



Autónoma de Querétaro  
Facultad de Enfermería  
Licenciatura en Enfermería

**“Conocimiento de los pasantes en servicio social de la Licenciatura en Enfermería acerca de los cuidados al adulto mayor”**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el título de  
Licenciado en Enfermería

**Presenta:**

Montserrat Viridiana Pérez García

**Dirigido por:**

M.C.E Gabriela Palomé Vega

**SINODALES**

MCE Gabriela Palomé Vega

Presidente

Firma

Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha

Secretario

Firma

Lic. Lisbeth Araceli Plaza Pedraza

Vocal

Firma

Dra. Ruth Magdalena Gallegos Torres

Suplente

Firma

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón

Suplente

Firma

M.C.E Gabriela Palomé Vega  
Director de la Facultad

Centro Universitario  
Querétaro, Qro.  
21 de junio de 2013  
México

## RESUMEN

**Introducción:** El envejecimiento poblacional influirá en la manera de ser y de pensar de la sociedad, por ello los profesionistas del área de la salud requieren tener una preparación integral que les permita poder brindar un cuidado de calidad al adulto mayor. **Objetivo:** Determinar el conocimiento de los pasantes en servicio social de la Licenciatura en Enfermería, acerca de los cuidados al adulto mayor.

**Metodología:** Estudio descriptivo, transversal. Se elaboró instrumento *exprofeso* basado en el Plan ENF04, validado por cuatro expertos. Se aplicó prueba piloto, obteniendo un nivel de confiabilidad de .789; consta de 81 preguntas. Previa aplicación, el protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería. Se cuidaron los aspectos éticos correspondientes.

**Resultados:** Se encuestaron a 70 pasantes de los cuales el 94.3% de la población de estudio son de género femenino. El 38.57% de los pasantes poseen un buen conocimiento; manifiestan tener las aptitudes necesarias para desempeñar la Enfermería Geriátrica destacando la empatía, la calidez y el conocimiento; la mayoría de los participantes no expresan deseo de laborar con ese sector poblacional a pesar de creerse aptos para desempeñar dicho rol.

**Conclusiones:** Es importante conocer las características y el nivel de conocimientos con el que los pasantes comienzan a realizar el servicio social, debido al cambio de la pirámide poblacional el cual demandará servicios de personal preparado para la atención de adultos mayores.

**Palabras Clave:** adulto mayor, conocimiento, pasantes de Enfermería, cuidados de Enfermería.

# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>RESUMEN</b> .....  | i  |
| <b>ÍNDICE DE CUADROS</b> .....  | iv |
| <b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....  | v  |
| <b>I.- INTRODUCCIÓN</b> .....   | 1  |
| 1.1 Planteamiento del Problema .....  | 2  |
| 1.2 Justificación .....   | 6  |
| 1.3 Objetivos .....   | 9  |
| 1.4 Hipótesis .....   | 9  |
| <b>II.-REVISIÓN DE LITERATURA</b> .....   | 10 |
| 2.1 Adulto Mayor .....  | 10 |
| 2.2 Derechos de las personas mayores .....  | 12 |
| 2.3 Cambios más relevantes y características de las enfermedades en el<br>anciano ..... | 13 |
| 2.3.1 Cambios más relevantes en el envejecimiento .....                                 | 13 |
| 2.3.2 Signos vitales .....  | 15 |
| 2.3.3 El sistema cardiovascular y sanguíneo .....                                       | 16 |
| 2.3.4 El aparato respiratorio .....   | 17 |
| 2.3.5 El aparato gastrointestinal.....  | 19 |
| 2.3.6 El sistema nervioso y en los órganos de los sentidos .....                        | 22 |
| 2.3.7 El sistema nefrourológico .....   | 24 |
| 2.3.8 El sistema musculoesquelético .....   | 25 |
| 2.3.9 Características de las enfermedades en el Adulto Mayor .....                      | 27 |
| 2.3.10 Evolución de la enfermedad y tendencia al deterioro funcional .....              | 31 |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.4 Valoración de enfermería en el adulto mayor .....            | 32        |
| 2.4.1 Valoración Física.....                                     | 33        |
| 2.4.2 Valoración de las actividades de la vida diaria.....       | 38        |
| 2.4.3 Valoración del Estado Mental.....                          | 39        |
| 2.4.4 Valoración Psicoafectiva .....                             | 40        |
| 2.5 Trascendencia del cuidado enfermero en el adulto mayor.....  | 48        |
| 2.6 Población y Centros de Atención Geriátrica en Querétaro..... | 51        |
| 2.7 Estudios Relacionados.....                                   | 55        |
| <b>III.- METODOLOGÍA.....</b>                                    | <b>57</b> |
| 3.1 Tipo y diseño metodológico .....                             | 57        |
| 3.2 Universo y muestra .....                                     | 57        |
| 3.3 Material y Métodos.....                                      | 58        |
| 3.4 Plan de Análisis.....  | 58        |
| 3.5 Ética del estudio.....                                       | 59        |
| <b>IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>                          | <b>60</b> |
| <b>VI. CONCLUSIONES .....</b>                                    | <b>71</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA .....</b>  | <b>73</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>  | <b>78</b> |
| Anexo 1 Operacionalización de Variables.....                     | 78        |
| Anexo 2 Instrumento .....  | 82        |
| Anexo 3 Consentimiento Informado .....                           | 89        |

## ÍNDICE DE CUADROS

| <b>Cuadro</b> |  | <b>Página</b> |
|---------------|--|---------------|
| 3.1           | Criterios de selección   | 57            |
| 4.1           | Características socio demográficas de la población objeto de estudio                                       | 61            |
| 4.2           | Significación del Servicio Social para los pasantes de Enfermería  | 64            |
| 4.3           | Aptitudes requeridas en un Enfermero (a) para el cuidado al Adulto Mayor según pasantes en servicio social | 65            |
| 4.4           | Preferencia para laborar como enfermero (a) geriátrico   | 66            |
| 4.5           | Aptitudes presentes en el pasante en servicio social para el cuidado al Adulto Mayor                       | 67            |

## ÍNDICE DE FIGURAS

| <b>Figura</b> |   | <b>Página</b> |
|---------------|---|---------------|
| 4.1           | Importancia del conocimiento de gerontología en la formación académica de Enfermería                              | 62            |
| 4.2           | Conocimientos proporcionados por el Plan ENF-04 según los pasantes de Enfermería, para el cuidado al adulto mayor | 63            |
| 4.3           | Nivel de conocimiento de los pasantes de Enfermería acerca del cuidado al adulto mayor                            | 68            |
| 4.4           | Nivel de conocimientos por categoría  | 69            |

## I.- INTRODUCCIÓN

De acuerdo con Galván, *et al.* (2007) “el número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó de 400 millones en la década de los 50’s, a 700 millones en la década de los 90’s del siglo XX; se estima que para el año 2025 existirán alrededor de 1200 millones de adultos mayores”.

El proceso de transición demográfica tiene diferencias entre cada país; México atraviesa por una fase plena y acelerada del mismo que inició en la década de los 30’s con el descenso paulatino de la mortalidad, que posteriormente se acentuó a mediados de los 60’s, con la declinación de la fecundidad. Aunado a ello los avances en la medicina moderna han provocado múltiples y variadas transformaciones en la distribución por edades de la población, dando como resultado una esperanza de vida en el país de 73 años para hombres y 78 para mujeres (INEGI,2010).

El cambio demográfico en México se ha producido con tal velocidad que hoy se encuentra ante la necesidad de atender los efectos del alto crecimiento poblacional del pasado y de preparar las respuestas institucionales y sociales para encarar los desafíos presentes y futuros que representa el envejecimiento demográfico.

