

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
Instituto Politécnico de la Salud
“Luis Felipe Moncada”
POLISAL - UNAN - Managua.
Departamento de Enfermería.**



**Seminario de Graduación para optar al Título de Licenciatura en Enfermería
con Orientación en Paciente Crítico.**

Tema: Salud Geriátrica

Sub Tema: Intervención educativa dirigida a los cuidadores del hogar de ancianos
Doctor Agustín Sánchez Vigil. Jinotepe. Abril–Noviembre 2014.

Autores:

Br. Sánchez Díaz Melesio Enrique
Br. Rodríguez Marcia Edith Adelina
Br. Acuña Barrios Abigail Andrea

Tutora: Msc. Marta Lorena Espinoza Lara

Diciembre 2014

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	3
JUSTIFICACION	5
PROPOSITOS.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
PREGUNTAS DE INVESTIGACION	10
DISEÑO METODOLOGICO	11
PLANIFICACION DE PILOTAJE	13
FASES DE LA INVESTIGACION.....	16
I. DIAGNOSTICO	16
II. FASE DE PLANIFICACION	21
PLAN DE INTERVENCION	22
PERSPECTIVA TEORICA DE LA INVESTIGACION	24
III. FASE DE INTERVENCION.....	55
IV. EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN.....	70
CONCLUSIONES.....	72
RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	74
ANEXO.....	75

DEDICATORIA

A mi madre Xiomara Díaz Martínez; por todo su esfuerzo y haber hecho posible el haberme formado como un profesional de la salud.

Melesio Enrique Sánchez Díaz

AGRADECIMIENTO

A mi madre; por su apoyo incondicional durante el estudio de mi carrera y futura profesión.

A mi hermana, Michelle Sánchez Díaz, por haberme facilitado la computadora y apoyo en esta última etapa de mis estudios universitarios.

A mis abuelos, Bismarck Díaz y María Martínez; por su apoyo en los momentos que necesite de ellos para culminar la carrera.

Melesio Enrique Sánchez Díaz

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres Adonis Rodríguez y Brenda Marcia por su esfuerzo en concederme la oportunidad de estudiar y por su constante apoyo.

A mi esposo Nehemías Baltodano por su amor, comprensión y apoyo.

A mis abuelitos Carmelo y Adelina; Orontes y Francisca por la ternura y amor que me han brindado a lo largo de mi vida.

Edith Adelina Rodríguez Marcia

AGRADECIMIENTO

A Dios por todas las cosas hermosas que me ha concedido llenando a cada paso mi vida de constante felicidad y gratificación.

A mis padres por haberme apoyado en todo momento, por sus sabios consejos, sus valores y motivación que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada por su amor y confianza.

A mi esposo, que ha estado a mi lado dándome cariño, confianza y apoyo incondicional.

Edith Adelina Rodríguez Marcia

DEDICATORIA

A mi madre, Clariza Barrios por su apoyo durante estos años y por acompañarme durante las noches de desvelo

A mi hermano Aduar Medrano por todo su apoyo y ánimos cuando los necesite.

Abigail Andrea Acuña Barrios

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la vida y la fuerza en este largo camino

A mi madre y hermano por todo su apoyo.

A los profesores que dedicaron su tiempo y me ayudaron a la realización de este trabajo: PhD Marlene Gaitán, Mcs. Guisel Cerda y Mcs. Sandra Reyes pues fueron de gran ayuda en la realización del pilotaje de este trabajo. Lic. Elizabeth Hernández por haber contribuido con documentación para este trabajo.

A mis dos grandes amigos y compañeros de seminario Edith y Melesio por toda su ayuda, su paciencia, y su esfuerzo para terminar este trabajo.

Abigail Andrea Acuña Barrios

RESUMEN

Hoy en día quienes están al cuidado de la Persona Adulto Mayor en los hogares de ancianos son trabajadores empíricos con pocos conocimientos sobre la manera adecuada para la atención de estos. Haciendo uso de la investigación-acción es como se propone desarrollar intervención educativa dirigida a los cuidadores del hogar de ancianos Doctor Agustín Sánchez Vigil. Jinotepe II Semestre 2014 para que los cuidadores den un trato de mayor calidad a los adultos mayores. Es cualitativo porque el objetivo del trabajo es modificar una situación determinada de un grupo humano; prospectivo porque la información se registra a medida que van ocurriendo los hechos; de corte transversal porque se estudian los ejes simultáneamente en un solo momento. Se usó la observación participante, la entrevista a profundidad y el diario de campo como instrumentos para la recolección de la información, el procesamiento y análisis de los datos es un proceso continuo que inició desde la recolección de los datos hasta la culminación de la investigación. Se tomó el universo de estudio en su totalidad, el cual consta de ocho personas. El plan de intervención fue dividido en tres grandes temas: El adulto mayor; Principales problemas de salud en el adulto mayor; Calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado (casa hogar), para un total de diez horas impartidas. Durante el desarrollo de las intervenciones hubo gran participación de los cuidadores, interés hacia los temas, apreciándose un cambio de actitud para el trato hacia el adulto mayor poniendo en práctica lo que aprendieron.

INTRODUCCION

Nicaragua está en lo que se denomina *bono demográfico* un periodo de 70 años en el que la mayor parte de la población es joven, tal y como se puede apreciar en la pirámide poblacional de Nicaragua 2010¹, en donde la base son los adultos jóvenes y la cúspide los adultos mayores. Posterior a los años comprendidos a esta etapa que pasan los países en desarrollo la pirámide poblacional se invierte, quedando los adultos mayores en la base y los jóvenes en la cúspide.

A medida que se incrementa la esperanza de vida y el control de la natalidad aumenta el número de adultos mayores en el país; ya que los estereotipos relacionados a los adultos mayores lo ponen como un *inútil* son más las familias que deciden dejar a sus miembros más seniles en instituciones relacionadas al cuidado de los mayores.

En estas instituciones quienes laboran por lo general son civiles sin conocimiento alguno sobre geriatría o gerontología, son cuidadores empíricos o bien quienes están a cargo de estas personas son monjas que se dedican a labores sociales por voluntad propia.

En el hogar de ancianos Agustín Sánchez Vigil las personas que laboran son mujeres, con poco conocimiento acerca del cuidado apropiado de las personas adulto mayor, sin saber qué cambios están asociados al envejecimiento y cuales son asociadas por alguna enfermedad a la vejez; el papel que ellas tienen para con los adultos mayores es el de suplirles en las necesidades que ellos presentan al no poder valerse por sí mismos, pero sin tomar en cuenta la importancia de buscar el origen que esta desencadenando el déficit que el adulto mayor tiene.

Tampoco cuentan con la disposición de documentación alguna relacionada al cuidado de las personas mayores, lo cual rompe con los deseos de algún cuidador en querer documentarse sobre su trabajo en el hogar de ancianos. El

¹ Ver anexo I

documentarse es de gran importancia en las áreas relacionadas a la salud, pues constantemente se están actualizando medidas terapéuticas, técnicas de abordaje de enfermedades, medios diagnósticos, entre otros.

Cuentan con pocos recursos para el cuidado de los adultos mayores y el hecho de que no hay recurso alguno con estudios superiores o relacionados al área geriátrica no saben cómo actuar ante una crisis en el adulto mayor, o como atenderlo cuando presente alguna dificultad en la que requiera atención en salud y sumado a esto, no cuentan con el apoyo de instituciones sanitarias para la atención de los adultos mayores.

ANTECEDENTES

En Nicaragua, al igual que en el resto de los países latinoamericanos hay un aumento de la esperanza de vida debido a los avances en salud que se han hecho, este aumento en los años de vida los ancianos hace que sean considerados pocos productivos a la sociedad por lo cual su familiares consideran más viable la institucionalización (hogares de ancianos) que la manutención de ellos. A pesar de que aumenta la demanda de hogares de ancianos no hay muchas de estas instituciones en el país, debido a que cuentan con muy poco apoyo gubernamental o personal con los conocimientos necesarios para el cuidado de los adultos mayores.

Un estudio realizado en Venezuela titulado Programa educativo de atención integral al paciente anciano dirigido a los residentes de medicina (2006), hace mención que los adultos mayores se sentían insatisfechos con la atención brindada, los residentes hicieron mención que se debía a los pocos conocimientos sobre geriatría y gerontología que ellos tenían. Mediante una investigación-acción los autores de la investigación decidieron modificar este comportamiento para hacer más integral el abordaje de los pacientes que acudían a la unidad de salud. Los resultados que ellos tuvieron fue que observaron un cambio en la actitud por parte de los médicos residentes de forma positiva en relación a la atención de los pacientes, reflejado en una mayor seguridad en el abordaje y manejo de los mismos mediante la aplicación de diferentes técnicas enfocadas en el aprendizaje de los objeto de estudio de la investigación.

Otro trabajo realizado en ésta institución titulado Conocimientos, Actitudes y Practicas de cuidados de los cuidadores principales que laboran en el hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil. II semestre 2013 elaborado por likey Sequeira, Norlan López, Francis Matute; hacen mención de unas breves charlas brindadas a los cuidadores principales del hogar de ancianos, pero su trabajo se centra en analizar los conocimientos que estos poseen sobre cuidados básicos geriátricos. En sus conclusiones afirman que *“Los cuidadores saben el grado de*

dependencia, higiene adecuada y el confort, de manera que satisfacen las necesidades básicas de los adultos mayores. Desconocen los cambios que ocurren al envejecer, tipo de dieta según estado nutricional...No se identifican con los adultos mayores al entrar al cuarto, no brindan privacidad al momento de vestirlos y cambios de pampers, la alimentación es llevada hasta donde ellos, haciéndolos sedentarios y por ende aumentando su grado de dependencia” Ellos en su trabajo sugieren que *“A la institución que busque alternativas reales para proporcionar capacitaciones a través del apoyo del POLISAL. ”* Pero este trabajo no presenta ningún esquema o matriz propiamente dicha con el fin de intervenir para mejorar el tipo de cuidado que brindan los cuidadores a los adultos mayores. Al enfocarse y analizar “conocimientos, actitudes y prácticas” se considera que este trabajo no es de mucha relevancia como para profundizar en los hallazgos y conclusiones.

JUSTIFICACION

Es cierto que la ancianidad constituye la etapa final de la vida, y que irremediablemente es en ésta que en donde más frecuente ocurre la muerte, esto no significa que los cuidados que se le brinden sean de poca calidad o *paliativos*, pues es en esta etapa de la vida que se puede disfrutar más a plenitud los goces de la vida, pasatiempos, actividades recreativas como caminar, bailar, ciclismo, otros; estar satisfecho con uno mismo por haber logrado lo que se propuso en la vida, o bien de los logros que se tuvieron en esta, una de las maneras es la reminiscencia, en el que el adulto recuerda lo que hizo en su juventud, las proezas de las que se siente orgulloso, haciendo así más fácil el proceso de adaptación a la vejez.

El área geriátrica esta puesta en otro plano en relación a otras ciencias de la salud y grupos etario, dándole prioridad a mujeres en edad fértil, niños (por las enfermedades prevalentes), y el adulto joven económicamente productivo. Otros estudios dejan por fuera a los ancianos institucionalizados en casas hogares, pues su universo son los ancianos que acuden a los puestos de atención primaria o aquellos que se mantienen en sus hogares junto con la familia o allegados, dejando por fuera a los que habitan en los hogares de ancianos.

El cuidado del adulto mayor en los hogares de ancianos no siempre es de una calidad apropiada para asistirlo en las necesidades que este presenta durante esta etapa de la vida, los cuidadores son en su mayoría empíricos y en instituciones de este tipo no se cuentan con recursos (humanos y materiales) óptimos para la atención integral.

Es por ello que se decidió desarrollar intervenciones educativas dirigido a los cuidadores del hogar de ancianos Doctor Agustín Sánchez Vigil ubicado en la ciudad de Jinotepe del departamento de Carazo, con la finalidad de mejorar la atención que proporcionan los cuidadores a los adultos mayores del hogar de ancianos, con el apoyo que se les dará con la intervención educativa.

Las intervenciones beneficiaron a la institución mediante la capacitación de los recursos sobre temas de interés geriátricos así como la asistencia de estos para los principales problemas o síndromes presentes en el adulto mayor; del mismo modo a los cuidadores porque les dió conocimiento teórico-científico para desarrollar mejor sus labores dentro del hogar de ancianos y la atención directa a los residentes del mismo; también para el trato de los adultos mayores que habitan en sus domicilios o ellos mismos en su vejez.

Es de importancia para el grupo investigador porque cumple uno de los roles principales de la Enfermería: *Investigativa*; llegando a cumplir con la presente investigación. También porque se estuvo aportando un gran beneficio a la institución objeto de estudio y a los participantes de esta, compartiendo los conocimientos sobre Geriátría y Gerontología, así como afianzar estos mismos conocimientos para ellos en la futura práctica profesional.

PROPOSITOS

General:

Desarrollar intervención educativa dirigida a los cuidadores del hogar de ancianos Doctor Agustín Sánchez Vigil. Jinotepe. Abril–Noviembre 2014.

Específicos:

Identificar la problemática a través de un diagnóstico de conocimiento del personal relacionadas al cuidado del adulto mayor.

Elaborar plan de acción que facilite la comprensión de los conocimientos teórico-científico para el manejo adecuado del paciente geriátrico.

Generar un cambio de actitud y comunicación en el personal con respecto al manejo del paciente geriátrico desarrollando el plan de acción.

Monitorear el cumplimiento de la implementación del plan de acción que proporcione las herramientas para el cambio de actitud del personal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es bien sabido que hoy en día quienes están al cuidado de la Persona Adulto Mayor en los hogares de ancianos son trabajadores empíricos con respecto a los conocimientos sobre la manera adecuada para la atención de estos tipos de pacientes, personas que tienen poco o nulo conocimiento sobre la Geriatría o Gerontología. Son pocos los hogares de ancianos que cuentan con personal calificado para la atención de los adultos mayores, en donde destacan enfermeros/as con un nivel académico de profesional, o bien auxiliar.

En estos días son más las familias que deciden internar a un miembro senil de la familia en las casas hogares debido a que consideran que solo serán un estorbo para ellos, entre otros de los estereotipos que la sociedad tiene acerca las personas adulto mayor.

Se sabe que Nicaragua está en la fase de inversión de la pirámide poblacional (Hernández, 2013), en donde serán las personas adultas mayores las que estén en la base y la población joven la que esté en la punta de esta pirámide.

Tampoco el MINSA tiene establecidas guías de manejo para los cuidadores en relación al cuidado del adulto mayor institucionalizado, siendo esta una gran debilidad; puesto que en Nicaragua hay dispersos hogares de ancianos en la zona pacífica y central, las cuales necesitan de una guía didáctica y básica para el manejo del adulto mayor.

En los hogares de ancianos (cual sea) por lo general hay pocos recursos humanos al cuidado de los adultos mayores, quienes son empíricos y no cubren las necesidades que estos presentan o pueden presentar. Esta es la problemática que se logró identificar en el Hogar de Ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil, ubicado en la ciudad de Jinotepe en Carazo.

Del mismo modo en esta institución no se cuentan con documentación para la ampliación de conocimientos hacia los cuidadores de los ancianos, protocolos o alguna clase de guía práctica para el desarrollo de acciones hacia las necesidades

de las personas adulto mayor en base a las enfermedades y cambios asociados al envejecimiento.

La institución no cuenta con el apoyo de otras entidades relacionadas a la salud y cuidado de este grupo poblacional y sus gastos son auto sostenibles.

Además el abandono familiar del que son objeto la gran mayoría de los ancianos de esta casa hogar, los lleva a la depresión, ansiedad, al aislamiento social al ser considerados inútiles y/o poco productivos.

En visitas que se hicieron en Junio de 2014 para la realización del presente Informe Final se corroboraron los datos mediante informantes claves, así como los datos reflejados en trabajos citados tal como el de Likey Sequeira & col. (2013).

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿Qué conocimientos tienen los trabajadores del hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil en relación al cuidado de los adultos mayores?

¿Cuál es la actitud y comunicación que el personal establece con los adultos mayores?

¿Qué se pretende con la identificación de la relación Cuidador-Adulto Mayor?

¿Cuáles intervenciones se planificarán para facilitar la comprensión de los conocimientos teórico-científico en relación al manejo del paciente geriátrico?

¿Cómo se valorará el cumplimiento del plan de acción?

¿Cómo se sabrá lo que se logró con las intervenciones desarrolladas en el hogar de ancianos Doctor Agustín Sánchez Díaz?

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo **cuantitativo** porque se busca modificar una realidad social de un grupo humano promoviendo la intervención y participación de los cuidadores en el hogar de ancianos Agustín Sánchez Vigil en brindar cuidados para suplir las necesidades que los adultos mayores presentan durante esta etapa de la vida, que es la vejez.

Es **prospectivo** porque la información se registró a medida que iban ocurriendo los hechos en la investigación, a partir del momento que se abordan a los cuidadores en el hogar de ancianos, y durante el tiempo que duró la realización del trabajo.

De **corte transversal** porque se estudiaron los ejes/descriptores simultáneamente en un solo momento, que comprende en la realización del estudio: II Semestre del 2014

Diseño de investigación: Comprende a una investigación-acción, busca la participación de la comunidad de la muestra poblacional mediante el desarrollo de actividades que permitan un cambio en la manera como los cuidadores realizan sus actividades de cuidado al adulto mayor.

Área de estudio

Este trabajo se realizó en el Hogar de Ancianos Agustín Sánchez Vigil, que fue fundado el 15 de noviembre de 1998; situado en la ciudad de Jinotepe en Carazo en el Km 42 de la carretera Jinotepe- El Rosario, precisamente en frente de la cruz roja. Este local tiene un área de construcción amplia, abundante flora; dispone de 14 cuartos en donde albergan 4 adultos mayores por cuarto, 10 baños e inodoros en total; servicios básicos de agua potable, energía eléctrica, servicios sanitarios, teléfono, área de cocina, un comedor, un área de recreación, sala de espera, una oficina y farmacia; tiene áreas verdes en donde los ancianos pueden deambular

libremente; actualmente hay un nuevo pabellón en construcción. Es una estructura de concreto, enladrillada y embaldosada, techo de zinc y áreas verdes dentro de las instalaciones.

Sujeto de estudio

El personal para el cuidado de los ancianos son quienes se tomaron para llevar a cabo la investigación acción-participativa. Son personas mayores de edad, procedentes de la ciudad de Jinotepe, con el interés común de que están al cuidado de los ancianos en el hogar, ya sea directa o indirectamente; entre ellos la responsable del hogar de ancianos, que será el informante clave durante el proceso de la investigación.

Universo y muestra: son los cuidadores del hogar de ancianos Agustín Sánchez Vigil, en total 8. La muestra seleccionada fue el universo en su totalidad, comprendido por hombres y mujeres relacionadas al cuidado del adulto mayor.

Muestreo: es intencional a conveniencia, para obtener la representatividad total del universo.

Técnicas e instrumentos

La **observación participante**, lleva a cabo sus estudios en el medio “natural”, en el lugar en donde se encuentran las personas observadas, por lo que el investigador tiene una experiencia directa sobre el mundo social donde se hace la investigación.

Se decidió la observación participante como técnica para la recolección de la información por presentar grandes ventajas tal como el no interferir con el comportamiento normal de los cuidadores, puesto que como investigadores se estuvo dentro del área de trabajo, familiarizándose con ellos, ganándose la confianza para que estos actuaran de la misma manera a como lo han hecho siempre.

De la mano con la observación está **el diario de campo**, durante la investigación se tomaron notas de campo durante la observación participante para describir el área de estudio, las personas objetos de estudio (cuidadores) y para la indentificación de las dificultades que éstos últimos presentan al brindar atención a los adultos mayores.

La otra técnica empleada para la realización de éste trabajo es **la entrevista a profundidad**. Esta técnica se escogió para conocer la opinión de los cuidadores, sus inquietudes, dudas, interrogantes, sugerencias...en fin, la manera en cómo ellos perciben su labor dentro del hogar de ancianos y la importancia de ésta investigación acción-participativa para solucionar la problemática encontrada en el mismo.

PLANIFICACION DE PILOTAJE

Como parte de la validación de los instrumentos y triangulación de los mismos se realiza un pilotaje para comprobar la facilidad en la aplicación de estos, su fácil interpretación por parte de la muestra seleccionada.

El pilotaje es *“realizar un pequeño estudio con respecto al tiempo, espacio y personas u objetos”*; el objetivo de este es la validación del cuestionario, precisión de los instrumentos, entre otros. De acuerdo con los resultados de la prueba piloto el *proyecto* puede ser modificado antes de realizar la investigación propiamente dicha. (Salinas, 2011).

