85

6.6.1 VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL……..85

6.6.2 COMPOSICIÓN DEL EQUIPO……...86

6.6.3 ETAPAS DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL……..87

6.7 METODOLOGÍA - MODELO OPERATIVO….……..88

6.8 ADMINISTRACIÓN……...89

6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN……..……...90

ANEXOS……91
BIBLIOGRAFÍA…….……...97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Teorías del Envejecimiento……..19

Tabla 2. Teoría de la actividad……...20

Tabla 3. Teoría de la desvinculación……..21

Tabla 4. Teoría de la continuidad……...21

Tabla 5. Control genético de la longevidad……...25

Tabla 6. Cambios fisiológicos del A.M…….26

Tabla 7. Factores de Dependencia del A.M……...34

Tabla 8. Operacionalización de Variable Dependiente……..55

Tabla 9. Operacionalización de Variable Independiente……...56

Tabla 10. Relación entre Variables……73

Tabla 11. Tabla del chi-Cuadrado……..75

Tabla 12. Regresión lineal……..76

Tabla 13. Modelo operativo…….…..86

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Ilustración 1. Cuidadores Geriátricos…….59

Ilustración 2. Cuidadores Geriátricos por grupo de edad……...60

Ilustración 3. Cuidadores por Parentesco del A.M……61

Ilustración 4. Encuesta Calidad de Atención…….....62

Ilustración 5. Población A.M…….64

Ilustración 6. Adultos Mayores por nivel de instrucción……...65

Ilustración 7. Satisfacción del A.M por Atención recibida……66

Ilustración 8. Enfermedades Crónicas de A.M……..67

Ilustración 9. Deterioro por edad del A.M…….68

Ilustración 10. Estado de Salud del A.M……70

Ilustración 11. Dependencia o Independencia del A.M……71

Ilustración 12. Escala de EBAM……72

Ilustración 13. Relación entre variables……73

UNIVERSIDAD TÉCNICA AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

"CALIDAD DE ATENCIÓN POR PARTE DE LOS CUIDADORES GERIÁTRICOS Y SU IMPACTO EN EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA PARROQUIA DE QUISAPINCHA DURANTE EL PERÍODO DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2013"

Autor: Toro Ramos, Byron Mauricio

Tutor: Dr. MSc Urrutia, Marco

Fecha: Febrero, 2014

RESUMEN

El presente trabajo se realizó en la Parroquia Rural de Quisapincha de la Provincia de Tungurahua cantón Ambato para determinar la calidad de atención por parte de los cuidadores geriátricos y su impacto en el bienestar de los adultos mayores.

La metodología incluyó la Escala de Bienestar del Adulto Mayor (EBAM), es una herramienta que valora el Deterioro por edad, Estado de Salud, Dependencia o Independencia, Sentimientos, Cognición, Red Social, Accesibilidad y Vivienda y Seguridad Social. Y mediante la Encuesta (preguntas abiertas) de Calidad de Atención de los Cuidadores Geriátricos que determino la calidad con la que atienden, tanto la escala como la encuesta aplicadas a los Adultos Mayores. Con el programa estadístico Excel y SPSS se analizó la relación entre las variables. Se obtuvo los siguientes resultados: que el 48% de los Adultos mayores no tiene un bienestar adecuado relacionado con una mala calidad de atención, mientras que el 23% de la población tiene bienestar relacionada con un 11% de regular atención brindada por los cuidadores, siendo que el 18% de la población restante tiene bienestar relacionada a una buena atención, se obtuvo con la prueba de chi

cuadrado (chi$^{((2)}$): encontrando que si existe asociación entre las dos variables: [x^2(2, N=105) = 71.917, P< 0,05].

Se planteó la hipótesis de que la calidad de atención influye en el bienestar del adulto mayor la cual se acepta: [F (1,103) = 200,929 n=105, P< 0,05], encontrándose con una fiabilidad de: 65.8%

Conclusión: La hipótesis la mala calidad de atención de los cuidadores geriátricos, si influye directamente en el bienestar del adulto mayor.

PALABRAS CLAVES: ADULTO_MAYOR, CUIDADORES_GERIÁTRICOS, DEPENDENCIA, GERIATRÍA

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

” QUALITY OF CARE BY KEEPERS GERIATRIC AND ITS IMPACT ON WELFARE OF THE ELDERLY IN THE PARISH OF QUISAPINCHA DURING THE PERIOD FROM OCTUBER TO DECEMBER 2013”

Author: Toro Ramos, Byron Mauricio

Tutor: Dr. MSc Urrutia, Marco

Date: February, 2014

ABSTRACT.

This work was done in the Rural Parish Quisapincha of Canton Ambato Tungurahua Province to determine the quality of care by geriatric caregivers and their impact on the welfare of the elderly.

The methodology included Well-being Scale for Older Adults (EBAM) is a tool that assesses the impairment by age, state of health, dependence or independence, Feelings, Cognition, Social Network, Accessibility and Housing and Social Security. And by Survey (open questions) Quality of Geriatric Care Caregivers who determine the quality they serve, both the scale and the survey applied to the Elderly.

With Excel and SPSS relationship between variables was analyzed. The following results were obtained: 48% of Seniors do not have adequate welfare associated with poor quality of care, while 23% of the population is associated with 11% being regular care provided by caregivers, being that 18% of the remaining population is related to good health club, was obtained with the chi square test (chi ((2)): finding of an association between the two variables exist: [x2 (2, N = 105) = 71,917, p <0.05].

The hypothesis that the quality of care affects the welfare of the elderly which accepts was raised: [F (1,103) = 200.929 n = 105, P <0.05], meeting system reliability: 65.8%

Conclusion: The hypothesis of poor quality care geriatric caregivers, whether directly affects the welfare of the elderly.

KEYWORDS: ELDERLY, GERIATRIC_CAREGIVERS, DEPENDENCE, GERIATRICS.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural que se produce a través de todo el ciclo de vida. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma la evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez están directamente relacionados con las privaciones que se han tenido durante la infancia, adolescencia y edad adulta. Los estilos de vida, la geografía, la exposición a factores de riesgo, las posibilidades de acceso a la educación, la promoción de la salud en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor. Actualmente la sociedad está siendo testigo de un fenómeno socio demográfico que corresponde al envejecimiento poblacional en el cual se observa un aumento gradual de la población mayor de 65 años. [24]

La vejez es un proceso irreversible en la humanidad, a pesar de que en la actualidad existen muchos estudios en el área de la tecnología que ha aportado a realizar avances importantes en medicina y en innumerables campos donde está inmerso el ser humano, este proceso no lo han podido detener.

El envejecimiento es un reto que la sociedad debe afrontar porque no se trata de envejecer por ser parte de nuestra naturaleza, se trata de envejecer correctamente, con dignidad.

La mayoría de la humanidad no concientiza sobre este aspecto, ni sobre las consecuencias, es decir, sobre la previsión para obtener un estilo de vida normal en este proceso. No se han detenido a pensarlo, sino cuando se acercan a los 60 años. [23]

En términos generales, la calidad de vida es la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales puede también traducirse en términos de bienestar subjetivo, que consiste, básicamente, en un sentimiento de satisfacción, estado de ánimo positivo, determinado por elementos de índole psicológico y/o conductual. [25]

La atención a las personas de la tercera edad tiene gran prioridad, es una etapa de la vida en que se expresan evidencias del proceso de envejecimiento, es el período de la vida en el que el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hace cada vez más manifiesta en comparación con períodos anteriores.

Se destaca para el Adulto Mayor la importancia de la vivencia como experiencia subjetiva plena en lo cual se da la unidad de lo interno y lo externo, de lo afectivo y lo cognitivo, de lo consciente y lo inconsciente, de lo pasado y lo presente, vínculo actual del sujeto con su realidad, con la realidad pasada que el actualiza, con la problemática de la identidad del sujeto y de resistencia a lo nuevo, a ser viejo. [22]

Con base en el conocimiento actual, sabemos que modificando algunos factores de riesgo es probable evitar o limitar los daños a la salud, para ello es necesario actualizar a los prestadores de servicios de salud en la identificación de estos y realizar las medidas pertinentes para modificarlos, involucrando a la población en el auto-cuidado de su salud, a fin de aprovechar al máximo la prolongación de los años de vida con la menor discapacidad posible. [26]

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA:

"CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS CUIDADORES GERIÁTRICOS Y SU IMPACTO EN EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA PARROQUIA DE QUISAPINCHA DURANTE EL PERÍODO DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2013"

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

Contextualización Macro

El fenómeno del envejecimiento tiene impacto en un amplio rango de dimensiones, pero probablemente las más influyentes son el estado y las condiciones de salud existentes en una sociedad. La atención a la salud como derecho universal debe ofrecerse sin distinción, en particular a grupos vulnerables como el Adulto Mayor (AM), especialmente aquel con dependencia funcional

El grupo Adulto Mayor se encuentra en rápida expansión y amerita atención y cuidados por su familia, que se agudizan por el deterioro progresivo y daños a la salud, lo que da lugar a la dependencia funcional, las exigencias del cuidado aumentan con el nivel de dependencia del AM lo cual somete a riesgo de daño a la salud del cuidador. [(1)]

La presencia de un miembro que precisa de cuidados, genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar y en los roles y patrones de conducta de sus integrantes. Estos cambios pueden precipitar crisis que ponen en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar

a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados. [2]

Como referencia, según datos del IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios sociales) en España se estima que el porcentaje de personas mayores que presentan una dependencia importante está entre un 10 y un 15 % de las personas mayores de 65 años. La mayoría de los cuidadores son mujeres (83% del total). De entre las mujeres cuidadoras, un 43 % son hijas, un 22 % son esposas y un 7'5% son nueras de la persona cuidada, La edad media de los cuidadores es de 52 años (20% superan los 65 años).

En su mayoría están casados (77%) y una parte muy sustancial de cuidadores comparten el domicilio con la persona cuidada (60%). En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador (80%). Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas (60%), la rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja (20%) y una parte de ellos comparte la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar de sus hijos 17%.[3]

Contextualización 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. [4]

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%. [1]

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. [4]

Ecuador se ubica en la fase de transición demográfica con una tasa de fecundidad del 2,6 %, una esperanza de vida de 75 años y una proporción de 5,7 % de personas adultas mayores, se espera que para el año 2050 la población mayor a 60 años llegue a más de tres millones de personas. [5]

Según la encuesta nacional de salud y envejecimiento SABE, la población de personas adultas mayores (60 años de edad en adelante) en Ecuador fue de 1´156.117 en el año 2009. La edad media de las personas adultas mayores es de 71,3 años, tanto para hombres como para mujeres.

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. [4]

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%). [4]

El aumento de la esperanza de vida en los países industrializados está produciendo un aumento de la población anciana en los mismos y esta población se caracteriza por sufrir un aumento de las patologías crónicas (osteoartritis, insuficiencia cardiaca, etc.) lo que conlleva un declive físico y psíquico que condiciona su capacidad funcional, siendo cada vez mayor el número de personas que precisan de cuidados. Se entiende por persona dependiente aquélla que por motivos de edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la pérdida de autonomía física, sensorial, mental o intelectual, precisa con carácter permanente la atención de otra persona o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria. [1]

La sobrecarga física y psico-social que soporta el cuidador, una vez superados los recursos disponibles, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, siendo numerosos los trabajos publicados en los que se reflejan dichas repercusiones negativas, destacando por su frecuencia el malestar psíquico (principalmente ansiedad y depresión), aunque también se han descrito repercusiones importantes en otras esferas como la salud física, el aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica, dando lugar a lo que algunos autores han dado en denominar síndrome del cuidador. [(2)]

Contextualización Micro

A nivel de la Provincia de Tungurahua no existen estudios sobre las expectativas y necesidades que padecen los cuidadores de Adultos Mayores lo que no permite identificar la carga de un enfermo dependiente, así como al impacto que el desempeño de dicho rol ocasiona sobre su salud física, psíquica y social y sobre la percepción de su calidad de vida.

La atención familiar a los enfermos mayores es tan absorbente que puede llegar a distorsionar también el papel social del cuidador. No es infrecuente que la dedicación intensiva al anciano repercuta en una suerte de auto secuestro según el cual su cuidador acaba siendo rehén del enfermo. A veces los sentimientos de amor filial reproducen erróneamente esquemas de relación padres-hijos pertenecientes a etapas pasadas, como si con ello se intentase recompensar al progenitor por los esfuerzos que hizo en su día.

La madurez del cuidador empieza así a tambalearse en una cierta crisis de identidad al volcarse en demasía en el enfermo rebaja su propia estima. [(3)]

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

La población mundial está envejeciendo se estima que para el año 2050 el porcentaje de individuos de la tercera edad aumentará de 8 a 21 %, Dada la tendencia demográfica a un incremento del envejecimiento poblacional, lo que conlleva un declive físico y psíquico que condiciona su capacidad funcional, siendo cada vez mayor el número de personas que precisan de cuidados.

Gran parte de los cuidados precisados por estas personas recaen sobre los denominados cuidadores informales, entre los que destacan los cuidados prestados por la familia, que es el principal proveedor de cuidados de salud, así la labor de los cuidadores informales contribuye al mantenimiento de las personas en su entorno social, disminuyendo la utilización de recursos formales y demorando o evitando el ingreso en instituciones

El cuidador es un enfermo oculto, teóricamente sano, sobre quien recae tal impacto de responsabilidades y tareas que ve alterado su equilibrio, a veces con consecuencias extendidas al carácter, las relaciones o la propia familia. Más allá del tradicional "báculo de la vejez" del mayor, asume papeles asistenciales de todo tipo que le ocasionan a menudo un fuerte desgaste. Al sufrimiento propio de quien observa el declive del ser querido se le añaden la ansiedad de la vigilancia constante, el temor al fracaso, la sensación de culpa o incumplimiento, frecuentemente acompañadas de irritabilidad, estrés e impaciencia. Son efectos psicológicos de desgaste que no obstante, el cuidador descuida por cierto escrúpulo de conciencia.

1.2.3 PROGNOSIS

Este proyecto tiene como finalidad evaluar la calidad de atención de los cuidadores y su influencia en el bienestar de los Adultos Mayores

Debido a la fragilidad asociada a la condición de ser humano, todos estamos expuestos a necesitar en un momento dado una ayuda para poder desarrollar actividades tan básicas como vestirse, andar, aseo personal, comer. En el caso de las personas mayores el deterioro psíquico (demencia senil, Alzheimer, enfermedades neurológicas, pérdidas de memoria), las limitaciones físicas (enfermedades reumáticas, Parkinson, traumatismos), los problemas sensoriales (ceguera, sordera, etc.), así como los problemas de salud, crónicos y temporales, son los causantes más comunes de la dependencia.

La gran mayoría de las personas dependientes reciben la ayuda en sus propios hogares, estando a cargo de sus familiares, comúnmente llamados cuidadores, prestando éstos la atención permanente e intensiva que precisan.

El objetivo de realizar este trabajo investigativo se basa en proporcionar a los cuidadores y cuidadoras de personas mayores consejos útiles sobre la atención de su familiar, así como unas recomendaciones saludables a los cuidadores y cuidadoras para que, en el afán de atender las necesidades de su familiar no se olviden de las suyas propias.

La persona cuidadora puede encontrar en esta guía información sobre el proceso de cuidar como la información sobre el proceso de adquisición del papel de cuidador, las fases de adaptación a la nueva situación, además de las consecuencias y los cambios que se dan en la vida afectiva y relacional, en el ámbito laboral y en la salud, derivados todos ellos de la atención a una persona mayor.

De no darse esta investigación, se desconocería las necesidades, así como la sobrecarga que soporta el cuidador, que una vez superados los recursos disponibles, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, en las que se reflejan repercusiones psíquicas y físicas, aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica, dando lugar a lo que algunos autores han dado en denominar síndrome del cuidador.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la Calidad de Atención de los Cuidadores Geriátricos y su Impacto en el Bienestar de los Adultos Mayores en la Parroquia de Quisapincha durante el Período de Octubre a Diciembre del 2013?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

1. Cuál es el grado de instrucción de los cuidadores geriátricos y su relación con la calidad de atención.
2. Que estado físico y psicosocial presentan los cuidadores geriátricos
3. Cuál es el perfil ideal encontrado en los cuidadores geriátrico
4. Qué nivel de bienestar biopsico-social que presenta el adulto mayor

1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.6.1 D. Espacial: Parroquia: Quisapincha

1.2.6.2 D. Temporal: 3 meses (Octubre - Diciembre 2013)

1.2.6.3 D. de Contenido.

1.2.6.3.1 Campo: Psicología

1.2.6.3.2 Área: Geriatría

1.2.6.3.3 Aspecto: Calidad de Atención - Bienestar

1.2.6.4 Objeto de Estudio: Cuidadores - Adulto Mayor

1.3 JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad el saber y las costumbres del cuidado de la vida han sido parte del crecimiento humano y han conformado la cultura del mismo transmitida de padres a hijos, su evolución antropológica y el significado que el saber popular le da. Esta dimensión ha sido descrita por los más eruditos como el arte de cuidar. Podemos aceptar la evidencia de que todos los humanos sabemos cuidarnos y cuidar a los nuestros, pero no por ellos hemos de renegar del carácter científico de dicha actividad.

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad: Entender desde la subjetividad, la percepción de los cuidadores informales de los Adultos Mayores exponiendo su satisfacción con el cuidado humano que proporcionan a sus

familiares padres y/o madres, preservando por ende su estado de salud y dejando de lado el cuidado de su propia salud.

El bienestar hoy en día significa tener, poseer cosas y bienes no importa lo que cueste. En este cuidar la salud, no está incluida. Mientras tanto solo hay una gran preocupación por su ausencia y se toman medidas de protección solo cuando la salud está amenazada. Se puede decir que al hacer referencia del cuidado, es preciso plantearse quienes son los cuidadores y quienes los cuidados. En este sentido, entre los cuidadores formales y los cuidadores informales, está dada por la dependencia institucional, en la cual se inscriben quienes brindan estos servicios. Al mencionar los cuidadores informales, debemos relacionar los conceptos de necesidad y los derechos ciudadanos expresados a través de la producción de bienestar, de manera que quienes satisfacen las necesidades no cubiertas por el sistema formal de cuidados en el ámbito sanitario, podrían ser caracterizados como cuidadores informales.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Valorar la Calidad de Atención de los Cuidadores Geriátricos y su Impacto en el Bienestar de los Adultos Mayores en la Parroquia de Quisapincha Durante el Período de Octubre a Diciembre del 2013

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el grado de instrucción de los cuidadores geriátricos y su relación con la calidad de atención
2. Evaluar el estado físico y psicosocial que presentan los cuidadores geriátricos
3. Describir el perfil ideal encontrado en los cuidadores geriátricos
4. Identificar el nivel de bienestar biopsíco-social que presenta el adulto mayor

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Entre los soportes teóricos científicos a emplearse en la presente investigación se plantean los siguientes:

1. Jesús López, Ramón Orueta Sánchez, Samuel Gómez-Caro, Arancha Sánchez Oropesa, Javier Carmona de la Morena, Francisco Javier Alonso Moreno.***"El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud"***

***Objetivo*.** Conocer la sobrecarga sentida por los cuidadores y las repercusiones que este rol representa sobre su calidad de vida, su salud en las esferas física, psíquica y social y su necesidad de utilización de los recursos sanitarios (frecuentación).

***Diseño*.** Estudio observacional y analítico de casos y controles

***Emplazamiento*.** Centro de salud de características urbanas.

***Participantes*.** El grupo de estudio fue formado por 156 cuidadores principales y el grupo control por 156 personas adscritas al centro de salud que no realizaban funciones de cuidador principal, emparejadas por edad, sexo y número de patologías crónicas padecidas.

***Mediciones*.** Características clínicas y sociodemográficas, datos relativos al rol de cuidador (parentesco, tiempo de desempeño del rol de cuidador, etc.), sobrecarga del cuidador (escala de Zarit), frecuentación, salud percibida, calidad de vida subjetiva (cuestionario de salud de Nottingham), presencia de sintomatología,

ansiedad y depresión (EADG-18), función familiar (APGAR familiar y apoyo social percibido (cuestionario de Duke-UNC).

***Resultados*.** El 66,4% de los cuidadores presentaba sobrecarga en el test de Zarit. El 48,1% los cuidadores respondió que su salud era mala o muy mala, frente al 31,4% del grupo control OR = 2,02.