En este sentido, el envejecimiento poblacional impulsará profundos cambios e influirá de distintos modos en la manera de ser y de pensar de la sociedad. El envejecimiento es el principal problema de población a tener en cuenta por las consecuencias que engendrará, y es conveniente en una prioridad estratégica, debido a los profundos cambios que provoca en las esferas económica, política y cultural de cualquier sociedad (Rodríguez *et al* 2009)

Al respecto, es de vital importancia que México se encuentre preparado para enfrentar este acontecimiento social que es acelerado, puesto que aún hay tiempo para poder dar respuesta favorable a esta transición demográfica.

Es así que los profesionistas del área de la salud requieren tener una preparación integral que les permita poder brindar un cuidado de calidad para satisfacción de las necesidades de la población y más específicamente del adulto mayor. Debido a ello los planes de estudios de las instituciones formadoras de recursos humanos en enfermería se han actualizado y evolucionado para desarrollar competencias en los estudiantes que posibiliten dar respuesta no sólo en el ámbito público, sino en el privado, que ha experimentado un repunte en el ofrecimiento de este tipo de servicios dirigido a este grupo etéreo (Alfonso y Mejía, 2009).

En este sentido, el propósito de este estudio es conocer el conocimiento que posee el pasante en servicio social de la Licenciatura en Enfermería acerca del cuidado al adulto mayor.

### 1.1 Planteamiento del Problema

La OPS (2008) señala que las cifras de personas mayores en la Región de Latinoamérica y el Caribe se elevarán a más del doble entre el 2000 y el 2025, aumentando del 8% a 14% del total de la población. Sus necesidades de salud específicas están aumentando, así como la demanda de proveedores de servicios médicos que los comprendan, es por ello que se deben promocionar estilos de vida saludables y que el personal de salud esté preparado para brindar la atención que la población demande (Jewell *et al* 2007).

A su vez la OMS (2012) menciona que “el envejecimiento poblacional es un indicador de la mejora de salud en el mundo. El número de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2000 millones de aquí al 2050”.

La transición demográfica es un fenómeno que se observa a nivel mundial; sin embargo, de acuerdo al referente empírico, es posible distinguir las diferencias en que el envejecimiento poblacional se desarrolla de acuerdo a las características holísticas de los habitantes.

Al respecto la CONAPO (2009) indica que “el crecimiento de la población adulta mayor ha sido considerable en los últimos treinta años, pues en 1970 las personas de 65 años y más sumaban 1.8 millones y el índice de envejecimiento era de 8 adultos mayores por cada cien niños menores de 15 años, en el 2000 esta cifra aumentó a 13.7 por cada cien y en el 2010 se incremento cerca del doble con respecto a los datos obtenidos la década anterior (21.4 por cada cien)”.

Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (OMS, 2013).

Según Manrique *et al* (2013) “Actualmente en México hay 10 millones de adultos mayores de 60 o más, que representan el 9% del total de la población; su tasa de crecimiento anual es de de 3.8%, lo que implica que en 2018 habrá 14 millones. Este crecimiento muestra también el aumento de la esperanza de vida, que actualmente es de 76.4 años”.

De acuerdo con el Instituto de Geriatria (2012), “Entre la población mexicana de 60 años y más, existe una relación de 87 hombres por cada 100 mujeres, indicador que muestra los efectos de la sobremortalidad masculina en los adultos mayores. A partir de los 60 años, los adultos mayores tienen una esperanza de vida de 20.9 años para los hombres y 22.9 años para las mujeres”. Para el caso de Querétaro, alrededor de 7.5% de la población de Querétaro es mayor de 60 años; es decir, aproximadamente 136,381 queretanos son adultos mayores en el estado, de esa cantidad 45.8% son hombres y 54.2% son mujeres (Hernández, 2011).

El índice de envejecimiento en el estado precisa que hay 16 adultos mayores de 65 años y más por cada 100 niños entre 0 y 15 años. El hecho de que se incremente el grupo de adultos mayores se debe a que viven más tiempo que antes. En 1940 los queretanos vivían 40 años en promedio, actualmente la esperanza de vida es de 76 años, y en este sentido es preciso señalar que las

mujeres viven más tiempo que los hombres; se estima que las mujeres tengan una esperanza de vida de 78 años y los hombres 73 años (COESPO, 2010).

Por lo anteriormente expuesto es importante actuar y pensar en soluciones para dar una respuesta favorable a las necesidades de dicho sector.

En el caso de enfermería, al pertenecer al equipo multidisciplinario de salud y ser los profesionales que pasan más tiempo con los pacientes, es muy importante tener presentes los conocimientos para brindar atención en todos los aspectos a este sector de la población que irá en aumento (Morfi, 2007).

Durante la formación académica enfermera, se proporcionan los conocimientos necesarios para atender a los adultos mayores en diversos aspectos, como cuidados para el tratamiento de enfermedades que puedan presentar, terapia física y cuidados paliativos, a través de materias fundamentales del área de la salud, y en el caso de enfermería mediante asignaturas que abarcan aspectos como el tratamiento y rehabilitación de secuelas de enfermedades crónico degenerativas o propias de los adultos mayores, siendo estas apoyadas por la realización de prácticas en centros geriátricos que ofrecen experiencia y ayudan al crecimiento profesional de los estudiantes, brindando conocimientos incluso empíricos para su desempeño en la atención al servicio de la sociedad (Agramonte y Farres, 2010).

Actualmente y de acuerdo al referente empírico es insuficiente el periodo de contacto de los estudiantes con la población adulta mayor; si los estudiantes no están preparados para ésta situación, representará un problema en la atención brindada a ésta población.

Querétaro atraviesa por una transición demográfica que demandará la eficiencia y competitividad del personal de enfermería con una preparación adecuada para promocionar la salud y orientar a la población en materia de gerontología, con el afán de sensibilizar a la población y a la vez otorgar una atención geriátrica de calidad y con un alto sentido humanista. Según datos del Consejo Estatal de Población (COESPO, 2010), hay en el estado 83,821 habitantes de 65 años y

más, es decir que 5 de cada 100 habitantes son adultos mayores. En 20 años se triplicará, en el 2030 habrá 236 mil 444 adultos mayores teniendo a 10 por cada 100 habitantes.

La COESPO (2010) indica que “la esperanza de vida queretana es actualmente de 76 años aproximadamente, donde las mujeres viven más, con un promedio de 78 años y los hombres con 73 años. Actualmente hay 24 mil 600 hogares con al menos un adulto mayor de 65 años, en Querétaro, además 14 de 100 hogares queretanos tienen como jefe de familia a un adulto mayor”.

En enfermería, la geriatría como especialidad no es la más demandada, aun cuando se conoce que la población de adultos mayores va a tener un aumento considerable en los próximos años y que México será un país de adultos mayores, como ya se mencionó anteriormente y dado este factor han surgido algunos programas como PREVENIMSS, que incluye capítulos que tratan sobre promoción a la salud y prevención de enfermedades, los derechos del adulto mayor y la norma oficial mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

En este sentido, es importante que se tenga conocimiento sobre estos programas, leyes y normas, aun cuando no se pretenda tener una especialidad en geriatría, pues dada la problemática y “el crecimiento acelerado de la población adulta mayor que exigirá nuevas y mayores demandas a los sistemas sociales y de salud (World Population Prospects, 2008), será esta población la que requerirá de sistemas preparados adecuadamente no sólo en el estado de Querétaro o México, sino en todo el mundo.

Los cuidados enfermeros hacia el adulto mayor son de vital importancia y se debe contemplar la preparación de los estudiantes para brindar la mejor atención posible a esta población en un futuro no muy lejano evitando la discriminación por género y edad, la explotación financiera, la impotencia y el maltrato físico, psicológico y social, que es aquí donde entra el conocimiento sobre los derechos

de los adultos mayores, contemplando que envejecer es un proceso natural e irreversible al que algún día todo ser humano llegará (OPS,2008).

La Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro comprende diez semestres; durante el primer semestre se abarcan conocimientos generales para la introducción a la profesión, en el segundo se visualizan asignaturas consecutivas como Anatomía II, Producción de Textos, pero también se incorpora Psicología, Alimentación e Inglés; durante el tercer semestre se proporciona lo necesario para poder afrontar el primer contacto en el campo clínico; el siguiente semestre se basa en la atención al adulto y el adulto mayor durante una estancia hospitalaria; en el quinto semestre se encuentran la mayor parte de los conocimientos que se dan al estudiante de la licenciatura en Enfermería para el cuidado al adulto mayor; el sexto semestre se aboca a cuidados de población materno-infantil; posteriormente en el séptimo semestre se dan los conocimientos relativos al entorno comunitario, y finalmente en el octavo semestre se dan los elementos teóricos referentes a la enfermería laboral y se llevan a cabo las practicas de esas áreas. La Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro complementa la carrera con dos semestres más de servicio social; noveno y décimo, con el fin de brindar una mayor experiencia práctica a sus estudiantes (Plan de Estudios Fac. Enf. UAQ, 04-011).

Es entonces, que a partir de estos antecedentes y de todo lo anteriormente expuesto, es que surge la necesidad de responder la pregunta: ¿Cuál es el conocimiento de los pasantes de servicio social de la Licenciatura en Enfermería acerca de los cuidados al adulto mayor?

## 1.2 Justificación

La disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas impactan directamente en la composición por edades de la

población, al reducir relativamente el número de personas en las edades más jóvenes y engrosar los sectores con edades más avanzadas. La natalidad y mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso, particularmente durante la segunda mitad del siglo pasado. Esta transformación, que ha adoptado el nombre de transición demográfica, ha provocado un progresivo aumento del tamaño de la población mundial y, simultáneamente, su envejecimiento (World Population Prospects, 2008).

Esta proyección previene sobre lo que les espera a los países en desarrollo, tal es el caso de México, que deberá estar preparado en materia de salud y educación para satisfacer las necesidades y la demanda del servicio para este sector de la población, que se hará notorio en la pirámide poblacional.

El incremento de este sector poblacional se ve reflejado en el incremento de la demanda de los servicios de salud para la atención de diabetes, enfermedades del corazón y enfermedades crónicas respiratorias, siendo estas las principales causas de muerte en el adulto mayor (SINAIS, 2008). He aquí la importancia de saber el nivel de conocimiento con el que comienzan los estudiantes a realizar su servicio en atención a la sociedad, que generen servicios de calidad para un Querétaro que envejecerá.

La adecuada preparación del personal de Enfermería para enfrentar y aceptar este cambio de población que demandará del servicio garantizará una atención de calidad y calidez para el usuario.

Es necesario resaltar que aún en la actualidad se percibe ageísmo, es decir, discriminación relacionada con la edad, asimilada como improductividad económica y social a toda persona de más de 60 años (Sirlin, 2008) dentro de los futuros profesionales de la salud, esto aunado a la gerofobia profesional, es decir, cuando los profesionales de ayuda tratan a las personas ancianas como si fueran niños (Palmore, 1990 citado por Sirlin, 2008) estos conceptos existentes en la sociedad, hace difícil la integración de esta especialidad en el área de enfermería,

repercutiendo en el número de profesionistas dedicados a la atención y cuidado de este sector.

Se sabe que la mejor manera de comenzar dicha atención es a través de la promoción de un estilo de vida saludable para el buen envejecer, sin embargo ahora la población adulta mayor requiere de los servicios de enfermería, a través de personal capacitado para la atención del adulto mayor (Alfonso y Mejía, 2009).

Es por eso que se requiere de la calidad en el proceso educativo de los profesionistas de enfermería y la constante actualización de los procedimientos de atención para el beneficio del sujeto que demanda el servicio. Es necesario que durante la formación académica se rechace la discriminación y el miedo hacia los adultos mayores permitiendo así el desarrollo y participación de este sector que pronto deberá ser considerado activo y productivo para el desarrollo social, garantizando la superación de agentes que puedan entorpecer la convivencia entre los grupos generacionales.

En este sentido, es necesario identificar si existe un déficit en la preparación durante la formación académica de los estudiantes, y que durante la pasantía genera factores que impacten en la atención de calidad que debe brindarse. Esto permitirá mejorar la formación de los recursos humanos para el cuidado del adulto mayor.

A través del análisis de los resultados de ésta investigación, se podrán reconocer y reformar a tiempo las áreas de oportunidad de los pasantes de enfermería durante el servicio en atención a la sociedad, puesto que podrían influir en la futura atención hacia el adulto mayor.

### 1.3 Objetivos

#### 1.3.1 Objetivo General:

- Describir el conocimiento de los pasantes en servicio social de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro acerca de los cuidados al adulto mayor.

#### 1.3.2 Objetivos Específicos:

- Determinar el nivel de conocimiento para el cuidado al adulto mayor del pasante en servicio social.
- Identificar las categorías de conocimiento que poseen los pasantes de Enfermería para el cuidado hacia al adulto mayor.
- Determinar el porcentaje de pasantes en servicio social que se consideran aptos para desempeñar su rol de enfermería geriátrica.

### 1.4 Hipótesis

Los pasantes de la Facultad de Enfermería poseen buen conocimiento para brindar atención a los adultos mayores.

## II.-REVISIÓN DE LITERATURA

En este capítulo se presentará una revisión de los conceptos y el proceso de envejecimiento así como de la valoración que lleva a cabo el personal de enfermería para atender a este grupo etario y finalmente se presentarán algunos hallazgos de estudios relacionados con el tema.

### 2.1 Adulto Mayor

Según la OMS (2008), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 grandes viejos o grandes longevos. En este sentido, a todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

La ONU (2008), considera anciano a toda persona mayor de 65 años para países desarrollados y de 60 años para países en desarrollo; es decir, para México se considera anciano a una persona de 60 años.

Cada vez hay menos jóvenes y más ancianos; se deben enfrentar estas cifras y pensar en soluciones y aportaciones para estos años de vida a la que todo ser humano llegará. Desgraciadamente en México, se tiene una percepción muy negativa de la vejez, debido a la falta de valor que se le da a ésta etapa de vida y a las personas ancianas como todavía capaces, con intereses, con inquietudes, etc. Hasta cierto punto es normal ya que México es caracterizado por la marginación laboral, familiar, social y política (Dionne, 2004).

Por lo tanto es importante la interpretación del entorno, del ambiente holístico que envuelve a las personas de 60 años que habitan actualmente México y la visión de un Querétaro saludable y apto para recibir las sensaciones que llegarán a raíz de la transición demográfica por la que se atraviesa y no demorará en hacerse notoria. La percepción social a través de la experiencia influye en la realización de actividades teórico prácticas de la formación del estudiante de enfermería, en donde se aplican conocimientos, destrezas y aptitudes, para comprender la

función social como sujeto activo en ésta y en beneficio de la misma, a partir de la ideología que éste tenga del adulto mayor y su compromiso para una atención de calidad para con éste (Ayala *et al*, 2010).

En los últimos treinta años del siglo XX la dinámica demográfica se modificó por el intenso descenso de la fecundidad y por consecuencia la estructura de las edades de la población. Es tiempo en que el mundo comienza su destino demográfico al envejecimiento; ahora, la preocupación por el cambio poblacional apunta a considerarlo como uno de los problemas socioeconómicos más trascendentes del siglo XXI (Novelo, 2003).

El mayor impacto social y probablemente económico del envejecimiento, se desprende de los cambios en el estado de salud que conlleva. Los factores determinantes y condicionantes de la salud del adulto mayor son los siguientes (Ham y Gutiérrez, 2001):

- A nivel individual: género, edad, economía, educación, nutrición y comorbilidad.
- Intermedios: familia, servicios médico-sociales, pobreza, empleo, vivienda, políticas de vejez.
- Remotos: políticas de población, desarrollo, urbanización, migración y patrones culturales.