Antes de la administración de un instrumento es necesario estar seguros de que la muestra de la investigación conozca y entienda el objetivo de este y sus alternativas de respuesta.

Para ello se seleccionó personas con las mismas características y que cumplan con los mismos requisitos de la muestra seleccionada, brindando confiabilidad, credibilidad y seguridad en las respuestas para las preguntas guías de los instrumentos en cuestión (entrevista a profundidad, diario de campo y observación participante).

El lugar escogido para la realización del pilotaje será el Hogar de Ancianos San Pedro Claver, ubicado en el Km 19.5 carretera Managua-Masaya. Este hogar de ancianos cumple con todos los requisitos necesarios para realizar el pilotaje de los instrumentos, el personal que labora tiene características similares a la muestra en la que se pretende realizar la investigación, el mismo número de trabajadores y de adultos mayores en la institución.

El tiempo en el que se realizó el pilotaje de los instrumentos fue de 4 días a partir del inicio de la semana del 22 de septiembre del corriente, a fin de someter a prueba la entrevista a profundidad y posteriormente la observación participante en primera instancia, siendo esta última la más tardada, ya que pretende validar la información obtenida mediante la entrevista a profundidad y recolectar datos sobre comunicación, actitudes y el cuidado que los trabajadores brindan a los adultos mayores.

Durante esta etapa se tuvo contacto con la responsable del hogar de ancianos, la cual nos dio su consentimiento para realizar dicho pilotaje. Primeramente se llegó al hogar para observar durante breves momentos las actividades de los cuidadores; al tercer día se les entrevistó, en donde las respuestas obtenidas concordaban con los datos que se pretendían obtener así como lo observado en días previos.

Igualmente durante el curso de la observación se anotaron sucesos y datos pertinentes para evaluar la viabilidad del diario de campo y la triangulación de la información obtenida con los dos instrumentos previamente mencionados, valorando la veracidad y concordancia de los datos.

Metodos de recolección de la información

Esta se hizo en fases que se describen a continuación:

Fase de reconocimiento del hogar (Primera fase): con previa cita, consistió en realizar un reconocimiento mediante observación general del hogar de ancianos a fin de identificar ciertas características físicas y organizacional. Para esta visita se solicitó carta de la dirección del Departamento de Enfermería del POLISAL de la

UNAN Managua con el fin de la aceptación de realizar el estudio. Al asistir al hogar de ancianos se presentó la carta dirigida a la administradora del hogar, aspectos metodológicos de la investigación así como propuesta de cronograma para desarrollar las intervenciones.

Esta fue aceptada por parte de la administradora, dando el visto bueno para desarrollar la investigación y demostrando entusiasmo sobre ciertos temas propuestos y a su vez sugiriendo algunos para implementar.

Recolección de la información (segunda fase): esta fase se realizó en periodo comprendido del 22 de septiembre hasta el 6 de octubre del 2014, ésta mediante las técnicas e instrumentos mencionados en el acápite anterior para el diagnóstico de la situación actual que presenta el hogar de ancianos. Primeramente familiarizándose con los cuidadores, pasantillas para dejar que estos últimos tomaran confianza con el grupo investigador y así realizando sus actividades de la misma manera a como lo hacen a diario. En estos momentos, finalizando el día se hacían las anotaciones pertinentes en el diario de campo para posteriormente analizarla, interpretarla y relacionarla con la información recopilada en la entrevista a profundidad, que fue la segunda fase para elaborar el diagnóstico situacional en el hogar de ancianos.

FASES DE LA INVESTIGACION

I. DIAGNOSTICO

Análisis de la información recolectada en el hogar de ancianos Agustín Sánchez Vigil, Jinotepe.²

Para buscar acercamiento con los cuidadores se inició con la observación, días después se les realizó la entrevista donde se obtuvieron datos sobre el nivel de conocimiento que los cuidadores tenían sobre el cuidado para el adulto mayor.



A partir del día 22 de septiembre se inició con la recolección de la información mediante la observación participante y la entrevista a profundidad que se les realizó a los cuidadores, esta última se efectuó el día 23 del mismo mes; obteniendo datos que corroboran lo que se

había planteado previo a la recolección de la información.

Durante la observación la información obtenida indica que los cuidadores tienen debilidades durante la atención brindada a los adultos mayores, siendo las más relevantes la movilización de estos, la comunicación que utilizan para referirse hacia estos y los cuidados específicos en relación al tipo de síndrome o enfermedad que la mayoría de los adultos mayores del hogar de ancianos presentan. Así mismo se logró identificar habilidades y destrezas apropiadas en relación a la higiene personal de los señores, aunque esta no la practican diariamente, la limpieza de los cuartos y sus camas, así como el baño sanitario y los objetos que utilizan en sus actividades de la vida diaria.



² Ver anexo III



Al momento de realizar la entrevista a profundidad se logró confirmar los datos obtenidos durante la observación, además que se profundizó en los hallazgos y se encontraron más datos, como “...Sólo los jueves venia el Dr.

Milton, pero como ese es mi día libre nunca he recibido ninguna capacitación”; “Solo don Ismael me ha enseñado algunas cosas pero propiamente capacitación no”. Se hallaron otros datos relacionados al compañerismo laboral, la comunicación entre los trabajadores y mecánica corporal, tolerancia hacia el adulto mayor (mediante informante clave), falta de conocimientos con respecto a las enfermedades prevalentes en el hogar de ancianos así como sus manifestaciones clínicas y signos de alarma, tipo de tratamiento para cada enfermedad, tipo de alimentación en dependencia de la enfermedad, cuidados relacionados a los principales síndromes de los adultos mayores del hogar de ancianos.

Cuando se les preguntó si querían ser capacitados, estos respondieron “Si sería bueno porque nunca es tarde para aprender”; “De todo sería bueno, aquí se necesita saber de todo porque aquí hacemos de todo”. Sí les interesaría dominar ciertos temas en relación al cuidado de los adultos mayores, tales como: toma de presión arterial y su valoración (hipertensión, hipotensión), técnica de inyectable intramuscular y el masaje terapéutico para casos específicos.

En base a estos hallazgos, puesto que el tipo de estudio es *dinámico* se decidió modificar la propuesta de temas a desarrollar durante la realización de la presente investigación, eliminando temas que se consideran *relleno* o que no serían de mucha utilidad en las funciones que los cuidadores efectúan en su área de trabajo. Además ciertos temas que se interrelacionan se han unificado para mejorar la eficiencia y eficacia de las intervenciones así como el tiempo que se dedicó y los recursos que se utilizó.

OPERACIONALIZACION DEL DIAGNOSTICO

Variable/Descriptor	Definición	Indicador	Item
<p>Nivel de conocimiento</p>	<p>Es el conocimiento adquirido mediante la teoría o práctica, experiencia, sean compartidas o vividas</p>	<p>Tiempo de laborar en el hogar Capacitaciones previas Deseo de aprender</p>	<p>Observación participante: ¿Cumplen con los tratamientos en base a las diferentes patologías que presentan los adultos mayores? ¿Cuál es el manejo que tienen los cuidadores con respecto a los síndromes geriátricos más comunes? ¿Qué tipo de alimentación le brindan al adulto mayor? ¿Cómo realizan la movilización de los adultos mayores?</p> <p>Entrevista a profundidad: ¿Cuánto tiempo tiene de estar laborando en el hogar de ancianos? ¿Ha recibido alguna capacitación relacionada al área en que trabaja? ¿Considera que fue útil la capacitación que recibió? ¿Desea ser capacitado sobre algún tema en relación al cuidado del adulto mayor? ¿Qué tratamiento le proporciona al adulto mayor?</p>

Variable/Descriptor	Definición	Indicador	Item
Relacion Cuidador-Adulto mayor	Es la interacción que se establece entre el personal al cuidado y el adulto mayor, la cual se da mediante la comunicación y las actitudes demostradas	Comunicación	<p>Observación participante: ¿Qué tipo de comunicación utiliza el personal cuando se dirige al adulto mayor?</p> <p>Entrevista a profundidad: N/A</p>
		Actitud	<p>Observación participante: ¿Cómo es la actitud que el personal demuestra para con los adultos mayores? ¿Cómo se distribuye el tiempo para el cuidado del adulto mayor y las labores del hogar de ancianos? ¿Cómo y con qué frecuencia realizan la higiene personal de los adultos mayores?</p> <p>Entrevista a profundidad: ¿Por qué se interesó en trabajar en el hogar de ancianos? ¿Está a gusto con su trabajo y con la atención que le brinda al adulto mayor? ¿Cuáles actividades realiza para distraer o recrear a los adultos mayores?</p>

Procesamiento y análisis de los datos

El análisis e interpretación de los datos obtenidos es una parte fundamental de toda investigación científica, puesto que el enfoque es el cualitativo, éste es un proceso continuo que inicia desde la recolección de los datos. Cueri Mosquera (2006) citando a Pérez (1994) menciona que *el análisis es obtener una visión más ampliada de la realidad que se estudia y para ello el investigador debe llevar una secuencia que incluye: reducir, categorizar, clasificar, sintetizar y comparar la información, debe idearse desde el inicio del estudio y ser flexible y ordenado.*

Hernandez Sampieri & col. (2010) describen la investigación acción-participativa en cuatro fases, donde la primera es “detectar el problema de investigación, clarificarlo y diagnosticarlo (ya sea un problema social, la necesidad de un cambio, una mejora, etcétera)”.

Los datos se recolectaron partiendo de la entrevista a profundidad, que brindó una idea general de la manera en como se desenvolvían los cuidadores en el hogar de ancianos, la observación participante fue la llave para la investigación, pues se validó los datos que se recolectaron en la entrevista a profundidad y monitoreó la puesta en práctica de los conocimientos que se les brindó con las capacitaciones.

El acceso al hogar de ancianos fue facilitado por la encargada, que a su vez fue el informante clave, partiendo del consentimiento informado para la realización de la investigación, seguido de la descripción de los trabajadores y la manera mas óptima para el abordaje de ellos.

Durante el periodo de estancia y desarrollo de la investigación la propuesta para las intervenciones educativas fue llevada a cabo en un horario y frecuencia establecido, accesible para ambas partes (investigador-cuidador).

El monitoreo de las intervenciones educativas propuestas fue después de cada unidad a manera de *test*, y mediante la observación (que es la clave de la investigación), puesto que el objetivo que se pretendió alcanzar es *la práctica de lo*

aprendido en las capacitaciones impartidas para que el cuidado brindado por los cuidadores fuera de calidad.

Es por ello que esta investigación estuvo centrada en mejorar los conocimientos y prácticas de los cuidadores en relación al cuidado para que éstos los aplicaran con los residentes del hogar de anciano objeto de estudio, brindándoles una atención más completa para satisfacer las necesidades de los ancianos, diferenciando en los aspectos fisiológicos del envejecimiento y los problemas que están relacionados a patologías asociadas al envejecimiento.

II. FASE DE PLANIFICACION

Como segunda fase a seguir, Sampieri & col. (2010) plantea que es la “formulación de un plan o programa para resolver el problema o introducir el cambio”. En esta fase es en donde se planifican las intervenciones a realizar para solucionar la problemática encontrada al momento que se realiza el diagnóstico del problema.

Basándose en el análisis de la información y el diagnóstico de la situación del hogar de ancianos, con la participación de los informantes claves se propuso a desarrollar el siguiente plan de intervención (ver página siguiente) para darle solución al problema encontrado; en donde están plasmados los temas y contenidos que fueron impartidos durante el proceso de esta investigación, los propósitos a conseguir con cada tema impartido, así como los medios, métodos y recursos, tanto materiales como humanos para el desenvolvimiento de lo planificado.

PLAN DE INTERVENCION³

TEMA: Atención integral al adulto mayor **Dirigido a:** Trabajadores del Hogar de ancianos Agustín Sánchez Vigil

Horas totales: 10 **Facilitadores:** Melesio Sánchez, Edith Rodríguez, Abigail Acuña.

Objetivos: 1. Complementar los conocimientos de los cuidadores acerca del cuidado del adulto mayor para la mejor atención de estos. 2. Monitorear a los participantes mediante periodos de reflexión después de cada tema impartido. 3. Evaluar las actividades y prácticas del personal del Hogar de Ancianos en base al conocimiento brindado durante el curso.

Objetivo	Contenido	Horas	Estrategias de intervención	Indicador de logro	Monitoreo
Complementar los conocimientos de los cuidadores acerca del cuidado del adulto mayor para la mejor atención de estos	El adulto mayor: <ul style="list-style-type: none"> - El proceso de envejecimiento - Cambios que ocurren durante el envejecimiento 	2hrs	Lluvia de ideas Simposio Exposiciones	Los resultados obtenidos mediante los test posteriores a los temas impartidos Observación al personal para comprobar la puesta en práctica de lo aprendido	Se hará mediante fotografías de evidencia, observación hacia los participantes, preguntas y respuestas, periodos de reflexión después de cada tema
	Principales problemas de salud en el adulto mayor: <ul style="list-style-type: none"> - Caídas y riesgo de caída - Incontinencia: urinaria y fecal - Deterioros neurocognitivos en el adulto mayor - Hipertensión 	4hrs	Lluvia de ideas Conferencias Exposiciones Seminarios		

³ Para mayor detalle ver anexo IV

	<p>Arteria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes <p>Calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado (casa hogar)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dieta del adulto mayor - Ejercicios recomendados para el adulto mayor - Relaciones interpersonales y la comunicación con el adulto mayor - Asistencia del cuidador a los principales problemas de salud del adulto mayor 	<p>4hrs</p>	<p>Taller</p> <p>Exposición</p> <p>Demostrativo</p>		
--	--	-------------	---	--	--

PERSPECTIVA TEORICA DE LA INVESTIGACION

Hernández Sampieri (2010) afirma que la finalidad de la investigación-acción es resolver problemas cotidianos e inmediatos y mejorar prácticas concretas. Su propósito fundamental se centra en aportar información que guíe la toma de decisiones para programas, procesos y reformas estructurales.

La investigación-acción construye el conocimiento por medio de la práctica. Entre las principales características que menciona el autor están:

1. La investigación-acción envuelve la transformación y mejora de una realidad (social, educativa, administrativa, etc.). De hecho, se construye desde ésta.
2. Parte de problemas prácticos y vinculados con un ambiente o entorno
3. Implica la total colaboración de los participantes en la detección de necesidades (ellos conocen mejor que nadie la problemática a resolver, la estructura a modificar, el proceso a mejorar y las prácticas que requieren transformación) y en la implementación de los resultados del estudio.

Las tres fases esenciales de los diseños de investigación-acción son: observar (construir un bosquejo del problema y recolectar datos), pensar (analizar e interpretar) y actuar (resolver problemas e implementar mejoras), las cuales se dan de manera cíclica, una y otra vez, hasta que el problema es resuelto, el cambio se logra o la mejora se introduce satisfactoriamente.

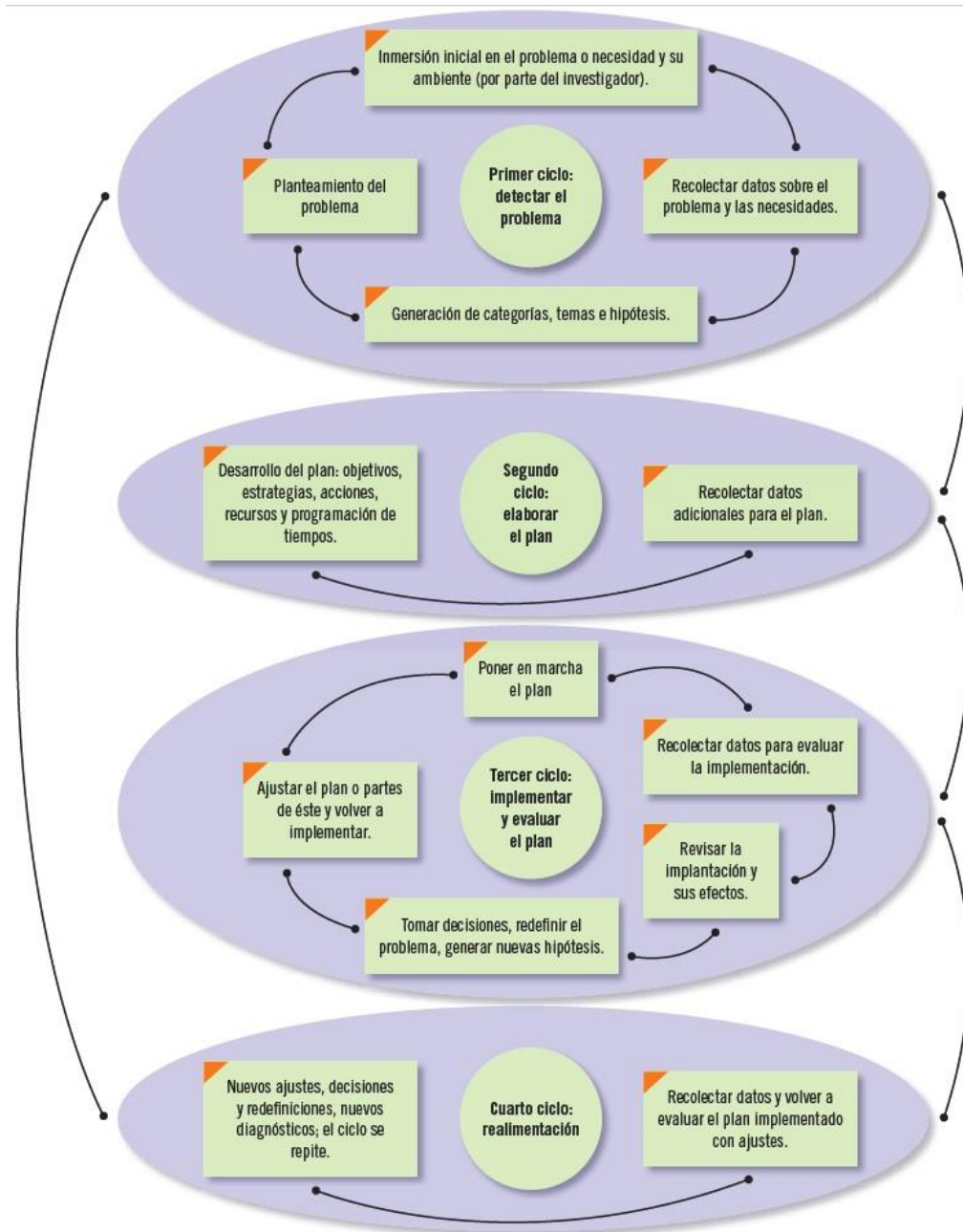
El proceso detallado, que como en todo estudio cualitativo es flexible, cabe señalar que la mayoría de los autores lo presentan como una “espiral” sucesiva de ciclos.

En su obra, manifiesta que los ciclos son:

- Detectar el problema de investigación, clarificarlo y diagnosticarlo (ya sea un problema social, la necesidad de un cambio, una mejora, etcétera).
- Formulación de un plan o programa para resolver el problema o introducir el cambio.

- Implementar el plan o programa y evaluar resultados.
- Retroalimentación, la cual conduce a un nuevo diagnóstico y a una nueva espiral de reflexión y acción.

La figura siguiente ilustra lo anteriormente mencionado



Principales acciones para llevar a cabo la investigación acción. (Obtenido del libro *Metodología de la investigación*. 5ta. Edición. Pág. 512. Sampieri)

Como se visualiza en la figura, para plantearse el problema es necesario conocer a fondo su naturaleza, mediante una inmersión en el contexto o ambiente, cuyo propósito es entender que eventos ocurren y como suceden, lograr claridad sobre el problema y las personas que se vinculan a éste. El problema de investigación puede ser de muy diversa índole y no necesariamente significa una carencia social (el sentido del término problema es tan amplio como lo es el lenguaje de la metodología de la investigación en general).

Una vez logrado la claridad conceptual del problema mediante la inmersión se recolectan datos sobre el problema. Stringer (1999) citado en Sampieri (2010) sugiere entrevistar a actores claves vinculados con el problema,. Observar sitios en el ambiente , eventos y actividades que se relacionen con el problema, a demás de revisar documentos, registros y materiales pertinentes. Incluso, algunos datos serán de carácter cuantitativos (estadísticas sobre el problema). Así mismo, es conveniente tomar notas respecto a la inmersión y a la recolección de datos, grabar entrevistas, filmar eventos y efectuar todas las actividades propias de la investigación cualitativa. Los datos son analizados y se generan categorías y temas relativos al problema.