IC 95%: 1,27 - 3,21). La frecuentación media en el último año fue de 8,37 visitas/año en el grupo de cuidadores y de 7,12 visitas/año en el grupo control ($p<0,01$). Se observó una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en el grupo de cuidadores, así como una mayor frecuencia de posible disfunción familiar y de sensación de apoyo social insuficiente.

***Conclusiones*.** Los resultados indican la necesidad de actuaciones multidisciplinarias encaminadas a apoyar a los cuidadores tanto de forma preventiva como de soporte. Con dichas intervenciones se han obtenido resultados positivos en diversos aspectos relativos tanto a la persona atendida como al cuidador, siendo necesario adaptar las intervenciones a las características y necesidades específicas de cada cuidador. [8]

2. Ana Margarita Espín Andrade ***"Eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia"***

Objetivos:diseñar y evaluar la eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia.

Métodos: se realizó un diseño de desarrollo tecnológico. Se seleccionó una muestra aleatoria estratificada de 96 cuidadores de servicios gerontológicos de ciudad de La Habana, que constituyeron los casos, los restantes 96 cuidadores integraron el grupo control. Para el diseño del programa se identificaron las necesidades de aprendizaje de los cuidadores. El programa constó de 12 sesiones, llevadas a cabo por un equipo multidisciplinario.

Resultados:la diferencia entre el grupo de estudio y control antes de la intervención no era significativa con relación a los conocimientos acerca de la

enfermedad, las habilidades para el cuidado de los ancianos, la calidad del cuidado ofrecido, el consumo de medicamentos por el cuidador, la presencia de trastornos conductuales en el enfermo y la carga del cuidador, mientras que después de la intervención, se observó un cambio favorable altamente significativo de todas estas variables. Hubo un aumento de los casos sin depresión después de la intervención aunque no se evidenció una diferencia significativa entre el grupo estudio y control. El 82,3% de los cuidadores reportaron una elevada satisfacción con el programa.

Conclusiones:el programa fue eficaz debido a que aumentaron los conocimientos y habilidades para el cuidado, disminuyó la carga así como la cantidad de medicamentos consumidos por el cuidador, mejoró la conducta del enfermo y la calidad del cuidado ofrecido. [7]

3. Acosta Torres Clara, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, **"Situación económica y bienestar psicológico en adultos mayores de Balancán, Tabasco"**

Objetivo • Determinar si la situación económica es factor influyente sobre el bienestar psicológico de los adultos mayores del municipio de Balancán, Tabasco.

***Diseño*:** observacional, prospectivo, transversal, analítico. Población: adultos mayores de 60 años de edad, habitantes del municipio de Balancán, Tabasco. Muestra no probabilística por cuota 100 adultos mayores. Se incluyeron sujetos de cualquier sexo, sin deterioro cognitivo, autónomos, que autorizaron su participación en el estudio. Muestro aleatorizado simple. Variables: socioeconómicas y bienestar psicológico. Bienestar psicológico evaluado mediante la Escala de Riff traducida al español. Se estimaron estadísticas descriptivas y razón de posibilidades (OR) con 95% de confianza (p=0.05).

Resultados • 100 adultos mayores de 60 años de edad, 53% femeninos y 47% masculinos. Grupos quinquenales predominantes: 60-64 años 24%, 65-69 años 25%, 70 74 años 20%, 75-79 años 16%. 89% con status económico bajo y 11% con status económico alto. 100% con alto bienestar psicológico. No se encontró asociación significativa entre la situación económica y el bienestar psicológico.

Conclusiones: La situación **económica** no tiene influencia sobre el bienestar psicológico de los adultos mayores de 60 años de Balancán, Tabasco. [9]

4. Elizabeth Flores. Edith Rivas. Fredy Seguel. ***"Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa"***

Objetivo: Determinar el nivel de sobrecarga en el desempeño del rol, en el cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa y su relación con características sociodemográficas.

Material y métodos: Estudio de corte transversal, correlacional y predictivo, en 67 cuidadores familiares adscritos a Programas de Postrados. Se utilizó Escala de Zarit y Encuesta Sociodemográfica.

Resultados: Los cuidadores son mujeres, hijas, casadas, media de edad 58,6 años, condición socioeconómica baja, sin ocupación, escolaridad media incompleta, llevan 1 - 5 años cuidando, dedican 21 - 24 h diarias, sin actividad recreativa, sin ayuda de otras personas y reconocen el apoyo de Centros de Salud Comunitarios. Más de la mitad presentan sobrecarga intensa.

Conclusión: El cuidado de las personas mayores se puede sobrellevar con la organización del trabajo familiar en forma igualitaria y equitativa. Ratifica a la enfermería comunitaria y las organizaciones sociales como factor amortiguador de sobrecarga del cuidador familiar. Se requiere de iniciativas y proyectos que aumenten las redes de apoyo, además, mejorar el plan de apoyo al cuidador con dependencia severa que existe en Chile. [6]

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El paradigma de la investigación es analítico como una alternativa para la investigación social que se fundamenta en el cambio de la atención de salud teniendo como necesidad urgente una adecuada evaluación de las necesidades de los AM, basado en la práctica de los valores como la responsabilidad, la honestidad, la honradez, la solidaridad, y el sentido de equidad.

2.2.1 Fundamentación axiológica:

La presente investigación pretende servir como material de guía hacia los cuidadores para crear un vínculo entre ellos, entregando toda la calidez humanitaria, sabiduría, entendimiento, voluntad, paciencia pero sobre todo amor, demostrando con gestos y actitudes positivas y de afecto, y reconocer que el personal de salud tienen el derecho y el deber de desarrollar un plan apropiado para mantener la salud de los adultos mayores en buen estado, como también de los cuidadores, permitiéndoles así mejorar su calidad de vida.

2.2.2 Fundamentación epistemológica:

Propone afrontar este estudio a través del paradigma post positivista con enfoque cualitativo, que permitirá conocer desde la subjetividad del cuidador informal, hacia el cuidado humano de sí mismo y del adulto mayor.

2.2.3 Fundamentación metodológica:

Se utiliza el método científico adecuado al objeto investigado en su contexto; poniendo en manifiesto la creatividad y la capacidad de crítica del investigador, y de esta manera brindar el conocimiento necesario y cumplir las expectativas de los cuidadores.

2.2.4 Fundamentación ética:

El comportamiento del médico debe ser siempre transparente y responsable respondiendo a las necesidades e inquietudes de los adultos mayores y sus familias, con conocimiento científico, con la aplicación correcta de habilidades y destrezas y con una actitud humanista que permitirá cumplir con los objetivos propuestos.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Según la Declaración Universal de los Derechos humanos adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General el 10 de diciembre de 1948 en el siguiente artículo 25 se establece que:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”

CODIFICACIÓN DE LA LEY DEL ANCIANO

CONGRESO NACIONAL

COMISIÓN DE LEGISLACIÓN Y CODIFICACIÓN

Capítulo III

De los servicios

Art. 7.- Los servicios médicos de los establecimientos públicos y privados,

Contarán con atención geriátrico-gerontológica para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías de los ancianos y su funcionamiento se regirá por lo dispuesto en la presente Ley, su Reglamento y Código de la Salud.

Art. 10.- Los ancianos indigentes, o que carecieren de familia, o que fueren abandonados, serán ubicados en hogares para ancianos o en hospitales geriátricos estatales. Para el cumplimiento de esta disposición, el Ministerio de Bienestar Social, facilitará la infraestructura necesaria.

Los ancianos abandonados recibirán ayuda obligatoria en los hogares de protección estatal, mientras se resuelva la pensión de alimentos y si no fuere posible determinar familiares que asuman la pensión alimenticia, éstos continuarán en los referidos hogares de protección.

Art. 11.- En las reclamaciones alimenticias formuladas por los ancianos, el juez de la causa fijará una pensión, tomando en cuenta las reglas de la sana crítica. Los hijos deben respeto y obediencia a sus progenitores, y deben asistirlos, de acuerdo

a su edad y capacidad económica, especialmente en caso de enfermedad, durante la tercera edad y cuando adolezcan de una discapacidad que no les permita valerse por sí mismos.

Se reconoce acción popular a favor de los ancianos en las reclamaciones de alimentos.

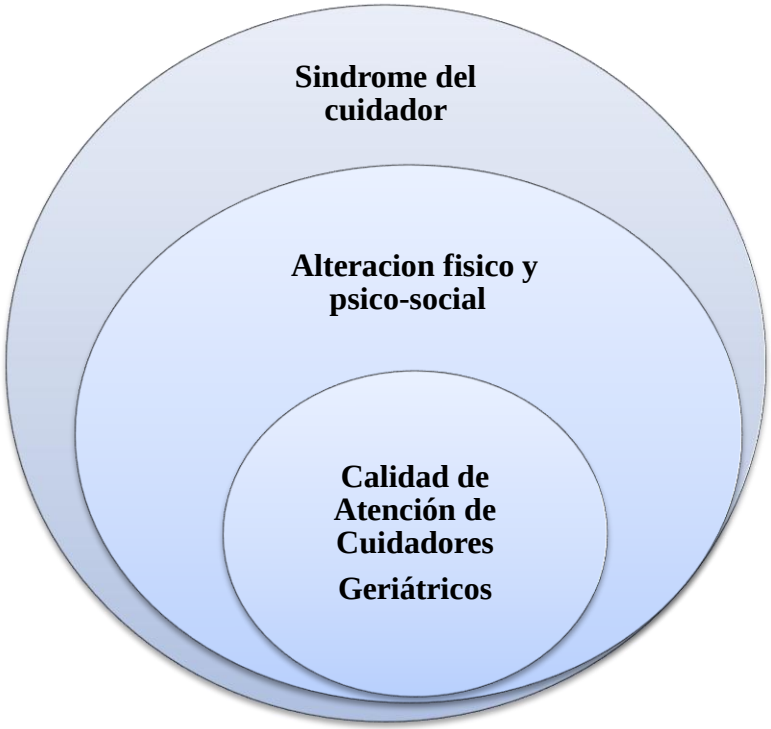
Por lo tanto cualquier persona que conozca que los hijos han abandonado a sus padres en estado de ancianidad, pondrá en conocimiento del defensor del pueblo y/o juez de lo civil del domicilio del anciano, el particular y éste de oficio iniciará la acción legal pertinente y fijará la pensión tomando en cuenta las normas establecidas en el Código Civil y el Código de Procedimiento Civil que rigen para el efecto.

La reclamación podrá ser planteada únicamente en contra de aquellos parientes del anciano que tengan hasta el segundo grado de consanguinidad con él.

Art. 13.- Los medicamentos necesarios para el tratamiento especializado,

Geriátrico y gerontológico, que no se produjeren en el país, podrán ser importados, libres del pago de impuestos y de derechos arancelarios, por las instituciones dedicadas a la protección y cuidado de los ancianos, previa autorización de los ministerios de Bienestar Social y Salud Pública.

2.4 CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES



Variable-Dependiente ***Variable-Independiente***

2.4.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.4.1.1 ENVEJECIMIENTO

2.4.1.1.1 Generalidades:

La vejez no es sinónimo de deterioro o enfermedad, aunque estas situaciones sean frecuentes en esta etapa de la vida. El envejecimiento, puede ser entendido, desde una mirada biológica como un proceso continuo, progresivo, e irreversible, que conlleva una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y sólo concluye con la muerte del individuo. Sin embargo, se debe considerar que este fenómeno no es únicamente biológico, y que está también determinado por factores socioculturales, y por las características propias de cada individuo que envejece, lo que constituye en un fenómeno social complejo. [(9)]

Como una forma de caracterizar este proceso, podemos señalar algunos elementos constitutivos del envejecimiento:

• Es Universal: o sea, es propio de todos los seres vivos.

• Continuo: desde el nacimiento no se detiene hasta la muerte.

• Irreversible: no puede detenerse, ni revertirse.

• Heterogéneo e individual: a medida que las personas envejecen, se van diferenciando cada vez más unas de otras. El envejecimiento es distinto entre individuos de la misma especie y entre los órganos del mismo individuo.

• Deletéreo: lleva a una progresiva pérdida de funcionalidad.

• Intrínseco: determinado al menos parcialmente por factores genéticos.

El envejecimiento implica experimentar una serie de cambios continuos, irreversibles y progresivos, a nivel corporal, psicológico y sociocultural. Primeramente, a nivel corporal aumenta la probabilidad de enfermarse, y se va limitando la capacidad de realizar autónomamente, las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria).

Los cambios orgánicos más importantes ocurren en el sistema nervioso y en los órganos de los sentidos. En el primero, el cambio más evidente es el enlentecimiento de las funciones cognitivas es común que los adultos mayores se quejen de mala memoria; sin embargo, objetivamente estos cambios son leves y no progresivos, excepto si el adulto mayor sufre una patología, como la demencia.

En lo que respecta a los órganos de los sentidos, los cambios más evidentes son la disminución de la agudeza visual y auditiva. La primera, hace que sea frecuente la presbicia, y otras dificultades en la refracción. También se disminuye la producción de lágrimas, y la capacidad de discriminar colores, se tiende a ver mejor el rojo y peor el verde, además los ojos se encandilan fácilmente. La disminución de la capacidad auditiva, es predominantemente de los tonos de alta frecuencia. [10]

Por otra parte, a nivel sociocultural, los adultos mayores experimentan una pérdida de su función social. Esto pues, al margen de las condiciones físicas o de deterioro que pueda presentar una persona mayor, cada sociedad define, de acuerdo a su propia cosmovisión, Por ejemplo, en algunas culturas indígenas y asiáticas, los adultos mayores están ubicados en el rango social más alto, ocupando posiciones de poder, pues son valorados por su conocimiento y experiencia.

Esta apreciación positiva de la adultez mayor, no se observa en nuestra cultura occidental, donde son enaltecidos valores como el trabajo y la productividad, por lo que las personas mayores, son visualizados como “socialmente inútiles” perdiendo, por tanto, su rol social, su lugar en la sociedad. En este sentido, se puede afirmar que falta construir, cultural y socialmente, tareas especificadas para este grupo etáreo, quienes no saben en qué concentrar sus esfuerzos y cómo desarrollar sus potencialidades.

Finalmente, a nivel psicológico un adulto mayor debe enfrentar psíquica y subjetivamente un conjunto de pérdidas, como la de funcionalidad, independencia, de salud, y de función social. Además de afrontar estas pérdidas, deben enfrentar una opinión desvalorizada e incluso negativa de la vejez, visión que impera en la

sociedad, en su comunidad, su familia, y en ellos/as mismos. Esto afecta la percepción que el/la adulto mayor tiene sobre sí mismo, pues estas creencias determinan sus conductas y sus procesos mentales, provocando comportamientos fallidos en diferentes ámbitos. [9]

2.4.1.1.2 Teorías generales sobre el envejecimiento como fenómeno social

Las teorías sobre el ciclo de vida y la adaptación al proceso de envejecimiento son diversas. (Gognalons – Nicolet) reconoce tres generaciones:

Tabla 1: aspectos teóricos sobre el envejecimiento

Aspectos Teóricos Sobre el envejecimiento

Generación	Teorías	Características
1ª generación	Adaptativas	Teorías relacionadas con la capacidad de interacción del individuo con su medio social (teoría de la desvinculación, de la actividad y de una subcultura específica)
2ª generación	Estructurales	Teorías cuyo campo de análisis son los componentes estructurales (impacto de la organización social sobre el envejecimiento) y su influencia en las diferentes cohortes de las personas que envejecen. Destaca, entre otras, la teoría de la modernización en donde el Estado ha insistido en la exclusión social de este grupo de edad por sus políticas de retiro y jubilación consideradas como necesarias para la renovación de las generaciones en el ámbito laboral y que se centran sobre los valores y normas de la sociedad productiva.
3ª generación	"Economía Moral"	Aquí se asocian a la vez los aportes de las teorías del desarrollo y ciclo de vida así como las relacionadas con el rol del Estado y las políticas de la vejez

Fuente: Revista "Sesenta y Piquito, publicación semestral del Centro de Experiencia del Adulto Mayor, de la Fundación Patronato Municipal San José, Edición # 1, 2006

La **Teoría de la Modernización** (incluida dentro de la segunda generación de la tipología de Gognalons - Nicolet) destaca la situación actual del Adulto Mayor caracterizada por ser relegado socialmente de manera considerable, siendo que en las sociedades tradicionales el viejo gozaba de un estatus elevado y era reconocido por su experiencia y sabiduría.

Desde esta visión, el nivel de estatus de los mayores es inversamente proporcional al grado de industrialización. Desde el punto de vista económico la teoría de la modernización destaca la descalificación de los viejos en el ámbito laboral debido a las nuevas exigencias que generan mayor competitividad y mejor formación en las tecnologías de vanguardia

Dentro de este marco se encuentran las **Teorías de la Socialización**, perspectiva que postula que la persona que envejece está expuesta a sufrir y a acumular una serie de pérdidas (sensoriales, motoras, sociales,) que reducen su autonomía y disminuyen su competencia. Aquí se inscriben tres teorías principales que representan tres visiones sobre la adaptación integración de los/as adulto mayor a los procesos de modernización:

• ***Teoría de la actividad*** (R.W. Havighurst y R. Albrecht, 1953) (Lemon, Bengston y Peterson (1972).

Tabla 2: teoría de la actividad

Teoría de la Actividad

Aspectos Positivos de la Teoría de la Actividad
▪ Sentimiento de bienestar: sentirse útil ▪ Protección contra el aburrimiento, soledad, enfermedad Las interacciones sociales contribuyen a mejorar la imagen de uno mismo. ▪ Ideal para los grupos en la edad de la jubilación. Las actividades sociales juegan un rol "amortiguador" para atenuar la pérdida de roles más importantes

Fuente: **Revista "Sesenta y Piquito, publicación semestral del Centro de Experiencia del Adulto Mayor, de la Fundación Patronato Municipal San José, Edición # 1, 2006**

• ***Teoría de la desvinculación*** (E. Cummings y W.E. Henry, 1961).

Tabla 3: teoría de la desvinculación

Teoría de la Desvinculación

Aspectos de la Teoría de la Desvinculación
▪ Asegura el funcionamiento óptimo de la sociedad. Representa una forma ordenada de transición del poder. ▪ Permite a los individuos adaptarse más adecuadamente a sus pérdidas. Ideal para los grupos en la edad de la jubilación. ▪ Protege al individuo contra situaciones de estrés.

Fuente: **Revista "Sesenta y Piquito, publicación semestral del Centro de Experiencia del Adulto Mayor, de la Fundación Patronato Municipal San José, Edición # 1, 2006**

• ***Teoría de la continuidad*** (R.C. Atchley, 1971).

Tabla 4: teoría de la continuidad

Teoría de la Continuidad

Aspectos de la Teoría de la Continuidad	Postulados básicos
▪ Rescata el sentido de identidad del individuo a lo largo de su vida. ▪ Preparación a la vejez: Establece predictores para los diferentes tipos de envejecimiento cuya utilidad sería el tomar conciencia de ellos desde etapas tempranas de la vida. ▪ Destaca la necesidad de aprender a utilizar las diferentes estrategias de adaptación que ayuden a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y pruebas de la vida.	▪ El paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado. Prácticamente la personalidad así como el sistema de valores permanecen intactos. ▪ Al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida.

Fuente: **Revista "Sesenta y Piquito, publicación semestral del Centro de Experiencia del Adulto Mayor, de la Fundación Patronato Municipal San José, Edición # 1, 2006**

2.4.1.1.3 Condiciones Sociales de la Vejez

Las condiciones en las que se desarrolla la vejez, se han trabajado desde hace varias décadas. La **Teoría de la Estratificación Social**, nos indica que son las sociedades las que definen las características y oportunidades de acceso a las condiciones sociales de vida para las personas mayores. Envejecer constituye un factor de descenso en la escala de prestigio social, con lo que las posibilidades de acceder a mejores condiciones de vida para los adultos mayores delimitan, por el sólo hecho de sobrepasar determinada edad. [9]

En términos generales, se establecen cuatro grandes cambios en el ámbito social que afectan negativamente las condiciones de vida de las personas mayores:

• **Ausencia de rol social:** tiene que ver con que la sociedad no cuenta con un conjunto de actividades específicas relacionadas con esta etapa de la vida. Por lo que los adultos mayores se enfrentan a no saber qué hacer con su tiempo.