El estado de salud de la población de edad avanzada en su conjunto, tiene un peso específico que recae en el sistema de salud en mayor o menor grado en función de la eficiencia de éste. En tal contexto de la interdependencia, más que los eventos agudos, es la morbilidad crónica degenerativa y sus consecuencias no letales.

Las principales causas de morbilidad en mayores de 65 años en la actualidad son las afecciones cardiovasculares, las complicaciones de la diabetes, enfermedades cerebro-vasculares, cirrosis y otras enfermedades del hígado, enfermedades hipertensivas, infecciones respiratorias agudas, tumor de próstata, nefritis y

nefrosis y tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón (SINAIS, 2008). Se sabe, que no menos de 2 millones de mexicanos adultos mayores sufren un estado de dependencia funcional y las afecciones como la demencia son al menos igualmente prevalentes (M. Luis, 2001), en México que en otros más avanzados en la transición epidemiológica.

## 2.2 Derechos de las personas mayores

Para la Organización de las Naciones Unidas, las personas mayores tienen derecho a vivir con independencia, participación, cuidados, autorrealización y con dignidad. “México reconoce en su legislación los siguientes derechos”: (Ley de los derechos de las personas adultas mayores, 2002).

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

**Seguridad y certeza jurídica.** En algún procedimiento judicial, derecho a un trato digno y apropiado; a recibir el apoyo de las instituciones federales, estatales y municipales, con asesoría jurídica gratuita y con un representante legal cuando sea necesario.

**Salud, alimentación y familia.** Derecho a los satisfactores básicos, como alimentos, bienes, servicios y condiciones para una atención integral y de manera preferente. A contar con el apoyo subsidiario de las instituciones públicas, además de orientación y capacitación en materia de nutrición, higiene y todo aquello que favorezca el cuidado personal.

**Educación.** Acceso a la educación, las instituciones deben incluir en sus planes conocimientos relacionados con las personas adultas mayores y contar con material educativo autorizado por la SEP en el tema del envejecimiento.

**Trabajo.** Igualdad de oportunidades o de otras opciones que permitan un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como se desee, además

de protección de las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de otros ordenamientos de carácter laboral.

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

**Participación.** Incumbencia en la planeación y toma de decisiones de desarrollo social en general, ya sea de manera individual o mediante la libre asociación con otras personas; participación en procesos productivos, educativos, capacitación de la vida cultural, deportiva y recreativa de la comunidad.

**Denuncia.** Denunciar de manera personal cualquier hecho, acto u omisión que le produzca o pueda producir algún daño o afectación en sus derechos y garantías.

### 2.3 Cambios más relevantes y características de las enfermedades en el anciano

#### 2.3.1 Cambios más relevantes en el envejecimiento

Se encontró (Timiras, 1997, citado por Corujo y Pérez, 2003) que “el envejecimiento es una situación biológica normal que se produce dentro de un proceso dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado, que difiere en la forma en cómo afecta a las distintas personas e incluso a los diferentes órganos. Comienza después de la madurez, y conlleva un descenso gradual de las distintas funciones biológicas y termina con el fallecimiento”.

Todas las células experimentan cambios en el proceso del envejecimiento; se hacen más grandes, y poco a poco pierden su capacidad para dividirse y reproducirse. Entre los cambios más frecuentes se encuentran el incremento de pigmentos y sustancias grasas en el interior de la célula. Debido a ello, muchas células pierden su capacidad funcional, o bien inician un proceso de funcionamiento anormal.

El tejido conectivo se hace cada vez más inflexible, lo que produce mayor rigidez en los órganos, vasos sanguíneos y vías respiratorias. Las membranas celulares cambian y por lo tanto, los tejidos tienen más dificultad para recibir oxígeno y los nutrientes necesarios, al igual que para eliminar el dióxido de carbono y los productos de desecho. Muchos tejidos pierden masa y se atrofian, otros se vuelven más rígidos o tumorales con la aparición de nódulos.

Los cambios más significativos en la reserva orgánica se dan en el corazón, pulmones y riñones. La cantidad de reserva perdida puede variar entre personas y entre diferentes órganos de la misma persona.

Existen situaciones que pueden producir un empeoramiento de la capacidad funcional orgánica del anciano:

- Ciertos medicamentos.
- Enfermedades.
- Cambios de vida significativos.
- Aumento súbito de las demandas físicas:
  - o Cambios bruscos en la actividad.
  - o Exposición a una altitud superior.
- Cambios en la figura corporal

En cuanto al peso, se produce un incremento en los hombres hasta los 50 años, después comienzan a perderlo; mientras que en las mujeres el aumento de peso se da hasta los 70 años y posteriormente lo van perdiendo. La disminución de peso se debe a la reducción del tejido muscular y del depósito de grasa subcutánea, menor masa ósea y menor cuantía de agua.

Los efectos de los cambios:

- Mayor delgadez y pérdida de estatura.
- El vientre se torna redondeado.
- Las piernas y los brazos son más frágiles.

### 2.3.2 Signos vitales

Para la revisión de este apartado, según García en el 2012 se incluyen dentro de los signos vitales:

La temperatura corporal que se presenta en parámetros normales de 36°C a 36.5°C, la frecuencia cardiaca en parámetros de 40 a 80 lpm y la respiratoria de 14 a 20 rpm y la presión sanguínea de 120/80 mmHg. Éstos se estiman durante el proceso de envejecimiento.

La temperatura corporal no cambia de forma significativa por el envejecimiento. Sí se observa un deterioro de la regulación de la temperatura corporal y, por lo tanto, de la capacidad de adaptación a las distintas temperaturas ambientales. Estas alteraciones están en relación con la pérdida de la grasa subcutánea y con una disminución en la capacidad de transpiración. Por este motivo las personas mayores perciben con menor intensidad un sobrecalentamiento. El anciano también se caracteriza por una menor respuesta ante los pirógenos; así, la fiebre, como respuesta ante las infecciones, puede estar ausente.

La frecuencia cardiaca en reposo puede ser más lenta, tarda más tiempo en aumentar el pulso durante el ejercicio y mucho más para que disminuya después del mismo. También la frecuencia máxima que se alcanza con el ejercicio es menor.

La función pulmonar se ve afectada sólo en la capacidad de reserva, no se han objetivado cambios en la frecuencia respiratoria. Frecuencias superiores a 25 respiraciones/minuto pueden ser un signo de infección respiratoria baja, insuficiencia cardiaca o algún otro trastorno.

Efectos de los cambios.

- Dificultad de mantener la temperatura corporal.
- Mayor sensibilidad a los golpes de calor.
- Disminución de respuesta a la reducción de los niveles de oxígeno o al incremento de los niveles de dióxido de carbono.
- Mayor incidencia de hipotensión ortostática.
- Menor tolerancia al ejercicio.
- Mayor sensibilidad a digital, betabloqueantes, analgésicos y diuréticos.

### 2.3.3 El sistema cardiovascular y sanguíneo

Lo relativo a este sistema tiene implicaciones importantes que según Rodríguez y Lazcano (2007), refirieron que los soplos diastólicos son siempre anormales, las Frecuencias cardiacas de 40 latidos/minuto pueden ser normales y generalmente los cambios que se producen son:

- a) Cambios normales: depósito de lipofuscina, degeneración leve de las células del músculo cardiaco, engrosamiento y rigidez de las válvulas del corazón.
- b) El nódulo sinusal puede perder algunas de sus células o verse afectado por fibrosis o depósito de grasa.
- c) Es frecuente observar enfermedad cardiaca que puede producir arritmias, tales como la fibrilación auricular.
- d) Es común que se dé un leve incremento del tamaño del corazón a expensas del ventrículo izquierdo.

De igual forma la pared cardiaca se engruesa, de manera que existe una disminución de la cantidad de sangre expulsada y un llenado más lento.