Las entrevistas, la observación y la revisión documental son técnicas indispensables para localizar información valiosa, como también los grupos de enfoque. Regularmente se efectúan varias sesiones con los participantes del ambiente; de hecho, en la modalidad de investigación-acción participativa es un requisito ineludible.

Una vez que los datos se han analizado, se elabora el reporte con el diagnóstico del problema, el cual se presenta a los participantes para agregar datos, validar información y confirmar hallazgos (categorías, temas e hipótesis). Finalmente, se plantea el problema de investigación y se transita al segundo ciclo *La elaboración del plan para implementar soluciones o introducir el cambio o la innovación*.

Durante la elaboración del plan, el investigador sigue abierto a recoger más datos e información que pueda asociarse con el planteamiento del problema.

El plan debe de incorporar soluciones prácticas para resolver el problema o generar el cambio. Los elementos comunes de un plan de acción son:

- Prioridades
- Metas
- Objetivos específicos para cumplir con las metas
- Tareas
- Persona
- Programación de tiempos
- Recursos para ejecutar el plan

Además de definir como piensa evaluarse el éxito de la implementación del plan. Poner en marcha el plan es el tercer ciclo, el cual depende de las circunstancias específicas de cada estudio y problema. A lo largo de la implementación del plan, la tarea del investigador es sumamente proactiva: debe informar a los participantes sobre las actividades que realizan los demás, motivar a las personas para que el plan sea ejecutado de acuerdo a lo esperado y cada quien realice su mejor esfuerzo, asistirlos cuando tengan dificultades y conectar a los participantes en una red de apoyo mutuo. Durante este ciclo, el investigador recolecta datos continuamente para evaluar cada tarea realizada y el desarrollo de la implementación (monitorear los avances, documentar los procesos, identificar las fortalezas y debilidades y retroalimenta a los participantes). Una vez más, utiliza todas las herramientas de recolección y análisis que sean posibles, y programa sesiones con grupos de participantes, cuyo propósito cumple dos funciones: evaluar los avances y recoger de “viva voz” las opiniones, experiencias y sentimientos de los participantes en esta etapa.

Con los datos que se recaban de forma permanente se elaboran reportes parciales para evaluar la aplicación del plan. Sobre la base de tales reportes se realizan ajustes pertinentes al plan, se redefine el problema y se generan nuevas hipótesis. Al final de la implantación, se vuelve a evaluar, lo cual conduce al ciclo de “retroalimentación”, que implica mas ajustes al plan y adecuarse a las contingencias que surjan. El ciclo se repite hasta que el problema es resuelto o se logra el cambio.

En la vertiente “participativa”, al menos uno de los miembros del ambiente se involucra en todo el proceso de investigación, ciclo por ciclo, su función es la

misma que la del investigador. Incluso, se acostumbra a que sea coautor de los reportes parciales y del reporte final.

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

En el hombre a lo largo del proceso de envejecimiento y debido a la propia evolución biológica, se producen una serie de cambios considerados normales, que será preciso conocer para diferenciarlos de cualquier otro proceso capaz de alterar la salud. El envejecimiento, como proceso vital de acumulación de años, no tiene que ser patológico, es un proceso individual, dinámico y complejo, que afecta a varias áreas del ser humano como son la fisiológica, psicológica y sociológica, áreas inseparables y a su vez relacionadas entre sí. (García López, Rodríguez Ponce, & Toronjo Gómez, 2012)

Envejecimiento exitoso: es un proceso personal y social que cursa con dignidad, energía y salud, actividad física y mental; participación e integración social, productiva y política; satisfacción con la vida propia y terminar con una buena muerte. (Hernández Castillo, 2013)

De allí que el envejecimiento exitoso sea la imagen-objeto de derechos ciudadanos logrados cuya meta apunta a:

- Una cultura que valore la vejez
- Seguridad económica
- Participación laboral y social
- Conocimiento y competencia al poder acceder a procesos enseñanza-aprendizaje permanente
- Una vida activa, saludable, y con capacidad funcional conservada
- Posibilidad de envejecer en casa, en virtud del fácil acceso a servicios sociales y de salud
- Entorno accesible, seguro y acogedor.

¿De qué depende un envejecimiento exitoso?

1. Depende de las condiciones sociales que ofrece la sociedad, es decir, servicios sociales y de salud adecuados, servicios provisionales suficientes para cubrir los gastos básicos y oportunidades para establecer contactos sociales y vínculos de apoyo
2. De las condiciones personales, como estado de salud, situación familiar, entre otros
3. De la forma en como los adultos mayores enfrentan ambas condiciones.

“Enfrentar o encarar los cambios, adaptándose adecuadamente o siendo resiliente, equivale a conseguir que las situaciones estresantes no resulten en una fuerte disminución del sentido de bienestar que experimentan los individuos” (Hernandez Castillo, 2013)

Envejecer saludable: comprende prevenir la enfermedad y discapacidades así como maximizar el funcionamiento físico y mental.

Envejecer integrado al entorno social: comprende realizar actividades valoradas y relacionadas a otros

Envejecer con bienestar: comprende la percepción de autoeficacia, capaz de resolver cualquier dificultad y la capacidad de enfrentar y adaptarse a las situaciones estresantes manteniendo el bienestar.

CAMBIOS QUE OCURREN DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

Piel, cabello y uñas: disminuye el grosor; las heridas cicatrizan más lentamente; disminuye la protección a los rayos solares; aparición de arrugas y “flojedad” en la piel; hay pérdida de la grasa subcutánea; las glándulas sudoríparas disminuyen su función, contribuyendo a la sequedad de la piel; se vuelve más frágil y quebradiza. El cabello crece más lentamente, va perdiendo su color, se cae con facilidad, es menos tupido; hay un aumento de vello facial en las mujeres, sobre todo si tienen piel clara y en los hombres en los oídos, cejas y la nariz. Las uñas crecen lentamente, se vuelven duras y quebradizas, pueden tornarse amarillentas, se aprecian líneas a lo largo de la uña debido a cambios en la matriz de su nacimiento.

Huesos y músculos: en los huesos hay pérdida de la masa ósea, la mujer pierde el 25% y el hombre un 12%, debido a la falta de movimientos, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio y la pérdida por trastornos endocrino; a esto se le denomina osteoporosis senil o primaria, lo que propicia las fracturas en el anciano; disminuye la talla por el estrechamientos de los discos vertebrales; aparece la “joroba”; los miembros inferiores las articulaciones se desgastan alterando el punto de sustentación (apoyo) propiciando la aparición de callosidades, altera el equilibrio la alineación corporal y la marcha; las articulaciones se deterioran, aparece dolor articular, crepitación y limitación del movimiento. En los músculos la pérdida de la fuerza, descenso en la masa y tonicidad muscular, el periodo de contracción es mas breve.

Sistema Gastrointestinal: hay menor producción de saliva por lo que la boca se torna más reseca, hay pérdida de piezas dentales y a su vez los molares se erosionan, la encía se retrae exponiendo más la raíz del diente, la masticación se compromete, la mordida es más débil, dificultad para tragar los alimentos. A nivel de tubo digestivo la motilidad esta disminuida la que se puede presentar en el esófago, estómago, yeyuno y colon; hay mayor reflujo gastroesofágico, retraso del vaciado gástrico, menor producción de ácido gástrico, disminución del tamaño y función del hígado, así como el páncreas; disminuye el poder de absorción de los nutrientes. La disminución del peristaltismo, pérdida del tono muscular de colon y debilidad del ano pueden desencadenar la incontinencia fecal.

Sistema genitourinario: en los genitales disminuye el vello púbico, atrofia o pérdida de secreción facilitando las infecciones; en la mujer los senos disminuyen de tamaño y se ponen flácidos, disminuye el tamaño de la vulva, disminuye la secreción hormonal, hay resequedad vaginal; en el hombre hay descenso del tamaño de los testículos, la bolsa escrotal se pone flácida (cuelga), puede aumentar el tamaño de la próstata. En los riñones hay disminución del tamaño de estos causando un funcionamiento más lento, hay debilidad del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción dando como resultado una incontinencia o

bien orina residual, aumentando la frecuencia para orinar, siendo mas repetitiva durante la noche.

Sistema Cardiovascular y circulatorio: el corazón puede aumentar de tamaño y peso debido a la acumulación de grasa en él, hay aparición de arritmias cardiacas, el gasto cardiaco disminuye lo que dificulta la recuperación después de la actividad física, los vasos sanguíneos se estrechan haciendo que la sangre pase más difícilmente propiciando a la Hipertensión arterial; las venas se agrandan (varices), la circulación disminuye.

Sistema Respiratorio: disminución en el tamaño de los pulmones, la aparición de cifosis (joroba) altera la estática del tórax, sumado a la debilidad muscular la expansión del torácica disminuye, causando menor entrada de aire y propiciando a una menor oxigenación sanguínea; disminuye el reflejo tusígeno eficaz, hay más vulnerabilidad en adquirir una infección respiratoria, siendo frecuente la Neumonía. Puede aumentar la frecuencia respiratoria así como la dificultad para realizar una inspiración profunda.

Sistema Nervioso y los sentidos: el cerebro pierde tamaño y peso desencadenando problemas de memoria, comprensión, razonamiento, menor atención, problemas con el lenguaje, puede aparecer el *temblor senil*. La visión se disminuye a larga distancia, igualmente a corta distancia, hay menor lagrimeo, disminuye la visión periférica, dificultad para ver en la oscuridad. En la audición hay dificultad para oír sonidos agudos, la oreja aumenta de tamaño, perdida de la agudeza auditiva, aumento de vellosidades en el pabellón auricular; también aparecen problemas en el equilibrio. El olfato pierde sensibilidad, aumenta el tamaño de la nariz, aumenta la vellosidad en las fosas nasales. Mientras que en el gusto hay dificultad para diferenciar sabores, los cuales se van perdiendo progresivamente; esto frustra al adulto mayor debido a que podría sentir el olor de una comida pero no su sabor. El tacto disminuye su sensibilidad, lo que dificulta el reconocimiento de objetos y su forma; así mismo se ve ralentizada la sensación dolorosa.

CAIDAS

La caída se define como una precipitación al suelo, repentina, involuntaria e insospechada, con o sin lesión secundaria, confirmada por el individuo o un testigo.

El envejecimiento del ser humano es un proceso de hipofuncionalidad asociada a la vida y que conlleva, por tanto, una serie de cambios en la función de diversos aparatos relacionados tanto con la marcha como con el equilibrio. Es preciso por ello comprender la enorme importancia de las caídas en la población mayor y las secuelas como consecuencia de ellas, las cuales serán tanto más graves cuanto mayor sea la edad que presente la persona afectada.

En su génesis pueden intervenir diversas patologías, aunque un alto porcentaje de ellas se deben a simples accidentes en los que los factores externos, del tipo de las barreras arquitectónicas, juegan un gran papel. Plantean un importante problema asistencial, no sólo por la atención sanitaria que provocan en si mismas, sino también por la dependencia física y los daños psicológicos y sociales, que provocan sus secuelas. Calcular la incidencia exacta es difícil, ya que la mayoría de ellas no se registran, tal vez por no necesitar una atención sanitaria.

Etiología

Las caídas no obedecen a una sola causa, sino que es siempre una patología multifactorial, en la que influyen tanto factores intrínsecos, propios del individuo, como factores extrínsecos.

Factores extrínsecos:

- **Fármacos:** es importante tener en cuenta el efecto iatrogénico de los fármacos, los más implicados como causa de caídas por su uso frecuente son los psicofármacos (sedantes, antidepresivos, anti psicóticos, anticonvulsivos, etc.), los antihipertensivos, los hipoglucemiantes y los anti vertiginosos.
- Uso de aparatos de ayuda a la deambulación mal prescritos o mal utilizados.
- Empleo de calzado inadecuado, el cual debe tener suela firme y antideslizante, y sin tacón elevado.

- Peligros ambientales: destacan las barreras arquitectónicas, entendiendo por tales, aquellas barreras tope, limitaciones, obstáculos, bien sean de forma arquitectónica (casa o institución) o en el medio donde el anciano se desenvuelve (medio urbano o rural).
- Se encuentran diferentes tipos de barreras arquitectónicas:
 - En el medio urbano: estructura de la vivienda. Suele ser bastante frecuente que las viviendas de los ancianos tiendan a ser viejas e inadaptadas a sus discapacidades, en las que se pueden encontrar:
 - Difícil acceso, con escaleras estrechas o escalones numerosos o muy altos.
 - Ascensores inadecuados o inexistentes.
 - Inadecuadas instalaciones de luz y agua
 - Inadecuado sistema de calefacción
 - Techos demasiados altos
 - Puertas y pasillos demasiado estrechos
 - Desniveles en el suelo, etc.
 - Espacios públicos: se encuentran obstáculos y limitaciones tanto en establecimientos públicos (bancos, restaurantes, hospitales, etc.) en los que puede existir difícil acceso, inadecuadas señalizaciones, etc., como en espacios abiertos (parques, jardines, aceras en mal estado, ausencia de semáforos, bordillos altos, etc.), que suelen ser poco accesibles al anciano.
 - Transportes públicos: con difícil acceso, masificación, escasos asientos, barandillas altas, etc.
 - En el medio rural: estructura de la vivienda. Aparte de presentar las mismas limitaciones, que en el medio urbano, la vivienda en el ámbito rural presenta añadidos otros factores de riesgo, como la distribución en dos o tres plantas, la existencia de patios centrales a través de los cuales se accede a distintas estancias, la presencia de cocina y aseos fuera de la vivienda, etc.

- Espacios públicos: calles sin asfaltar o con el firme en mal estado, empedrados escurridizos, etc.

Factores intrínsecos:

- Problemas de la marcha y el equilibrio relacionados con la edad:
 - Aumento del desequilibrio corporal, siendo este mayor en mujeres que en hombres.
 - La marcha se hace menos eficiente y más irregular, empeorando con el uso de calzado inadecuado y enfermedades neurológicas. La marcha en el anciano se caracteriza por pérdida de coordinación de movimientos, inestabilidad por alteración del equilibrio, disminución de la longitud del paso, aumento del polígono de sustentación y desplazamiento del centro de gravedad por las modificaciones de la columna vertebral.
- Deterioro sensorial: deterioro visual que dificulta la detección de obstáculos, que puede deberse a gafas inadecuadas o sucias, cataratas, glaucoma, etc.; o al deterioro auditivo en el que se incluye el vértigo y mareo.
- Alteraciones musculo esqueléticas:
 - Osteoporosis
 - Fracturas no sospechadas
 - Artropatías
 - Miopatías y amiotrofias
 - Alteraciones de los pies, etc.
- Alteraciones neurológicas:
 - Accidente isquémico transitorio (AIT)
 - Accidente cerebrovascular (ACV) residual, con trastorno de la marcha.
 - Epilepsia
 - Enfermedad de Parkinson
 - Cuadros confusionales agudos
 - Alteraciones cognitivas, etc.
- Alteraciones cardiovasculares:
 - Trastornos del ritmo cardiaco
 - Miocardiopatía obstructiva
 - Alteraciones tensionales
 - Estenosis aortica
 - Embolia pulmonar

- Infarto agudo de miocardio, etc.
- Síncopes vagales que disminuyen el riego cerebral y secundarios a:
 - Tos
 - Micción, etc
- Trastornos endocrinos:
 - Hipotiroidismo
 - Hipoglucemia
- Otros trastornos:
 - Intoxicación
 - Anemias
 - Neoplasias con metástasis óseas
 - Infecciones respiratorias, etc.
- Trastornos psicológicos:
 - Depresión
 - Miedos, etc.

Se podría añadir algún factor de riesgo que puede favorecer las caídas, como es la polifarmacia, tan frecuente en este grupo de población.

Evolución

Una vez que se produce la caída, la consecuencia mayor de ellas es la producción de una fractura, además de hematomas, heridas, laceraciones, etc.

Si la caída requiere reposo o encamamiento, la evolución del proceso puede tener unas consecuencias más negativas que la propia caída. Además, puede existir un riesgo añadido de padecer una nueva caída, por el miedo y la pérdida de confianza en la estabilidad propia.

En los estudios realizados, se observa que aproximadamente en el 80% de las caídas las consecuencias son leves. En otros casos las consecuencias pueden desencadenar situaciones de dependencia, tanto física como psíquica, o incluso la muerte, y en muchas ocasiones obliga a la hospitalización del anciano o a la institucionalización en otros centros, surgiendo con gran frecuencia sentimientos de aislamiento y marginación.

Tipos de caídas

Accidentes o tropezones:

Suponen prácticamente el 50% de todas las caídas en la población geriátrica, disminuyendo el porcentaje por esta causa, según se avanza en edad.

Caídas no producidas por causas externas:

En este grupo estarían aquellas caídas donde la causa que las ha producido no está clara. El sujeto que la sufre no es capaz de explicar la causa. En este grupo a su vez se distinguen:

- Caídas como consecuencia de un cambio postural, como ocurre al levantarse de la silla o de la cama.
- Caídas espontaneas, durante la marcha o estando

Caídas producidas por patologías:

Como se han mencionado anteriormente, diversas patologías pueden motivarlas.

INCONTINENCIA URINARIA

El proceso de envejecimiento conlleva una serie de cambios importantes en el organismo, incluyendo cambios en el sistema nervioso, en el sistema urinario, así como en el aparato genital. Cualquiera de estos cambios puede provocar que una persona no pueda orinar de forma normal ya sea porque afecta su control o su coordinación, porque altera la percepción del deseo de orinar o porque modifica la habilidad física de la persona para realizar las actividades básicas en su vida diaria, como ir al baño.

Estos problemas afectan a muchas personas mayores. Además de afectar su bienestar general, aumentan el riesgo de sufrir infecciones de orina, a la vez que afectan su autoestima y su vida social. Pueden conducir a problemas psicológicos como ataques de pánico, estrés o depresión.

Concepto

Se considera incontinencia urinaria a toda pérdida involuntaria de orina por la uretra en forma persistente.

Epidemiología

La prevalencia en la población en general es mayor en mujeres que en hombres. Pero en los mayores de 65 años esta diferencia tiende a igualarse. Es así como el 30% de las mujeres y un 28% de los hombres sobre esa edad sufren de incontinencia y se eleva sobre el 50% en ambos géneros en pacientes institucionalizados.

Esta es una entidad poco consultada y sub-diagnosticada pues se estima que solo un 25 a 50% de los pacientes realmente acuden al médico por esta causa, pero más alarmante es que solo el 20% recibe tratamiento.

Causas

- Infecciones del tracto genitourinario
- Uretritis, vaginitis atrófica
- Accidente cerebrovascular
- Delirium
- Fecalomas o coprolitos
- Sobre carga de volumen
- Patologías psiquiátricas
- Medicamentos

Clasificación

Existen varias formas de clasificar la incontinencia; según la temporalidad de los síntomas podemos clasificarla en temporal o permanente, haciendo hincapié en el manejo que se haga de la incontinencia puede ser curativa o no. según el mecanismo fisiopatológico la podemos clasificar en:

- Incontinencia de esfuerzo: es más común entre las mujeres. Es debido al aumento de la presión intraabdominal y se manifiesta a través de pequeñas pérdidas involuntarias de orina al toser, reír o realizar esfuerzos. Algunas posibles causas son la obesidad los partos y la deficiencia de estrógeno

- Incontinencia de urgencia: es la más común. Se produce cuando el sistema nervioso no logra controlar los músculos que contraen la vejiga, con lo cual estos se contraen de forma espontánea; lo cual ocasiona en el anciano una sensación imperiosa de orinar. Algunas posibles causas son las lesiones en la vejiga (debido a infecciones previas), radiación o quimioterapia, el Parkinson, la demencia, tumores, esclerosis múltiple.
- Incontinencia por rebasamiento: suele manifestarse a través de pequeñas pérdidas involuntarias de orina al toser, reír o realizar esfuerzos, sin embargo, solo se producen cuando existen grandes cantidades de orina en la vejiga. Algunos síntomas son la dificultad para orinar, la sensación de orina incompleta, la retención urinaria y la ausencia de deseo de orinar.
- Incontinencia funcional: es la incapacidad de contener la orina cuando la necesidad de micción se produce, ya que el deseo de orinar aparece con poca antelación lo cual afecta sobre todo a personas con movilidad limitada.
- Incontinencia mixta: combina la incontinencia de urgencia y la incontinencia de esfuerzo.
- Incontinencia total: ocurre por una falta intrínseca en la función del esfínter o por la presencia de fistulización anormal en el tracto urinario.

Complicaciones

- Aislamiento social
- Infecciones urinarias
- Abrasiones cutáneas
- Deterioro de la calidad de vida
- Deterioro de la autoestima
- Deterioro funcional
- Depresión
- Ulceras por presión.