• **Desvalorización de la vejez**: se le relaciona con una serie de ideas negativas, como decadencia, deterioro, incapacidad, inutilidad social, entre otras. Esta imagen afecta a las personas mayores, quienes al interiorizar estas ideas se perciben a sí mismos.

• **Respuesta social al deterioro biológico:** la visión social negativa de la vejez se impone en variados ámbitos de lo social, estableciendo un escaso acceso a servicios tanto públicos como privados adaptados a las necesidades específicas de los mayores.

• **La pérdida de ocupación:** esto se relaciona con la imposición de la jubilación, la incapacidad de trabajar y el monto de las jubilaciones en nuestro país. Los montos de las pensiones empobrecen a las personas mayores, y las hacen estar en permanente riesgo de exclusión social. [9]

2.4.1.1.4 El envejecimiento como fenómeno biológico y psicológico

Teorías Biológicas sobre el Envejecimiento

Se han propuesto muchas teorías para explicar el proceso de envejecimiento desde sus factores biológicos. Goldtein y Colaboradores las dividen en dos categorías: las que afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (Teorías Estocásticas) y las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (Teorías no Estocásticas).

Teorías Estocásticas

a) Teoría del error Catastrófico: (Orgel 1963) poca evidencia científica lo apoya: esta teoría propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determinaría el daño en la función celular.

b) Teoría de Entrecruzamiento de las Micro-fibrillas (Cross - Linking) postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinarían envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad. Esta teoría no explica todos los fenómenos relacionados

c)Teoría del Desgaste (Wear - Tear) propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo. La capacidad de reparación del ADN se correlaciona positivamente con la longevidad de las diferentes especies.

d) Teoría de los Radicales: (Denham - Harman 1956), esta es una de las teorías más populares. Propone que el envejecimiento seria el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres. El oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales). Se cree que

este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc. [10]

Según la evidencia con que se cuenta hasta el momento, si logramos disminuir la generación de radicales o neutralizamos su daño, lograríamos disminuir estas enfermedades.

***Teorías No Estocásticas* (Genéticas y del desarrollo).**

Estas teorías proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última fase dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma. Hasta el momento no existe evidencia en humanos de la existencia de un gen único que determine el envejecimiento, pero a partir de la Progeria (*Síndrome del envejecimiento prematuro*). Se puede extrapolar la importancia de la herencia en el proceso de envejecimiento.

a) Teoría del Marcapasos: (poco probable) Los sistemas inmune y neuroendocrino serían marcadores intrínsecos del envejecimiento. Su involución está genéticamente determinado para ocurrir en momentos específicos de la vida. El timo jugaría un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres. Denominada también “reloj del envejecimiento”

b) Teorías Genéticas: Es claro que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento, aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados

Tabla 5: Evidencias del Control Genético de la Longevidad

Evidencias del control genético de la longevidad
• Existen patrones de longevidad específicos para cada especie animal. • Existe una mucho mejor correlación en la sobrevida entre gemelos monocigotos, que entre hermanos. • La sobrevida de los padres se correlaciona con la de sus hijos. • La relación peso cerebral/ peso corporal x metabolismo basal x temperatura corporal, mantiene una relación lineal con la longevidad en los vertebrados. • En los síndromes de envejecimiento prematuro (Síndrome de Werner y Progería), en los cuales los niños mueren de enfermedades relacionados al envejecimiento, hay una alteración genética autosónica hereditaria. • A nivel celular es conocido el fenómeno de Apoptosis o muerte celular programada. • Se sabe también que existen oncogenes estimuladores del crecimiento, los cuales al activarse determinan división celular infinita, lo que resulta en una inmortal (Cancerosa).

Fuente: Revista "Sesenta y Piquito, publicación semestral del Centro de Experiencia del Adulto Mayor, de la Fundación Patronato Municipal San José, Edición # 1, 2006

No existe una teoría sobre envejecimiento que pueda explicar todo. Probablemente envejecer sea la consecuencia de una serie de factores, intrínsecos (genética, longevidad familiar, mayor sobrevida en el sexo femenino, etc) y extrínsecos (ambientales, estilos de vida, enfermedades asociados, etc), que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo y determinan finalmente un debilitamiento de la homeostasis que culmina con la muerte.

2.4.1.1.5 Consecuencias del Envejecimiento en la Salud Física y Mental

El proceso de envejecimiento está presente a lo largo de todo el ciclo vital humano, sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse en forma paulatina y en un momento determinado mostrar sólo algunas características. La enfermedad no debe considerarse como un fenómeno propio del envejecimiento, sin embargo, cuando se identifica una desviación de salud es importante sospechar la asociación con otros trastornos, ya que la interacción entre diferentes síndromes constituye una característica de este proceso. Por ello, se hace necesario conocer las consecuencias del envejecimiento en el deterioro físico y mental como parte de este proceso. [(10)]

Tabla 6: cambios fisiológicos del envejecimiento

Ojos	• Ojos hundidos y laxos, lo que se le produce por una pérdida con perdida de las estructuras de soporte del ojo. • Sequedad y pérdida de brillo ocular. • Formación de arco senil, debido a depósitos de colesterol. • Reducción del lagrimeo. • Aumento de la presión intraocular. • Reducción en la reacción pupilar ante la luz y en la adaptación a la oscuridad. • Se reduce la percepción viso-espacial. • Reducción en la diferenciación entre algunos colores (Azul y Verde) y mejora de otras colores (Amarillo y Naranja).
Oído	• Pérdida de agudeza auditiva (disminuye la capacidad de percibir, localizar y discriminar los sonidos). • Se reduce la habilidad de desplazarse en la oscuridad. • Puede disminuir el control postural reflejo. • Aumenta la intensidad del sonido. • Se reduce la tolerancia a los tonos altos. • Riesgo de caer por pérdidas del equilibrio y del control postural.
Boca	• Pérdida del sentido del gusto por sequedad de las mucosas. • Pérdida de apetito. • Reducción de la agudeza de las papilas gustativas. • Reducción de la sensación de calor y frío. • Reducción de la sensibilidad del reflejo tusígeno. • La deglución con la edad se dificulta. • Se reduce el reflejo del vómito. • Disminuye la habilidad de masticación. • Deterioro dental. Y uso de prótesis dental. • Son frecuente las caries dentales, trastornos de la lengua y alteraciones en la mucosa oral.
Nariz	• Reducción del sentido del olfato por una disminución de la vascularización de los senos paranasales. • Crecimiento del cartílago nasal e hipertrofias de las vellosidades del ala de la nariz.
Aparato Respiratorio	• Reducción del volumen respiratorio, • Reducción de la perfusión periférica. • Reducción del movimiento ciliar y de la eficacia de la tos. • Reducción del moco producto de la resequedad de las membranas mucosa lo que predispone a las infecciones respiratorias.
Sistema Cardiovascular	• Aumento de la presión sistólica con un ligero aumento de la presión diastólica: hipertensión ortostática. • Reducción de la frecuencia y del gasto cardiaco entre un 30 y 40% durante el esfuerzo físico. • Reducción de la circulación arterial.

	• Pulsos más débiles. • Insuficiencia venosa especialmente en las extremidades inferiores, lo que aumenta el riesgo de ulceras, estásis, varices, edemas e inflamaciones.
Aparato Gastrointestinal	• Reducción de la producción de saliva, ácido gástrico, enzimas digestivos y moco intestinal. • Reducción de la motilidad intestinal, debido al envejecimiento neuronal en el sistema nervioso central y a los cambios del colágeno. • Reducción del peristaltismo esofágico. • Reducción de la tolerancia alimentaría producto de la disminución de la flora bacteriana. • Estitiquez o estreñimiento. • Incontinencia fecal asociada a tres causas principales: impactación fecal, enfermedad subyacente y enfermedad neurológica. • Prognatismo: pérdida de altura facial. • Síntomas esofágicas o reflujo gastroesofágico, producto de la dilatación esofágica. • Reducción del tamaño del hígado y de la capacidad de metabolizar ciertos fármacos. • Signos de malnutrición. • Preferencias y gustos alimentarias.
Aparato Renal	• Reducción de la perfusión renal. • Varía el patrón de eliminación (Nicturia). • Síntomas y/o signos de incontinencia urinaria, las cuales pueden presentar única o simultánea. • En el varón puede variar el chorro de orina debido a una hipertrofia prostática.
Sistema Reproductor Femenino	• Estrechamiento y acortamiento de la vagina. • Reducción de la producción de estrógenos. • Cambio en la flora y ph vaginal. • Atrofia en la vulva. • Reducción y aclaración del vello pubiano. • Aplastamiento de los labios mayores y menores. • Reducción del tejido mamario volviéndose péndulas y placidas. • Puede darse vaginitis, dispaneuria y hemorragias. • Irritación a nivel de la vulva.
Sistema Reproductor Masculino	• Reducción del tamaño y de firmeza de los testículos. • Aumento del tamaño de la glándula prostática. • Aumento del diámetro del pene. • Reducción de la producción de testosterona. • Dificultad en la erección.
Sistema Músculo esquelético	• Reducción de los movimientos voluntarios rápidos. • Reducción de la amplitud de los movimientos debido a la rigidez muscular. • Existe una respuesta diferida ante los reflejos (constricción y esclerosis de tendones y músculos).

	• Reducción de la masa muscular. • Reducción de la estatura 2.5 a 10 cm. (pérdida de agua del tejido cartilaginoso y un estrechamiento disco vertebrales). • Cambios artrósicos en las articulaciones. • Reducción y desmineralización de los huesos (osteoporosis y fragilidad ósea), siendo los huesos más propensos a la fractura: cadera, cuerpos vertebrales, hombro y muñeca. • Postura de flexión generalizada, se inclina la cabeza y cuello, los hombros cuelgan, se acentúa la curvatura dorsal y las rodillas se doblan (fibrosis de los tejidos periarticulartes y ligamentos).
Sistema Tegumentario	• Presencia de arrugas, pliegues y ptosis secundario a la disminución de la elasticidad. • Se observa piel más fina y floja destacando las prominencias óseas de antebrazos, pantorrilla y dorso de las manos y pies. • Resequedad y descamación de la piel producto de la disminución de número, tamaño y función de las glándulas sudoríparas. • Presencia de manchas hiperpigmentadas en las regiones expuestas al sol. • Frialdad en las extremidades debido a un enlentecimiento en las funciones de termorregulación, sensación de dolor, presión y vibración. • Reducción del proceso de cicatrización. • Reducción del crecimiento del cabello y presencia de canas. • Reducción del vello pubiano u axilar, después del climaterio. • Presencia de telangectiasia senil, son pequeños tumores diseminados de color escarlata. • Reducción de la velocidad de crecimiento de las uñas.
Sistema Neurológico	• Reducción de la velocidad de conducción de algunos nervios. • Reducción del sentido de olfato. • Reducción del sentido postural. • Reducción del sentido táctil y de la sensibilidad a las temperaturas extremas. • Variación en el patrón de sueño. • Reducción del rango, intensidad y duración de la voz.(Cuid.Enfer. En Man. Geriat.. Y Geront.., 2000)

Fuente: **María Trigás-Ferrín, Lucía Ferreira-González, Héctor Meijide-Míguez." Escalas de valoración funcional en el anciano", Recibido: 15/10/2011; Aceptado: 03/01/2011.**

En esta área se describirán algunas patologías mentales que se pueden considerar como las más relevantes que afectan su bienestar y la calidad de vida del adulto mayor.

a) Síndrome Confusional Agudo o Delirio

El síndrome confusional agudo, llamado también "delirio", corresponde a una alteración en el estado mental que se caracteriza por ser aguda y reversible, es uno de los desórdenes cognitivos más importantes en el adulto mayor.

El desarrollo de un síndrome confusional agudo no rara vez es el primer signo de compromiso de la función cerebral, además puede ser la forma clínica de presentación de una enfermedad o de su tratamiento. La falta de diagnóstico y tratamiento oportuno pudiera resultar en daño cerebral o muerte.

Como cuadro clínico se trata de un proceso agudo, de comienzo de horas, días o hasta meses. Característicamente presenta fluctuaciones a lo largo del día, pero al comenzar a oscurecer se agitan frecuentemente se presenta como un cuadro en aumento caracterizado por intranquilidad, hipersensibilidad a los estímulos visuales y auditivos e inversión del ritmo sueño-vigilia (incluido insomnio y pesadillas). [(9)]

b) Demencia

La demencia es una de las enfermedades más temidas y caras de la sociedad actual. Se define como un síndrome clínico de deterioro cognitivo adquirido, que determina una disminución de la capacidad intelectual suficiente como para interferir en el funcionamiento psicológico, social y en su calidad de vida. Muchas patologías pueden causar demencia y algunas de ellas pueden ser reversibles.

Algunos síntomas considerados de alarma o sugerentes de demencia son:

- Dificultad para aprender y retener nueva información.
- Dificultad para realizar tareas complejas (cocinar, emitir un cheque, etc)
- Deterioro en la capacidad de razonar.
- Desorientación espacial (se pierde en la calle, o en lugares familiares)

- Deterioro del lenguaje (le cuesta encontrar las palabras adecuadas en una conversación).
- Alteración en el comportamiento (pasividad, irritabilidad que lo habitual y puede malinterpretar ciertas situaciones).
- Puede haber cambios en los modos de vestir, higiene, orden, puede llegar tarde a las citas, etc.

c) Depresión

Los trastornos del ánimo son una de las patologías más frecuentes en la vejez. A nivel de los consultorios de atención primaria, aproximadamente uno de cada tres usuarios mayores de 60 años sufren de sintomatología depresiva, siendo ésta detectada por los Psicólogos y médicos no especialista. Según el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico, cuarta versión – IV) para el diagnóstico del Episodio Depresivo, al menos, cinco de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; uno de estos síntomas es:

- Animo deprimido
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día (apatía).
- Significativo aumento o pérdida de peso, disminución o incremento en el apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación psicomotora o enlentecimiento
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimiento de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada
- Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar o marcada indecisión
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico o un intento de suicidio.
- Los síntomas no son explicados por un duelo, aunque éste puede complicarse por un cuadro depresivo.

Además, se puede considerar como variables asociadas con la depresión de la tercera edad, las siguientes: ser separada(o), ser mujer, la viudez, el nivel socioeconómico bajo, insuficiente apoyo social y la ocurrencia de eventos vitales recientes adversos e inesperados.

Un factor de riesgo importante es la discapacidad producida por enfermedades físicas. Es frecuente la asociación de una patología crónica con una enfermedad depresiva. [9]

2.4.1.1.6 Dependencia en la vejez

Desde una aproximación funcional, se puede definir la dependencia a partir del ajuste de los individuos a las demandas de su medio físico y social, influyendo sobre este ajuste, tanto la presencia de enfermedades crónicas, como la falta de motivaciones, déficit sensoriales, dolor, cuestiones sociales, factores ambientales y expectativas culturales.[10]

Desde una amplia perspectiva, esta concepción unidimensional de la dependencia no debería ser la única, sino que es preferible pensar en la dependencia como un concepto de naturaleza compleja, de diversas caras, en el que influyen variables biológicas, psicológicas y sociales.

El Consejo de Europa define la dependencia como "la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana", o, de manera más precisa, como un "estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal". [9]

Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que se pueda hablar de una situación de dependencia;

- en primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona;

- en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria;
- en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

En realidad, la dependencia recorre toda la estructura de edades de la población. No se puede circunscribir el fenómeno de la dependencia al colectivo de las personas mayores, aun cuando sean éstas las que con más intensidad se ven afectadas. La dependencia puede aparecer en cualquier momento de la vida. Puede estar presente desde el nacimiento, desencadenarse a consecuencia de un accidente o de una enfermedad aguda en la infancia, la juventud o la vida adulta o, más frecuentemente, ir apareciendo a medida que las personas envejecen, como consecuencia de enfermedades crónicas (Demencias) o como reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas (aparato respiratorio, Cardiovascular), atribuible al proceso global de senescencia (y otras ya descritas). (9)

La dependencia, regularmente se ha analizado desde el punto de vista de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), las cuatro áreas de funcionamiento más estudiadas son:

- ✓ **Dependencia económica:** se refiere a que la persona mayor, debe jubilarse a pasar a formar parte de la población "inactiva" o dependiente.
- ✓ **Dependencia física:** el envejecimiento puede provocar una pérdida de funciones corporales.
- ✓ **Dependencia social:** la vejez se asocia a pérdida de personas y de relaciones significativas.
- ✓ **Dependencia mental:** se relaciona con la pérdida de la capacidad de tomar decisiones. (11)

Esa perspectiva es coherente con el planteamiento de la nueva clasificación de discapacidades de la OMS, denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001), adoptada durante la LIV Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra (Suiza) en 2001, que

propone el siguiente esquema conceptual para interpretar las consecuencias de las alteraciones de la salud:

• *Déficit en el funcionamiento:* (sustituye al término deficiencia tal y como se venía utilizando por la anterior clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía, CIDDM, de 1980): es la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. En este contexto el término anormalidad se usa para referirse a una desviación significativa de la norma estadística.

• *Limitación en la actividad* (sustituye el término discapacidad, tal y como se venía utilizando en la CIDDM): Son las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades. Las limitaciones en la actividad pueden calificarse en distintos grados, según supongan una desviación más o menos importante, en términos de cantidad y calidad, en la manera, extensión o intensidad en que se esperaría la ejecución de la actividad en una persona sin alteración de salud.

• *Restricciones en la participación* (sustituye el término minusvalía, tal y como se venía utilizando en la CIDDM): Son problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. La presencia de restricciones en la participación es determinada por la comparación de la participación de un individuo con la participación esperada de un individuo sin discapacidad en una determinada cultura o sociedad.

• *Barrera:* Son todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que condicionan el funcionamiento y crean discapacidad. Pueden incluir aspectos como, por ejemplo, un ambiente físico inaccesible, la falta de tecnología asistencial apropiada, las actividades negativas de las personas hacia la discapacidad y también a la inexistencia de servicios, sistemas y políticas que favorezcan la participación.

• *Discapacidad:* En la CIF es un término paraguas que se utiliza para referirse a los déficit, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación.

Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno (factores contextuales y ambientales). [10]

En este contexto, la dependencia debería entenderse como "un constructor multicausal, multifuncional, y multidimensional, donde los factores biológicos, psicológicos y sociales son todos ellos antecedentes, que inducen a la dependencia conductual, esto es, a solicitar o aceptar pasiva o activamente la ayuda de los demás".

Existen tres grandes grupos de factores que influyen en la situación de dependencia de una persona mayor:

Tabla 7: Factores que Influyen en la Situación de Dependencia de una persona mayor

Factores que Influyen en la Situación de Dependencia de una persona mayor

Factores	Elementos
Factores Físicos	Fragilidad Física
	Enfermedades Crónicas
	Utilización de Fármacos
Factores Psicológicos	Trastornos mentales
	Factores de la personalidad
Factores Contextuales	Ambiente Físico
	Ambiente Social

***Fuente:*María Trigás-Ferrín, Lucía Ferreira-González, Héctor Meijide-Míguez." Escalas de valoración funcional en el anciano", Recibido: 15/10/2011; Aceptado: 03/01/2011.**

El fenómeno de la dependencia en la adultez mayor debe además cruzarse, con dos fenómenos sociales importantes, primero el aumento progresivo de la esperanza de vida, lo que implica mayor cantidad de años y de posibilidad de dependencia, y los cambios producidos en la familia, institución que recibe la mayor demanda de cuidados.

Paradójicamente, mientras aumenta el número de adultos mayores que requieren cuidados, disminuye el número de familias dispuestas a entregar estos cuidados. [10]

2.4.1.1.7. BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

La percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, de estar de buen ánimo, de sentirse satisfecho. El estado de bienestar experimentado por los individuos depende tanto de las condiciones sociales y personales, y de la forma como los individuos se enfrentan a ellas, teniendo en cuenta que esto sucede dentro del contexto de una sociedad y que los individuos conviven o están interactuando con otros miembros de ella.

Cuya principal importancia de bienestar es que contribuye a modificar actitudes, así como clarificar y aplicar valores para la convivencia respetuosa, incrementar su autoestima, reforzar su autonomía, modificar la visión fatalista y negativa que han internalizado acerca de la vejez, encontrar el sentido de la vejez y crecer interiormente, preservar la salud física y mental, mejorar la alimentación, participar organizadamente, prevenir y erradicar la violencia, el abuso y la discriminación, además de promover y ejercer los derechos en la vejez.