Debido a los cambios del tejido conectivo de la pared de los vasos sanguíneos, la aorta se vuelve más gruesa y rígida. Ello produce una mayor eyección sanguínea e hipertrofia cardiaca y un aumento de la presión sanguínea.

Los barorreceptores se hacen menos sensibles con el envejecimiento y, por lo tanto, hay una mayor incidencia de hipotensión ortostática. La pared de los capilares se engruesa, y puede producir una tasa más lenta de intercambio de nutrientes y deshechos.

Al producirse una reducción normal de la cantidad de agua corporal con el envejecimiento, el volumen de sangre también se reduce. El número de glóbulos rojos disminuye junto con la hemoglobina y hematocrito. Los glóbulos blancos se mantienen en el mismo nivel, aunque la cantidad de linfocitos disminuye en número y capacidad de función.

#### Efectos de los cambios

- Disminución de la capacidad de reserva del corazón ante situaciones como: enfermedad, infecciones, estrés emocional, lesiones, esfuerzo físico extremo y ciertos medicamentos.
- Mayor incidencia de hipertensión arterial e hipotensión ortostática.
- Incremento de problemas aterotrombóticos.
- Aparición de diferentes tipos de arritmias.
- Aumento en diez veces de la incidencia de insuficiencia cardiaca en personas mayores de 75 años.
- La estenosis de la válvula aórtica es la enfermedad valvular más común en las personas de edad avanzada.
- Aparición de anemias en relación con desnutrición, infecciones crónicas, pérdida de sangre en el tracto gastrointestinal o como complicación de enfermedades o medicamentos.

#### 2.3.4 El aparato respiratorio

Al respecto, los cambios más significativos y que impactan notablemente en el funcionamiento del adulto mayor se dan en este aparato. Corujo y Pérez (2003)

señalaron que durante el proceso de envejecimiento los pulmones comienzan a perder parte del tejido. El número de alvéolos disminuye al igual que el de capilares. Se observa también una disminución de la elasticidad, en parte debida a la pérdida de la elastina en el tejido pulmonar.

Entre otros cambios se destacan los producidos en la arquitectura ósea y muscular del tórax. Comúnmente se observa un leve incremento del diámetro torácico anteroposterior. La curvatura dorsal de la columna vertebral puede verse afectada debido a una reducción de la masa ósea y al depósito de minerales en los cartílagos costales. Podemos observar un aumento de las curvaturas en el plano sagital, bien de concavidad anterior (cifosis) o posterior (lordosis). El diafragma se debilita, al igual que los músculos intercostales.

Los cilios que recubren las vías respiratorias tienen menos capacidad de mover el moco hacia arriba y fuera de las vías respiratorias. Hay una menor producción de IgA (Inmoglobulina A) por los conductos respiratorios y, por lo tanto, mayor incidencia de infecciones virales.

#### *Efectos de los cambios*

- La función pulmonar máxima disminuye.
- La cantidad de oxígeno que se transfiere disminuye.
- La respiración normal sigue siendo adecuada.
- La inspiración y espiración máxima disminuyen, lo que produce una menor tolerancia al ejercicio y a las grandes alturas.
- Mayor tendencia al colapso de las vías respiratorias al no respirar profundamente o al permanecer largo tiempo inmobilizado, y con ello más riesgo de desarrollar infecciones respiratorias u otros problemas pulmonares.
- Menor respuesta a la disminución de los niveles de oxígeno y a un aumento de los niveles de dióxido de carbono.

- Cambio del tono, volumen y calidad de la voz al producirse cambios en los cartílagos y musculatura de la laringe; ésta se vuelve más lenta, débil y ronca.
- El reflejo de la tos disminuye y ésta puede ser menos fuerte, lo que unido a la lenta movilidad de los cilios y menor secreción de IgA produce una mayor susceptibilidad a las infecciones respiratorias.

### 2.3.5 El aparato gastrointestinal

Según Caballero y Benítez (2011), describieron que “en las personas mayores de 70 años se ve reducida la cantidad de saliva, más aún cuando aparecen patologías asociadas que la propician. La sensación del gusto disminuye por pérdida de las papilas gustativas”.

Es frecuente observar en los ancianos una mala dentición. La principal función del tubo gastrointestinal que más se ve afectada en el envejecimiento es la motora. Se debe a la alteración de la regulación de los mecanismos neurogénicos. Estas modificaciones van a suponer trastornos funcionales y orgánicos en el anciano, y, consecuentemente, cambios en la función absorbente y secretora.

Los principales cambios funcionales en el aparato gastrointestinal del anciano vienen determinados por:

a) Degeneración neuronal, b) cambios degenerativos en el tejido conectivo, c) isquemia, d) modificaciones de la flora intestinal y e) cambios en los hábitos y comportamientos del individuo.

Los trastornos esofágicos más frecuentes asociados al envejecimiento son: a) disminución de la respuesta peristáltica, b) aumento de la respuesta no peristáltica,

c) retraso del tiempo esofágico, d) frecuente incompetencia del esfínter y e) esófago en sacacorchos o presbiesófago.

En el estómago, los principales cambios son: a) trastornos de la motilidad, que produce retraso en el vaciamiento de los alimentos líquidos, b) disminución de la secreción gástrica, c) atrofia de la mucosa y d) disminución de la cuantía de ácido clorhídrico y pepsina.

La vesícula no presenta modificación funcional ni anatómica con la edad. Por el contrario, la síntesis de los ácidos biliares se ve disminuida con el envejecimiento debido a la reducción de la hidroxilación del colesterol. También se observa una reducción en la extracción del colesterol en las lipoproteínas de baja densidad.

En el páncreas se observan cambios manifiestos en la estructura con el envejecimiento: disminución de peso, hiperplasia ductual y fibrosis lobar, también depósitos de lipofuscina y amiloide, sobre todo en la zona perivascular y en los islotes de Langerhans.

#### *Efectos de los cambios*

En la boca:

- Dificultad para identificar los alimentos por el sabor.
- Defectos en la masticación y, por lo tanto, reducción de la ingesta calórica.

En el esófago:

- Reflujo gastroesofágico.
- Mayor incidencia de hernia hiatal.
- Aumento del número de lesiones gástricas por fármacos.
- Mayor riesgo de esofagitis por comprimidos debido al retraso en el tránsito.

En el estómago:

- Mayor riesgo de enfermedades ulcerosas pépticas.
- Debido al enlentecimiento gástrico, se produce predisposición a la anorexia y pérdida de peso al prolongarse la distensión gástrica y al aumentar la sensación de plenitud y saciedad.

En el intestino:

- Desnutrición y diarrea por la proliferación bacteriana que produce malabsorción.
- Pérdida de masa ósea ante la menor absorción de calcio debido a la resistencia intestinal frente a la acción de la 1,25-dihidroxitamina D.
- Estreñimiento.
- Incontinencia fecal por alteraciones en la sensibilidad.
- Mayor incidencia de colitis isquémica.
- Incremento de diverticulosis y cáncer de colon.

En el páncreas:

- Mayor intolerancia a la glucosa.

En el hígado:

- Acumulación de los metabolitos activos de algunos fármacos.
- Mayor lesión de los fármacos hepatotóxicos.
- Menor respuesta de los hepatocitos a los factores de crecimiento y, por tanto, un retraso en la regeneración hepática.

En la vesícula biliar:

- Mayor incidencia de colelitiasis propiciada también por el aumento de la hormona colecistocinina.

### 2.3.6 El sistema nervioso y en los órganos de los sentidos

El envejecimiento normal produce una pérdida de células nerviosas en el encéfalo. “Esta pérdida puede alcanzar un porcentaje entre el 10 y el 60% en áreas como el hipocampo, y puede variar en otras áreas dentro de la corteza (55% en la circunvolución temporal y entre el 10 y el 35% en la punta del lóbulo temporal)” (Corujo y Pérez, 2003).