Tratamiento

El mejorar las causas de la incontinencia hará que los síntomas de esta mejoren o desaparezcan por completo. Y de ser necesario habrá que hacer intervenciones quirúrgicas.

Cuidados recomendados

- Ponerle a la paciente ropa fácil de poner y quitar.
- Ayudar a la persona a establecer un horario regular de orinar como mucho cada 2 horas.
- Limitar el consumo de café, té o cualquier otro producto de carácter diurético.
- Beber la mayor cantidad de líquidos posibles por la mañana y en primeras horas de la tarde para evitar incontinencia por la noche.
- Enseñar ejercicios del suelo pélvico (ejercicios de kegel) controlar obesidad para disminuir la presión intraabdominal.
- En pacientes que usan pampers cambiar esta cada 2 horas.

INCONTINENCIA FECAL

La incontinencia fecal afecta notablemente la calidad de vida de la persona mayor, no solo por motivos prácticos, sino porque también puede minar su autoestima (al hacerles pasar vergüenza, lo cual puede conducir a depresión y aislamiento social). En muchos casos una persona mayor puede incluso ocultárselo al médico al pensar que es un problema ligado al envejecimiento y que, aunque les da vergüenza, deben aprender a tolerar.

Concepto

La incontinencia fecal es la pérdida del control sobre la defecación; el resultado es que las heces salen del recto en momentos no deseados. La probabilidad de sufrir este problema es mayor en personas con lesión medular, esclerosis múltiple, síndrome de intestino irritable, ictus, diabetes y demencia.

Clasificación:

- Por rebosamiento: el estreñimiento severo y prolongado puede derivar en este tipo de incontinencia; se caracteriza por un escurrimiento de las heces más líquidas, produciendo una pseudo-diarrea.
- Por disminución del reservorio (en colon o recto): una menor capacidad de almacenamiento altera la relación entre presión y volumen de las heces, de tal forma que la presión aumenta con un menor volumen de heces acumuladas.

- Por alteraciones recto-esfinterianas: ciertas anomalías neurológicas pueden causar incontinencia fecal, ya sea anomalías periféricas (que pierden sensibilidad en la zona rectal para detectar cuando deben contraerse los músculos de los esfínteres) o anomalías centrales (en las que no se reconoce el estímulo para defecar y por lo tanto no se puede inhibir en situaciones inapropiadas)

Cuidados recomendados

- Aumentar niveles de fibra en la dieta del anciano para que las heces sean menos líquidas
- Enseñar ejercicios para fortalecer los músculos de los esfínteres.
- Establecer rutinas para ir al baño en momentos específicos del día.

DETERIOROS NEUROCOGNITIVOS EN EL ADULTO MAYOR

Son trastornos que causan una gran dependencia en el adulto mayor y que, generalmente, aparecen superpuestos a cuadros clínicos o solapados con otros cuadros clínicos. (García López, Rodríguez Ponce, & Toronjo Gómez, 2012)

Estos deterioros se clasifican en reversibles y no reversibles, considerando los primeros a aquellos que son susceptibles de tratamiento eficaz, mientras que los segundos aquellos para los que no existe un tratamiento eficaz conocido.

Reversibles

Delirio: también conocido como síndrome confusional agudo, es un síndrome de causa orgánica, transitoria cuya duración puede variar entre algunas horas o varios días, es de aparición brusca en el que se presentan alteraciones de la atención y otras funciones mentales superiores.

Posibles causas:

- Enfermedades del corazón
- Diabetes, hipo o hipertiroidismo
- Problemas hepáticos o renales
- Infecciones urinarias, respiratorias
- Cambios de domicilio
- Ciertos fármacos como los sedantes, antiinflamatorios, psicotrópicos
- Abstinencia alcohólica o farmacológica

Signos y Síntomas:

- Dificultad para mantener o prestar atención
- Pensamiento desorganizado
- Habla incoherente
- Alucinaciones o ilusiones
- Alteraciones de la memoria
- Desorientación tiempo-espacio
- Alteraciones del ciclo sueño-vigilia
- Depresión, ansiedad

Depresión: es de mayor incidencia en la población anciana; se suele presentar de forma indirecta o encubierta bajos múltiples quejas, pueden apreciarse episodios depresivos aislados, recurrentes o persistentes hasta al depresión crónica del estado de ánimo.

Posibles causas: procesos infecciosos, enfermedades neurológicas, problemas hormonales y metabólicos, el uso de algunos fármacos como hipotensores.

Sintomatología:

- Estado de animo decaído
- Poco interés en las actividades que le gustan
- Cansancio, fatiga y perdida de energía
- Pérdida de peso
- Insomnio
- Agitación o enlentecimiento motor
- Disminución de la concentración
- Pérdida de confianza en sí mismo
- Sentimientos de impotencia, frustración o culpa
- Ideas suicidas
- Entre otras

Ansiedad: es un estado de excitación del sistema nervioso central en la que el organismo se prepara para dar una respuesta normal a u estímulo externo potencialmente peligroso.

Posibles causas: trastornos metabólicos, hormonales, procesos infecciosos, inducción por algunos fármacos, fobias, estrés, entre otros

Sintomatología:

- Nerviosismo
- Temor o sobresalto
- Sensación de peligro
- Mido a sufrir perdidas
- Irritabilidad
- Alteraciones del sueño
- Aumento de la actividad motora
- Trastornos de angustia y fóbicos

Irreversibles

Demencia: Es un síndrome adquirido, producido por múltiples causas orgánicas, caracterizado por un deterioro progresivo de diferentes funciones intelectuales, lo que ocasiona en un paciente, crecientes limitaciones en el desenvolvimiento. Es el paso previo para el Alzheimer

Sintomatología:

- Déficit cognitivos múltiples: alteraciones de la memoria, problemas con el lenguaje (comprensión y expresión), dificultad en movimientos corporales aunque no exista problemas motores, dificultad para reconocimiento, en especial a personas, problemas para la organización y planificación de actividades, disminución de habilidades que no precisamente se encuentran en el Delirio

Alzheimer: es una demencia irreversible, es decir, que sigue un proceso involutivo y no recuperable, progresivo; una vez iniciada generalmente de forma lenta e insidiosa empeora paulatinamente hasta que las habilidades se ven marcadamente deterioradas.

Síntomas en la Fase I:

- Pérdida de memoria
- Desorientación tiempo-espacio marcada
- Dificultad para aprender cosas nuevas
- Dificultad para encontrar palabras
- Dificultad para escribir
- Dificultad en el manejo de los números
- Perdida de habilidades laborales y de la vida diaria
- Cambios de carácter, estado de ánimo y comportamiento

Fase II:

- Desorientación espacio-tiempo grave
- Dificultad para reconocer lugares
- Confusión con el día y la noche
- Deterioro importante de memoria y aprendizaje de nuevas tareas
- Dificultad para reconocerse a sí mismo
- Complicaciones para realizar movimientos complejos
- Empobrecimiento del lenguaje
- Verborrea incoherente
- Alteraciones de la conducta marcadas, llegando a la agresión
- Ilusiones o alucinaciones
- Aparición de incontinencias

Fase III:

- Grave afectación del lenguaje o ausencia de este
- Desorientación espacio-tiempo total
- Doble incontinencia total: urinaria y fecal
- Pérdida total de la memoria
- Graves trastorno del movimiento, equilibrio, marcha o inmovilidad total
- Perdida de los reflejos
- Grave alteración del patrón del sueño

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea, es una enfermedad silenciosa, que no da síntomas durante mucho tiempo, por eso se dice que es traicionera, y si no se trata a tiempo puede desencadenar complicaciones severas como: trombosis cerebral, un infarto en el miocardio, parálisis, entre otras lo que se puede evitar si se controla adecuadamente.

Por encima de 140/90 se considera una presión arterial alta. Y si esas cifras o mayores se repiten en más de una consulta, esa persona es hipertensa. Las primeras consecuencias las sufren las arterias.

La tensión arterial tiene 2 componentes. Sistólica (número más altos) y la diastólica (números más bajos). La hipertensión se diagnostica cuando uno de estos números o ambos son altos.

Causa:

Se desconoce el origen de la hipertensión arterial, pero puede ser causada por:

- Relacionados con la herencia: hijos, padres o familiares que padezcan de la presión.
- Sexo: los hombres tienen más predisposición a desarrollar HTA que las mujeres.
- Edad: comúnmente los adultos mayores están propensos a adquirir HTA que los niños, por el estilo de vida.
- Raza: los individuos de razas negras tienen el doble de posibilidades de desarrollar HTA que los blancos.
- Sobrepeso: están expuestos a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal, le añade una carga extra a su corazón.

Signos y síntomas:

Rara vez presenta síntomas por sí sola, pero en ocasiones se acompaña de algunos los cuales son:

- Dolor de cabeza, sobre todo aparece por la mañana, al levantarse y se localiza en el occipucio.
- Zumbidos en el oído.
- Alteraciones en la vista.
- Acalorada: aleadas de calor y enrojecimientos en la cara o el cuello.
- Palpitaciones o sensación de latidos en el corazón.
- Aceleración de la frecuencia, el pulso, por encima de los 100 latidos por minutos.

Diagnóstico:

- Antecedentes familiares y personales
- Exploración física y otras pruebas complementarias.

Prevención:

La hipertensión arterial se puede prevenir y tratar, evitando los factores que elevan la presión:

- Consumo excesivo de sal
- Exceso de peso corporal
- Consumos de bebidas alcohólicas
- Sedentarismo
- Fumar

Tratamiento:

No se puede curar, pero si se puede controlar con tratamiento farmacológico y no farmacológico.

- Farmacológico: Enalapril, Atenolol, Captopril, entre otros.
- No farmacológico: Dieta equilibrada, Ejercicio físico, dieta baja en sal

Complicaciones:

- Perdidas de visión
- Parálisis
- Incapacidad para hablar
- Trombosis

Recomendaciones:

- Reducir el peso corporal si tiene sobre peso.
- Mantenerse en un peso saludable.
- Reducir el consumo excesivo de sal.
- Reducir o elimina la ingesta de alcohol.
- Realizar suficiente actividad física (preferiblemente pasear como ir a caminar de 30-45 minutos de 3 veces por semanas).
- Reducir el consumo de café.
- Consumir alimentos ricos en potasio, como legumbres, frutas y verduras.
- Abandonar el hábito de fumar.
- Tener una dieta rica en ácidos grasas y pobre en grasas saturadas.
- Controlar el estrés y aprender a lidiar con él.
- Tomar los medicamentos aun cuando se sienta bien.
- Evitar respirar el humo del tabaco ajeno.

DIABETES

Concepto:

Es una enfermedad que produce una alteración en el procesamiento de los carbohidratos, las proteínas y las grasas debido a un déficit parcial o total de insulina que conduce a una elevación del nivel de glucosa (azúcar) en la sangre.

La diabetes altera la circulación de la sangre y el funcionamiento de los nervios; a la larga esto puede perjudicar la circulación y la sensibilidad de las extremidades inferiores. En muchos de los casos esto hace que aparezcan úlceras o deformaciones en los pies.

Si la persona afectada (sobre todo en personas mayores, que ya tienen de por sí una menor circulación de la sangre y un menor nivel de actividad física) no controla regularmente el estado de sus pies puede derivar en una infección que resulte difícil de curar y termine con la amputación de la zona afectada.

Causas o factores de riesgo:

- Genética
- Hipertensión arterial
- Presencia de enfermedades coronarias
- Obesidad
- Sedentarismo
- Ciertos medicamentos
- Estilo de vida

Signos y síntomas:

Los síntomas van asociados al tipo de diabetes:

- Diabetes tipo 1: constante necesidad de orinar, sed excesiva e inusual, hambre extrema, pérdida inusual de peso, fatiga e irritabilidad extrema.
- Diabetes tipo 2: además de los síntomas antes mencionados se presentan infecciones frecuentes, visión borrosa, heridas que tardan en sanar y entumecimiento de las extremidades.
- Hipoglucemia: temblores, mareos, sudoración, hambre, dolor de cabeza, irritabilidad repentina o cambios en el comportamiento, movimientos torpes o espasmódicos, confusión, dificultad para concentrarse, sensación de hormigueo alrededor de la boca.

Complicaciones:

- Perjudica circulación
- Deteriora la sensibilidad en las extremidades
- Ulceras
- Accidentes cerebrovasculares
- Pie diabético
- Amputaciones de miembros
- caídas
- Inmovilización
- Neuropatía diabética
- Cetoacidosis diabética
- Deterioro de calidad de vida

Tratamiento:

- Cambio del estilo de vida:
 - Abandono del tabaco
 - Pérdida de peso (5-10% del peso)
 - Hacer actividad física de 30-60 minutos al día al menos 5 días a la semana
 - Nutrición adecuada teniendo restricciones calóricas, incremento en el consumo de fibra y disminución de sal y grasas saturadas
- Insulina la dosis depende de los valores de glucemia.
- Metformina (DM tipo II)

Dieta:

- Productos lácteos descremados o con la menor grasa posible
- Evitar el consumo de alcohol y de bebidas carbonatadas
- Aumentar el consumo de frutas, verduras y legumbres
- Eliminar el uso de azúcar y usar sustitutos como sacarina
- Reducir raciones de papa, arroz, pasta y pan.
- Usar poco aceite al momento de cocinar

Cuidado del pie diabético:

- Secar bien el espacio entre los dedos del pie con una toalla.
- No poner medias ni calzado hasta que el pie este totalmente seco
- Si los pies están secos, aplicar crema humectante en la parte superior e inferior del pie menos entre los dedos porque puede causar humedad. Esperar hasta que la crema se absorba para colocar medias o calzado.
- Colocar medias de algodón que no queden talladas y zapatos cómodos.
- Para cortar uñas deberá realizarse después del baño pues están blandas por la humedad y será más fácil.
- Uñas deben cortarse de forma recta y no demasiado cortas así evitamos que se encarne

DIETA

La alimentación es la forma consciente y voluntaria, mediante la cual una persona da a su cuerpo todos los nutrientes que necesita. Es consciente y voluntaria porque es la persona la que decide comer algo, para lo cual elige un alimento para llevarse a la boca, masticar y tragar.

En la vejez, los requerimientos nutricionales se modifican, así como durante todo el proceso de crecimiento y desarrollo.

Productos lácteos y derivados: entre dos o mas veces al dia; gran fuente de calcio, riboflavina y de Vit. A. buena fuente de proteínas, el calcio equivalente a una taza de leche de 200ml se encuentra en 40gr de queso, 70gr de queso fresco, 340gr de requesón o 2 yogures de 125gr.

Carnes, pescados, pollo,. Huevos y leguminosas: dos raciones diarias. La carne, el pollo y el pescado proporcionan proteínas de alto valor biológico, hierro, tiamina, riboflavina y niacina. Al menos una ración diaria. Los huevos son una buena fuente de proteínas de alto valor biológico, hierro, Vit. A, tiamina, riboflavina y Vit. D. Las legumbres aumentan su valor proteico su se convinan con cereales. Aportan vitaminas B, excepto B12. Se deben consumir 2 o 3 veces por semanas.

Pan y cereales: 4 o 5 raciones diarias. Proporcionan cantidades significativas de hierro, tiamina, riboflavina y niacina. Incluye el pan, las pastas (fideos, macarrones, tallarines, etc.), arroz, harina de cereales y cereales expandidos.

Vegetales y frutas: al menos 4 porciones diarias. Deben incluir al menos una racion diaria de frutas ricas en vitamina C (citricos) y almenos 3 o 4 raciones por semanas de vegetales ricos en carotenos y folatos. La fruta particularmente rica en Vit. C es la naranja. La Vit. C equivalente a una naranja es de de 112gr de su jugo, 283gr de tomate, medio melón de tamaño medio, medio a ¼ de vaso de fresas, medio vaso de brócoli, los vegetales ricos en caroteno (vegetales de color verde oscuro o amarillo intenso) también proporcionan algo de riboflavina, hierro, calcio y acido fólico. Las patatas proporcionan varios minerales y Vit. Pueden comerse todos los días.

Grasas y aceites: todas las grasas y aceites son altos en calorías y deben de tomarse con moderación si existe sobrepeso u obesidad. Limitar el consumo de mantequilla, de nata y de alimentos elaborados con grasa animal y/o vegetal saturada (alimentos manufacturados). Se pueden consumir con moderación aceites de semilla (maíz, girasol y soya) y preferentemente aceite de oliva.

Azúcares y dulces: tienen que consumirse con moderación, azúcar, mermeladas, jarabes, melazas, bollos, pasteles.

EJERCICIOS RECOMENDADOS PARA EL ADULTO MAYOR

El ejercicio se define como toda actividad física de intensidad moderada pero constante y con una duración mínima de 30 minutos, en donde se aumenta el gasto cardiaco y la frecuencia respiratoria.

Realizar actividades físicas constantemente es beneficioso para el cuerpo y la mente, puesto que mantiene al organismo en optimas condiciones, buen estado físico, fortalece el sistema inmune; nos mejora el estado de ánimo, nos mantiene alertas y con energías para desempeñar las actividades de la vida diaria.

Entre los ejercicios que se recomiendan para el adulto mayor entran lo que son las caminatas, estas se pueden realizar en la casa o en un área recreativa, donde el ambiente sea tranquilo y se disfrute del paisaje. También otro ejercicio recomendado son los aeróbicos, pero no los que se aprecian en los programas de TV, sino adecuados a su capacidad física y energética, como semi rotaciones del torso, simulación de marcha, rotaciones de hombro.

También se recomienda la práctica del baile, de preferencia de su época (boleros, baladas o conjuntos como La Sonora Matancera).

Fisioterapia como alternativa para el ejercicio: hay ciertas técnicas que se pueden implementar con el adulto mayor, el cual no se puede movilizar solo o esta postrado en cama o en silla de ruedas. Estos pueden ser:

Palancas óseas grandes:

- Abducción
- Adduccion
- Rotación interna y externa
- Flexiones y extensiones

Articulaciones pequeñas y motora fina:

- Mantener arco de movimiento
- Estimular la fuerza de las manos
- Trazos con lápices, pintar, dibujar
- Separar y contar palillos de fósforos
- Masajes terapéuticos
- Entre otros

COMUNICACIÓN

Ya sea que estés visitando a tu abuelo o que seas trabajador social que se relaciona con adultos mayores de vez en cuando, los problemas de salud relacionados con la edad pueden representar una barrera para la comunicación efectiva. Condiciones crónicas, tales como las demencias o la pérdida auditiva, así como los efectos de la medicación pueden complicar las conversaciones y el entendimiento. Durante períodos de lucidez disminuida, las interacciones pueden crear una experiencia frustrante y aparentemente inútil. Sin embargo, hay técnicas que puedes usar para facilitar la interacción con adultos mayores para crear un ambiente amigable en la comunicación.

Ten en cuenta los problemas de salud de la persona. Los adultos mayores pueden tener problemas de salud que le dificultan hablar y entender. Asegúrate de considerar la salud de la persona antes de iniciar la comunicación. Por ejemplo, ellos pueden tener problemas al escuchar, problemas al hablar, y pérdidas de memoria. Estos factores pueden generar complicaciones durante la comunicación. Y recuerda, la edad cronológica no es siempre un indicador verdadero de la salud de una persona.

Cuida que el ambiente en el que estás estableciendo la comunicación. Asegúrate de evaluar el ambiente en el cual te estás comunicando, el cuál podría afectar los problemas de audición y expresión que pueda tener el adulto mayor. ¿Hay algún ruido perturbador de fondo? ¿Hay muchas personas hablando en la misma habitación? ¿Hay música molesta? ¿Hay distracciones que puedan afectar tu comunicación? Pregunta al adulto mayor si el ambiente es cómodo para él/ella. Si percibes cualquier alteración, trasládense a un sitio más tranquilo y silencioso.

Habla claramente y articuladamente, y establece contacto visual. Los adultos mayores tiene problemas escuchando. Es importante articular tus palabras y hablar claramente. Direcciona tu conversación hacia su cara, no hacia el lado. No te comas las palabras: mueve tu boca y pronuncia cada palabra de forma precisa y cuidadosa. Cuando tu lengua “baila” en tu boca cuando hablas, articulas más claramente. Si tu lengua “duerme” y juega un papel pasivo, es más probable que no estés articulando tan bien como podrías.