Las diversas perspectivas que existen respecto al bienestar subjetivo y psicológico pueden ser integradas, en la medida que muchos teóricos coinciden en ciertas características de éste y operacionaliza el bienestar subjetivo en las siguientes dimensiones: Auto-aceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio del ambiente, propósito en la vida, y crecimiento personal.

Factores asociados al bienestar del adulto mayor

Sostiene que la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones socialmente significativas; es decir, esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital, de lo contrario se vivirá como una fase de declinación y aislamiento social del adulto mayor.

No obstante, se considera que una de las principales barreras entre la vejez y un estado de bienestar, lo constituye una evaluación negativa de la ancianidad hecha por algunos miembros de las sociedades occidentales, lo que disminuye la oportunidad de aceptar otros hallazgos importantes de la gerontología moderna,

los cuales destacan el incremento de la variabilidad, interindividual en relación con el funcionamiento y el ajuste en la vejez y el hecho de que la mayor parte de las personas se ubicarían en el rango normal de esta variabilidad. [21]

2.4.1.1.8. ESCALA DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR.

La Escala de Evaluación del Bienestar del Adulto Mayor (EBAM) desarrollada por Sánchez y Castillo, 2010, formada por varias dimensiones.

Cada dimensión consta de 5 reactivos en escala de Sí, a veces o NO. A continuación se ilustran las dimensiones y sus definiciones operacionales.

Dimensión
I. Deterioro por la edad
II. Estado de salud
III. Autonomía e independencia
IV. Sentimientos
V. Cognición
VI.- Red social
VII.- Accesibilidad
VIII.- Seguridad social

I. **Deterioro por edad:** que acompaña al envejecimiento, propicia modificaciones en sistemas y órganos

Deterioro por la edad	SI	A veces	N0 o NA	Puntos
1.- Tengo dificultades para escuchar	2	1	0	
2.- Me siento débil	2	1	0	
3.- Tengo dificultades para ver, aún con lentes	2	1	0	
4.- Me siento cansado	2	1	0	
5.- Tengo incontinencia urinaria	2	1	0	
6.- Puedo caminar sin dificultad	0	1	2	
7.- Se me olvidan muchas cosas	2	1	0	
8.- Estoy contento con mi sexualidad	0	1	2	
9.- Puedo comer de todo	0	1	2	
10.- Puedo hacer ejercicio	0	1	2	
Total				

II. **Estado de salud:** es la sensación de bienestar de acuerdo a su salud o alguna enfermedad crónica

Estado de salud	SI	A veces	N0 o NA	Puntos
1.-Me siento enfermo	2	1	0	
2 .-Tengo dolor	2	1	0	
3.- Duermo bien	0	1	2	
4.-Tomo medicamentos	0	1	2	
5.- Voy al médico	2	1	0	
6.- Tengo buena digestión	0	1	2	
7.- tengo un peso adecuado	0	1	2	
8.-Tengo problemas cardiacos	2	1	0	
9.-Padezco diabetes	2	1	0	
10.- Fumo	2	1	0	
Total				

III. **Autonomía e independencia:** requieran del apoyo para la realización de actividades cotidianas, como: comer, descansar, el aseo personal, ir al baño.

Autonomía- Independencia	SI	A veces	N0 o NA	Puntos
1.- Voy solo al baño	0	1	2	
2.- Puedo trasladarme en autobús	0	1	2	
3.- Me visto sin ayuda	0	1	2	
4.- Puedo prepararme mi desayuno	0	1	2	
5.- Puedo ir al centro/plaza sin ayuda	0	1	2	
6.- Estoy pendiente de tomar mis medicinas	0	1	2	
7.- Voy a comprar solo a la tienda	0	1	2	
8.- Recuerdo mis citas y compromisos	0	1	2	
9.- puedo hacer ejercicio	0	1	2	
10..- Manejo mi propio dinero	0	1	2	
Total				

IV. **Sentimientos:** se refiere a la apreciación que el sujeto tiene con respecto a sentimientos de tristeza y valoración

Sentimientos	SI	A veces	N0 o NA	Puntos
1.- Me siento triste	2	1	0	
2.- Soy muy nervioso	2	1	0	
3.- Me siento solo	2	1	0	
4.- Estoy preocupado	2	1	0	
5.- Disfruto la vida.	0	1	2	
6.- Tengo miedo de morir	2	1	0	
7.- Me siento útil	0	1	2	
8.- Estoy contento con mi imagen	0	1	2	
9.- Soy una persona querida	0	1	2	
10.-Soy importante para los demás.	0	1	2	
Total				

V. **Cognición:** valoramos los diferentes tipos de memoria y su capacidad de las funciones intelectuales

Cognición	SI	A veces	N0 o NA	Puntos
1.- Recuerdo eventos de mi juventud	0	1	2	
2.- Puedo hacer cuentas financieras	0	1	2	
3.- Se me olvidan los nombres de las personas	2	1	0	
4.- Puedo decir la fecha y la hora	0	1	2	
5.- Leo (periódico, revistas y libros)	0	1	2	
6.- tengo planes para el futuro	0	1	2	
7.- entiendo la trama de los programas de TV	0	1	2	
8.- Puedo decir mi dirección	0	1	2	
9.- recuerdo los números de teléfono	0	1	2	
10.- estoy al tanto de las noticias.	0	1	2	
Total				

VI. **Red social:** Se refiere al número de personas que conoce y frecuenta, densidad, número de amigos con quienes conversa por semana, compromiso, sensación de aprecio, actividades físicas.

Red social	SI	A veces	N0 o NA	Puntos
1.- tengo un pasatiempo	0	-	2	
2.- tengo amigos	0	1	2	
3.- me reúno con otras personas de mi edad	0	1	2	
4.- salgo a fiestas y reuniones	0	1	2	
5.- cuento con mis familiares	0	1	2	
6.- Hablo por teléfono	0	1	2	
7.- voy al restaurant	0	1	2	
8.-pertenezcoa un grupo religioso.	0	1	2	
9.- pertenezco a un club o asociación.	0	-	2	
10.-conozco a mis vecinos	0	-	2	
Total				

VII. Accesibilidad y vivienda: facilidades y confort de su medio donde habita

Vivienda y accesibilidad	SI	A veces	N0 o NA	Puntos
1.-Mi casa tiene luz suficiente	0	1	2	
2.- Mi baño tiene agarradera	0	1	2	
3.- MI regadera cuenta con un banquillo	0	1	2	
4.- Mi casa tiene escaleras	2	1	0	
5.- Hay teléfono en mi cuarto	0	1	2	
6.- El piso de mi casa es resbaloso	2	1	0	
7.- Mi casa es muy fría / calurosa	2	1	0	
8.- Hay una lupa en mi casa	0	1	2	
9.- Mi dormitorio es cómodo	0	1	2	
10.- Tengo privacidad cuando lo deseo.	0	1	2	
Total				

VIII. Seguridad social: situación económica y preparo su vida para esta etapa, financieramente.

Seguridad Social	SI	N0
1.- tengo una pensión	0	2
2.- tengo seguro médico	0	2
3.- tengo seguro de vida	0	2
4.- tengo testamento	0	2
5.- tengo una vivienda propia	0	2
6.- tengo una cuenta bancaria	0	2
7.-tengo ahorros	0	2
8.-tengo tarjeta de crédito	0	2
9.- mi familia me apoya económicamente.	0	2
10.- tengo un vehículo	0	2
Total		

Para determinar los niveles de cada una de las dimensiones, se delimitaron rangos con base a la literatura los cuales se fijaron bajo, leve y moderado con respecto a la presencia o ausencia de la dimensión que se midió.

Rango de puntación para la dimensión de: deterioro por edad, estado de salud, autonomía-independencia, sentimientos, cognición, vivienda y accesibilidad y seguridad social.

Nivel	Rango
Bajo	0-5
Leve	6-10
Moderado	11- 15

Rango de puntuación solo para la dimensión de Red social

Nivel	Rango
Inactivo	0-5
Bajo	6-10
Frecuente	11-15
Activo	16-20

2.4.1.2. CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES

Cuidador es aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria. Estas personas suelen interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que trae con el tiempo una repercusión negativa en su salud, que puede presentar un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos, a los que generalmente se les denomina "carga". A esta "carga", se le ha dado diferentes nombres: colapso, crisis, sobrecarga, Burnout, síndrome del quemado, síndrome del cuidador, síndrome del cuidador principal, claudicación del cuidador.

2.4.1.2.1. Tipos de cuidadores

***1. Cuidador informal*:** Son aquellos que no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. Es brindado por familiares, amigos y vecinos. Se diferencian en cuidadores principales o primarios y cuidadores secundarios según el grado de responsabilidad en el cuidado de los ancianos.

El cuidado informal

La familia sigue siendo, a pesar de los cambios sociales de las últimas décadas, la institución encargada de satisfacer las necesidades de mantención y cuidado de sus miembros. En este sentido, cuando se refiere a la población mayor, este cuidado se caracteriza por ser informal y por provenir, principalmente de algún miembro femenino de la familia.

Han sido las mujeres las que tradicionalmente se han hecho cargo de esta responsabilidad. Con la transformación de las sociedades y los patrones de constitución familiar y principalmente debido a la inserción de las mujeres en el trabajo remunerado, se producen importantes transformaciones en el panorama de los cuidados familiares que ponen en tensión a las sociedades respecto de la necesidad de redistribuir las responsabilidades de cuidado tradicionalmente asociadas a las mujeres. [13]

El cuidado informal es el que realizan parientes, amigos o vecinos, "este conjunto difuso de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración". Este tipo de cuidados son los que regularmente se observan en las familias con menores recursos, pues no tienen la posibilidad de pagar un cuidador formal o financiar una residencia de larga estadía. En este sentido, lamentablemente, si la familia se encuentra en condición de pobreza y cuenta entre sus miembros con un adulto mayor dependiente, generalmente un miembro femenino deberá hacerse cargo de su cuidado,

minimizando sus posibilidades de inserción laboral y de mejoramiento de su condición socioeconómica familiar.

De acuerdo a varios autores, la carga de trabajo para un cuidador de un adulto mayor dependiente es significativa, sobre todo en los casos de adultos mayores que sufren algún tipo de demencia. Y en muchos casos, las escasas redes de apoyo formal a los cuidadores impiden un adecuado afrontamiento de esta situación.[14]

El cuidado de los adultos mayores dependientes en sus hogares constituye una parte importante de la red informal de cuidados, que se caracteriza por ser de "larga duración" y su "intensidad". El cuidado en la vejez implica un apoyo prolongado y constante durante un período considerable de la vida, implicando diversos niveles de apoyo que van desde lo emocional (sentirse querido, expresarse). [14]

***2. Cuidador formal*:** Toda aquella persona que cuida en forma directa a ancianos en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo un pago o beneficio pecuniario (dinero) por su trabajo. Sólo 3% de los pacientes adultos mayores discapacitados, tienen cuidadores remunerados. Idealmente, los cuidadores formales de ancianos son personas capacitadas a través de cursos teórico-empíricos de formación para otorgar atención preventiva, asistencial y educativa en caso de que exista, a su grupo familiar. Saber cuidar a los viejos es un verdadero arte denominado GERONTOCOMIA. [9]

2.4.1.2.2. Sintomatología del cuidador

Un aspecto bastante olvidado es la tarea del cuidador, el resto de las personas se limitan a criticarlos, a juzgarlos, sin pensar en lo arduo de su tarea, en que muchas veces son agredidas física y verbalmente por aquellos a quienes atiende, en lo absorbente que es el trabajo de cuidar adultos mayores, la gran carga física y mental que requiere, de ahí que estos trabajadores también requieran atención.

El cuidar tiene también consecuencias para quien lo hace, el cuidador invierte una dosis en mayor o menor medida de recursos emotivos y físicos en la persona que cuidan. En la medida que el tiempo transcurre y la enfermedad o la dependencia avanzan, la tarea puede ser realizada con menor entusiasmo, independientemente de la relación afectiva o de trabajo. [11]

Complicaciones físicas: Dolores crónicos, cefaleas tensionales, fatiga crónica, trastornos digestivos (dispepsias), pérdida o incremento de peso corporal, infecciones virales a repetición (ej: gripes) por inmunodepresión, úlcera gastrointestinal, quejas somáticas: dolor crónico del aparato locomotor, astenia, alteración del ciclo sueño-vigilia, deterioro de la función inmune, mayor predisposición a úlcera péptica, patología cardiovascular, entre otras.

Complicaciones mentales o emocionales: ansiedad/estrés (en el 50% de los casos), depresión (es el problema más frecuente), insomnio, falta de energía, sentimientos de pérdida de control, sentimientos de culpa, aparición de excesivo uso del cinismo y o sarcasmo, sobreinvolucración con el paciente, insomnio, alta tasa de automedicación (psicofármacos y analgésicos)

Conflictos sociofamiliares: problemas familiares, conflictos laborales, sindicales, altercados con sus mismos compañeros o con los asilados, aislamiento social, disminución de las actividades de ocio y recreación, dificultades económicas debidas a los bajos salarios.

Providencias a tomar para evitar o tratar la sintomatología del cuidador: Educación e información continua al cuidador, programar el trabajo, autocuidado, grupos de apoyo, programas psicoeducativos, intervención familiar, programas de intervención clínica, apoyo emocional, información sobre el proceso de envejecimiento, promover, reforzar y/o actualizar habilidades instrumentales. [14]

2.4.1.2.3. Síndrome de sobrecarga del cuidador

Definida por dimensiones objetivas como subjetivas que inciden en su determinación final. Entre los factores "objetivos" se cuentan el conjunto de demandas y actividades que recaen sobre el/la cuidador/a. Como carga "subjetiva" se entienden los sentimientos y percepciones negativas que experimenta la persona que cuida sobre su función y también sobre la persona a cargo de su cuidado. [10]

Para dimensionar los efectos emocionales adversos que manifiesta el cuidador frente a la rutina diaria de cuidar a una persona, es decir la carga del cuidador, existen diversas pruebas, una de las más utilizadas es la Zarit Burden Interview, que considera factores emocionales, físicos, las finanzas, la actitud del cuidador hacia el receptor de los cuidados, la relación entre ellos, los comportamientos y actitudes expresadas por el receptor de cuidados, por lo que esta escala mide el riesgo de deterioro de su vida social, laboral, familiar, los problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidar. El cuidador de un familiar con dependencia severa debe enfrentar momentos críticos relacionados con el estrés de cuidar, el agotamiento, la falta de apoyo de otros miembros de la familia que en muchas ocasiones actúan como jueces, la reducción del número de vínculos, disminución de las oportunidades, la motivación y la energía para establecer y mantener relaciones sociales lo que los predispone a presentar el Síndrome del Cuidador, conocido en el ámbito de la enfermería como Cansancio en el Rol del Cuidador, por lo que es importante contar con redes de apoyo familiares, amistades o recursos de la sociedad.

Frecuentemente el cuidador ve afectado su estado de salud, su bienestar y se siente incapaz de afrontar esta responsabilidad, pasando a constituir para el área sanitaria un paciente "oculto" o "desconocido", que requiere de un diagnóstico precoz e intervención inmediata, antes de presentar el Síndrome del Cuidador. Asimismo, se sienten agobiados. [15]

El cuidar tiene también consecuencias para quien lo hace, el cuidador invierte una dosis en mayor o menor medida de recursos emotivos y físicos en la persona que cuidan. En la medida que el tiempo transcurre y la enfermedad o la dependencia avanzan, la tarea puede ser realizada con menor entusiasmo, independientemente de la relación afectiva o de trabajo. [11]

2.4.1.2.4. Calidad de atención de los cuidadores geriátricos

El trabajo que realiza el cuidador implica mantener en todo momento **ARMONÍA** tanto en la satisfacción de las necesidades de los adultos mayores que cuida como en la satisfacción de sus necesidades como ser humano que brinda los cuidados, solo estableciendo este equilibrio, se puede decir que los adultos mayores reciben **CUIDADOS DE CALIDAD.**

La atención domiciliaria de las personas adultas mayores con diferentes grados de dependencia debe ser manejado por un equipo multidisciplinario, integrado por: médico, enfermera, trabajadora social, psicóloga, fisioterapista y el **cuidador**, que generalmente es un familiar, quien se convierte en el enlace al prestar apoyo al equipo de atención domiciliaria, por lo tanto debe ser capacitado en el cuidado diario del adulto mayor dependiente, y debe mantener comunicación con el equipo multidisciplinario de atención domiciliaria en caso de agravamiento y complicaciones de la persona adulta mayor dependiente, así como contribuir en todo momento y de acuerdo a su condición a mejorar su calidad de vida.

La atención domiciliaria que reciben las personas adultas mayores le proporcionará ciertas ventajas como:

- evitar las hospitalizaciones innecesarias
- disminuir el riesgo de infecciones intrahospitalarias
- los episodios de confusión mental y/o depresión en adultos mayores,
- además facilita el acceso a los hospitales a quien realmente los necesita, e integra a la familia en el proceso de cuidados.[19]

El cuidado se ha ido constituyendo en un problema moderno debido a las particularidades de la situación actual, que nos desafía día a día a seguir profundizando sobre este tema, repensando estrategias y readecuando características y potencialidades, que impacten en una mejor calidad de vida de las personas mayores.

El cuidado es la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria".

2.4.1.2.5. Rol del cuidador domiciliario

El rol del cuidador domiciliario, como otros roles, requiere de una construcción, y para ejercerlo se necesita la presencia del otro que demande sus servicios. En esta construcción e interrelación entre cuidadores y personas cuidadas, necesariamente deben aparecer el ajuste recíproco de comportamientos y la asociación para que se produzca la concreción del rol.

El buen ejercicio del rol del cuidador domiciliario requiere de la incorporación de conocimientos y de una fuerte motivación vocacional y actitudinal. "Cuidar" es diferente a "asistir", ya que requiere una particular implicación y compromiso técnico.

En la construcción de su rol, el cuidador domiciliario recibe la demanda de sus servicios por parte del adulto mayor, es decir que no produce bienes materiales, sino que realiza prestaciones de apoyo al desarrollo de las actividades de la vida diaria de las personas.

En el imaginario social este rol suele asociarse con la demanda de tareas suministradas por el personal de los servicios doméstico o auxiliar de enfermería. En este sentido es importante afirmar que **el rol de cuidador domiciliario es aquel que se halla inserto en servicios de atención domiciliaria de baja tecnología**.

Es un rol que en su ejercicio brinda apoyo al adulto mayor en las actividades de la vida diaria, manteniéndolo en su hogar el mayor tiempo posible y conveniente, inserto en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Un aspecto fundamental a tener en cuanta en los sistemas de cuidados domiciliarios es el detenerse en el reconocimiento e identificación de las **funciones del cuidador** y en especial en su **perfil**, determinando dos niveles bien diferenciados del mismo: el **perfil laboral** y el **perfil técnico**. [20]

Funciones del cuidador domiciliario

A partir del rol del cuidador domiciliario, es posible hacer una identificación de las funciones inherentes a su tarea, agrupándolas y categorizándolas en cuatro competencias:

- **Prevención:** accionar del cuidador domiciliario que permite advertir y detectar de manera precoz aquellas situaciones que se presenten como mediadores y/o conducentes a deterioros en los aspectos bio-psico-social de las personas que reciben el cuidado domiciliario.
- **Promoción:** centrar la mirada en la identificación y la optimización de las posibilidades existentes que presenta cada persona cuidada y promover acciones de estimulación que permitan o fortalezcan, según corresponda, la integración social a fin de lograr una mejor calidad de vida.
- **Educación:** esta función pretende que el cuidador domiciliario sea el interlocutor para difundir aquellos conocimientos específicos incorporados, a quien cuida y a su grupo familiar. Transmitir conceptos acerca de cuidados y autocuidados; proveer información sobre la disponibilidad y acceso de recursos existentes a nivel comunitario.
- **Asistencia:** proveer apoyo y entrenamiento en el desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria del adulto mayor, en el cuidado de la salud, en la rehabilitación posible en cada caso y situación particular, y en todo aquello que incida en una mejor calidad de vida, de aquellas personas que reciben el cuidado.