La consecuencia principal de los fenómenos de atrofia y muerte neuronal son las alteraciones en los neurotransmisores, en los circuitos neuronales y en las funciones cerebrales controladas por ellos.

El rendimiento intelectual, en el caso de ausencia de enfermedad neurológica, se suele conservar bien hasta los 80 años. Lo que se observa es un enlentecimiento del procesamiento intelectual y, por lo tanto, una reducción de la habilidad para el procesamiento y la manipulación de nueva información. Las capacidades verbales se conservan bien hasta los 70 años, a partir de entonces algunos ancianos sanos pueden presentar una disminución progresiva del vocabulario, errores semánticos y prosodia anormal.

Se encontró (Gil, 2000, citado por Corujo y Pérez, 2003) que “en el sistema nervioso periférico se produce, a partir de los 60 años, una pérdida progresiva del número de unidades motoras funcionales, que se compensa con un crecimiento de las unidades motoras restantes; de este modo no se suele apreciar cambio en la función. La velocidad de conducción disminuye con la edad, según los estudios electrofisiológicos”.

La memoria sensorial y de fijación disminuye, no así la memoria inmediata y de evocación. Se reduce la capacidad de integración visuoespacial y aumenta el tiempo de reacción.

### *La vista*

La agudeza visual y la amplitud del campo visual disminuyen con la edad, así como las células de la conjuntiva que producen mucina. También se puede manifestar en la conjuntiva metaplasia e hiperplasia, y una acumulación de líquido en el espacio de unión entre la esclera y la córnea. Aparece el arco senil por depósito de sales de calcio y colesterol. Las pupilas se vuelven mióticas y con más lentitud a la fotoestimulación. Se produce agrandamiento del cristalino con pérdida de acomodación a los enfoques de objetos cercanos. Disminuye la cantidad y calidad de la secreción lagrimal.

### *El oído*

La degeneración del nervio auditivo va a producir una disminución de la audición. Hay engrosamiento de la membrana del tímpano. Anatómicamente hay un aumento del pabellón auditivo por crecimiento del cartílago, engrosamiento de los pelos y acumulación de cerumen.

### *Efectos de los cambios*

- Aparición de mecanismos compensadores como la plasticidad de la célula nerviosa, que consiste en la posibilidad de generar nuevas dendritas y sinapsis por las neuronas remanentes, manteniendo así la eficacia de los circuitos neuronales.
- Disminución de la percepción, de la memoria y del pensamiento.

- En el órgano de la visión se produce la presbicia, y la disminución de la mucina y de la secreción lagrimal produce la queratinitis seca.
- En el oído se aprecia presbiacusia y mayor cantidad de tapones de cerumen.
- Alteración de la movilidad y seguridad por disminución o pérdida de reflejos.
- La aparición de reflejos primarios (succión y prensión) puede ser un signo normal o bien ser consecuencia de un trastorno neurológico.
- El principal efecto del envejecimiento sobre la función de la médula espinal se debe a cambios indirectos, como la enfermedad degenerativa de la columna vertebral y los discos intervertebrales, con compresión de la médula y de las raíces nerviosas.
- Disminución del tacto, de la sensibilidad térmica y dolorosa profunda.

### 2.3.7 El sistema nefrourológico

El flujo sanguíneo renal disminuye de forma progresiva con la edad desde 1.200 ml/min en los 30-40 años, hasta 600 ml/min a los 80 años. Esta reducción del flujo se debe a la disminución de la masa renal y a los cambios anatómicos vasculares permanentes, y se observa más en la zona cortical del riñón, mientras que el flujo medular se conserva.

#### *Efectos de los cambios*

- Disminución de la función renal en situaciones de sobrecarga, como enfermedad, uso de medicamentos u otras condiciones.
- La dificultad en la capacidad de concentración de la orina puede producir mayor tendencia a la deshidratación, sobre todo la hipernatrémica, debido a la pérdida de la sensación de sed en respuesta a la osmolaridad sérica o a una contracción del volumen, típica de la edad avanzada.

- La disminución de la renina y de la aldosterona contribuye a un mayor riesgo de hiperpotasemia en distintas situaciones clínicas. Ésta se ve reforzada por la acidosis, ya que el riñón del anciano corrige de forma más lenta los aumentos de la carga ácida.
- Mayor riesgo de insuficiencia renal aguda y crónica.
- Mayor tendencia a infecciones urinarias por vaciado incompleto de la vejiga y cambios en las mucosas.
- Lesiones renales por reflujo al vaciarse de forma incompleta la vejiga o presentar obstrucción en la uretra.
- Mayor tendencia a la incontinencia por pérdida de tono de la musculatura vesical y alteración en la inervación autónoma.
- Mayor incidencia de cánceres urinarios: próstata y vejiga.

### 2.3.8 El sistema musculoesquelético

Los cambios que se producen en el sistema musculoesquelético como en el resto del organismo vienen determinados por: *a)* factores fisiológicos, que son consecuencia del uso del sistema con el paso del tiempo, *b)* factores patológicos, en relación a aquellas enfermedades que van a dejar una impronta, y *c)* factores ambientales, como las consecuencias de los distintos tipos de riesgo que el estilo de vida conlleva. Los factores de riesgo más influyentes, desde esta perspectiva, son los relacionados con la movilidad y la alimentación.

La pérdida de masa ósea es la característica fundamental, constante y universal del envejecimiento. La densidad ósea es el resultado de la cantidad de masa ósea conseguida durante el crecimiento (masa ósea máxima) y el ritmo de pérdida ósea. Los factores que determinan la masa ósea individual son: *a)* genéticos; *b)* nutricionales (el aporte de proteínas, calcio y fósforo); *c)* hormonales; *d)* farmacológicos; *e)* actividad física; *f)* hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, café), y *g)* enfermedades asociadas.

En el cartílago articular se observa: *a)* disminución de la elasticidad; *b)* cambio de color; *c)* la superficie es más fina y friable; *d)* aumento de la fragilidad para los desgarros y *e)* disminución de la resistencia al sobrepeso. El líquido sinovial disminuye la viscosidad y se produce fibrosis en la membrana sinovial.

Corujo y Pérez (2003) citan a Rivera (2001) quien descubrió que “al disminuir la capacidad de proliferación y la actividad sintética in vitro de los fibroblastos con la edad, se va a producir un descenso en la capacidad de cicatrización, disminución de la resistencia y aumento de la rigidez del tejido conectivo. Esto se traduce en una menor resistencia de los ligamentos y tendones”.

#### *Efectos de los cambios*

- Disminución de estatura por pérdida de líquido en los discos intervertebrales y del contenido mineral de las vértebras.
- Aparición de espolones óseos en las vértebras.
- Los huesos se vuelven más porosos y con mayor incidencia de osteoporosis y, por lo tanto, mayor riesgo de fracturas.
- Mayor frecuencia de problemas inflamatorios en las articulaciones con deformidades de las mismas. Tendencia a la flexión de las rodillas y caderas.
- El movimiento es más lento y puede verse limitado. La marcha puede volverse inestable con pobre balanceo de los brazos. La fatiga se presenta con mayor facilidad.
- La fuerza y resistencia cambian. Al disminuir la masa muscular se pierde fuerza, pero la resistencia puede verse aumentada debido a los cambios en las fibras musculares.

### 2.3.9 Características de las enfermedades en el Adulto Mayor

El descenso gradual de las funciones fisiológicas que el proceso de envejecimiento induce en el nivel celular, de los tejidos, órganos y sistemas, así como la disminución de la reserva funcional y de la capacidad de adaptación, van a determinar una serie de peculiaridades de gran valor clínico en la expresión de las enfermedades durante este período de la vida.

El envejecimiento condiciona también una mayor vulnerabilidad, una evolución diferente y prolongada de las enfermedades. La coexistencia de un equilibrio inestable entre salud y situación de enfermedad, y una tendencia al deterioro funcional físico y mental, cuyo resultado, reversible o no, está a su vez influido por el entorno ambiental y asistencial en el que se encuentre el anciano.