Ajusta tu volumen apropiadamente. Hay una diferencia entre articular y hablar alto. Aprende a adaptar tu voz a las necesidades individuales. Evalúa el ambiente y como se relaciona con

las habilidades auditivas de la persona. No grites simplemente porque el oyente sea mayor. Trata a cada persona con respecto articulando y hablando a un volumen confortable y que sea apropiado tanto para ti como para tu interlocutor

Usa preguntas y oraciones claras y precisas. No dudes en repetir o re-expresar tus oraciones y preguntas si percibes que hay una falta de comprensión. Las preguntas y oraciones complicadas pueden confundir a los adultos mayores que tienen memoria de corto plazo o pérdida de audición. Las estructuras claras y precisas son más fáciles de comprender. •Usa preguntas directas: "¿Has tomado sopa en la comida?" "¿has tomado ensalada en la comida?" En lugar de: "¿Qué has tomado para comer?" Entre más preciso seas en tu lenguaje, menos dificultad tendrán los mayores en entenderte.

Reduce el "ruido" en tus oraciones y preguntas. Limita tus oraciones y preguntas a 20 palabras o menos. No uses argot, o palabras y frases de relleno. ("Como," "Bien," y "usted sabe " son unos pocos ejemplos.) Mantén tu oración breve y directa al punto.

Evita la confusión de ideas y preguntas mezcladas. Trata de definir tus ideas y preguntas lógicamente. Si mezclas las ideas, puede resultar confuso de entender para el adulto mayor. Expresa una idea o mensaje a la vez. Por ejemplo, "Es buena idea llamar a John, tu hermano. Más tarde, podemos llamar a Susan, tu hermana." Una estructura más complicada sería: "Pienso que debemos llamar a tu hermano John primero, y luego más tarde podríamos llamar a tu hermana, Susan."

Emplea ayudas visuales, si es posible. Si un adulto mayor tiene un problema de audición o memoria., es importante ser creativo. Las ayudas visuales son de mucha ayuda. Muestra al individuo de qué o de quién estás hablando. Por ejemplo, puede ser mejor decir, "Tiene dolor en la espalda (señalando hacia tu espalda)? ¿Tiene dolor en su estómago (señalando tu estómago)?" en lugar de simplemente preguntar "¿Tiene algún dolor o malestar?"

Tómalo con calma, ser paciente, y sonrío. Una sonrisa sincera muestra que comprendes la situación. También ayudar a crear un ambiente amigable en el cual comunicarse. Recuerda hacer pausas entre oraciones y preguntas. Da a la persona la oportunidad de entender y digerir la información y preguntas. Esta es una técnica muy valiosa si la persona tiene una pérdida de memoria. Cuando haces una pausa, estás mostrando paciencia y respeto.

RELACIONES INTERPERSONALES

Las relaciones interpersonales llenan nuestras vidas, están presentes en todos los ámbitos en que nos manejemos, siendo un aspecto básico y esencial de nosotros. Son esas conexiones que entablamos con otras personas, y el que tengamos buenas o malas relaciones con ellas, en un gran porcentaje depende de cada uno, constituyéndose así, las relaciones interpersonales, en una habilidad personal con la que nacemos, pero que se debe desarrollar y perfeccionar en todo momento de la vida, para que cada día sea mejor y más provechosa.

Cuando nos relacionamos con los demás, esperamos reciprocidad, esto quiere decir que deseamos dar, pero también recibir; escuchar y ser escuchados, comprender y ser comprendidos.

Dar y recibir requiere seguridad y claridad de quienes somos. Las dificultades están casi siempre relacionadas con la falta de valoración y apreciación que tenemos sobre nosotros mismos, o bien, con que no hemos aprendido a ver las cosas como “el otro” las ve y a respetar su punto de vista.

Si nos miramos con honestidad, podremos reconocer lo que nos disgusta de nosotros; como sentir rencor, enojo, envidia e, incluso, ser agresivos e irrespetuosos al relacionarnos con otras personas.

La aceptación y reconocimiento de nosotros mismos, nos puede ayudar a superar estas actitudes negativas y mejorar la relación con otras personas, es decir, la aceptación de los demás con sus cualidades y defectos, y a que surja la confianza en nosotros mismos y en los demás.

En ocasiones llegamos a pensar que si nos relacionamos con gritos y golpes, lograremos que nos vean con estimación y autoridad, pero si nos queremos y respetamos a nosotros mismos, no podemos permitir relaciones basadas en la violencia.

Uno de los aspectos más importantes de las relaciones entre las personas es la comunicación, ya que a través de ella logramos intercambiar ideas, experiencias y valores; transmitir sentimientos y actitudes, y conocernos mejor. La comunicación nos permite expresarnos y saber más de nosotros mismos, de los demás y del medio en que vivimos.

La comunicación nos sirve para expresar lo que sentimos, lo que necesitamos y lo que pensamos de los demás, para entender el mundo que nos rodea y para ser escuchados; también, para conocer a las personas con las que nos relacionamos diariamente.

Para mejorar nuestra forma de relacionarnos y de comunicarnos, hay que conocernos bien: el valor que nos damos a nosotros mismos, qué tanto nos queremos, el respeto con el que tratamos a nuestra persona, así como preocuparnos por conocer y entender lo que piensan y quieren las otras personas.

Puntos a considerar para mejorar las Relaciones Interpersonales:

- Comunicarse respetuosamente, meditando las palabras
- Aprender a separar las cuestiones personales de las laborales
- No proyectar enojo hacia las otras personas. El consejo de respirar profundo y contar hasta 10, aunque algunos no lo crean, es efectivo
- No reaccionar en base a sentimientos, éstos podrían ser una mala influencia para las relaciones laborales.
- Escuchar y prestar atención cuando le hablan. Demostrar interés.
- No quedarse con dudas e inquietudes.
- Tengan presente que el cuerpo habla. Para buenas relaciones es importante conocer como se comunica nuestro físico para que seamos un todo coherente.
- Ser precavidos, pedir perdón cuando se equivocan.
- Buscar puntos en común con las otras personas, no centrarse en las diferencias.
- Ayudar, ser solidarios y cooperar
- Tener una actitud positiva, predispuesta, y mucho buen humor

TAREAS FRECUENTES DE LOS CUIDADORES

- Ayuda en las actividades de la casa hogar (cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc.)
- Ayuda para el desplazamiento en el interior del hogar.
- Ayuda para la higiene personal (peinarse, bañarse, vestirse, etc.)
- Supervisión en la toma de medicamentos.
- Colaboración en tareas de Enfermería.

- Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (por ejemplo cuando se comporta de forma agitada).
- Ayuda para la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse.
- Hacer muchas “pequeñas cosas” (por ejemplo llevarle un vaso de agua, acercar un objeto, etc.)

III. FASE DE INTERVENCION

Como tercera fase el autor plantea que es “Implementar el plan o programa y evaluar resultados”. Es donde se interviene directamente con los cuidadores que laboran en el hogar de ancianos, impartiendo las intervenciones planificadas en la segunda etapa de la investigación acción. Mientras se está ejecutando esta fase se recogen datos de acuerdo a los resultados obtenidos y así modificar el plan de ser necesario para lograr los resultados deseados. Esta fase se hará en el periodo de 22 de septiembre al 12 de noviembre de 2014.

Uno de los objetivos prioritarios de toda Investigación-Acción es lograr un cambio de actitud de los sujetos de estudio, en este caso de los cuidadores que laboran en el Hogar de Ancianos Agustín Sánchez Vigil de Jinotepe.

Por ello se organizó un plan de acción que se llevó a cabo en el área del comedor del hogar de ancianos; este plan se modificó después de analizar e interpretar los datos aportados por las observaciones y las entrevistas, los cuales dieron pautas primordiales para la mejora y el desarrollo de los temas a impartir.

Para tal propósito se planificaron tres unidades a desarrollar, las cuales se programaron los días sábados en las semanas del 11 al 18 de octubre de 2014 en horarios de 2pm a 4pm, y posteriormente iniciando en la semana del 3 de noviembre en adelante los días martes y jueves en el mismo horario, siendo los lunes y sábados días tentativos para desarrollar los temas o darles continuidad a los mismos.

Primera Intervención

El primer tema impartido fue *El proceso de envejecimiento* que se realizó el día 18 de octubre de 2014, con una duración de 1 hora en totalidad; asistieron todos los cuidadores que laboran en la institución objeto de estudio, inclusive asistió también personal administrativo del mismo. Teniendo como objetivo *comprender como se desarrolla el proceso de envejecimiento* mediante la definición del mismo, describiendo como ocurre tal proceso y los factores que influyen en éste. Al inicio de la actividad los investigadores se identificaron así como los participantes mencionando su nombre y apellidos.



Se informó a manera general sobre todos los temas que se impartirían en las fechas comprendidas y el tiempo que se tomará para desarrollarlos así como los objetivos que se quieren alcanzar con cada tema y a manera general de toda la investigación.

Se informó a manera general sobre todos los temas que se impartirían en las fechas comprendidas y el tiempo que se tomará para desarrollarlos así como los objetivos que se quieren alcanzar con cada tema y a manera general de toda la investigación.

Al momento de desarrollar el tema se comenzó con preguntas hacia los participantes sobre qué sabían acerca del proceso de envejecimiento y lo referente a este, posteriormente se usaron medios visuales siendo estos papelógrafos en los que se definía el proceso de envejecimiento, como transcurre y los factores que intervienen, igualmente habían imágenes en las cuales se mostraban ciertos momentos del envejecimiento.

El desarrollo del tema estuvo a cargo del investigador Melesio Sánchez, el cual lo realizó con una pequeña dinámica para disminuir el estrés que se tiene en horas de la tarde.

Al finalizar con el tema impartido se procedió a un periodo de preguntas y respuestas en las que los participantes podían preguntar o pedir aclaraciones sobre lo impartido, en este periodo se apreció gran participación de los sujetos de estudio, pues pidieron aclaraciones sobre aspectos que como *“¿por qué se debe la pérdida de hidratación de la piel y mucosa en el anciano?, ¿por qué se le cae el pelo?* Dándole respuesta a estas y otras dudas que los cuidadores tuvieron al momento.

El otro tema el cual aborda los cambios que ocurren durante el envejecimiento también fue planificado para esta fecha, estos cambios asociados a los cambios por sistemas del cuerpo

humano, la mentalidad del adulto mayor (personalidad, emociones y actitud) con el objetivo de identificarlos e interpretarlos.

Este tema fue impartido por el investigador Melesio Sánchez, Edith Rodríguez y Abigail Acuña; comenzando la actividad con lluvia de ideas de parte de los cuidadores que asistieron, que fueron 7 debido a que era necesario que quedara un recurso al cuidado de los adultos mayores en el área de los cuartos de mujeres. Los participantes mencionaron una gran variedad de cambios que ocurren durante el envejecimiento, más que todo los cambios físicos, y en ocasiones los cambios en la mentalidad del adulto mayor.

Posterior a esta dinámica se comenzó a impartir la temática, iniciando con la mención de los principales cambios que ocurren durante el envejecimiento, comenzando con los cambios en el sistema tegumentario y sus anexos, posterior se abordaron los sistemas más importantes, tales como digestivo, los sentidos, el sistema nervioso, respiratorio, circulatorio y cardiovascular también como el musculo esquelético; pues estos sistemas son los que más se afectan durante la vejez debido al estilo de vida que llevó en su juventud, por ejemplo el fumar en el sistema respiratorio, tomar licor y alimentos altos en azúcares y grasas en el digestivo, la exposición prolongada al sol o ciertos químicos en la piel y anexos, entre otros.

Al finalizar con la exposición del tema se hizo un pequeño periodo de dudas y aclaraciones, entre las cuales destacaron solamente que los cambios no se dan en su totalidad para todas las personas que envejecen, pues cada cuerpo humano es diferente y los cambios pueden ser evidentes y en otros no tanto, dependiendo del estilo de vida del individuo.

Para finalizar la actividad se les dio un refrigerio a los asistentes y se les mencionó que no faltaran a la próxima clase que se impartirá, que consiste en las caídas, riesgo de caídas, factores y complicaciones.

Segunda intervención

El día 04 de Noviembre se asistió al hogar de ancianos para continuar con las intervenciones planificadas. Este día se inició con una dinámica llamada *La silla pica*, que consiste cuando el facilitador menciona la frase "la silla pica" los participantes deben de levantarse de la silla en donde están sentados, de lo contrario se les haría una pregunta relacionada al contenido que se desarrollaría posteriormente. En esta dinámica estuvieron presentes los cuidadores y también personal del área administrativa, siendo esta gran ventaja para los investigadores

puesto que ellos se interesan en participar y ser parte del público oyente. Al desarrollar la dinámica fueron dos personas las que no estuvieron atentas y se les preguntó algo relacionado al tema de hoy; al responder fueron bastante certeros los comentarios que estos hicieron.

Luego de la dinámica se impartió el tema *Caídas y riesgo de caídas*, el cual fue dirigido por la Br. Edith Rodríguez; comenzando definiendo lo que es una caída, posterior los factores que predisponen a una, tales como las barreras arquitectónicas y de infraestructura, problemas meramente del adulto mayor que provocan caídas como es el caso del deterioro cognitivo, HTA, artropatías, entre otros.



Así mismo las complicaciones que acarrea el caerse para el adulto mayor: lesiones, moretones, y en el peor de los casos una fractura, que lleva aún más complicaciones como la inmovilidad física, encamamiento prolongado, que a su vez aumenta el riesgo de una ulcera por presión, esta lleva a aumentar el riesgo de infección en el adulto mayor, que el cual si no se trata a tiempo puede llevarlo hasta la muerte.

Durante el tiempo que se impartió el tema se apreció mucho interés por parte de los cuidadores, los cuales hicieron preguntas y plantearon sus dudas para ser aclaradas. Entre las preguntas que hicieron: *¿Qué puedo hacer cuando el viejito se calló? ¿Cómo levanto al anciano cuando se calló?* Las cuales fueron respondidas con bases científicas pero con palabras fácilmente entendibles para los cuidadores.

Al término de esta intervención se les dio un pequeño receso de 15 minutos, acompañado de un refrigerio, esto para darles tiempo de distraerse y volver un pequeño periodo de tiempo a sus labores, puesto que al volver se continuaría con otro tema de importancia para la atención de los adultos mayores.

Al momento que culmino el periodo del receso se les indicó que se continuaría con otro tema, titulado *Incontinencia: urinaria y fecal*. Este contenido fue impartido por la investigadora Abigail Acuña, comenzando con unos breves ejercicios de estiramiento y relajamiento muscular y respiraciones profundas con el objetivo de disminuir el estrés que los cuidadores tienen ya en horas de la tarde por el trajín de sus actividades.

Al inicio del tema se les conceptualizó lo que es incontinencia, su clasificación (urinaria y fecal), y dentro de estas las principales manifestaciones o signos y síntomas que provocan en el adulto mayor, los factores asociados en cada una de las incontinencias, los diferentes tipos de incontinencias urinarias (por estrés, de urgencia, por rebosamiento, funcional, total, por esfuerzo y mixta, esta última es la combinación de la de esfuerzo y de urgencia), y las fecales (por rebosamiento, por disminución del reservorio y por alteraciones del esfínter anal); las complicaciones que estas traen para el adulto mayor que una de las principales es la depresión, seguida de las úlceras por presión. Así mismo se les mencionó los principales cuidados que deben de brindar a los adultos mayores que tienen problemas de incontinencia, sea cualquiera de las anteriormente mencionadas.



Al iniciar con el periodo de preguntas por parte de los cuidadores, estos hicieron las siguientes: *¿Qué hago cuando solo mancha poco el pampier? ¿La incontinencia se asocia a otras enfermedades? ¿Qué sucede cuando los hombres tienen problemas de próstata? ¿Las mujeres tienen próstata?* Estas preguntas fueron respondidas detalladamente y con un lenguaje sencillo para la mejor comprensión de los cuidadores

Finalmente los cuidadores dijeron palabras de felicitaciones a los investigadores por una buena charla y por las aclaraciones y explicaciones a las preguntas planteadas por ellos mismos.

Antes de que ellos se marcharan y reanudaran sus labores en el hogar se les invito a que continuaran participando de las demás charlas que se tienen planificadas, siendo la próxima *los principales problemas neurocognitivos del adulto mayor.*

Tercera intervención



Noviembre 06 de 2014. El día de hoy se propuso dar a conocer los principales problemas neurocognitivos que pueden afectar al adulto mayor, entre ellos el Delirio, también conocido como síndrome confusional agudo; la depresión, la ansiedad, la demencia senil y el Alzheimer, definiéndolos, mencionando sus signos y

síntomas más evidentes para poder identificarlos, y algunas intervenciones que los cuidadores pueden realizar para aminorar las alteraciones, y en el caso de los reversibles, revertirlos mediante ciertos ejercicios y actividades mentales que están dirigidas específicamente a los adultos mayores.

El tema estuvo a cargo del investigador Melesio Sánchez, el cual comenzó la actividad con lluvia de ideas para identificar lo que los cuidadores entendían como deterioros neurocognitivos y problemas mentales en el adulto mayor, entre los que mencionaron: *desgaste mental, poca memoria, pérdida de la memoria, a las personas mayores de 40 años comienza un deterioro temporoespacial que se asocia a menor tamaño del cerebro y que*



depende del estilo de vida en la juventud del adulto mayor, cuyos factores están las sustancias alucinógenas y la mala nutrición. Estos comentarios tienen bastante relación con lo que es el deterioro mental del anciano y las manifestaciones que estos pueden presentar.

Después de la intervención de los cuidadores se procedió a comenzar con la exposición, definiendo lo que es un problema neurocognitivo, posteriormente cómo se clasifican, así como los principales signos y síntomas que cada uno de estos problemas manifiesta en el adulto mayor que lo padece.

Entre otros de los aspectos abordados durante la exposición fueron algunos factores causales y haciendo énfasis en los cuidados específicos para cada uno de los problemas neurocognitivos; entre estos:

- Fijar horarios y rutinas para que el anciano se desoriente lo menos posible
- Identificar las habitaciones con dibujos sencillos en las puertas
- Usar utensilios plásticos para las comidas
- Evitar espejos, pues se puede asustar al no reconocerse
- Hablarle despacio, con calma y con palabras sencillas
- Evitar llamarle o hablarle a gritos, discutir con ellos o llevarles la contraria, dependiendo del caso que se presente

Al terminar de presentar el tema se les invito a preguntar o pedir aclaraciones sobre el tema, algún aspecto que no hayan entendido, entre las cosas que preguntaron están: *¿el Alzheimer tiene etapas? ¿Demencia y Alzheimer son lo mismo? ¿Hay que seguirles el juego cuando tienen alucinaciones? ¿Que nos recomienda para prevenir la depresión en el anciano?* Estas preguntas y dudas que tenían los cuidadores fueron aclaradas lo más sencillamente posible para una mejor asimilación de los conocimientos.

Para finalizar la jornada del día, se les pidió que asistieran a la siguiente exposición que abordaría la Hipertensión y Diabetes. Se les dio un refrigerio y agradecimientos por haber estado atentos al tema que se impartió en el día.

Cuarta Intervención

Noviembre 8 de 2014: En este día se asistió al hogar de ancianos en horarios de la mañana, con el fin de participar en las actividades diarias que se desarrollan en el hogar de ancianos, al mismo tiempo tomar notas y fotografías de evidencias para confirmar que los cuidadores están poniendo en práctica los conocimientos adquiridos mediante las intervenciones impartidas en los días previos, así como los cuidados que estos brindan a los adultos mayores en base a los que se les han impartido por parte de los investigadores.

Uno de los objetivos de la presente investigación es monitorear los conocimientos adquiridos mediante las intervenciones educativas *a través de la puesta en práctica* de los cuidadores hacia los adultos mayores con el fin de mejorar la calidad de atención que estos brindan. Durante el tiempo que se estuvo participando de las actividades se logró observar que los cuidadores han tomado las recomendaciones que se les dieron en las charlas, parte de las actividades que se notaron que ponían en práctica están:

- Fomentar la independencia del adulto mayor en sus actividades, siempre bajo supervisión de un cuidador
- El apoyo a los adultos mayores que necesitan por alguna discapacidad
- El uso de utensilios plásticos para la alimentación de los adultos mayores
- Cuidados con el adulto mayor con problemas neurocognitivos.



Se ha apreciado una mejoría en la práctica cuidado de los cuidadores hacia los adultos mayores, más aún con los que están dependientes de ellos en la mayoría de sus actividades, pues hay ancianos con ciertas discapacidades que limitan su propia independencia.

Este mismo día se planifico impartir el tema Hipertensión y Diabetes, en horario de la tarde, dando inicio aproximadamente a las 2pm. Iniciando con el listado de asistencia, el cual se ha implementado en cada uno de los contenidos anteriormente impartidos, con el fin de evidenciar la participación de los cuidadores.