Perfil técnico del cuidador domiciliario

El perfil técnico es "el conjunto de aptitudes, conocimientos y experiencia laboral de una persona". Se entiende como el conjunto de requisitos requeridos, cualidades y conocimientos que deben incorporar los educandos o potenciales cuidadores, con el fin de proveer en forma óptima y adecuada servicios de cuidados.

Establecer y regular el perfil técnico del cuidador implica la necesidad de coherencia y concordancia con las funciones y las tareas que se requieren para dar cumplimiento al perfil laboral de quien se desempeña como tal.

Es necesario por lo tanto, detallar los requisitos a tener en cuenta al momento de valuar y evaluar la pertinencia del perfil técnico.

Describir y delimitar este perfil incluye por lo tanto:

- La necesidad de conocer objetivamente datos como la edad, el nivel de educación y la experiencia
- Así también los aspectos relacionados a las características de la personalidad que influyen directamente en la aptitud, habilidad o destreza de quien se formará como cuidador
- capacitación e incorporación de saberes y conceptos, requisito fundamental para la formación y el desarrollo de recurso humano calificado e idóneo para la tarea.

Las cualidades personales son aquellas que representan al cuidador domiciliario en el desempeño de su tarea y se relacionan con las características de personalidad. La responsabilidad, el compromiso, la autoestima, la autovaloración, la integridad ética y moral.

Las cualidades actitudinales se refieren a aquellas capacidades cognitivo-afectivas que respaldarían una adecuada atención al destinatario del servicio de cuidados. Son el conjunto de valores, creencias, conocimientos y expectativas propias de cada individuo. Representan lo que una persona considera como verdadero-falso, bueno-malo.

Perfil laboral del cuidador domiciliario

En el perfil laboral del cuidador domiciliario deben considerarse las tareas que se espera que él desarrolle en correspondencia con los conocimientos y saberes adquiridos. Se refiere a las tareas, rol y funciones, relacionadas a las características propias del desenvolvimiento de la vida diaria del adulto mayor.

Tareas inherentes al perfil laboral del cuidador domiciliario

Se detallan a continuación aquellas tareas inherentes al perfil laboral del cuidador domiciliario, que deben ser propuestas en el marco formativo desde un enfoque integral (bio-psico-social) de la vejez y basado en el paradigma de derechos:

- Acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria.
- Administración de medicamentos por vía oral y de uso externo, indicado y prescripto por profesionales.
- Preparación de alimentos. Ingesta asistida.
- Higiene y arreglo personal y del hábitat.
- Acciones preventivas de accidentes.
- Actividades recreativas y ocupacionales acorde a sus posibilidades.
- Colaboración en las prácticas indicadas por el profesional.
- Difusión de acciones de promoción de la salud y reinserción social.[20]

2.4.1.2.6. Valoración de la calidad de atención

Después de revisar varias bibliografías, encuestas, entrevistas, estructure una encuesta con preguntas abiertas con un total de 25 ítems tomando en cuenta los factores físico, psicosocial entre ellas: Empatía, Satisfacción, Salud, Alimentación, Vestimenta, Amistad, Social, Rutina, Actividad Física, Recreación, Aseo, Dialogo

Calidad de Atención de los Cuidadores Geriátricos (Encuesta)

1. usted está de acuerdo con las horas que le dedica su cuidador.
   SI….. NO….. A VECES…..
2. se siente satisfecho con la atención brindada
   SI….. NO….. A VECES…..
3. hay empatía entre usted y su cuidador
   SI….. NO….. A VECES…..
4. su cuidador le llama por su nombre
   SI….. NO….. A VECES…..
5. siente que su cuidador es amable
   SI….. NO….. A VECES…..
6. recibe buen trato de la persona que lo atiende
   SI….. NO….. A VECES…..
7. platica frecuentemente con su cuidador
   SI….. NO….. A VECES…..
8. la alimentación es siempre a la misma hora todos los días
   SI….. NO….. A VECES…..
9. le ofrecen una dieta adecuada y balanceada
   SI….. NO….. A VECES…..
10. la medicación prescrita es administrada a la hora adecuada
    SI….. NO….. A VECES…..
11. cuando presenta molestias o dolor es llevado al médico
    SI….. NO….. A VECES…..
12. acude a sus consultas médicas en las fechas indicadas
    SI….. NO….. A VECES…..

13. su limpieza e higiene personal es diario

    SI….. NO….. A VECES…..

14. el baño lo realiza por lo menos 3v/semana

    SI….. NO….. A VECES…..

15. cambia su vestimenta por lo menos 3v/semana

    SI….. NO….. A VECES…..

16. la vestimenta cambiada se encuentra en buenas condiciones e higiene……

    SI….. NO….. A VECES…..

17. su lugar de aseo es totalmente higiénico

    SI….. NO….. A VECES…..

18. vivienda y dormitorio es limpiado diariamente

    SI….. NO….. A VECES…..

19. tiene alguna rutina o actividad diaria

    SI….. NO….. A VECES…..

20. realiza actividad física o recibe terapia

    SI….. NO….. A VECES…..

21. se distrae o se recrea al menos 1v/semana

    SI….. NO….. A VECES…..

22. Si siente esta con fiebre le toman la temperatura o le llevan a que le midan

    SI….. NO….. A VECES…..

23. Si siente presenta dolor cabeza pesantes y mareo le toman o le llevan a que le midan

    SI….. NO….. A VECES…..

24. Le invitan evento social usted acude

    SI….. NO….. A VECES…..

25. Antes de acudir al evento social es preparado para la ocasión

    SI….. NO….. A VECES…..

Interpretación:

Si: 2 / A veces: 1 / No: 0

Buena calidad de atención: 20 - 25

Regular calidad de atención: 11 - 19

Mala calidad de atención: 1 – 10

2.5 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Hipótesis

La Mala Calidad de Atención de los Cuidadores Geriátricos Conlleva al Deterioro del Bienestar de los Adultos Mayores

2.6 SEÑALIZACIÓN DEVARIABLES:

1.6.1 *Unidad de observación:* Cuidadores Geriátricos

1.6.2 *Variable dependiente*: Bienestar de los Adultos Mayores

1.6.3 *Variable independiente*: Calidad Atención Cuidadores de Geriátricos

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo se utilizara un enfoque cuali-cuantitativo porque permitirá comprender los fenómenos sociales, cuyos resultados obtenidos en la investigación nos ayudara a obtener propuestas que permitirán mantener un equilibrio adecuado entre cuidador y adulto mayor, contribuyendo a una mejor calidad de vida.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE INVESTIGACIÓN.

La modalidad a aplicarse será de campo, debido a que se realizara en el lugar de los hechos, en la Parroquia de Quisapincha, además de la revisión bibliográfica y documental con el fin de complementar la información que nos permitirá procesar y formular las respectivas conclusiones.

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

La investigación tendrá un nivel de investigación de tipo descriptivo transversal de periodo, será descriptivo en la medida que se identifiquen las variables, transversal ya que apunta a un momento y tiempo definido.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estará formada por las y los Cuidadores de Adultos Mayores existentes en la Parroquia de Quisapincha durante el periodo de Octubre a Diciembre del 2013, por consiguiente no requiere cálculo de muestra.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Adultos Mayores de 65 años sin distinción de sexo
2. Ser cuidador formal o informal
3. Adultos mayores con y sin enfermedades crónicas
4. Adultos Mayores que puedan responder por si mismos

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. no cumplieron criterios de inclusión

3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.7.1 **Variable Dependiente:** Bienestar de los Adultos Mayores

Concepto	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica e Instrumento
Bienestar Es la satisfacción, la felicidad, la vida considerada como un todo, una moral alta, ajuste personal, buenas actitudes hacia la vida, lo cual permite acercarnos al proceso de envejecimiento y a la realidad social de los adultos mayores.	Valoración Cognitiva Valoración Funcional	Deterioro por edad Estado de salud Sentimientos Cognición. Red Social Autonomía-Independencia	Me siento triste? Me siento solo? Planes para el futuro? Memoria? Tengo amigos? Pasatiempos? Voy al baño solo? Me visto solo?	Encuesta de aplicación EBAM (Escala de Bienestar del Adulto Mayor)

Elaborado por: Toro Ramos Byron Mauricio

3.7.2 **Variable Independiente:** Calidad Atención de Cuidadores Geriátricos

Concepto	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica e Instrumento
Calidad Atención Cuidadores de Geriátricos El trabajo que realiza el cuidador implica mantener en todo momento **ARMONÍA** tanto en la satisfacción de las necesidades de los adultos mayores que cuida como en la satisfacción de sus necesidades como ser humano que brinda los cuidados, solo estableciendo este equilibrio, se puede decir que los adultos mayores reciben **CUIDADOS DE CALIDAD.**	Satisfacción de las necesidades	Alteración Física Alteración social Alteración Psicológica	1. Empatía 2. Satisfacción 3. Salud 4. Alimentación 5. Vestimenta 6. Amistad 7. Social 8. Rutina 9. Actividad Física 10. Recreación 11. Aseo 12. Dialogo	Encuesta (Preguntas abiertas) Calidad de Atención

Elaborado por: Toro Ramos Byron Mauricio

3.8 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de datos se recurrió a los archivos del centro de salud para identificar las áreas más afluentes de Adultos Mayores de la Parroquia de Quisapincha, previa autorización del médico rural.

Como primer paso, se procedió a la identificación de las y los Adultos Mayores y sus cuidadores, posteriormente se realizó la entrevista y el llenado de los respectivos test y encuesta aplicado al Adulto Mayor. Los resultados serán sometidos a un proceso de tabulación, análisis estadístico e interpretación.

3.9 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaran para determinar la calidad de atención del cuidador son preguntas abiertas (Encuesta) y el bienestar del adulto mayor será evaluado mediante la escala del bienestar del Adulto Mayor (EBAM). Aplicadas directamente al adulto mayor.

3.10 PROCESAMIENTO Y ANALISIS

La información obtenida durante la investigación se analizará cuantitativamente mediante la elaboración de tablas y gráficos, luego se calculará el coeficiente de correlación entre las necesidades de los cuidadores y el bienestar del Adulto Mayor. Posteriormente se realizará un análisis interpretativo en el que se explicará la relación existente entre las variables.

Los resultados serán sometidos a un proceso de tabulación, análisis estadístico e interpretación aplicando el programa estadístico SPSS.

Para lo cual se seguirán los pasos propuestos:

1. Revisión crítica de la información recogida, es decir limpieza de la información defectuosa: contradictorias, incompleta, no pertinente.
2. Repetición de la recolección de ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.
3. Tabulación o cuadros según variables de la hipótesis.

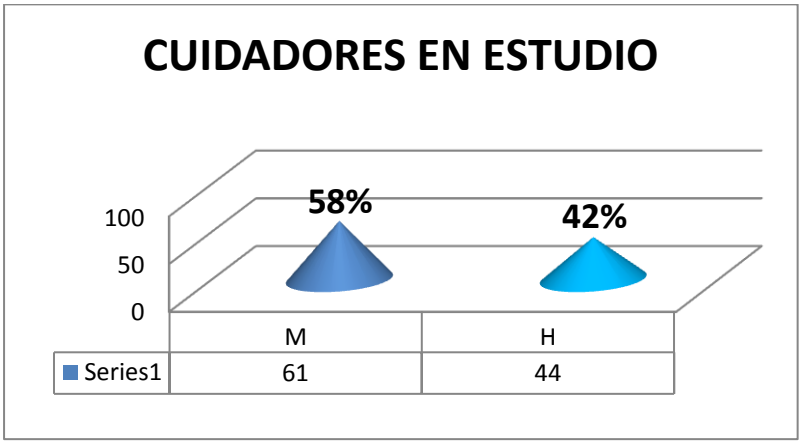
4. Manejo de re información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influyen significativamente en los análisis).
5. Estudio estadístico de datos para presentación de resultados.
6. Gráficos. (en la presente investigación se utilizará los gráficos en pasteles y columnas de acuerdo a los porcentajes calculados)
7. Análisis de resultados estadísticos de acuerdo con los objetivos.
8. Investigación de resultados de acuerdo a las tabulaciones.
9. Comprobación de la hipótesis con estadísticas del chi cuadrado Y regresión lineal.
10. Establecimiento de conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y RESULTADOS

4.1 CUIDADORES GERIÁTRICOS

4.1.2. ILUSTRACIÓN 2: Cuidadores en Estudio de la Parroquia de Quisapincha durante el período de Octubre a Diciembre 2013.

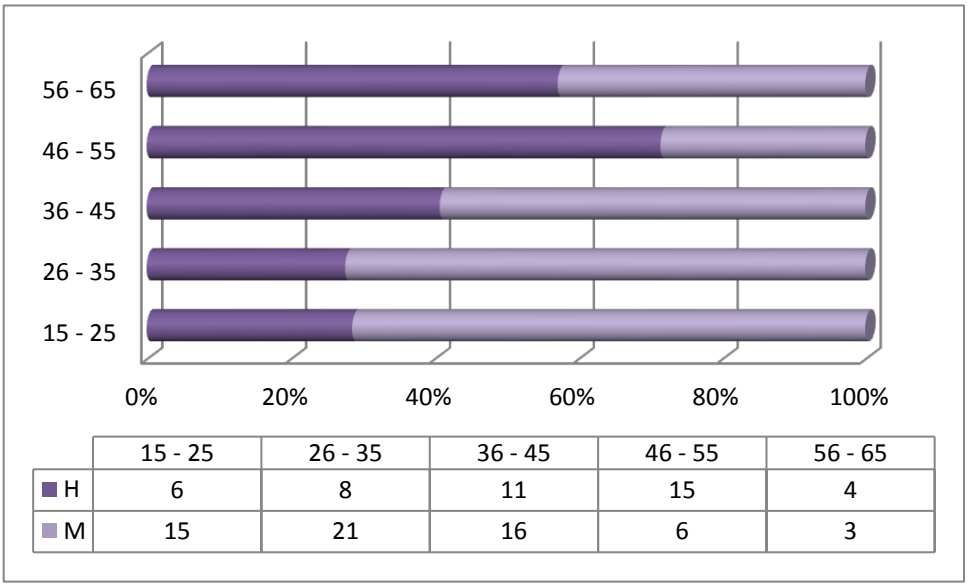


Fuente: Entrevista Directa - Elaborado por Byron Toro

Para el estudio se incluyó una población total de 105 Cuidadores tanto informales como formales localizadas en la parroquia de Quisapincha, de los cuales el 58% de los Cuidadores correspondían al sexo Femenino, mientras que el restante 42% al género Masculino, Encontrándose un predominio femenino, con una relación de 1,38 mujeres por cada hombre.

De la población total de cuidadores, el 23% recibió algún tipo de capacitación, predominando en el género Femenino con un 16%, y en el género masculino un 7%, cuyo medio fue a través de charlas, trípticos, internet y cursos.

4.1.2. ILUSTRACIÓN 2: Distribución de Cuidadores por Grupos de Edad de la Parroquia de Quisapincha, durante el período de Octubre a Diciembre 2013.

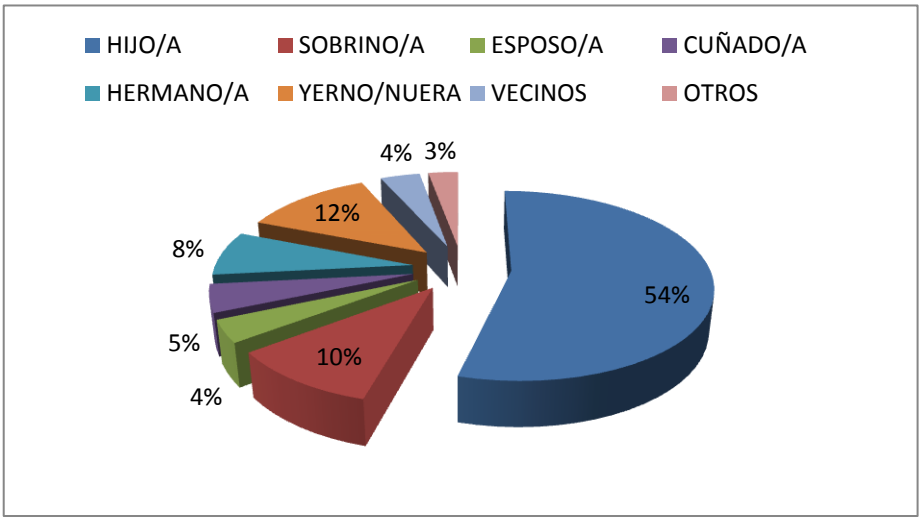


	15 - 25	26 - 35	36 - 45	46 - 55	56 - 65
H	6	8	11	15	4
M	15	21	16	6	3

Fuente: Entrevista Directa - Elaborado por Byron Toro

El perfil predominante de los cuidadores resultaron ser el de una mujer de mediana edad, entorno a los 36 años cuyo rango oscila entre los 26 y 45 años, la misma que realiza labores de agricultora y ama de casa, normalmente casada y que además está a cargo del cuidado del resto de los miembros de su familia, siendo los resultados de nuestro estudio similar a otros realizados, cuyo nivel de instrucción corresponde a un 41% primaria incompleta, 23% secundaria, 18% analfabetos, 11% superior y un 7% primaria completa, concluyendo que la mayoría de cuidadores tienen un nivel de instrucción. Mientras que los hombres la edad media es de 50 años siendo la mayoría agricultores, albañiles y mecánicos.De los cuales las horas dedicadas al cuidado formal como informal predominan en el rango máximo de 4 - 8 horas al día con un 38%, con predominio del género Femenino, menor de 4 horas el 32% con una prevalencia del género Masculino sobre el Femenino, y el rango mínimo mayor de 12 horas con 7%.

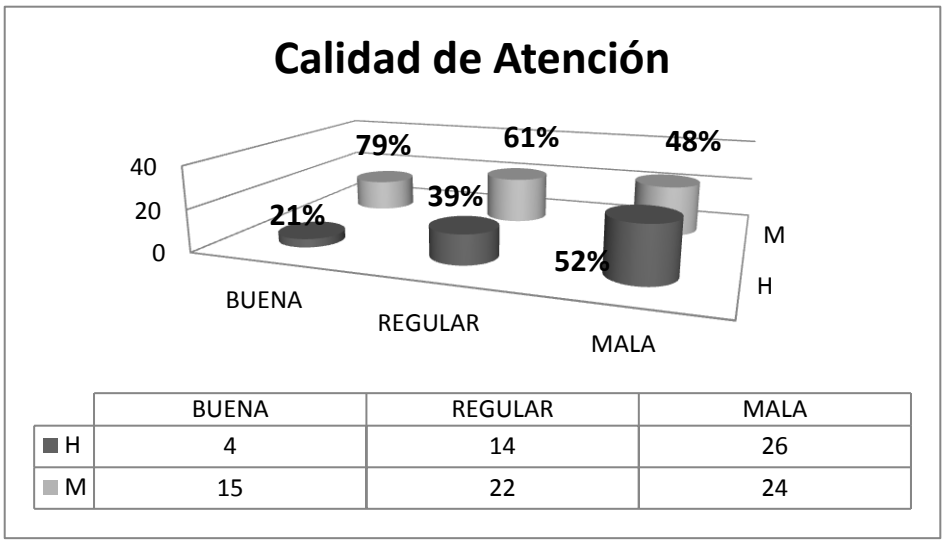
4.1.3. ILUSTRACIÓN 3: Distribución de Cuidadores por Parentesco hacia los Adultos Mayores de la Parroquia de Quisapincha, durante el período de Octubre a Diciembre 2013.