#### *Fragilidad y vulnerabilidad*

Baztán (2000), citado por Corujo y Perez (2003), descubrió que “el envejecimiento como proceso fisiológico continuado viene condicionado por determinantes genéticos, ambientales, hábitos tóxicos, falta de uso y enfermedades, entre otros. Una combinación diferente de estos factores, en el que la edad es uno más, determina en cada individuo el punto de inflexión o umbral a partir del cual disminuye la capacidad de reserva y de adaptación, se hace más vulnerable a las agresiones externas, se ve comprometida su capacidad de respuesta y aparece un mayor riesgo de deterioro funcional”.

#### *La enfermedad en el anciano y su expresión clínica*

La mayor parte de los autores están de acuerdo en que en la vejez inciden todas las enfermedades que se ven en el adulto. Según Caballero y Benítez en el 2011, No se puede hablar de enfermedades propias de la vejez, sino de enfermedades

en la vejez. Este apartado habla de las manifestaciones así como de los signos y síntomas atípicos de la enfermedad en el anciano.

Algunas son muy comunes y más prevalentes en los ancianos: artropatía, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, bronconeumopatías, diabetes, cáncer, deterioro cognitivo, infecciones o fractura de cadera, que constituyen el grueso del esfuerzo asistencial en el día a día.

La mayor parte de las enfermedades en el anciano responden a los principios de la patología general y a sus manifestaciones sintomáticas, siendo, por tanto, válidos los instrumentos de identificación clásicos de la propedéutica médica: una detallada anamnesis y una completa exploración física.

La presentación atípica de la enfermedad en el anciano, que se caracteriza por:

### *1. Síntomas inespecíficos*

Es habitual que el anciano o sus familiares consulten por síntomas poco específicos o que parecen tener poca relación con el posterior diagnóstico: caídas, desorientación, astenia, anorexia, confusión o incontinencia. Esto plantea un reto para el profesional, de cuya sagacidad clínica depende su asociación o identificación de una grave patología de base y cuya importancia sólo puede ser determinada después de realizar una valoración geriátrica integral.

### *2. Manifestaciones oligosintomáticas o ausencia de las mismas*

Es frecuente que los síntomas sean poco expresivos, estén muy atenuados o no aparezcan. Ejemplos clásicos son la neumonía que se presenta sin fiebre, la anemia grave bien tolerada, el infarto agudo de miocardio, el tromboembolismo pulmonar, la úlcera péptica o el abdomen agudo sin dolor, pero que comienzan con deterioro funcional o confusión mental.

Algunos síntomas generales pueden presentar cambios:

### *Fiebre*

Aunque se puede manifestar de la forma habitual, lo más frecuente es que sea menos intensa, o que en algunos casos no aparezca. Una febrícula en el anciano obliga a su estudio, y no es infrecuente diagnosticar una enfermedad infecciosa aguda. Las infecciones graves se pueden manifestar sin fiebre o con hipotermia. La febrícula mantenida también obliga a descartar neoplasias, alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, conectivopatías, enfermedades reumáticas o fracturas.

### *Dolor*

El dolor es un síntoma que genera gran sufrimiento y en ocasiones no es identificado. Salvo que se trate de un paciente oncológico, muchas veces no es buscado por el profesional. Es un síntoma poco expresado por el paciente, poco reconocido por el médico y en general infratratado. Puede ser insuficientemente expresado debido a trastornos sensitivos, afasia, deterioro cognitivo o por la creencia errónea de que es consustancial al envejecimiento. Es menos reconocido porque entre los profesionales están extendidos los tópicos de que los ancianos son menos sensibles al dolor o que toleran peor los analgésicos. Existe más prevalencia de dolor crónico que genera mayor grado de agotamiento en el paciente y en la familia, con una elevación del umbral de demanda de tratamiento.

### *Taquicardia*

Es un síntoma frecuente y a veces la única expresión de una enfermedad grave. Puede ser consecuencia de una infección grave, alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, dolor, patología del aparato digestivo o hipertiroidismo.

### *Taquipnea*

Es un síntoma frecuente en el anciano. Una frecuencia respiratoria superior a veinte nos debe situar en la búsqueda de un problema serio. En muchas ocasiones va a ser la forma de expresión de una neumonía, pero puede ser también la de una enfermedad no relacionada con el aparato respiratorio: insuficiencia cardíaca, infecciones, anemia, deshidratación o enfermedad cerebrovascular.

### *Estreñimiento*

Habitualmente expresado como insatisfacción con el ritmo defecatorio. Preocupa especialmente a los ancianos y a veces es causa del abuso de laxantes. En los pacientes inmovilizados o con movilidad limitada es más frecuente y puede dar lugar al impacto fecal.

Los pacientes inmovilizados con impacto fecal y sobre todo en los que se asocia deterioro cognitivo, pueden presentar una emisión continua de heces líquidas, en cantidad más bien escasa (seudodiarrea), que a veces es confundida con una diarrea e incluso tratada de forma contraproducente. La exploración exhaustiva que incluya tacto rectal es la forma de evitar este frecuente error.

Cuando el estreñimiento se presenta como síntoma de aparición reciente, o como cambio en el hábito intestinal, es obligado descartar el cáncer de colon, frecuente en el anciano.

### *Confusión mental o delirium*

Es un cuadro, de etiología generalmente orgánica y extracerebral, caracterizado por alteraciones del nivel de consciencia, dificultad para mantener la atención, trastornos perceptivos, de orientación, del lenguaje, del ritmo sueño-vigilia y de la actividad psicomotora del organismo.

Entre los factores etiológicos más frecuentes se encuentran: insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio, deshidratación, insuficiencia renal o hepática, insuficiencia respiratoria, descompensación de una diabetes, déficit nutricional, hipotermia, golpe de calor, neoplasias, postoperatorio, impacto fecal, prácticamente cualquier infección, fracturas y otros traumatismos, quemaduras, convulsiones, enfermedad cerebrovascular, hematoma subdural, encefalopatía o vasculitis, entre otros.

### 2.3.10 Evolución de la enfermedad y tendencia al deterioro funcional

La evolución de la enfermedad en el anciano también presenta particularidades: la resolución de los procesos suele ser más lenta, son más frecuentes las complicaciones y es habitual la descompensación de otras patologías coexistentes. El deterioro funcional tiende a estar siempre presente.

A veces los estudios y procedimientos diagnósticos se multiplican y se alargan en el tiempo, con dificultad para llegar a conclusiones claras; mientras tanto, el deterioro funcional físico y mental puede ser devastador, sobre todo en ancianos hospitalizados. Anticiparse al deterioro funcional y tomar medidas para evitarlo desde el primer día del ingreso, es una destreza de todo profesional geriatra hábil y una de sus competencias distintivas.

#### *Entorno y dependencia*

Uno de los componentes de la *situación de enfermedad* en el anciano es el entorno en que se desenvuelve jugando un papel favorable, anticipándose, previniendo o rehabilitando dicho deterioro; o desfavorable, convirtiendo la secuencia de enfermedad, deterioro funcional, incapacidad y dependencia en irreversible.

Se habla de la dependencia a veces como algo estático. Como una especie de atavismo al que está condenada una parte de la población, especialmente los ancianos por su importancia numérica. La geriatría ofrece un modelo de intervención, con resultados contrastados y evidencias suficientes, que se asienta en la idea de que una gran parte de la incapacidad puede ser prevenida y que la dependencia puede reducirse al mínimo.