Estos temas estuvieron dirigidos por las investigadoras Edith Rodríguez y Abigail Acuña, teniendo el apoyo del integrante Melesio Sánchez en aspectos técnicos (fotografías y medios visuales). Se dio inicio con los contenidos abordando la Hipertensión, primeramente haciendo mención de lo que es la presión arterial y sus valores normales, para facilitar la comprensión de los que es el síndrome hipertensivo, de igual modo lo que es una presión sanguínea baja. Se definió lo que es HTA, cuando se considera que una presión esta alterada por encima de lo normal, los signos y síntomas de presión alta, esto para que logren identificarlo en el adulto mayor; otro aspecto abordado fueron las posibles causas y factores asociados a desarrollar HTA y las maneras de cómo prevenirla.



También se mencionó el tipo de tratamiento que es necesario para controlar los períodos de presión alta, tanto farmacológicos como los no farmacológicos. Al mismo tiempo se mencionaron las posibles complicaciones del mal manejo o tratamiento de la Hipertensión,



como el accidente cerebrovascular, enfermedades coronarias, problemas renales, entre otros.

Al comenzar el periodo de preguntas y respuestas los cuidadores se refirieron a: *¿Los signos y síntomas de la presión baja son los mismos a los de la presión alta? ¿Cómo puedo saber cuándo el anciano tiene la presión*

baja? ¿Cómo puedo hacer para que le suba la presión al anciano cuando la tiene baja? Estas y otras dudas les fueron aclaradas científicamente, usando palabras fácilmente entendibles para los cuidadores.

Al terminar se les dio un refrigerio y receso de 15 minutos previo al inicio del otro tema programado para esta fecha.

Finalizando el tiempo de receso, se les invito nuevamente a los cuidadores a que se reunieran en el comedor para dar inicio al siguiente tema: Diabetes.

Comenzando el tema se les preguntó qué sabían acerca de la Diabetes, donde la mayoría menciono que *“es cuando el azúcar en la sangre esta alta” “problemas del páncreas, cuando el páncreas no funciona bien se eleva el azúcar en la sangre”*. Naturalmente como es un padecimiento bastante común en los adultos mayores conocen del tema. Al igual que la Hipertensión, se comenzó definiendo lo que es normal de glucosa en sangre, para luego caer a la alteración de estos niveles y así, la Diabetes.



Definiendo lo que es Diabetes, se les hizo saber cuáles eran las causas asociadas a esta enfermedad que cada vez más afecta a los adultos mayores; posteriormente los síntomas característicos de la enfermedad: mucha sed, bastante hambre y bastantes ganas de orinar, que en términos técnicos son llamados las 3P: Polidipsia, Polifagia, Poliuria. Entre otros de los síntomas que esta enfermedad manifiesta, como fatiga, irritabilidad, cambios en la vista, entre otros.

Las complicaciones que esta enfermedad trae también fueron puntos claves en el desarrollo del tema, siendo los más notorios en la vista, y el más peligroso: la neuropatía diabética, siendo el pie diabético un riesgo de la última mencionada, pues como último recurso para revertir una fuerte infección local en un paciente con pie diabético es la amputación, que trae consigo trastornos en la percepción de la imagen corporal y la sensación de impotencia.

Así mismo se mencionaron los tipos de diabetes, la medicación para cada una de ellas, siendo las farmacológicas y la insulina, igualmente el cambio en el estilo de vida de la



persona diagnosticada con Diabetes, dieta, ejercicio y otros elementos para un buen control de los niveles altos de glucosa.

De la mano con la hiperglucemia en la Diabetes, también está la hipoglucemia, que es el descenso de los niveles de glucosa en sangre por debajo de lo considerado normal y que también se puede dar en un

paciente diabético, se les explico cómo saber identificar cuando un adulto mayor tiene los niveles de azúcar disminuidos mediante sus manifestaciones clínicas.

En el período de dudas o preguntas, se presentaron las siguientes: *¿Qué puedo hacer si me gusta bastante el dulce y soy diabética, y tengo antojo de algo dulce?* *¿La Diabetes se puede heredar?* Las preguntas fueron aclaradas y entendidas por los cuidadores, pues se les explico en términos sencillos cada una de las respuestas.



Finalizando la actividad se les agradeció la participación e invitó a que nuevamente asistan a los próximos temas que se irán desarrollando en el transcurso de la presente investigación.

Quinta Intervención

El día de hoy 11 de Noviembre, se asistió al hogar de ancianos con el objetivo de dar a conocer el tipo de dieta para el adulto mayor dependiendo de su estado de salud y actividades físicas; también identificar los tipos de ejercicios que son recomendados para el adulto mayor en relación a sus capacidades. Esto mediante la exposición de los temas “La dieta para el adulto mayor” y “Ejercicio físico para el adulto mayor”.

Estos temas estuvieron guiados por el Br. Melesio Sánchez, quien comenzó con un periodo de preguntas para los participantes, preguntas como *¿que saben lo que es dieta? ¿Saben cómo debe ser la dieta del adulto mayor? ¿Qué tipo de dieta conoce?* Estas preguntas fueron respondidas brevemente por los cuidadores, refiriéndose a que la dieta “es toda comida y tipos de alimentos que todos nosotros ingerimos”; “la dieta para los ancianos debe de ser suave, fácil de masticar”; “dieta para el diabético, para el que padece de la presión”; respectivamente.



Es de notarse que los cuidadores tienen cierto conocimiento acerca de lo que es la dieta, pero no específicamente los tipos de alimentos que el adulto mayor debe de ingerir.

Dando inicio a la charla, se definió lo que es una dieta, cómo se organiza una dieta equilibrada y los alimentos que la componen; así como los grupos alimenticios que se conocen (cereales, proteínas, fibras...). A continuación se especificó cómo debe de estar compuesta la alimentación del adulto mayor, la manera en cómo se divide el plato con los diferentes grupos alimenticios para brindar una comida equilibrada y las porciones necesaria en cada uno de los tiempos de comida (desayuno, merienda, almuerzo, refrigerio, cena); pues como el adulto mayor pasa por una serie de cambios funcionales del sistema digestivo, no tolera la misma cantidad de comida que un adulto joven.

En esta parte del tema se les hizo énfasis en alimentos ricos en fibra y ácidos grasos esenciales para un buen funcionamiento cerebral y muscular, así como los beneficios para el tránsito intestinal (fibra). Los lácteos y derivados que aportan la mayoría del calcio necesario para fortalecer el hueso y la importancia de tomar el sol para la fabricación de Vit. D y sintetizar del calcio.

Otro aspecto tomado en el desarrollo de la intervención fueron las diferentes maneras para preparar los alimentos, haciendo combinación de los grupos alimenticios cuando se cocinan o se les sirve al momento de la comida de los adultos mayores; esto, con el fin de no llegar repetitivo con los tipos de preparación de los alimentos a los ancianos y estarles dando “lo mismo todos los días”

Finalizando hubo un pequeño momento en donde intervienen los cuidadores, principalmente la responsable de cocina, aportando información sobre otras maneras para preparar las comidas y no solo a como se ha recomendado “cocido” (las verduras). Ella mencionó “mi papá es diabético e hipertenso y siempre en el centro de salud le dicen que debe de comer las verduras cocidas, no indican que se puede preparar de otra manera, pero yo sé cómo cocinarlas y no solo estarle dando verdura simple, yo las hago como en caldo, con cebolla y ajo criollo bien picado para que le dé un gusto bien rico a la comida”.

Habiendo finalizado el tiempo de intervención de los cuidadores se les dio refrigerio y un breve receso de 10 minutos para luego darle continuidad a la actividad.

Finalizado el receso, se abordó el tema “ejercicio físico en el adulto mayor”, donde se dio a conocer la definición de ejercicio, así como el beneficio para el cuerpo y la mente; posteriormente se entró en materia a los tipos de ejercicio para el adulto mayor señalando que cada rutina de ejercicio va en dependencia de las habilidades físicas y energéticas para el anciano, pues la persona que deambula por sus propios medios no será la misma al que necesita de un andarivel o silla de ruedas.



Como primera elección se les expuso la caminata, seguida de algunos ritmos de baile (música de su época como boleros, baladas, o agrupaciones como “La Sonora Matancera”); también variaciones de aeróbicos para la práctica del adulto mayor, todo esto con una intensidad y tiempo de acuerdo a las capacidades de la persona.

Un contenido de suma importancia fue “la Fisioterapia como alternativa para el ejercicio” donde se explicó a los participantes que ciertas técnicas básicas de Fisioterapia pueden sustituir al ejercicio físico siempre que se realicen adecuadamente.

Se les menciono las técnicas de flexión y extensión, la forma adecuada para efectuarla, así como la mecánica corporal para no lastimarse a sí mismos ni a los adultos mayores. Igualmente se le explicó las técnicas de rotación interna/externa, sus beneficios y la manera correcta para llevarlas a cabo. Esta y las técnicas anterior solo en los brazos y piernas; cabe

señalar que la fácil comprensión de estas técnicas se usaban palabras sencillas, evitando lenguaje técnico para no confundir al cuidador.

Finalmente se les enseñó técnicas y ejercicio para las articulaciones pequeñas, ejercicios sencillos como pintar, dibujar, separar y contar palillos de fósforos, sacar objetos pequeños de recipientes grandes, entre otros...

Todas estas y otras, para mantener el tono y fuerza muscular fueron orientadas a los cuidadores para poner en práctica en el adulto mayor; la autovalencia.

Para terminar se les preguntó si tenían dudas, que las expresaran, pero no hubo intervención que palabras de agradecimientos para los expositores. Luego se les orientó que asistieran a las próximas charlas que serían la comunicación y las relaciones interpersonales.

Sexta intervención

13 de noviembre del 2014 acudimos al hogar de ancianos en horas de la tarde con el propósito de dar a conocer cómo deben ser las relaciones interpersonales y la comunicación con el adulto mayor esto se realizó mediante charlas impartidas por la Br. Edith Rodríguez y Br. Abigail Acuña.

Se comenzó con un repaso del tema anterior el cual fue Dieta y Ejercicio, se realizaron preguntas directamente a los cuidadores sobre que recordaban de los tipos de alimentos



que deben ingerir los adultos mayores, a lo cual dieron respuestas bastantes acertadas en donde la encargada de cocina dio aportes significativos sobre la preparación de alimentos y porciones.

Se inició a impartir el primer tema del día: Relaciones Interpersonales por la investigadora Edith Rodríguez, con el objetivo de mencionar la importancia que tiene para el adulto mayor y los que laboran en el hogar de ancianos partiendo de la definición de lo que es relaciones interpersonales; puntos a considerar para mejorar las relaciones interpersonales tal como el Respeto, comunicación, tolerancia, aceptación, prestar atención cuando nos hablan o dirigen la palabra, paciencia, también ciertas recomendaciones para liberar las tensiones del cuidador. En este punto de la intervención se realizó una dinámica que consistía en respiraciones

profundas, luego contar hasta 10; el cual los cuidadores participaron en su totalidad y expresaron que se sentían “menos tensionados y estresados y que verdaderamente funcionan estos tipos de técnicas”.

Hubo un momento en el que los cuidadores participaron expresando sus experiencias dentro del hogar de ancianos respecto a las relaciones entre ellos mismos y ellos con los adultos mayores. Entre las cosas que dijeron están:

“Es muy importante que hayan hablado sobre este tema ya que muchas veces hay personas



que te colocan una “barrera” y no permiten que uno establezca una conversación o dialogo, yo llevo un año de laborar en este lugar y siempre ha sido lo mismo con una persona...”

“Yo me llevo bien con todos, pero es cierto que en ocasiones las personas no dicen las cosas a como se debe

y hasta los ancianos opinan de que a nosotras nos tratan mal”

“La dama tiene razón (expositora); tocó un tema muy importante que uno debe de mantener dentro de un trabajo, como es las relaciones interpersonales, todo comienza con una buena relación entre los compañeros y dejar atrás los asuntos personales; porque si venís a trabajar y desquitarte las arrechuras con el anciano los perjudicados, ¿Quiénes son? ¡Son ellos!”



“El tema que impartieron hoy es de suma importancia e interesante, me gustaría que lo dieran de nuevo, porque he notado que hay ciertos encuentros entre los cuidadores, hay unos que ni se saludan y eso es feo porque los ancianos lo notan y también se sienten excluidos”





Finalizando las intervenciones de los cuidadores se les dio un refrigerio y un breve receso de 10 minutos.

Al reanudar con las charlas propuestas para el día se inició con el segundo tema que abarca comunicación, estuvo dirigido por la Br. Abigail Acuña, primeramente con una dinámica llamada “el chisme”, que consistió en decirle al

oído una frase a una persona para que esta se lo diga a la siguiente y así sucesivamente hasta llegar a la última, que dirá en voz alta la frase para ver si coincidía con la frase que se le dijo a la primera persona. En esta dinámica lo que se trata de enseñar es cómo se distorsiona el mensaje cuando pasa de persona a persona.

Posteriormente se conceptualizó la comunicación, se mencionó que elementos son necesarios para que haya comunicación: emisor-mensaje-medio-receptor-respuesta. Se habló sobre los pasos para tener una buena comunicación con los adultos mayores, que son 7, entre ellos *evaluar el ambiente, considerar las enfermedades del anciano, hablar claramente y con palabras sencillas*, entre otros.



Al termino del tema los participantes aportaron sus experiencias de cómo se comunican con el adulto mayor, comunicándose diariamente con el anciano y escuchando lo que ellos les dicen aunque sea repetitivo; mencionaron que muchas veces los ancianos no entienden lo que se les está diciendo y es necesario repetirlo. Por sus opiniones y aportes

se notó que fue de gran interés y que comprendieron lo que se les expuso.

Séptima intervención

Esta se realizó el día 14 de noviembre, con el propósito de dar a conocer las principales acciones del cuidador para la atención de los adultos mayores. Antes de comenzar el tema se hizo un pequeño resumen del contenido anterior, haciéndolo a manera de preguntas y respuestas hacia los participantes, donde estos expresaron sus ideas al respecto.



Dando inicio al tema, se comenzó con el concepto de cuidado que es toda acción para mantener o mitigar la buena salud para el adulto mayor, que el cuidador tiene que ayudar al anciano en tareas que estos no puedan hacer por sí mismos, pero que también hay que promover la autovalencia, participando en su autocuidado. Se hizo mención de los requisitos para ser un cuidador, que son: conocimiento teórico, buena práctica y control sobre los sentimientos y actitudes.



Continuando con la charla, se habló del papel o tareas frecuentes del cuidador dentro del hogar de ancianos, como son las actividades rutinarias: aseo del hogar, cocina, aseo personal para el adulto mayor, movilización, supervisión del anciano con dificultad para la deambulaci3n, y hacer “pequeñas cosas” tales como llevarle un vaso con agua, asistirlo en la colocaci3n de los zapatos, acercarle cosas, entre otros.

Despu3s se les hablo sobre los cuidados principales que deben de tener con el adulto mayor que necesitan de ayuda, mencionando el cuidado de la piel y sus anexos, el cuidado de los pies y manos, la importancia del aseo del 3rea genitourinaria y la supervisi3n del pampier para cambiarlo si est3 sucio, entre otros cuidados para mantener la calidad de atenci3n para el adulto mayor.



IV. EVALUACI3N DEL PLAN DE ACCI3N



Como parte del tercer ciclo de la investigaci3n acci3n que plantea Hernandez Sampieri & col. (2010) es la de evaluar el plan de acci3n/intervensi3n. Durante esta fase de la investigaci3n, se recolect3 continuamente datos para valorar el impacto que han tenido las acciones que se planificaron para lograr el cambio de actitud de los cuidadores para con el adulto mayor. Haciendo uso de la misma observaci3n, as3 como fotograf3as de evidencias y las anotaciones realizadas en el diario de campo; comentarios de los mismos cuidadores refiri3ndose a la importancia de los temas, y que les ser3 de mucha utilidad en sus labores dentro del hogar.

Así mismo se usó breves momentos de preguntas y respuestas hacia los cuidadores, identificando la asimilación de los conocimientos; junto con esta técnica también se implementó pruebas cortas⁴ (imagen de la derecha) relacionadas al tema impartido el día anterior, donde los resultados arrojaron datos satisfactorios en la retención de la información compartida mediante las capacitaciones; en algunas ocasiones las respuestas eran erróneas, pero no en todo el *test*, sino solo ciertas preguntas de estos.



También se hicieron actividades de preguntas y respuestas con dinámicas como *La silla pica* (imagen de la izquierda), *El chisme*; donde se hacía relación con los temas y hacer menos rutinario el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Toda esta información pasó por un proceso de análisis y discusión por los investigadores; donde las respuestas a las preguntas abiertas realizadas previo a los temas a impartir fueron interpretadas para su correcta redacción y materialización en el presente estudio.

⁴ Ver anexo V

CONCLUSIONES

1. Se realizó el diagnóstico sobre los conocimientos que tenían los cuidadores del hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil sobre el cuidado del adulto mayor, a través de las técnicas de recolección de la información diseñadas para este estudio; detectando la falta de conocimiento respecto al manejo adecuado hacia el paciente geriátrico.
2. Se elaboró un plan de acción basándose en los hallazgos del diagnóstico, en donde se plantearon temas de interés para el cuidado adecuado del paciente geriátrico, facilitando la comprensión de los conocimientos técnicos-científicos en relación a las principales acciones del cuidador que labora en un hogar de ancianos
3. Se desarrolló el plan de intervención, impartiendo los temas propuestos en fechas y horarios cómodos para el investigador y el participante, dando cumplimiento a los objetivos planteados en cada uno de los contenidos abordados, logrando la participación activa de la muestra seleccionada, donde se apreció gran interés de los mismos; así como la implementación de temas sugeridos por los mismos cuidadores
4. Se monitoreó el cumplimiento del plan de acción, donde se observó el interés, la participación de los cuidadores, el apoyo por parte de la dirección del hogar de ancianos en coordinación de los días para impartir los temas; y la reunión del personal para el desarrollo del tema planificado para cada día; todo esto mediante dinámicas como “La silla pica, El chisme, respiraciones profundas para disminuir la tensión, fotografías de evidencias, pruebas de aprendizaje por cada contenido dado y las preguntas y respuestas previo a los temas del día”.
5. A manera general se valoró el impacto del plan de acción mediante la observación participante, pues se logró apreciar la puesta en práctica de lo aprendido, el cambio de actitud por parte de los cuidadores respecto al trato del adulto mayor, brindado cuidados con conocimientos científicos y el porqué de cada acción; mejora en la comunicación hacia el adulto mayor, usando palabras apropiadas, lenguaje y tono de voz según lo recomendado en el tema “La comunicación con el adulto mayor”; así también un cambio notable en las relaciones interpersonales, el compañerismo y la cooperación entre los mismos cuidadores.