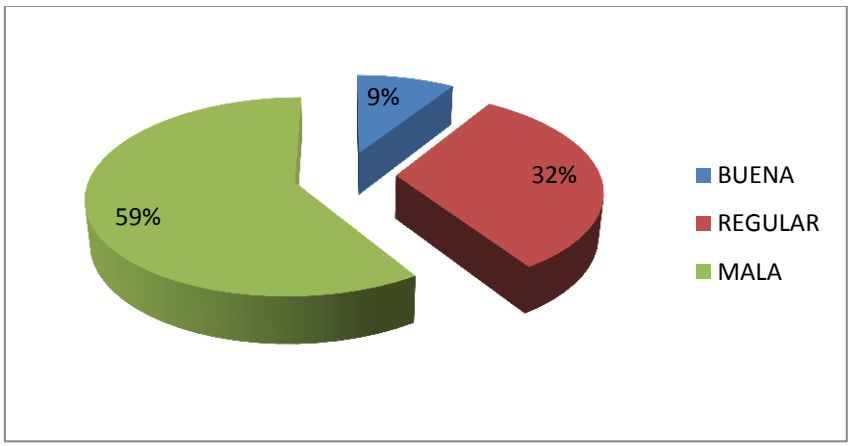
Fuente: Entrevista Directa - Elaborado por Byron Toro

La atención de las personas mayores se define claramente marcada por el factor género del cuidador, de manera que como se pone de manifiesto en todos los estudios, y el nuestro las tareas del cuidado recaen mayoritariamente en las mujeres [(14)], siendo representado por los hijos/as en un 54%, y en un 3% a otros a quienes nos referimos a Enfermeras, auxiliares de enfermerías y aquellas que reciben una remuneración por el cuidado dado a los Adultos Mayores, los mismos que corresponden al grupo de Cuidadores formales y 4 de los cuidadores resultaron ser la pareja de los pacientes.

4.1.4. ILUSTRACIÓN 4: Encuesta de Preguntas Abiertas de Calidad de Atención de los Cuidadores Geriátricos aplicado a la Población de Adultos Mayores de la Parroquia de Quisapincha, durante el período Octubre a Diciembre 2013.



	BUENA	REGULAR	MALA
H	4	14	26
M	15	22	24



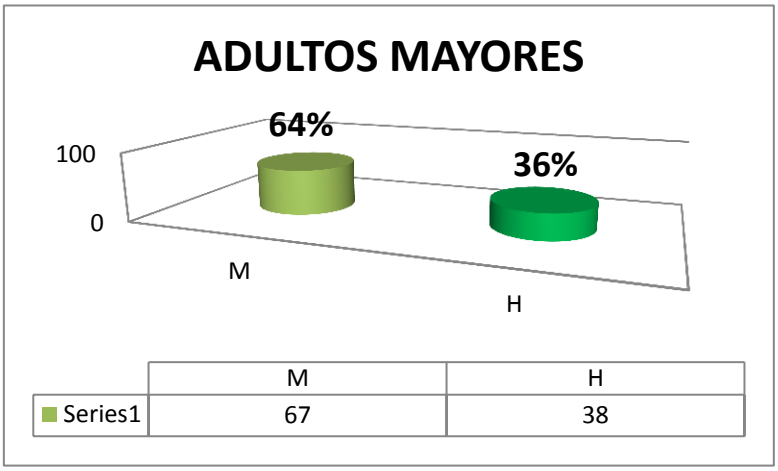
Fuente: Entrevista Directa, Encuesta de Calidad de Atención - Elaborado por Byron Toro

En nuestro estudio hay un predominio notable de la mala calidad de atención brindada por los cuidadores geriátricos con el 59% con una prevalencia del género masculino con 52% comparado con el 48% del género femenino estos resultados pueden estar determinados fundamentalmente por la falta de preparación capacitación y conocimiento en cuanto a normas y protocolos de atención.

Los efectos del estrés que supone cuidar a un ser querido se relacionan con la cantidad de demandas a las que tienen que hacer frente los cuidadores en este sentido cabe señalar que frecuentemente se ha mantenido una visión de los varones cuidadores donde a diferencia de las mujeres cuidadoras, hacen menos cosas y las tareas que desempeñan son menos exigentes. Los hombres, tienden a realizar menos tareas diarias altamente demandantes tales como limpiar, cocinar o atender el cuidado personal del familiar y a medida que avanza la enfermedad y las necesidades de cuidado tienden a abandonar su rol de cuidador.

4.2 ADULTOS MAYORES

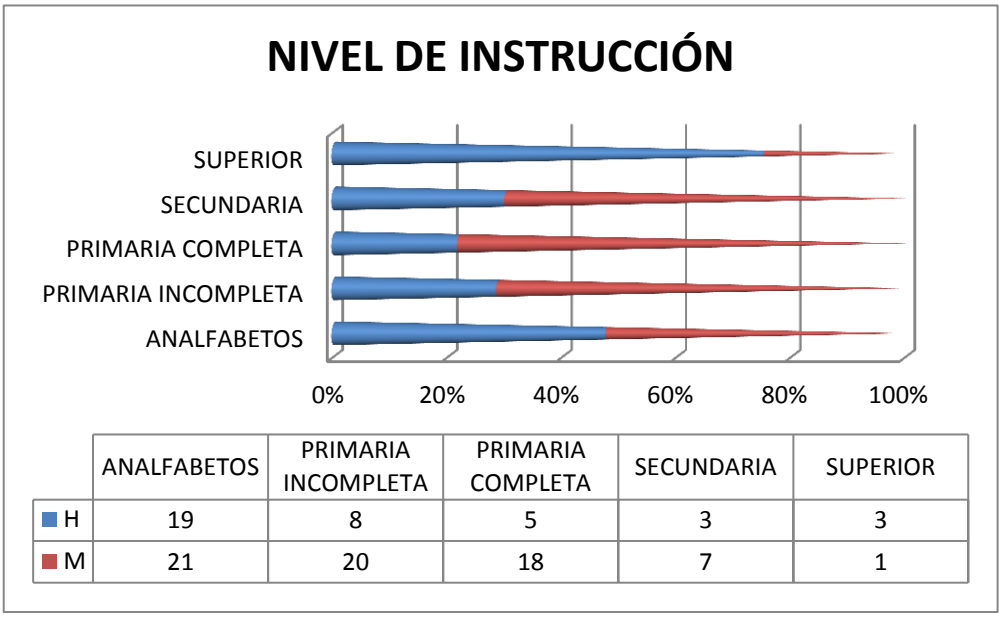
4.2.1. ILUSTRACIÓN 5: Población Adultos Mayores de la Parroquia de Quisapincha durante el período de Octubre a Diciembre 2013.



Fuente: Entrevista Directa - Elaborado por Byron Toro

Para el estudio se incluyó una población total de 105 Adultos Mayores a cargo de sus Cuidadores, localizadas en la parroquia de Quisapincha, los mismos que los distribuyo por Género dándonos un 64 % correspondiendo al género Femenino, mientras que el 36% fue Masculino. Encontrándose un predominio Femenino, con una relación de 1,7 por cada Hombre. Además de una edad mínima de 65 años y máxima de 99 años con una edad media de 82 años.

4.2.2. ILUSTRACIÓN 6: Distribución de Adultos Mayores por Nivel de Instrucción de la Parroquia de Quisapincha durante el período de Octubre a Diciembre 2013.



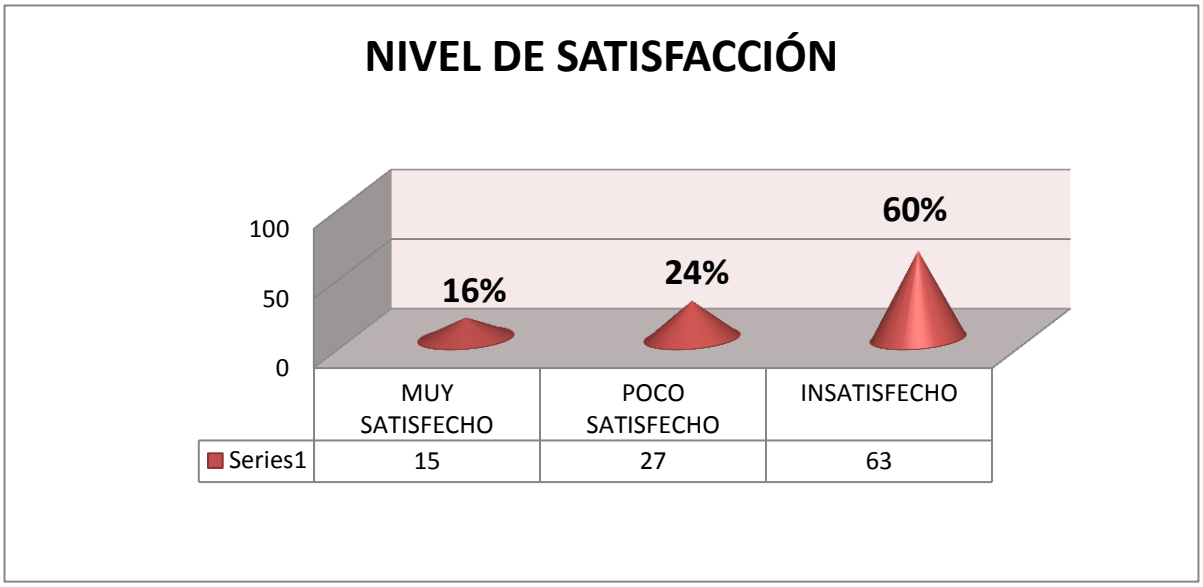
	ANALFABETOS	PRIMARIA INCOMPLETA	PRIMARIA COMPLETA	SECUNDARIA	SUPERIOR
H	19	8	5	3	3
M	21	20	18	7	1

Fuente: Entrevista Directa - Elaborado por Byron Toro

De la población en estudio se determinó que el 38% son analfabetos, el 27% primaria incompleta, el 22% primaria completa, el 10% secundaria, mientras que solo el 3 % tiene un nivel de instrucción superior, predominando el analfabetismo en el sexo Femenino, mientras que la instrucción superior en los Masculinos.

Concluyendo que la mayoría de loa Adultos Mayores no tienen un buen nivel de instrucción, lo que además influye en su calidad de vida.

4.2.3. ILUSTRACIÓN 7: Nivel de Satisfacción de los Adultos Mayores por la Atención recibida de los Cuidadores Geriátricos de la Parroquia de Quisapincha, durante el período de Octubre a Diciembre 2013.

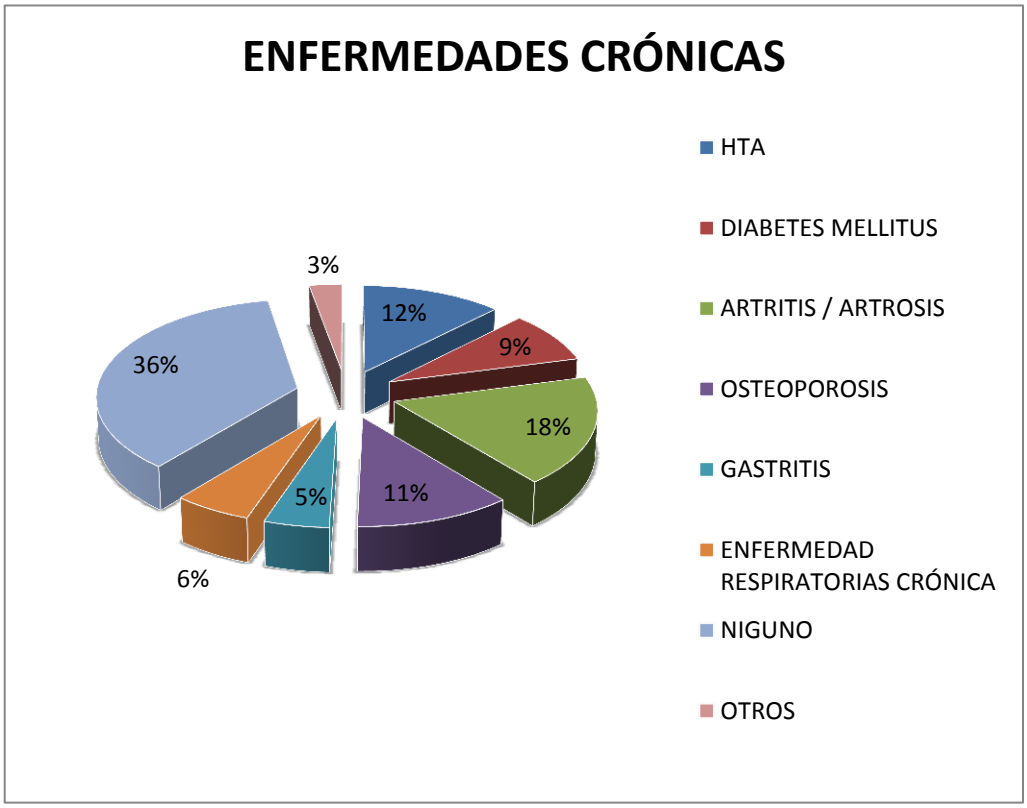


Fuente: Entrevista Directa - Elaborado por Byron Toro

El 60 % de los Adultos Mayores manifiestan se sienten insatisfechos con la atención brindada por parte de sus Cuidadores, mientras que el 24% de los usuarios establecen que la atención es poco satisfactoria, y un 16% manifiestan que no se sienten satisfechos.

En si un Adulto Mayor insatisfecho influye de manera negativa en su bienestar.

4.2.4. ILUSTRACIÓN 8: Enfermedades Crónicas de los Adultos Mayores de la Parroquia de Quisapincha, durante el período de Octubre a Diciembre 2013.



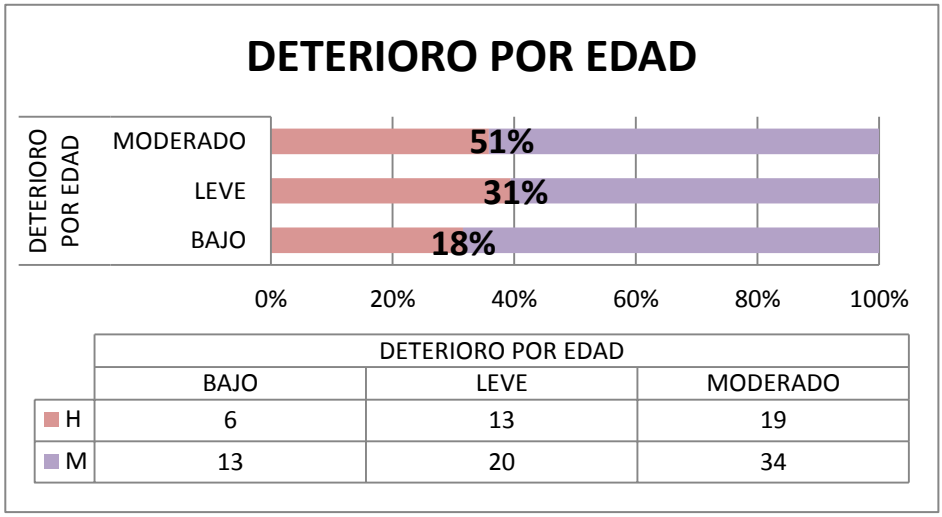
Fuente: Entrevista Directa - Elaborado por Byron Toro

El proceso determinado como envejecimiento da lugar a la transición epidemiológica, donde las enfermedades transmisibles son reemplazadas por enfermedades crónico-degenerativas, situación que conlleva importantes consecuencias en materia de salud por tratarse de un grupo de edad con mayor vulnerabilidad a ciertas enfermedades.

Pese a los enormes progresos médicos logrados en las últimas décadas, sigue dándose el hecho de que los últimos años de vida, aún conllevan una salud y una discapacidad que empeoran con los años. El factor clave del envejecimiento saludable es la capacidad de conservar una vida independiente durante el mayor tiempo posible.

En nuestro estudio la mayor parte de los Adultos mayores corresponden a una población sana con un 36%, siguiendo con un 29 % las enfermedades degenerativas Oseas, y en un menor porcentaje otros con un 3% que corresponde a Enfermedades mentales como Demencia Senil, Alzheimer y Parkinson, incluido las diferentes discapacidades que esta población en estudio padece, la mayoría de las discapacidades son prevenibles a través de intervenciones oportunas, con lo cual no solo se obtiene una mejor calidad de vida para los AM, sino que también un gran ahorro en los costos resultantes de la dependencia, pérdida de productividad y cuidado de la salud.

4.2.5. ILUSTRACIÓN 9: Deterioro por Edad de los Adultos Mayores de la Parroquia de Quisapincha durante el período de Octubre a Diciembre 2013.



	DETERIORO POR EDAD		
	BAJO	LEVE	MODERADO
H	6	13	19
M	13	20	34

Fuente: Entrevista Directa - Aplicación de EBAM - Elaborado por Byron Toro

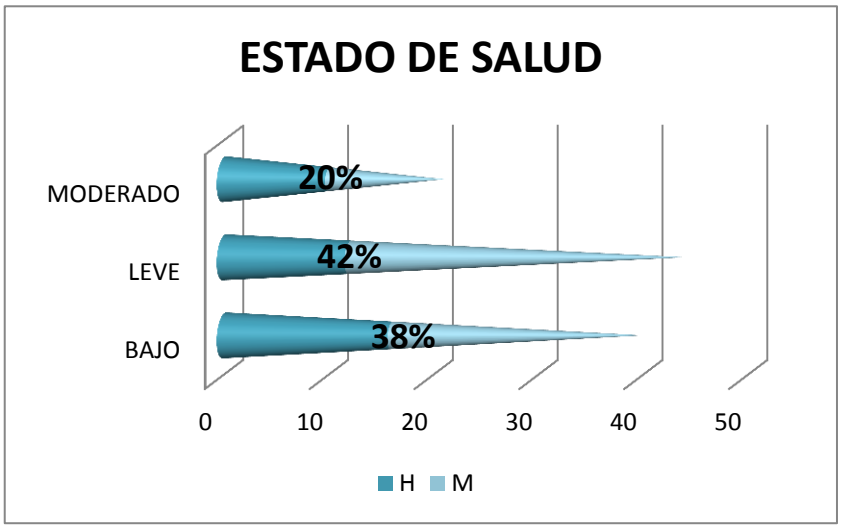
Los trastornos cognitivos vinculados con la edad se han convertido en un problema importante de salud, El Deterioro de la Memoria Asociado con la Edad (DEMAE) es un trastorno relativamente benigno que puede ser bastante común por el hecho de estar vinculado con el envejecimiento normal y el evidente incremento de la expectativa de vida en el ámbito mundial y nacional, con una mayor población depersonas de la tercera edad y el consecuente aumento de enfermedades crónicas, propias de este segmento poblacional, Por otra parte la posibilidad de que existan ancianos sanos ha suscitado amplios debates en la

actualidad, pues los cambios que acompañan al proceso de envejecimiento provocan insuficiencias funcionales, a veces múltiples en su organismo. Esto entorpece como es natural su desenvolvimiento físico y social, lo que hace difícil hablar de "ausencia de enfermedad" o "pleno bienestar [16]

En nuestro estudio el 18% de la población Adulta mayor padece un deterioro bajo en relación a su edad, el 31% un deterioro leve, mientras que el 51% en un mayor porcentaje deterioro moderado lo que representa un envejecimiento normal,

Según varios autores hay un envejecer sano y otro patológico, pero los límites entre ambos resulta difíciles de establecer. El envejecer patológico no permite a la persona llegar con pleno uso de sus facultades a la edad avanzada, pero el sano tampoco, ya que en muchos casos se presentan anormalidades en diversas habilidades cognitivas, mentales y hasta funcionales. Por ejemplo, un individuo con enfermedad de Alzhéimer presenta alteraciones cognitivas en la memoria, atención, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento de la información, pero también el anciano sano presenta alteraciones de este tipo, por lo que establecer la línea de corte entre el sano y el enfermo es de gran dificultad.

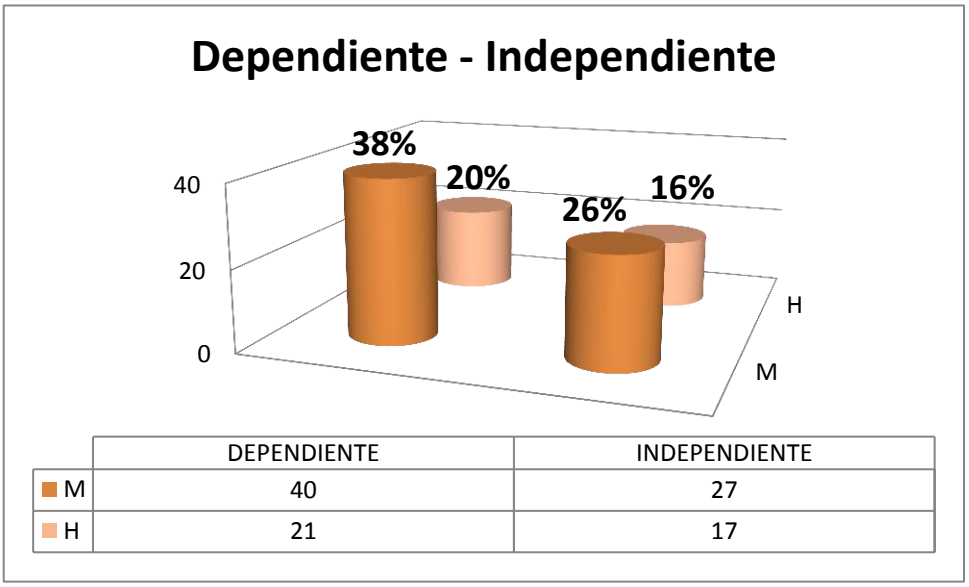
4.2.6. ILUSTRACIÓN 10: Estado de Salud de los Adultos Mayores de la Parroquia de Quisapincha durante el período de Octubre a Diciembre 2013.