RECOMENDACIONES

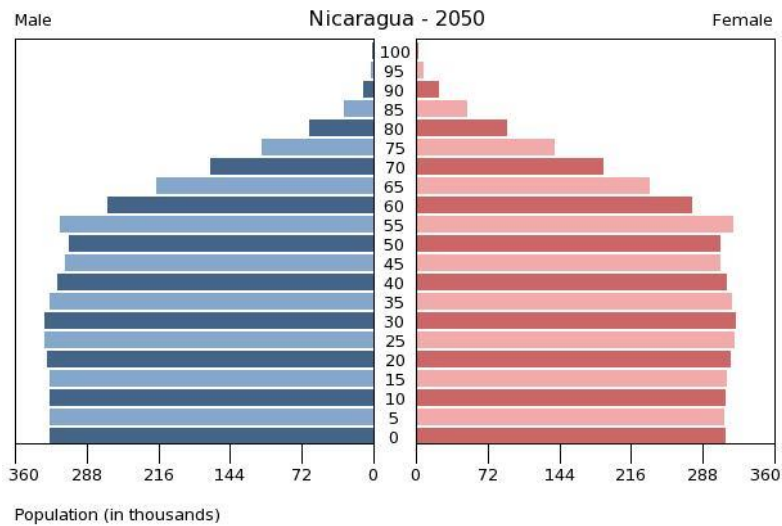
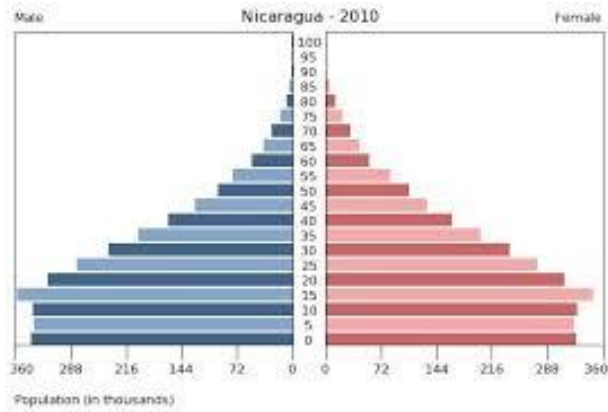
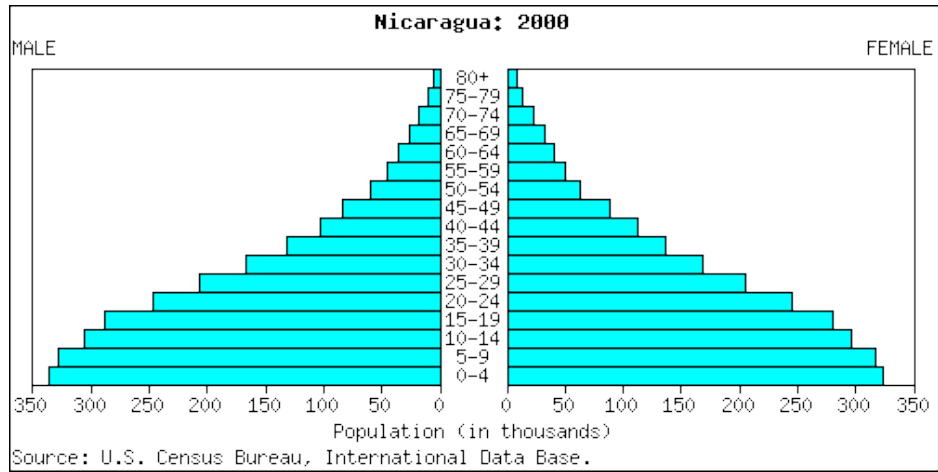
1. Al Instituto Politécnico de la Salud, que implemente el diseño de investigación acción como parte del desarrollo educativo de los estudiantes, así como la enseñanza de este tipo de investigación más a profundidad, porque es muy productivo en el desarrollo de intervenciones directas.
2. Al Hogar de Ancianos Doctor Agustín Sánchez Vigil, que continúen apoyando a los estudiantes que acuden a este en el desarrollo de investigaciones y demás trabajos; así como también medidas de monitoreo hacia los cuidadores para la continua puesta en práctica de lo aprendido; también establecer coordinación personal-dirección para fomentar la educación continua de los recursos cuando se dan oportunidades como la del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Checa, D. A. (2014). *Fundamentos y bases de todas las areas enfermeras: Manual completo de enfermeria* (Vol. I). Valencia, España: BarcelBaires Ediciones S.A.
- Cueri Mosquera, C. (2006). *Programa educativo de atencion integral al paciente anciano dirigido a los residentes de medicina familiar*. Venezuela: Universidad Centroccidental.
- Garcia Lopez, M. V., Rodriguez Ponce, C., & Toronjo Gomez, A. M. (2012). *Enfermeria Geriatrica*. Barcelona, España: Ediciones DAE.
- Hernandez Castillo, E. (2013). *Enfermería en Geriatría*. Managua: IPS UNAN Managua.
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodologia de la Investigacion* (5ta Edicion ed.). Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- López Norori, M. (2008). *Evaluacion de los hogares de ancianos del centro y norte de Nicaragua*. Managua: Norori Ediciones.
- Salinas, P. J. (2011). *Metodologia de la investigacion cientifica*. Merida, Venezuela: ULA Editorial.
- Sequeira Gutiérrez, I., López Rocha, N., & Matute Méndez, F. (2013). *Gerencia del Cuidado: Conocimientos, actitudes y practicas de cuidado de los cuidadores principales que laoran en el hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil, Jinotepe II semestre, 2013*. Managua: IPS UNAN Managua.
- Ussel, J. I. (2001). *La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Analisis Cualitativo*. Madrid: IMSERSO Ediciones.
- Verdugo Alonso, M., Gómez Sánchez, L., & Arias Martínez, B. (2009). *Evaluacion de la calidad de vida en personas mayores: La escala de FUMAT*. Salamanca: Publicaciones del INICIO.

ANEXO

ANEXO I



ANEXO II

PREGUNTAS GUIAS PARA LA OBSERVACION PARTICIPANTE

El presente listado de preguntas tiene como objetivo saber cómo es el trato hacia el adulto mayor de parte de los cuidadores del hogar de ancianos Agustín Sánchez Vigil a fin de validar los datos obtenidos en la entrevista a profundidad e identificar en que necesitan reforzar conocimientos para el mejoramiento de la propuesta educativa

¿Qué tipo de comunicación utiliza el personal cuando se dirige al adulto mayor?

¿Cómo es la actitud que el personal demuestra para con los adultos mayores?

¿Cumplen con los tratamientos en base a las diferentes patologías que presentan los adultos mayores?

¿Cómo se distribuye el tiempo para el cuidado del adulto mayor y las labores del hogar de ancianos?

¿Cuál es el manejo que tienen los cuidadores con respecto a los síndromes geriátricos más comunes?

¿Cómo y con qué frecuencia realizan la higiene personal de los adultos mayores?

¿Qué tipo de alimentación le brindan al adulto mayor?

¿Cómo realizan la movilización de los adultos mayores?

PREGUNTAS GUIAS PARA LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Las siguientes preguntas están centradas en indagar a profundidad sobre los conocimientos que tienen los cuidadores del hogar de ancianos Austin Sánchez Vigil, así como sus opiniones y perspectiva de sus labores. Son preguntas abiertas y no estandarizadas dirigidas a los cuidadores, de las cuales pueden derivarse otras en dependencia de las respuestas obtenidas y que no estén reflejadas en el listado

¿Cuál es su nombre?

¿Cuánto tiempo tiene de estar laborando en el hogar de ancianos?

¿Por qué se interesó en trabajar en el hogar de ancianos?

¿Está a gusto con su trabajo y con la atención que le brinda al adulto mayor?

¿Ha recibido alguna capacitación relacionada al área en que trabaja?

¿Considera que fue útil la capacitación que recibió?

¿Desea ser capacitado sobre algún tema en relación al cuidado del adulto mayor?

¿Llevan a los adultos mayores a consulta de seguimiento sobre la enfermedad que padece?

¿Qué tratamiento le proporciona al adulto mayor?

¿Los adultos mayores son visitados por sus familiares?

¿Cuáles actividades realiza para distraer o recrear a los adultos mayores?

¿Hay alguna asociación u organización que les asista con el cuidado o manejo de los adultos mayores?

¿Hay una o más familias de los adultos mayores que aporten económicamente para el cuidado de los mismos?

ANEXO III

Reducción de las respuestas obtenidas en la entrevista a profundidad

1. ¿Cuál es su nombre?

M.G.H.	M.J.G.	M.A.A.	J.I.C.C.
Z.M.P. ⁵	C.D.C.	M.J.	N.A.
E.R.S. ⁶		J.S.H.	

2. ¿Cuánto tiempo tiene de estar laborando en el hogar?

M.G.H: Tengo un año de trabajar	M.J.G: Me llamaban en ocasiones pero para limpieza y jardín, hace 6 meses fue que me contrataron para venir diario	M.A.A: Tengo 3 años de estar trabajando aquí	J.I.C.C: Tengo 14 años de trabajar, comencé cuando tenía 15 años, y es la fecha y todavía me gusta estar aquí
Z.M.P: Aproximadamente 9 años de estar en el hogar	C.D.C: Ando por el año y tres meses, comencé en cocina, pero ahora estoy en el pabellón de varones dando cuidados	M.J: Ya son 7 años de estar trabajando	N.A: Uuu!! Ya son como 5 años de estar trabajando para el acilo
E.R.S: Creo que son 4 años los que llevo de estar aquí		J.S.H: Hace ya casi 3 años tengo de estar viniendo a cuidar a los ancianos	

⁵ Responsable de farmacia

⁶ Responsable de cocina

3. ¿Porque se interesó en trabajar en el hogar de ancianos?

M.G.H : Me interese porque perdí a mis padres, además necesitaba trabajar y decidí venir	M.J.G: Me dijeron que necesitaban a alguien para que cuidara a los ancianos varones y como necesitaba dinero acepte	M.A.A: Una amiga me recomendó, yo quería trabajar y decidí venir y gracias a Dios tengo trabajo	J.I.C.C: Desde que lo inauguraron el hogar he trabajado, fue por parte del fundador y con el tiempo me quede.
Z.M.P: Porque es una institución muy bonita aunque escasa de recurso, pero trabajar con AM me encanta	C.D.C: Vine porque estaba desempleado, aplique y me dieron trabajo	M.J: Vine porque una sobrina me dijo que necesitaban empleados y me dieron el trabajo	N.A: Vine porque tenía que trabajar, metí papeles y aquí estoy
E.R.S: Me dijeron que necesitaban a alguien en cocina y vine a ver si me daban el trabajo, y como ven aquí estoy	J.S.H: Una amiga me dijo que querían gente que cuidara a los viejitos y vine porque necesitaba un trabajo para los gastos de la casa		

4. ¿Está a gusto con su trabajo y con la atención que le brinda al adulto mayor?

M.G.H : Yo no sabía a lo que venía, pero al estar aquí me ha gustado porque no tengo padres y me parece que es a ellos a quienes cuido	M.J.G: Sí, estoy conforme con mi trabajo y creo que si tratamos bien a los ancianos	M.A.A: Aunque se pasan días difíciles, agotados, pero realmente nosotros entendemos y comprendemos a los ancianitos	J.I.C.C: Aprendes mucho con ellos, ya cuando te familiarizas con los AM es muy bonito, estoy muy a gusto
Z.M.P: Sí. Me fascina, siempre tengo contacto directo con ellos	C.D.C: Sí, estoy a gusto con mi trabajo y le he tomado cariño a los ancianos y siento que hago bien mi trabajo	M.J: Ya me adapte al trabajo y si me gusta, y los ancianos están bien cuidados, siempre estamos pendiente de ellos	N.A: Me gusta bastante, con el tiempo que llevo aquí he aprendido como tratarlos y cuidarlos bien
E.R.S: Pues me siento a gusto porque cocinar es lo mío, veo que los demás hacen bien lo suyo y que los cuidan bien a los señores	J.S.H: Sí, me gusta bastante, siento que lo hago bien cuando ayudo a las ancianas cuando lo necesitan		

5. ¿Ha recibido alguna capacitación relacionada al área en la que trabaja?

M.G.H: Sí. El doctor Milton venía a darnos clases sobre cómo tratar a los viejitos, con cariño y paciencia	M.J.G: Sólo los jueves venía el Dr. Milton, pero como ese es mi día libre nunca he recibido ninguna capacitación	M.A.A: Antes venían unos muchachos a dar unas clases sobre higiene	J.I.C.C: Soy Técnico Quirúrgico y especializado en el área geriátrica y me he desenvuelto en el trabajo
Z.M.P: Si por parte del Dr. Milton. También he recibido cursos de Gerontología	C.D.C: Solo don Ismael me ha enseñado algunas cosas pero propiamente capacitación no	M.J: Si el Dr. Milton nos enseñaba de cómo cuidarlos y como moverlos para no lastimarlos a ellos ni nosotros	N.A: Sí, venía un doctor que nos enseñaba como tratar a los ancianos, no me acuerdo como se llama
E.R.S: Si, en ocasiones vienen a darnos clase, pero como estoy pendiente de lo que tengo que cocinar casi no asistía	J.S.H: De vez en cuando venía un doctor flaquito buena gente que nos decía como moverlos y cosas así		

6. ¿Considera que fue útil la capacitación que recibió?

M.G.H : Sí, de mucha importancia	M.J.G: NO HA RECIBIDO CAPACITACIONES	M.A.A: Sí, porque todo lo que nos enseñan es útil	J.I.C.C: Ah, sí! Claro que si, después de todo estoy trabajando en lo que me prepare
Z.M.P: Sí, claro que sí	C.D.C: FUE ENTRENADO POR UN COMPAÑERO	M.J: Si fueron muy útiles hemos aprendido	N.A: Sí, me ha servido aquí porque estoy trabajando con los ancianos
E.R.S: Pues más o menos, como estoy encargada de cocinar caso no atiende directamente a los ancianos, pero si es necesario lo hago	J.S.H: Ah claro, aunque era un poquito difícil aprender pero si me ha servido		

7. ¿Desea ser capacitado sobre algún tema en relación al cuidado del adulto mayor?

M.G.H : Si sería bueno porque nunca es tarde para aprender	M.J.G: Cosas para ayudar a los ancianos, tal vez masajes y cosas que les ayude a mejorar sus problemas de las piernas y manos	M.A.A: Sí. Sería bonito	J.I.C.C: A mis compañeros a tomar PA y como saber cuándo esta alta o baja, movilización, temperatura, comunicación entre ellos y el anciano (entre otras)
Z.M.P: Sí. Sería bueno temas sobre la tolerancia, unidad para los cuidadores y asistencia inmediata	C.D.C: tomar presión, temperatura y de los medicamentos saber que le podemos dar a un anciano si se le sube la presión o si le duele algo	M.J.: De todo sería bueno, aquí se necesita saber de todo porque aquí hacemos de todo	N.A: Sería bueno aprender lo que ustedes saben, inyectar, tomar presión, y algo de las pastillas para los ancianos
E.R.S: Pues no está de más saber algunas cosas como tomar presión, inyectar, tomar temperatura y cosas así		J.S.H: Yo quiero que me enseñen a tomar presión, inyectar, temperatura, y como mover a los viejitos porque a mí me cuesta bastante	

8. ¿Llevan a los adultos mayores a consulta de seguimiento sobre la enfermedad que padecen?

M.G.H : Una doctora es que viene a verlos aquí	M.J.G: Solo los llevan al hospital si están graves aquí el enfermero es el que los ve si están mal y los revisa diario	M.A.A: No. Solo cuando es algo realmente de emergencia una de nosotros se queda en el hospital con el ancianito	J.I.C.C: Si, viene una doctora a verlos entre semana
Z.M.P: Aquí viene la Doctora Fátima Solís cada 3 días	C.D.C: Solo por emergencias van al hospital pero aquí viene la Dra. Solís viene 3 veces a la semana a verlos	M.J: Una Dra. viene a verlos solo en emergencias van al hospital	N.A: Entre veces viene una doctora a verlos, por halla es que van al hospital cuando se pone grave el anciano
E.R.S: La Dra. Solís es la que viene, ella es la que les receta y cuando hay una emergencia la llaman y viene		J.S.H: Hasta donde yo sé solo viene una doctora a revisarlos, viene como 2 o 3 veces a la semana	

9. ¿Qué tratamiento le proporcionan al adulto mayor?

M.G.H : No sé, eso solo lo maneja Don Ismael que es el enfermero	M.J.G: Nosotros no sabemos el que les da medicamentos es el enfermero y él les receta también	M.A.A: Eso no sabemos nosotras	J.I.C.C: Para la presión, pues casi la mayoría son hipertensos, analgésicos, es lo que más se les da
Z.M.P: Para la PA, para el dolor, para la infección, antidepresivos, antiepilépticos	C.D.C: La verdad no sé porque solo don Ismael da los medicamentos y tampoco se quien se los receta	M.J: Mire cada anciano tiene un expediente y la doctora receta la pastilla y el enfermero o doña Zoila dan las pastillas pero nosotros no sabemos cuáles son o para que sirven	N.A: Yo sé que hay ancianos que padecen de la presión, también les dan para el dolor, eso solo don Ismael lo da si
E.R.S: Eso si que no se, seria preguntarle a don Ismael o Dña. Zoila que son los que dan las pastillas	J.S.H: Quien da los medicamentos es Dña. Zoila y don Ismael, nosotras solo los vemos pero no sabemos cuáles son		

10. ¿Los adultos mayores son visitados por sus familiares?

M.G.H : No es raro que venga algún familiar, o a algunos 2 vienen a ver	M.J.G: No todos y como no es obligado que vengan algunos están abandonados	M.A.A: Algunos reciben visitas familiares	J.I.C.C: Hay 2 ancianos que si los visitan y los sacan a pasear y a los otros pocas veces
Z.M.P: Algunos no todos	C.D.C: Algunos reciben visita	M.J: No todos reciben visita solo como 6 viejitos pero no vienen seguido a verlos	N.A: Entre veces vienen, pero no es muy frecuente que estén aquí
E.R.S. Tienen bastante de que no los vienen a ver, cuando ando fuera de la cocina he visto algunos	J.S.H: Hay algunos viejitos que son visitados por sus hijo, pero es raro que vengan bastante seguido		

11. ¿Qué actividades realizan para distraer o recrear a los adultos mayores?

M.G.H: Se hacen actividades frecuentemente como piñatas, les dan alimentos, queque y golosinas. También viene una profesora y los pone a pintar	M.J.G: Se les hacen actividades afuera se hacen piñatas	M.A.A: Piñatas y les ponen música	J.I.C.C: Terapia ocupacional, rezos, visitas de colegios e iglesias, en ocasiones películas de su época
Z.M.P: Siempre hay personas de buen corazón que vienen hacerles piñatas a los ancianitos, refrigerios	C.D.C: Los viejitos ven televisión nosotros platicamos con ellos y los que caminan salen afuera al jardín	M.J: Hacen trabajos manuales con una terapeuta los pone a pintar o dibujar	N.A: Una iglesia que se llama la antorcha viene y les hace piñatas y comida
E.R.S: Hay días que vienen de iglesias y otras organizaciones a hacerles piñatas o comidas	J.S.H: Piñatas, comidas, ven televisión, hasta música les ponen para que se alegren. Una señora baila y canta		

12. ¿Hay alguna organización o asociación que les asista con el cuidado del adulto mayor?

M.G.H : Yo creo que no	M.J.G: Pues creo que no, la que debe de saber es Dña. Odeth	M.A.A: Yo creo que no	J.I.C.C: La verdad es que no, son iglesias las que vienen pero a hacer actividades y en ocasiones donan cosas
Z.M.P: No	C.D.C: No sé, creo que no	M.J: No me doy cuenta, creo que no	N.A: No, no creo
E.R.S: No, no creo que la halla	J.S.H: Pues no		

13. ¿Hay una o más familias de los adultos mayores que aporten económicamente para el cuidado de los mismos?

M.G.H: Pues no se	M.J.G: Creo que si	M.A.A: La verdad no se	J.I.C.C: Sí, hay algunos de dejan algo simbólico, para ayudarnos con los gastos
Z.M.P: Si, los hay quienes nos ayudan para los gastos o nos dejan cosas para que los usemos con sus familiares	C.D.C: No se la verdad	M.J: Sí, hay algunos que si	N.A: Creo que no
E.R.S: No sé, eso debe saberlo Dña. Zoila o Dña. Odeth		J.S.H: En realidad no se	

ANEXO IV
PROGRAMA EDUCATIVO (anterior)

TEMA: Atención integral al adulto mayor

Dirigido a: Trabajadores del Hogar de ancianos Agustín Sánchez Vigil

Horas totales:12

Encargados: Abigail Acuña, Edith Rodríguez, Melesio Sánchez

Objetivos: 1. Complementar los conocimientos de los cuidadores acerca del cuidado del adulto mayor para la mejor atención de estos. 2. Monitorear a los participantes mediante periodos de reflexión después de cada tema impartido. 3. Evaluar las actividades y prácticas del personal del Hogar de Ancianos en base al conocimiento brindado durante el curso.

Objetivo	Contenido	Horas	Estrategias de intervención	Indicador de logro	Monitoreo
Complementar los conocimientos de los cuidadores acerca del cuidado del adulto mayor para la mejor atención de estos	El adulto mayor: <ul style="list-style-type: none"> - El proceso de envejecimiento - Cambios que ocurren durante el envejecimiento - Estereotipos en el adulto mayor 	3hrs	Lluvia de ideas Simposio Exposiciones	Los resultados obtenidos mediante los test posteriores a los temas impartidos Observación al personal para comprobar la puesta en práctica de lo aprendido	Se hará mediante fotografías de evidencia, observación hacia los participantes, preguntas y respuestas, periodos de reflexión después de cada tema
	Principales problemas de salud en el adulto mayor: <ul style="list-style-type: none"> - Cambios biológicos por sistema - Caídas y riesgo de caída - Incontinencia: urinaria y fecal - Síndrome confusional agudo o demencia - Hipertensión Arteria - Diabetes Calidad de vida en el	5hrs	Lluvia de ideas Conferencias Exposiciones Seminarios		

	adulto mayor institucionalizado (casa hogar) <ul style="list-style-type: none">- Dieta del adulto mayor- Ejercicios recomendados para el adulto mayor- Relaciones interpersonales y la comunicación con el adulto mayor- Asistencia del cuidador a los principales problemas de salud del adulto mayor	4hrs	Taller Exposición Demostrativo		
--	--	------	--------------------------------------	--	--

UNIDAD: EL ADULTO MAYOR. **Quien imparte:** Melesio Sánchez **Horas totales a impartir:** 3hrs **Fecha:** 18/10/14
Objetivos: 1. Explicar el proceso de envejecimiento. 2. Mencionar los cambios que ocurren durante el proceso de envejecimiento. 3. Analizar los diferentes estereotipos sobre el adulto mayor.
TEMA: EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO **HORAS:** 1

Objetivo de aprendizaje	Contenido	Actividades	Métodos a usar	Medios a usar	Recursos disponibles	Participantes	Evaluación
Comprender como se desarrolla el proceso de envejecimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Definición - Cómo ocurre el proceso de envejecimiento o - A qué se debe el proceso de envejecimiento o - Factores que influyen en el proceso de envejecimiento o 	Ejercicios antiestrés	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntas y respuestas - Lluvia de ideas - Exposición 	Papelógraf o	<u>MATERIAL:</u> Pliego de papel bond #40 Marcadores permanentes azul, negro y rojo Ilustraciones Hojas de color Resistol Auto financiamiento <u>HUMANOS</u> Expositores: 3	Trabajadores del hogar de ancianos Agustín Sánchez Vigil Grupo investigador(3)	Preguntas y respuestas de control

UNIDAD: EL ADULTO MAYOR.

Quien imparte: Melesio Sánchez, Edith Rodríguez, Abigail Acuña

Horas a impartir: 3hrs

Fecha: 18/10/14

Objetivos: 1. Explicar el proceso de envejecimiento. 2. Mencionar los cambios que ocurren durante el proceso de envejecimiento. 3. Analizar los diferentes estereotipos sobre el adulto mayor.

TEMA: CAMBIOS QUE OCURREN DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

HORAS: 1

Objetivo de aprendizaje	Contenido	Actividades	Métodos a usar	Medios a usar	Recursos disponibles	Participantes	Evaluación
Identificar los cambios asociados al envejecimiento	<ul style="list-style-type: none">- Cambios físicos del envejecimiento- La personalidad durante el envejecimiento y en la vejez- Cambios psicoafectivos del envejecimiento	Ejercicios anti estrés	<ul style="list-style-type: none">- Preguntas y respuestas- Conferencia	Papelógrafo	<p><u>MATERIAL:</u></p> <p>Pliego de papel bond #40</p> <p>Marcadores permanentes azul, negro y rojo</p> <p>Ilustraciones</p> <p>Hojas de color</p> <p>Resistol</p> <p>Auto financiamiento</p> <p><u>HUMANOS</u></p> <p>Expositores: 3</p>	Trabajadores del hogar de ancianos Agustín Sánchez Vigil Grupo investigador (3)	Preguntas y respuestas de control

UNIDAD: PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR

Quien imparte: Melesio Sánchez, Edith Rodríguez, Abigail Acuña

Horas totales a impartir: 5hrs

Fechas: 04/11/14 – 06/11/14 – 08/11/14

Objetivos: 1. Explicar los diferentes cambios biológicos por sistema. 2. Dar a conocer los principales problemas de salud del adulto mayor.

SUBTEMA: PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

HORAS: 4hr (1hr por día)

Objetivo de aprendizaje	Contenido	Actividades	Métodos a usar	Medios a usar	Recursos disponibles	Participantes	Evaluación
<p>Conocer los principales problemas de salud del adulto mayor</p> <p>Asocia los cambios biológicos del envejecimiento con los principales problemas de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Caída: definición, factores de riesgos, consecuencias, prevención - Incontinencia urinaria y fecal: concepto, tipos, complicaciones - Síndrome confusional agudo o demencia: definición, signos y síntomas, posibles causas - HTA, DIABETES: concepto, 	<p>Ejercicios anti estrés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conferencia - Exposición - Preguntas y respuestas 	<p>Papelógrafo</p>	<p><u>MATERIAL:</u> Pliego de papel bond #40 Marcadores permanentes azul, negro y rojo Ilustraciones Auto financiamiento <u>HUMANOS</u> Expositores: 3</p>	<p>Trabajadores del hogar de ancianos Agustín Sánchez Vigil Grupo investigador (3)</p>	<p>Preguntas y respuestas de control</p>

	factores de riesgo, signos y síntomas, medicación, complicaciones						
--	---	--	--	--	--	--	--

UNIDAD: CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO (casa hogar)

Quien imparte: Melesio Sánchez

Horas totales a impartir: 6hrs

Fecha: 11/11/14

Objetivos: 1. Dar a conocer el tipo de dieta del adulto mayor dependiendo de sus problemas de salud. 2. Describir los ejercicios físicos que se recomiendan para el adulto mayor según su capacidad. 3. Mencionar la importancia que tiene para el adulto mayor las relaciones interpersonales y la comunicación. 4. Describir las acciones que debe tomar el cuidador hacia los principales problemas de salud del adulto mayor

SUBTEMA: LA DIETA DEL ADULTO MAYOR

HORAS: 1hr

Objetivo de aprendizaje	Contenido	Actividades	Métodos a usar	Medios a usar	Recursos disponibles	Participantes	Evaluación
-------------------------	-----------	-------------	----------------	---------------	----------------------	---------------	------------

<p>Dar a conocer el tipo de dieta del adulto mayor dependiendo de sus problemas de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que es dieta - Tipos de dieta - La dieta del adulto mayor según sus necesidades y/o padecimientos 	<p>Ejercicios anti estrés</p>	<p>- Exposición</p>	<p>Papelografo</p>	<p><u>MATERIAL:</u> Pliego de papel bond #40 Marcadores permanentes azul, negro y rojo Ilustraciones Auto financiamiento <u>HUMANOS</u> Expositores: 3</p>	<p>Trabajadores del hogar de ancianos Agustín Sánchez Vigil Grupo investigador (3)</p>	<p>Preguntas y respuestas de control</p>
---	---	-------------------------------	---------------------	--------------------	--	--	--

UNIDAD: CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO (casa hogar)

Quien imparte: Melesio Sánchez

Horas totales a impartir: 6hrs

Fechas: 11/11/14

Objetivos: 1. Dar a conocer el tipo de dieta del adulto mayor dependiendo de sus problemas de salud. 2. Describir los ejercicios físicos que se recomiendan para el adulto mayor según su capacidad. 3. Mencionar la importancia que tiene para el adulto mayor las relaciones interpersonales y la comunicación. 4. Describir las acciones que debe tomar el cuidador hacia los principales problemas de salud del adulto mayor

SUBTEMA: EJERCICIOS FISICOS PARA EL ADULTO MAYOR

HORAS: 1hr

Objetivo de aprendizaje	Contenido	Actividades	Métodos a usar	Medios a usar	Recursos disponibles	Participantes	Evaluación
Identificar los tipos de ejercicios que son recomendados para el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> - El ejercicio y sus beneficios - Tipos de ejercicios para el adulto mayor - La fisioterapia como alternativa del ejercicio 	Ejercicios anti estrés	<ul style="list-style-type: none"> - Lluvia de ideas - Preguntas y respuestas - Exposición - Demostrativo 	Papelograf o	<p><u>MATERIAL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Pliego de papel bond #40 Marcadores permanentes azul, negro y rojo Ilustraciones Auto financiamiento <p><u>HUMANOS</u></p> <p>Expositores: 3</p>	Trabajadores del hogar de ancianos Agustín Sánchez Vigil Grupo investigador (3)	Preguntas y respuestas de control

UNIDAD: CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO (casa hogar)

Quien imparte: Edith Rodríguez, Abigail Acuña

Horas totales a impartir: 6hrs **Fechas:** 13/11/14

Objetivos: 1. Dar a conocer el tipo de dieta del adulto mayor dependiendo de sus problemas de salud. 2. Describir los ejercicios físicos que se recomiendan para el adulto mayor según su capacidad. 3. Mencionar la importancia que tiene para el adulto mayor las relaciones interpersonales y la comunicación. 4. Describir las acciones que debe tomar el cuidador hacia los principales problemas de salud del adulto mayor

SUBTEMA: RELACIONES INTERPERSONALES Y LA COMUNICACIÓN EN EL ADULTO MAYOR **HORAS:** 1hr

Objetivo de aprendizaje	Contenido	Actividades	Métodos a usar	Medios a usar	Recursos disponibles	Participantes	Evaluación
Comprender la importancia que tiene para el adulto mayor las relaciones sociales y la comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Las relaciones sociales para el adulto mayor - La comunicación con el adulto mayor - La comunicación como medida diagnóstica y terapéutica 	Ejercicios anti estrés	<ul style="list-style-type: none"> - Conferencia - Simposio 	Papelógrafo	<p><u>MATERIAL:</u></p> <p>Pliego de papel bond #40</p> <p>Marcadores permanentes azul, negro y rojo</p> <p>Ilustraciones</p> <p>Auto financiamiento</p> <p><u>HUMANOS</u></p> <p>Expositores: 3</p>	Trabajadores del hogar de ancianos Agustín Sánchez Vigil Grupo investigador (3)	Preguntas y respuestas de control

UNIDAD: CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO (casa hogar)

Quien imparte: Melesio Sánchez, Edith Rodríguez, Abigail Acuña

Horas totales a impartir: 6hrs **Fechas:** 14/11/14

Objetivos: 1. Dar a conocer el tipo de dieta del adulto mayor dependiendo de sus problemas de salud. 2. Describir los ejercicios físicos que se recomiendan para el adulto mayor según su capacidad. 3. Mencionar la importancia que tiene para el adulto mayor las relaciones interpersonales y la comunicación. 4. Describir las acciones que debe tomar el cuidador hacia los principales problemas de salud del adulto mayor

SUBTEMA: ASISTENCIA DE LOS CUIDADORES PARA LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DEL ADULTO MAYOR **HORAS:** 1hr

Objetivo de aprendizaje	Contenido	Actividades	Métodos a usar	Medios a usar	Recursos disponibles	Participantes	Evaluación
Dar a conocer las acciones que se deben tomar ante los principales problemas de salud del adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> - Qué son cuidados - Papel del cuidador en un hogar de ancianos - Acciones dirigidas para los principales problemas de salud del adulto mayor 	Ejercicios anti estrés	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición - Conferencia 	Papelógrafo	<p><u>MATERIAL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Pliego de papel bond #40 Marcadores permanentes azul, negro y rojo Ilustraciones Auto financiamiento <p><u>HUMANOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Expositores: 3 	<ul style="list-style-type: none"> Trabajadores del hogar de ancianos Agustín Sánchez Vigil Grupo investigador (3) 	Preguntas y respuestas de control

ANEXO V

PRUEBA DE APRENDIZAJE No. 1

Nombre: _____

1. Encierre la respuesta correcta

¿Qué es vejez?

- a. Es el conocimiento aplicado e importante para el adulto mayor
- b. Condición del ciclo de vida del hombre y la mujer cuando sobrepasa los 60 años de edad. Última etapa de la vida

2. Marque falso (F) o verdadero (V)

El proceso de envejecimiento puede ser exitoso si:

- El adulto mayor se aísla _____
- El adulto mayor goza de salud _____
- El adulto mayor es integrado a actividades recreativas _____
- Si practica el tabaquismo _____

3. Una con una línea según correspondan los cambios del envejecimiento

	Cicatrización de heridas lentas
Digestión	Crece lentas, duras y quebradizas
Algunas enfermedades más comunes	Dificultad de masticación, tragar los alimentos
Piel	Diabetes, Artritis, Hipertensión
Uñas	Frágil y vulnerables a fracturas
Huesos	Disminuye la agudeza visual, lentes para leer
Visión	

PRUEBA DE APRENDIZAJE No 2

Nombre: _____

I. FALSO Y VERDADERO

Señale con una X en la casilla de falso y verdadero según corresponda al enunciado

ENUNCIADOS	F	V
Las caídas es una enfermedad crónica		
Los adultos mayores son más vulnerables en sufrir caídas		
Las caídas es un acontecimiento involuntario que hacen perder el equilibrio		
Usar tacones evita las caídas		
Las personas que se caen pueden sufrir fracturas y heridas		
Las consecuencias de una caída puede desencadenar la hospitalización o incluso la muerte		
La falta de seguridad del entorno es un factor de riesgo		
Los problemas visuales en un adulto mayor no es un factor de riesgo para las caídas		
Un entorno seguro reduce el riesgo de sufrir una caída		
Solo las mujeres corren riesgo de caerse		

PRUEBA DE APRENDIZAJE No 3

Nombre: _____

Encierre en un círculo

- 1) Incontinencia urinaria es:
 - a) Perdida voluntaria de orina
 - b) Perdida involuntaria de heces
 - c) Toda perdida involuntaria de orina de forma persistente
- 2) Las causas más comunes de incontinencia son:
 - a) Infecciones del tracto genitourinario
 - b) La hipertensión
 - c) La mala higiene personal
- 3) La incontinencia da como complicación:
 - a) Ulceras por presión y deterioro de la calidad de vida
 - b) Dolor
 - c) Ansiedad
- 4) La incontinencia más común es:
 - a) Incontinencia total
 - b) Incontinencia por rebosamiento
 - c) Incontinencia funcional
 - d) Incontinencia por esfuerzo y de urgencia
- 5) Para mejorar el problema de incontinencia debemos:
 - a) Dar bastantes líquidos por la noche
 - b) Limitar el consumo de café y diuréticos
 - c) Cambiar el pampier 2 veces al día
- 6) Incontinencia fecal es:
 - a) Ir muchas veces al baño (diarrea)
 - b) Pérdida del control sobre las defecaciones
 - c) Algo normal en la vejes
- 7) Para mejorar la incontinencia debemos:
 - a) Usar pampier
 - b) Hacer ejercicio
 - c) Tener alimentación rica en fibra y establecer horarios para ir al baño.

PRUEBA DE APRENDIZAJE No 4

Nombre: _____

Encierre en un círculo la letra de la respuesta correcta

Las alteraciones de los procesos mentales en el anciano se definen como:

- a. Síndrome caracterizado por estados de locura en el anciano
- b. Signos y síntomas que dificultan la independencia del anciano
- c. Agrupación de signos y síntomas caracterizados por un deterioro progresivo de las habilidades mentales del adulto mayor

Las alteraciones mentales del adulto mayor se clasifican en:

- a. Reversibles
- b. Irreversibles
- c. A y B son verdaderas

Las alteraciones mentales del adulto mayor son:

- a. Demencia, delirio, incontinencia, caída
- b. Delirio, ansiedad, depresión, Alzheimer, demencia
- c. Ninguna de las anteriores

Los signos y síntomas de la demencia son:

- a. Animo decaído, aislamiento, incontinencia, agresividad
- b. Alteración de la memoria,, falta de equilibrio, confusión, difícil pensar, mala higiene, alucinaciones
- c. Etapa I, Etapa II, Etapa III

El Alzheimer es:

- a. Deterioro mental irreversible q limita progresivamente las actividades diarias del anciano.
- b. Una enfermedad de la memoria que puede provocar caídas y fracturas
- c. Estado de demencia donde el adulto mayor se confunde y no se reconoce a sí mismo.

RUEBA DE APRENDIZAJE No 5

NOMBRE: _____

I. ENCIERRE LA RESPUESTA CORRECTA.

1. ¿Qué es Hipertensión Arterial?

- a. Son acumulaciones de sangre dentro del cerebro o entre el cerebro y el cráneo
- b. Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea
- c. : Dificultad para respirar

2. Signos y síntomas de la Hipertensión arterial:

- a. Dolor de cabeza, zumbido en los oídos, alteraciones en la visión, palpitaciones y alteraciones en el pulso.
- b. Fiebre y sangrado
- c. Ardor en el estomago

II. COLOQUE FALSO (F) O VERDADERO (V) SEGÚN CORRESPONDA

- Por encima de 140/90 se considera una presión arterial alta -----
- La Hipertensión Arterial no desencadena ninguna complicación-----
- La Hipertensión arterial puede ser hereditaria-----
- Fumando se evita la hipertensión arterial -----
- Una persona con sobre peso está más propenso a desarrollar hipertensión que una persona con peso normal-----
- Un hipertenso(a) debe tomar sus medicamentos solamente cuando se sienta mal-----
- Realizar actividades físicas es saludable -----

PRUEBA DE APRENDIZAJE No. 6

Nombre: _____

Conteste falso o verdadero

- 1) La diabetes es una elevación del nivel de azúcar en la sangre. _____
- 2) La diabetes No perjudica la circulación y sensibilidad de extremidades. _____
- 3) Una complicación de la diabetes es la deformación de pies. _____
- 4) La obesidad y sedentarismo No causan diabetes. _____
- 5) La diabetes causa sed excesiva, ganas de orinar y hambre. _____
- 6) Una complicación de la diabetes es la amputación de miembros. _____
- 7) El paciente diabético puede comer de todo. _____
- 8) Las uñas se deben cortar redondas. _____
- 9) Los pacientes diabéticos No deben hacer ejercicio. _____
- 10) Los pacientes diabéticos deben cambiar los estilos de vida. _____

PRUEBA DE APRENDIZAJE No. 7

Nombre: _____

I. Responda lo que a continuación se le pide

¿Cuáles son los alimentos que debe ingerir el adulto mayor?

¿Qué frutas y verduras son recomendadas para el adulto mayor?

¿En que beneficia el ejercicio al adulto mayor?

¿Qué ejercicios se recomienda que practique el adulto mayor?

¿Qué ejercicios de Fisioterapia se puede practicar con el adulto mayor?

PRUEBA DE APRENDIZAJE No 8

Nombre: _____

Escriba falso o verdadero

- 1) La comunicación se ve afectada por otras enfermedades como demencia problemas auditivos etc. _____
- 2) Un ambiente donde hay ruido y muchas personas hablando favorece la comunicación. _____
- 3) Cuando se habla con el anciano no hay que mirarlo a la cara. _____
- 4) Es importante hablar claramente y no comerse las palabras. _____
- 5) Cuando se habla con el anciano hay que gritarle. _____
- 6) Hay que usar oraciones y palabras complicadas. _____
- 7) Las preguntas y oraciones tienen que tener 20 palabras como máximo. _____
- 8) Emplear ayudas visuales no sirve de nada con el adulto mayor. _____
- 9) Hay que hacer pausas entre cada oración y pregunta para que en anciano tenga tiempo de entender. _____
- 10) Tener paciencia y sonreír cuando se habla con un anciano no sirve de nada. _____

PRUEBA DE APRENDIZAJE 9

NOMBRE: _____

I. COLOQUE FALSO (F) O VERDADERO (V) SEGÚN CORRESPONDAN

Los puntos a considerar para mejorar las relaciones interpersonales.

- Las relaciones interpersonales es uno de los fenómenos más importantes en la vida de cualquier ser humano, se caracteriza por darse entre 2 o más personas cuando interactúan. -----
- Comunicarse respetuosamente mejora las relaciones interpersonales.-----
- Demostrar enojo siempre que vayamos a trabajar.-----
- Escuchar y prestar atención cuando alguien le habla.-----
- No demostrar interés en un dialogo.-----
- Aceptar los errores y pedir perdón cuando se equivoquen.-----
- Dejar que cada quien haga su trabajo, no cooperar.-----
- Tener una actitud positiva, y mucho buen humor. -----

ANEXO VI

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SEGÚN ETAPAS DE LA INVESTIGACION

PRIMERA ETAPA: DETECTAR EL PROBLEMA

ACTIVIDADES	03 Abril	09 Abril	22 abril	24 abril	09 mayo	16 mayo	10 junio	12 junio	17 junio	19 junio
Fase explorativa	X									
Delimitación del tema		X								
Redacción de objetivos		X								
Tutoría			X							
Clase y tutoría				X						
Pre diagnóstico del problema					X					
Elaboración del marco teórico						X				
Tutoría						X				
Diseño Metodológico							X			
Planteamiento del problema							X			
Tutoría								X		
Correcciones								X		
Elaboración de instrumentos									X	
Tutoría										X
Ordenamiento del trabajo										X

TERCERA ETAPA: PONER EN MARCHA EL PLAN

ACTIVIDADES	11 oct	18 oct	31 oct	03 Nov	04 Nov	06 Nov	08 Nov	11 Nov	13 Nov	14 Nov	16 Nov	17 Nov	19 Nov	20 Nov	24 Nov
Preparación de materiales y medios para impartir tema	X														
Primer tema impartido		X													
Tutoría			X	X								X	X	X	
Segundo y tercer tema impartido					X										
Cuarto tema impartido						X									
Quinto y sexto tema impartido							X								
Séptimo y octavo tema impartido								X							
Noveno tema impartido									X						
Décimo tema impartido										X					
Monitoreo											X	X	X	X	
Entrega de Informe Final															X