Fuente: Entrevista Directa - Aplicación de EBAM - Elaborado por Byron Toro

La interpretación general del estado de salud de los Adultos Mayores es que ellos experimentan y sienten un deterioro gradual a medida que la edad avanza, lo que impide mantener una vida activa[17]. Practicamente en nuestro estudio la mayoria de Hombres y mujeres que participaron en este estudio manifestaron sentir algún de tipo de dolor crónico y permanente manifestando sentir enfermedades osteoarticulares, resultando en un 42% la afectación leve de su estado de salud, en un 20% moderado, y en un 38% bajo, lo que refiere que la tercera parte de los Adultos mayores de la población de Quisapincha se encuentra en una buena condición de salud.

4.2.7. ILUSTRACIÓN 11: Dependencia o Independencia de los Adultos Mayores de la Parroquia de Quisapincha durante el período de Octubre a Diciembre 2013.

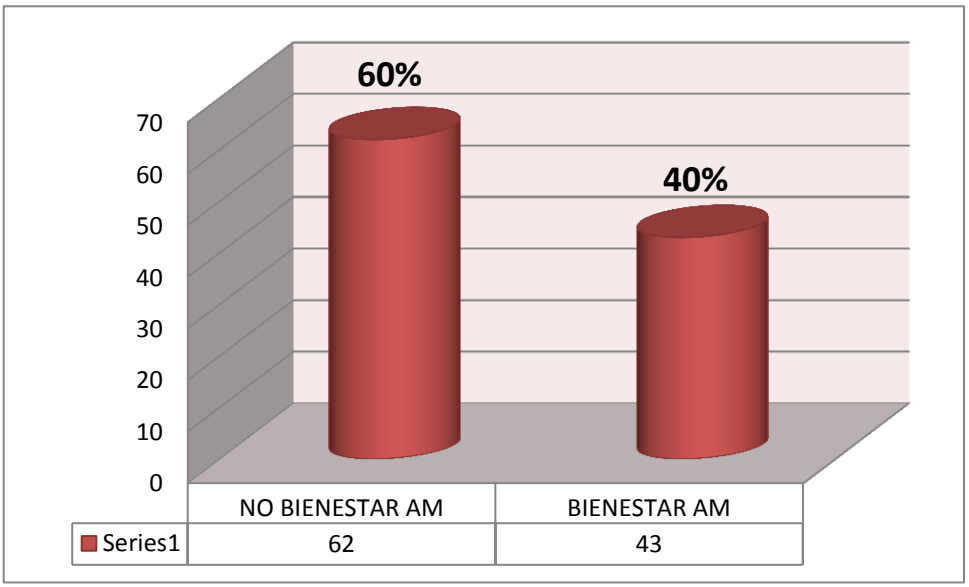


Fuente: Entrevista Directa - Aplicación de EBAM - Elaborado por Byron Toro

En esta ilustración podemos apreciar un predominio de Adultos Mayores dependientes con un 58%, con una mayoría en el género Femenino, mientras que el 42% es independiente igualmente con un predominio del género Femenino. Un Adulto Mayor Dependiente es aquel que presenta algún tipo de limitación funcional, entendida como una restricción en su capacidad física o mental para efectuar las tareas que le permiten mantener una vida independiente. Estas limitaciones son importantes predictores de mortalidad, morbilidad y discapacidad.

En diferentes estudios se comprobó que las limitaciones funcionales no están homogéneamente distribuidas en la población de Adultos Mayores y se describe una desproporcionada tasa de discapacidad en los más viejos, en las minorías y en los más pobres; a lo que también se agregan diferencias de género, mujeres que viven más pero en peores condiciones de salud y funcionalidad que los hombres. (18)

4.2.8. ILUSTRACIÓN 12: Escala de Bienestar del Adulto Mayor (EBAM) parroquia de Quisapincha durante el período de Octubre a Diciembre 2013.

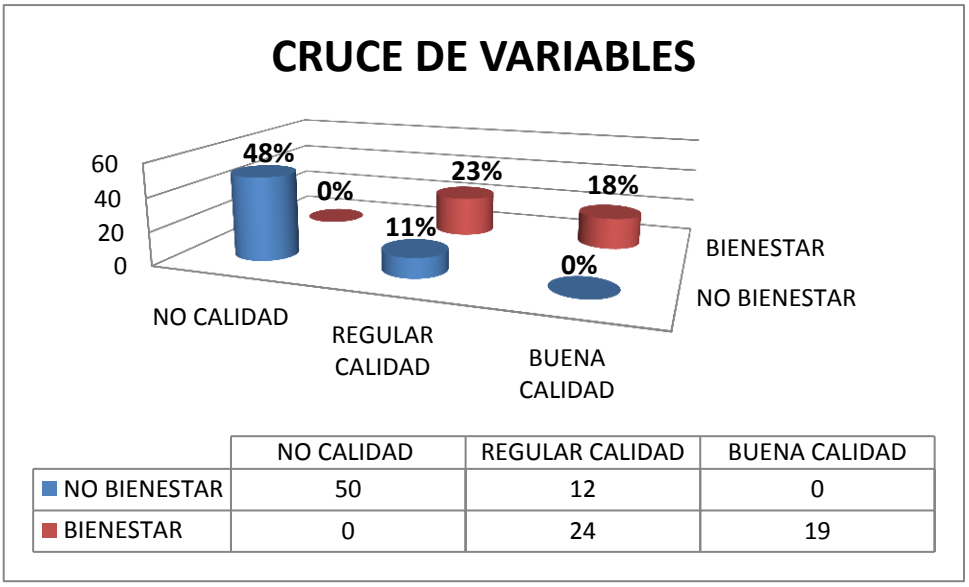


Fuente: Entrevista Directa - Aplicación de Escala de Bienestar del Adulto Mayor - Elaborado por Byron Toro

El 41% de los Adultos Mayores refieren no tener una calidad de vida adecuada, mientras 59% que es su mayoría refieren tener un bienestar adecuado.

El desarrollo del envejecimiento activo requiere, necesariamente, de un enfoque gerontológico, es decir, considerar todos aquellos elementos sociales, arquitectónicos, y del ambiente en general, que inciden en la salud del adulto mayor. En este contexto, es determinante comprometer a la población, educarla y pesquisar factores de riesgo para que se protejan de ellos, ya que muchos de los tratamientos pueden ser farmacológicos.

4.2.9. ILUSTRACIÓN 13: Relación entre Bienestar y Calidad de Atención.



	NO CALIDAD	REGULAR CALIDAD	BUENA CALIDAD
NO BIENESTAR	50	12	0
BIENESTAR	0	24	19

Fuente: Aplicación de Escala de Bienestar del Adulto Mayor y Encuesta Calidad de Atención - Elaborado por Byron Toro

Al analizar el gráfico de cruce de variables observamos que el 48% de los Adultos mayores no tiene un bienestar adecuado relacionado con una mala calidad de atención, mientras que el 23% de la población tiene bienestar relacionada con un 11% de regular atención brindada por los cuidadores, siendo que el 18% de la población restante tiene bienestar relacionada a una buena atención

Concluyendo que el bienestar de los adultos mayores influye directamente con la calidad de atención, a menor calidad de atención, menor bienestar.

4.3. VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Para la verificación de la hipótesis se plantea la hipótesis que dice: La mala Calidad de Atención de los Cuidadores Geriátricos, Conlleva al Deterioro del Bienestar de los Adultos Mayores.

Para poder verificar la hipótesis se estratifica a los Cuidadores Geriátricos según la Calidad de Atención que brinden a los Adultos Mayores en función a su presencia o carencia de Bienestar.

Tabla 10: relación entre variables

Tabla de contingencia CALIDAD * BIENESTAR

Recuento

		BIENESTAR		Total
		NO BIENESTAR	BIENESTAR	
CALIDAD	NO CALIDAD	50	0	50
	REGULAR CALIDAD	12	24	36
	BUENA CALIDAD	0	19	19
Total		62	43	105

Fuente: Programa estadístico SPSS entre Escala Adulto Mayor (EBAM) y Encuesta Calidad de Atención - Elaborado por Byron Toro y Dr. Becker Neto

Se realizó una investigación para analizar la relación entre calidad de atención y bienestar del adulos mayor, con la prueba de chi cuadrado (chi$^{((2)}$): encontrando que si existe asociación entre las dos variables: [x^2(2, N=105) = 71.917, P< 0,05].

Tabla 11: pruebas de chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	71,917[a]	2	,000
Razón de verosimilitudes	96,275	2	,000
Asociación lineal por lineal	68,755	1	,000
N de casos válidos	105		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,78.

Fuente: programa estadístico SPSS obtención del chi cuadrado - elaborado por Byron Toro y Dr. Becker Neto

Se planteó la hipótesis de que la calidad de atención influye en el bienestar del adulto mayor la cual se acepta: [F (1,103) = 200,929 n=105, P< 0,05], encontrándose con una fiabilidad de: 65.8%

Tabla 12: prueba regresión lineal

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	71,917[a]	2	,000
Razón de verosimilitudes	96,275	2	,000
Asociación lineal por lineal	68,755	1	,000
N de casos válidos	105		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,78.

Fuente: programa estadístico SPSS obtención de la regresión lineal - elaborado por Byron Toro y Dr. Becker Neto

Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis planteada.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. La falta de Bienestar del Adulto Mayor, es dada por la mala calidad de atención de los Cuidadores Geriátricos, determinada por varios factores entre ellos: por la sobrecarga que padecen los cuidadores, refiriendo además la falta de tiempo para sí mismos y para sus diferentes actividades cotidianas o el resto de su familia, por encontrarse a cargo del cuidado del Adulto Mayor.
2. Al evaluar el comportamiento entre la calidad de atención y nivel de instrucción, pudimos observar que del total de cuidadores presentaron nivel de instrucción inadecuado un 41% de primaria incompleta, razón por la cual el menor grado de instrucción influye negativamente en la calidad de atención. Resulta positivo y alentador en este sentido, pues un alto nivel educacional pudiera influir positivamente en el aprendizaje de los cuidadores si se les entrenara sobre el manejo del paciente y como mantener los factores protectores de su salud.
3. El comportamiento entre la presencia de afecciones físicas y psicológicas después de iniciado el rol de cuidador, evidencia que la experiencia de cuidar a un paciente Adulto Mayor en el domicilio entraña una serie de riesgos sobre la salud física y mental de la persona que asume esta actividad, fundamentalmente si se adolece de una capacitación previa que les proporcione el entrenamiento necesario para mantener los factores protectores de su salud, observando a los trastornos somáticos así como la depresión y la ansiedad después de un tiempo de iniciado el rol, además de afecciones físicas como se pudo determinar el llamado Síndrome de

Sobrecarga del cuidador, además de diferentes estados de aislamiento y privación social.

4. El perfil del cuidador fue la mayoría de los cuidadores son mujeres 58% del total, de entre las mujeres cuidadoras, un 53 % son hijas, un 12 % son Nueras y un 10% son sobrinas de la persona cuidada, la edad media de los cuidadores es de 36 años, en la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador, ya que gran parte se dedican a la agricultura las labores del hogar, La rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja 20% y una parte de ellos comparte la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar de sus hijos 75%.
5. No existe un bienestar adecuado de los Adultos mayores, ya que más del 50% de la población manifiesta no sentirse satisfecho con la atención brindada por parte de los cuidadores geriátricos, además de referir que los Cuidadores que han recibido un tipo de capacitación, charlas o información acerca de la atención a los Geriátricos corresponde al 25 %, mientras que el restante no tiene ningún tipo de conocimiento acerca del tema, lo que determina la falta de protocolos y normas de atención

5.2 RECOMENDACIONES

1. Incentivar al personar de salud y autoridades y población sobre la situación actual de los adultos mayores en nuestro país.

2. Organizar grupos multidisciplinarios de salud en centros y sub centros de salud, hospitales que incluya médico, geriatra, psiquiatra y psicólogo para una evaluación integral de adulto mayor y sus cuidadores.

3. Creación de centros de apoyo capacitación permanente y actualización de guías y manejos de atención del adultos mayor

4. Gestionar con las autoridades de la parroquia de Quisapincha y empresas privadas para la creación de lugar de apoyo en donde los adultos mayores

y sus cuidadores puedan realizar actividades y ejercicios en un ambiente cómodo y apto según sus necesidades.

5. Planificar una infra estructura adecuada, y personal especializado que atienda las múltiples necesidades y problemas tanto adultos mayores y sus cuidadores para fortalecer este vínculo.

6. Elaborar un Manual o Guía de Atención de Adultos Mayores, el mismo que cuente con las recomendaciones necesarias manejo, formas de cuidado de atención y apoyo médico y psicológico.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1 TÍTULO

Instauración del "CLUB DEL ADULTO MAYOR" para la valoración geriátrica integral dirigida a los Adultos Mayores y sus Cuidadores para conseguir el equilibrio físico y psicosocial que conlleven a mejorar su calidad de vida.

6.1.2 INSTITUCIÓN EJECUTORA

- Sub-centro de Salud de Quisapincha

6.1.3 BENEFICIARIOS

- Adultos Mayores y personas a cargo de su cuidado que viven en la parroquia de Quisapincha

6.1.4 UBICACIÓN

- Parroquia de Quisapincha

6.1.5 TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN

El proyecto se ejecutará después de su análisis y aprobación, razón por la cual no se establece un tiempo de comienzo y finalización ya que estará de manera constante, en permanente modificación, para poder valorar el impacto que presente.

6.1.6 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE:

Dr. MSc Marco Urrutia

Egresado de Medicina: Byron Mauricio Toro Ramos

Además de un equipo apoyo y especializados como: Médicos, Geriatra, Psiquiatra, Psicólogo Clínico, Enfermeras, voluntariado.

6.1.7 COSTO:

La propuesta después de su estudio respectivo y reajustes correspondientes se determinará el costo según la infraestructura convenios con empresas, material de apoyo y científico sumado el personal administrativo y ejecutor del trabajo.

6.2 ANTECEDENTE DE LA PROPUESTA.

En la Provincia de Tungurahua no existen Centros dirigidos a la valoración geriátrica integral, A nivel del Hospital Provincial Docente Ambato, existe el Club de Diabéticos, el mismo que brinda apoyo psicosocial y educación Diabetológica, y cambios en el estilo de vida, con el fin de evitar complicaciones cardiovasculares y metabólicas.

A pesar de esta realidad, en la Parroquia de Quisapincha no existen centros que brinden apoyo y capacitación para los Geriátricos y sus cuidadores, sabiendo de antemano que cada día hay un aumento considerable de Adultos mayores, no existiendo un personal con calificación adecuada ni la infraestructura necesaria para atender esta creciente población vulnerable.

6.3 JUSTIFICACIÓN

Desde este punto de vista la creación del “CLUB DEL ADULTO MAYOR” está destinada para la Valoración Geriátrica Integral dirigida a los Adultos Mayores con el fin de mejorar sus funciones físicas, cognitivas, psicosociales producto del propio envejecimiento y así alcanzar un balance con las forma de atención de sus

cuidadores teniendo en cuenta sus múltiples necesidades, demandas, y expectativas que debe ser tomada en consideración para superar esta problemática.

La necesidad de un equipo de profesionales con especialidad en Geriatría, la inexistencia de una estrategia adecuada a las necesidades de los Adultos Mayores, la atención preventiva de salud, y la atención social que lo necesitan, nos estimula a trabajar conjuntamente para formar un sector de recursos, acciones y de servicios destinados a la atención Integral, donde además se incluirá a los cuidadores y a todo el personal médico psicólogo que ayuden a estas personas a sobrellevar el cuidado con responsabilidad y de manera positiva sus actividades diarias, mediante capacitaciones charlas reuniones mensuales que permita al Adulto Mayor mantenerse activos suscitando un envejecimiento satisfactorio.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Implementar el "CLUB DEL ADULTO MAYOR" para la Valoración Geriátrica Integral dirigida a los Adultos Mayores y sus Cuidadores con el fin de alcanzar bienestar mutuo.

6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reducir el deterioro de funciones físico-psicosociales del adulto mayor.
- Contribuir a elevar el nivel de salud de los cuidadores geriátricos para mejorar su calidad de vida y conseguir el bienestar adecuado del adulto mayor
- Brindar capacitaciones semanales y guías de manejo de atención para mejorar la relación adulto mayor - cuidador.
- Satisfacer las múltiples necesidades físicas y psicosociales de los cuidadores geriátricos

6.5 ANÁLISIS DE LA FACTIBILIDAD

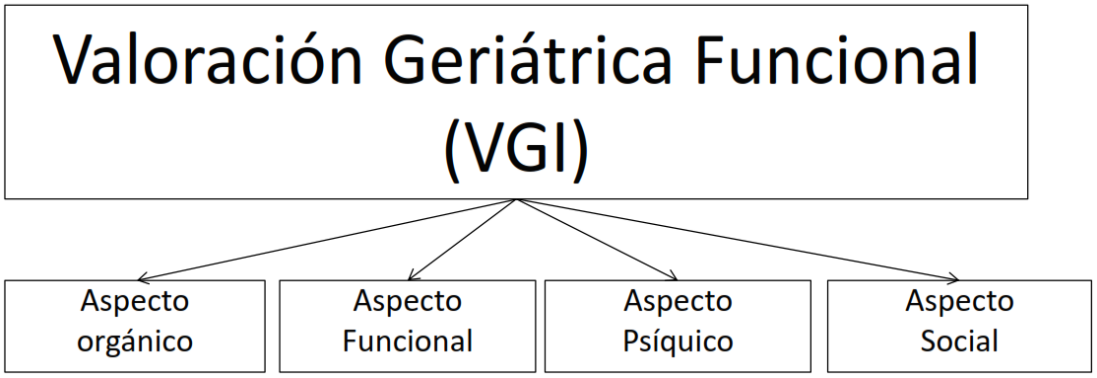
La propuesta presentada es factible de aplicarse ya que no necesita de equipos costosos, sino más bien depende de la creatividad y del trabajo del equipo Interdisciplinario.

Por lo que la propuesta es ejecutable.

6.6 FUNDAMENTACIÓN

6.6.1 Valoración Geriátrica Integral

Permite abordar el estudio integral del anciano en los siguientes aspectos.



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

6.6.2 Composición del Equipo.

Está formado por el Médico General, Geriatra, Psiquiatra, y el Psicólogo Clínico. Además pueden participar otros profesionales como: Enfermera, Terapeuta Ocupacional, y el Fisioterapeuta, Nutricionista y Profesionales Laboratorio Clínico.

La composición del equipo debe adaptarse a las funciones que éste cumple y su estructura dependerá de sus objetivos específicos y de las posibilidades y características del centro y del nivel asistencial en el que trabajen.

El gestor de caso deberá ser el médico de cabecera y el líder del grupo para X caso será determinado por el equipo de VGI

Su funcionamiento exige de la participación y la responsabilidad compartida de sus miembros. El equipo focaliza su trabajo sobre áreas específicas relacionadas a la deficiencia funcional presentada tales como : las alteraciones sensoriales (visuales y auditivas), la capacidad para ejecutar las actividades de la vida diaria (índice de KATZ), los disturbios de movilidad y las caídas (Tinneti), la incontinencia urinaria, la deficiencia nutricional (MNA) y los disturbios cognitivos (Folstein, Pfeiffer) por lo que la evaluación geriátrica incorpora a la anamnesis y al examen físico clínico tradicional varios instrumentos y escalas padronizadas de la evaluación del estado físico, cognitivo, del afecto, del soporte nutricional, social, familiar, y comunitario.

Con esta evaluación se obtiene entre otras las siguientes ventajas:

- Un incremento de la precisión diagnóstica.
- Mejorar, recuperar y mantener el estado funcional, el afecto y el estado cognitivo.
- Disminuir los síntomas psiquiátricos y psicológicos.
- Disminuir las hospitalizaciones e inclusive ingresos de repetición.
- Detectar a tiempo y corregir los actos de malos tratos

6.6.3 Etapas de la Valoración Geriátrica Integral.

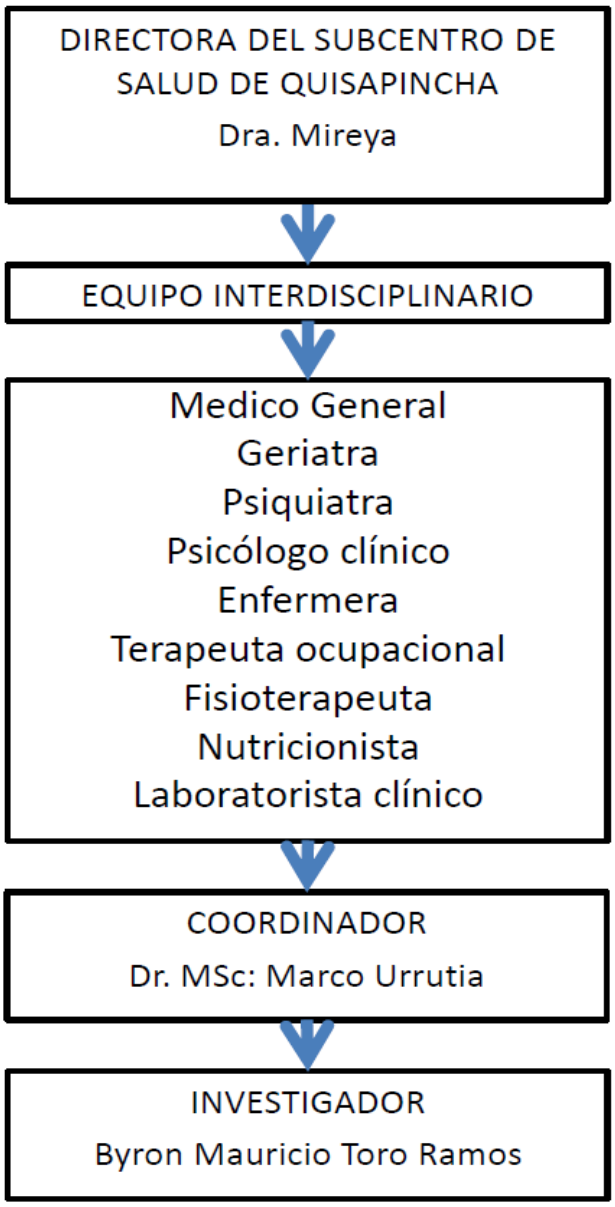
1. Pesquisaje: se identifica los problemas en términos Generales.
2. Intermedia: consiste en identificar los mecanismos causantes del problema, en este punto se establece la terapia o estrategia adecuada a aplicarse al paciente.
3. Evaluación Exhaustiva: esta valoración se da en el subcentro de salud, teniendo en cuenta los problemas de salud y las discapacidades detectadas en el nivel Intermedio.

6.7 METODOLOGÍA - MODELO OPERATIVO.

Fase de Planificación	**Metas**	**Evolución**	**Presupuesto**	**Recursos**
Autorización para realizar la propuesta Presentación de la propuesta Diseño del programa de la propuesta	Cumplimiento del 100%	Evaluación del procedimiento y respuesta de las autoridades en un periodo de un mes	100 dólares	Solicitud a las autoridades y empresas privadas
Fase de Ejecución	**Metas**	**Evaluación**	**Presupuesto**	**Recursos**
Convocatoria a especialistas en Geriatría, psiquiatra y psicólogo clínico Capacitación al personal responsable Inscripción de los interesados Diseño fichas personales Diseño de medidas preventivas para los pacientes integrantes	Cumplimiento del 100 %	Selección de los especialistas Evaluación bienestar mediante escalas a los pacientes Valoración psicológica a los cuidadores Control del personal responsable de manera mensual	300 dólares	Conferencias al Equipo Interdisciplinario y pacientes con sus cuidadores Plan de medidas preventivas e informativas
Fase de evaluación	**Metas**	**Evaluación**	**Presupuesto**	**Recursos**
Evaluar cumplimiento y límites de la propuesta Modificaciones y ajustes en el transcurso y distribución del manual	Cumplimiento del 100 %	Revisando los resultados mensuales de cada paciente y sus cuidadores	200 dólares	Información recolectada de los pacientes y sus cuidadores

6.8 ADMINISTRACIÓN

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



6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

Preguntas básicas	**Explicación**
1. Quienes solicitan Evaluar?	Investigador: Byron M. Toro R.
2. Porqué Evaluar?	Identificar y Cuantificar los problemas físicos, funcionales, mentales, sociales
3. Para que Evaluar?	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.
4. Que Evaluar?	La existencia de Síndromes Geriátricos que afecten el proceso de envejecimiento saludable.
5. A quién Evaluar?	A los Adultos Mayores que requieran atención
6. Cuando Evaluar?	Cuando acudan al SCS de Quisapincha y visitas domiciliarias
7. Como Evaluar?	Mediante la valoración geriátrica Integral que posee diferentes escalas de valoración validadas internacionalmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Aforismo anónimo, Capitulo 3. El cuidador domiciliario en el siglo XXI. Cuidador Domiciliario del Adulto Mayor. México; 2011; pp: 321-345. (19)

2. Alba María Grajales Rodríguez. Orientación grupal para el bienestar del adulto mayor. Volumen 1; Yucatán: Editorial; 20 de Septiembre 2011. (10)

3. Almeida Johana, Tapia Noemí, Incidencia de la bailo terapia en el estado de ánimo de los grupos de adultos mayores de la fundación patronato municipal san José. Volumen 1. Sangolqui, Enero 2011, marzo 2013. (4)

4. Aranda-Beltrán, C.; et al. Síndrome de burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, México. Revista Cubana de Salud Pública. 2005: 43(1);11-15. (15)

5. Barbier Ibañez Martha, Susana Moreno Barrio, Silvia Sanz Urdiales. Guía de Autocuidado y cuidado para personas cuidadoras familiares de personas mayores en situación de dependencia. Volumen 1; México: Editorial; Diciembre 2011. (12)

6. Carmona Valdez Sandra Enma. el bienestar personal en el envejecimiento. Voces y Contextos. Junio 2009; Volumen 7: páginas pp.48-65. (20)

7. Crespo López María. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Boletin sobre envejecimiento. 2008; Volumen (1): páginas 1-30. (14)

8. Félix Alemán A, Aguilar Hernández RM, Martínez Aguilar, Avila Alpírez H, Vázquez Galindo, Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional. 2012; pp: 16-33. (1)

9. Flores G, Elizabeth; Rivas, Edith y Seguel P, Fredy. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc. enferm. 2012, vol.18, n.1, pp. 29-41. (5)

10. Geraci María Elen, Gonzalo Gerardo Martín, Ilacqua Graciela Liliana, Moauro Liliana Graciela, Real Mónica. Adulto Mayor Dependiente. 2008; Volumen 1: pag. 1-32. (18)

11. Trigás Ferrín María, Lucía Ferreira-González, Héctor Meijide-Míguez. Escalas de valoración funcional en el anciano, 2011. (9)

12. Willam.F.Waters. Salud y Bienestar del Adulto mayor Indígena. Volumen1. Ecuador. 2011. (17)

LINKOGRAFÍA

1. Atencion de Enfermería y su incidencia en la Calidad de vida del Adulto Mayor con artritis reumatoidea, atendidos en el Subcentro de Salud de Ambatillo en el periodo Julio Diciembre 2013. (22) Disponible en: http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/7498
2. Calidad de vida del paciente Diabético y su incidencia de cuadros Depresivos en los miembros del grupo de apoyo de Diabetes del Hospital Regional Docente Ambato, del periodo comprendido entre los meses Marzo Agosto 2011. (23). Disponible en; http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/7130/Gabriela%20Pazan.pdf?sequence=1
3. Casanova Sotolongo Pedro. Deterioro cognitivo en la tercera edad; Rev.CubanaMed [Internet]. La Habana; 2004; 20(5-6). (16). Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864...
4. Ecuadorencifras.com. [Internet]. Ecuador; 2011; citado 27Agosto2011. (10) Disponible en: www.inec.gob.ec/inec/index.php?...ecuador-hay...adultos-mayores-28
5. Efectividad del Adulto Mayor del Club del Adulto Mayor con relación a la salud en el Subcentro de Atahualpa en el periodo Noviembre- Diciembre

2012. (20). Disponible en: http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/6602/ADRIANA%20GABRIELA%20MEDINA%20TAPIA.pdf?sequence=1

6. Espín Andrade, Ana Margarita. Eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencias de adultos mayores con demencia; Revista Facultad de Salud - RFS Enero-Junio (2011) 3-1: 9-19 ISSN 2145-1362. (6). Disponible en: www.rfsrevista.edu.co/articulos/2---eficacia-de-un-progra.pdf
7. Estudio de Situación de los AM dependientes con pensión asistencial y sus cuidadores domiciliarios", recibido: 10 de Mayo de 2007, (8). Disponible:http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_de_situacion_de_AM_con_pension_y_cuidadores_domiciliarios.pdf
8. Gort Ana M, Mazarico Silvia, Jordi Ballesté, JoanaBarberá, Xavier Gómez, Mariano de Miguel, Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación en cuidados paliativos [Internet], vol 121, Num 04, 2003. (10). Disponible en: www.elsevier.es/.../uso-escala-zarit-valoracion-claudicacion-cuidados-paliativos
9. Incidencia del acciona del Club del Adulto Mayor, en la calidad de vida de sus miembros, en el subcentro de salud de Atahualpa, cantón Ambato, Provincia Tungurahua, periodo Abril /septiembre 2012. (21) Disponible en: http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/3639/TESIS%20FERNANDA%20TORRES.pdf?sequence=1
10. La Depresión y su incidencia en la Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes en edades de 60 a 70 años en el área de Medicina Interna en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Hospital Ambato durante el periodo Mayo- Otubre 2011. (24) Disponible en: http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/3949
11. Lara Rosa Elena, Velarde Lasso Amparito, Mena Jácome Mariana, Álvarez Yánez Pablo. Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente [Internet]. Volumen1. Quito; Agosto 2011. (19). Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/.../Manual%20para%20R

12. López Gil, María Jesús, Orueta Sánchez Ramon, Gómez Caro Samuel, Arancha Sánchez Oropesa, Javier Carmona de la Morena, Alonso Moreno Francisco. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud, Revista Clínica de Medicina de Familia [Internet]; vol. 2, núm. 7, 2009, pp. 332-339. (7). Disponible en: www.redalyc.org/pdf/1696/169614509004.pdf
13. Steele Britton Héctor. Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico; vol.1; Costa Rica Abril, 2010. Pdf, (13). Disponible en: www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis20.pdf

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA AMBATO

1. SCIELO Morfi Samper Rosa. [Base de datos en línea]. La salud del adulto mayor en el siglo XXI; Rev Cubana Enfermer v.21 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2005. [citado 10 de Junio 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192005000300001&lang=pt

2. SCIELO Ramos Domínguez, Benito. [Base de datos en línea]. Control de calidad de la atención de salud: Educ Med Super v.20 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2006.[citado 10 de Junio 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412006000100008&lang=pt

3. SCIELO Romero Zoila, Cuba Maria. [Base de datos en línea]. Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú; Rev Med Hered vol.24 no.3 Lima jul./set. 2013. [citado 10 de Junio 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2013000300005&lang=pt

4. SCIELO Santana Cabrera. [Base de datos en línea]. Atención de calidad en un servicio de medicina intensiva: Med. Intensiva v.34 n.9 Barcelona dic. 2010.[citado 10 de Junio 2014]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021056912010000900009&lang=pt

5. SCIELO Seclén Santisteban, Segundo. [Base de datos en línea]. Los programas de atención para el adulto mayor; Rev Med Hered v.13 n.1 Lima ene.;2002. [citado 10 de Junio 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2002000100001&lang=pt

ANEXOS

ANEXO. 1 ESCALA BIENESTAR ADULTO MAYOR (EBAM)

Escala de Bienestar del Adulto MAYOR	EBAM

1

Nombre: _____

Género: M ( ) F ( )

Estado civil: _____

Institución: _____

Examinador: _____

Cálculo de la edad

Fecha	Año	Mes	Día
Evaluación			
Nacimiento			
Edad actual			

Suma de puntuaciones Dimensión	Total	Rango percentil
I. Deterioro por la edad		
II. Estado de salud		
III. Autonomía e independencia		
IV. Sentimientos		
V. Cognición		
VI.- Red social		
VII.- Accesibilidad		
VIII.- Seguridad social		
TOTAL		

INSTRUCCIONES: A continuación le leeré una serie de enunciados, le pido por favor me conteste con la escala: *sí, a veces, no o no aplica* según su situación y opinión. Puedo repetir la pregunta o explicársela si fuera necesario.

¿Listo?

2

Deterioro por la edad	SI	A veces	N0 o NA	Puntos
1.- Tengo dificultades para escuchar	2	1	0	
2.- Me siento débil	2	1	0	
3.- Tengo dificultades para ver, aún con lentes	2	1	0	
4.- Me siento cansado	2	1	0	
5.- Tengo incontinencia urinaria	2	1	0	
6.- Puedo caminar sin dificultad	0	1	2	
7.- Se me olvidan muchas cosas	2	1	0	
8.- Estoy contento con mi sexualidad	0	1	2	
9.- Puedo comer de todo	0	1	2	
10.- Puedo hacer ejercicio	0	1	2	
Total				

Estado de salud	SI	A veces	N0 o NA	Puntos
1.-Me siento enfermo	2	1	0	
2 .-Tengo dolor	2	1	0	
3.- Duermo bien	0	1	2	
4.-Tomo medicamentos	0	1	2	
5.- Voy al médico	2	1	0	
6.- Tengo buena digestión	0	1	2	
7.- tengo un peso adecuado	0	1	2	
8.-Tengo problemas cardiacos	2	1	0	
9.-Padezco diabetes	2	1	0	
10.- Fumo	2	1	0	
Total				

Autonomía- Independencia	SI	A veces	N0 o NA	Puntos
1.- Voy solo al baño	0	1	2	
2.- Puedo trasladarme en autobús	0	1	2	
3.- Me visto sin ayuda	0	1	2	
4.- Puedo prepararme mi desayuno	0	1	2	
5.- Puedo ir al centro/plaza sin ayuda	0	1	2	
6.- Estoy pendiente de tomar mis medicinas	0	1	2	
7.- Voy a comprar solo a la tienda	0	1	2	
8.- Recuerdo mis citas y compromisos	0	1	2	
9.- puedo hacer ejercicio	0	1	2	
10..- Manejo mi propio dinero	0	1	2	
Total				

Sentimientos	SI	A veces	N0 o NA	Puntos
1.- Me siento triste	2	1	0	
2.- Soy muy nervioso	2	1	0	
3.- Me siento solo	2	1	0	
4.- Estoy preocupado	2	1	0	
5.- Disfruto la vida.	0	1	2	
6.- Tengo miedo de morir	2	1	0	
7.- Me siento útil	0	1	2	
8.- Estoy contento con mi imagen	0	1	2	
9.- Soy una persona querida	0	1	2	
10.-Soy importante para los demás.	0	1	2	
Total				

Cognición	SI	A veces	N0 o NA	Puntos
1.- Recuerdo eventos de mi juventud	0	1	2	
2.- Puedo hacer cuentas financieras	0	1	2	
3.- Se me olvidan los nombres de las personas	2	1	0	
4.- Puedo decir la fecha y la hora	0	1	2	
5.- Leo (periódico, revistas y libros)	0	1	2	
6.- tengo planes para el futuro	0	1	2	
7.- entiendo la trama de los programas de TV	0	1	2	
8.- Puedo decir mi dirección	0	1	2	
9.- recuerdo los números de teléfono	0	1	2	
10.- estoy al tanto de las noticias.	0	1	2	
Total				

Red social	SI	A veces	N0 o NA	Puntos
1.- tengo un pasatiempo	0	-	2	
2.- tengo amigos	0	1	2	
3.- me reúno con otras personas de mi edad	0	1	2	
4.- salgo a fiestas y reuniones	0	1	2	
5.- cuento con mis familiares	0	1	2	
6.- Hablo por teléfono	0	1	2	
7.- voy al restaurant	0	1	2	
8.-pertenezcoa un grupo religioso.	0	1	2	
9.- pertenezco a un club o asociación.	0	-	2	
10.-conozco a mis vecinos	0	-	2	
Total				

Vivienda y accesibilidad	SI	A veces	N0 o NA	Puntos
1.-Mi casa tiene luz suficiente	0	1	2	
2.- Mi baño tiene agarradera	0	1	2	
3.- MI regadera cuenta con un banquillo	0	1	2	
4.- Mi casa tiene escaleras	2	1	0	
5.- Hay teléfono en mi cuarto	0	1	2	
6.- El piso de mi casa es resbaloso	2	1	0	
7.- Mi casa es muy fría / calurosa	2	1	0	
8.- Hay una lupa en mi casa	0	1	2	
9.- Mi dormitorio es cómodo	0	1	2	
10.- Tengo privacidad cuando lo deseo.	0	1	2	
Total				

Seguridad Social	SI	N0
1.- tengo una pensión	0	2
2.- tengo seguro médico	0	2
3.- tengo seguro de vida	0	2
4.- tengo testamento	0	2
5.- tengo una vivienda propia	0	2
6.- tengo una cuenta bancaria	0	2
7.-tengo ahorros	0	2
8.-tengo tarjeta de crédito	0	2
9.- mi familia me apoya económicamente.	0	2
10.- tengo un vehículo	0	2
Total		

ANEXO 2. (Encuesta) Calidad de Atención de los Cuidadores Geriátricos

Preguntas abiertas

1. usted está de acuerdo con las horas que le dedica su cuidador.

   SI….. NO….. A VECES…..
2. se siente satisfecho con la atención brindada

   SI….. NO….. A VECES…..
3. hay empatía entre usted y su cuidador

   SI….. NO….. A VECES…..
4. su cuidador le llama por su nombre

   SI….. NO….. A VECES…..
5. siente que su cuidador es amable

   SI….. NO….. A VECES…..
6. recibe buen trato de la persona que lo atiende

   SI….. NO….. A VECES…..
7. platica frecuentemente con su cuidador

   SI….. NO….. A VECES…..
8. la alimentación es siempre a la misma hora todos los días

   SI….. NO….. A VECES…..
9. le ofrecen una dieta adecuada y balanceada

   SI….. NO….. A VECES…..
10. la medicación prescrita es administrada a la hora adecuada

    SI….. NO….. A VECES…..
11. cuando presenta molestias o dolor es llevado al médico

    SI….. NO….. A VECES…..
12. acude a sus consultas médicas en las fechas indicadas

    SI….. NO….. A VECES…..
13. su limpieza e higiene personal es diario

    SI….. NO….. A VECES…..
14. el baño lo realiza por lo menos 3v/semana

    SI….. NO….. A VECES…..
15. cambia su vestimenta por lo menos 3v/semana

SI….. NO….. A VECES…..

16. la vestimenta cambiada se encuentra en buenas condiciones e higiene……

    SI….. NO….. A VECES…..

17. su lugar de aseo es totalmente higiénico

    SI….. NO….. A VECES…..

18. vivienda y dormitorio es limpiado diariamente

    SI….. NO….. A VECES…..

19. tiene alguna rutina o actividad diaria

    SI….. NO….. A VECES…..

20. realiza actividad física o recibe terapia

    SI….. NO….. A VECES…..

21. se distrae o se recrea al menos 1v/semana

    SI….. NO….. A VECES…..

22. Si siente esta con fiebre le toman la temperatura o le llevan a que le midan

    SI….. NO….. A VECES…..

23. Si siente presenta dolor cabeza pesantes y mareo le toman o le llevan a que le midan

    SI….. NO….. A VECES…..

24. Le invitan evento social usted acude

    SI….. NO….. A VECES…..

25. Antes de acudir al evento social es preparado para la ocasión

    SI….. NO….. A VECES…..