“La secuencia de enfermedad, incapacidad y dependencia en la última etapa de la vida no es una fatalidad, sino que puede ser revertida. Ése es el papel de una correcta asistencia geriátrica. Geriatría es sobre todo asistencia geriátrica. Es una organización asistencial especial: niveles asistenciales; unas técnicas específicas: valoración geriátrica; una forma de trabajo: equipo interdisciplinar; un tipo de atención: cuidados integrales, progresivos y continuados. Esta idea debe impregnar la actitud del geriatra, debe guiar sus pasos para construir el ambiente adecuado que le permita afrontar con éxito los problemas derivados de la situación de enfermedad en el anciano” (Corujo y Pérez, 2003).

#### 2.4 Valoración de enfermería en el adulto mayor (Sequeira, 2007)

En el estado de salud de un adulto mayor influyen distintos factores tales como: genética, habilidades cognitivas, edad, sexo, ambiente, estilos de vida, localización geográfica, cultura, religión, estándar de vida, creencias y prácticas de salud, experiencias previas de salud, sistemas de apoyo, entre otras dimensiones. Al valorar a un adulto mayor es necesario hacerlo en una perspectiva integral para identificar los problemas físicos, psicológicos y sociales que presentan ellos y sus cuidadores.

En este sentido, para lograr una eficiente valoración del adulto mayor se debe realizar por esferas, tomando en cuenta las variaciones normales en el envejecimiento.

Existen muchas dimensiones para valorar al adulto mayor: física, actividades de la vida diaria, estado mental, psicoafectivo y social o familiar. Para facilitar la valoración se recomienda orden de precedencia:

#### 2.4.1 Valoración Física

##### *Ojos*

- Observar “ojos hundidos” y laxos, lo que se produce por una pérdida de las estructuras de soporte del ojo
- Observar sequedad y pérdida de brillo ocular
- Observar formación del arco senil, debido a depósitos de colesterol
- Reducción del lagrimeo
- Aumento de la presión intraocular
- Reducción en la reacción pupilar ante la luz y en la adaptación a la oscuridad
- Valorar la necesidad de usar lentes por disminución de la agudeza visual(cerca y lejos), la tolerancia a la luz brillante, los campos visuales, y la acomodación del cristalino
- Reducción de la percepción viso-espacial
- Reducción en la diferenciación entre el verde y el azul, mientras que mejora la percepción de los colores cálidos como el amarillo y el naranja

##### *Oído*

- Valorar la necesidad de utilizar audífonos por pérdida de la agudeza auditiva (disminuye la capacidad de percibir, localizar y discriminar los sonidos, debido a la disminución de las células ciliadas del órgano de Corti a partir de los 50 años)
- Valorar el control postural reflejo
- Reducción de la habilidad de desplazarse en la oscuridad
- Presbiacusia, es decir, aumenta la intensidad del sonido
- Reducción de la tolerancia a los tonos altos

- Aumenta la capacidad de reacción ante un estímulo, lo cual se
- incrementa en los mayores de 70 años
- Valorar el riesgo de caer por pérdidas del equilibrio y del control postural

### *Boca*

- Pérdida del sentido del gusto por sequedad de las mucosas
- Pérdida del apetito
- Reducción de la agudeza de las papilas gustativas
- Reducción de la sensación del calor o frío
- Reducción de la sensibilidad del reflejo tusígeno
- Valorar la deglución (se dificulta con la edad)
- Reducción del reflejo del vómito
- Valorar la habilidad masticatoria (disminuye con la edad)
- Valorar el deterioro dental (pérdida de piezas)
- Valorar la necesidad de utilización de prótesis dentales
- Valorar la salud oral, son frecuentes las caries, las enfermedades periodontales, alteraciones en la mucosa oral, xerostomía, los trastornos de la lengua, la reabsorción del reborde alveolar y el aumento de la incidencia de cambios malignos.

### *Nariz*

- Reducción del sentido del olfato por una disminución de la vascularización de los senos paranasales
- Observar el crecimiento del cartílago nasal e hipertrofias de las vellosidades del ala de la nariz

### *Aparato Respiratorio*

- Reducción del volumen respiratorio
- Reducción de la perfusión periférica
- Aumento del diámetro anteroposterior y la rigidez torácica

- Reducción del movimiento ciliar y de la eficacia de la tos
- Reducción de la distensibilidad muscular; hipoventilación de los alvéolos con la consiguiente disminución a la tolerancia del ejercicio
- Reducción de moco producto de la resequedad de las membranas mucosas lo que predispone a las infecciones respiratorias
- Valorar frente a un cuadro respiratorio la mecánica de la tos y favorecerla hidratación para fluidificar las secreciones.

### *Sistema Cardiovascular*

- Aumento de la presión sistólica con un ligero aumento de la presión diastólica; hipotensión ortostática.
- Reducción de la frecuencia y del gasto cardíaco, entre un 30 y 40% durante el esfuerzo físico
- Reducción de la circulación arterial
- Palpar pulsos periféricos fácilmente palpables (pulsos pedios más débiles)
- Valorar la presencia de insuficiencia venosa especialmente en las extremidades inferiores, lo que aumenta el riesgo de úlceras, estasis, varices, edemas e inflamaciones.

### *Aparato Gastrointestinal*

- Reducción de la producción de saliva, ácido gástrico, enzimas digestivas y moco intestinal.
- Reducción de la motilidad intestinal, debido al envejecimiento neuronal en el sistema nervioso central y a los cambios del colágeno.
- Reducción del peristaltismo esofágico
- Reducción de la tolerancia alimentaria producto de la disminución de la flora bacteriana
- Valorar el patrón de eliminación (estreñimiento)
- Valorar la presencia de incontinencia fecal, asociada a tres causas principales: impactación fecal, enfermedad subyacente y enfermedad neurológica

- Observar prognatismo (pérdida de altura facial)
- Valorar síntomas de esofagitis o reflujo gastroesofágico, producto de la dilatación esofágica.
- Existe una sensación de plenitud gástrica precoz
- Reducción del tamaño del hígado y de la capacidad de metabolizar ciertos fármacos
- Observar signos de malnutrición
- Valorar las preferencias y gustos alimenticios

#### *Aparato Renal*

- Reducción de la perfusión renal
- Valorar el patrón de eliminación (nicturia)
- Valorar la presencia de síntomas y/o signos de incontinencia urinaria,(de estrés, urgencia, inaplazable, rebosamiento y funcional), las cuales pueden presentarse en forma única o simultánea
- Valorar la dificultad para iniciar y terminar el chorro de orina en el varón, debido a una hipertrofia prostática

#### *Sistema Reproductor Femenino*

- Estrechamiento y acortamiento de la vagina
- Reducción en la producción de estrógenos
- Cambios en la flora y pH vaginal.
- Reducción de la lubricación vaginal
- Observar atrofia vulvar
- Reducción y aclaramiento del vello pubiano
- Observar el aplastamiento de labios mayores y menores
- Reducción del tejido mamario volviéndose péndulas, elongadas y/o flácidas
- Valorar presencia de: vaginitis, dispareunia y hemorragias.
- Valorar irritaciones a nivel vulvar

### *Sistema reproductor masculino*

- Reducción del tamaño y de firmeza de los testículos
- Aumento del tamaño de la glándula prostática
- Aumento del diámetro del pene
- Reducción de la producción de testosterona

### *Sistema Musculoesquelético*

- Reducción de los movimientos voluntarios rápidos
- Reducción de la amplitud de los movimientos debido a la rigidez Muscular
- Existe una respuesta diferida ante los reflejos (constricción y esclerosis de tendones y músculos).
- Reducción de la masa muscular, no asociándose a pérdida de fuerza
- Reducción de la estatura 2.5 a 10 cm (pérdida de agua el tejido cartilaginoso y un estrechamiento discos vertebrales).
- Observar cambios artrósicos en las articulaciones
- Reducción y desmineralización de los huesos (osteoporosis y fragilidad ósea), siendo los huesos más propensos a la fractura: cadera, cuerpos vertebrales, hombro y muñeca.
- Observar postura de flexión generalizada, se inclina la cabeza y cuello, los hombros cuelgan, se acentúa la curvatura dorsal y las rodillas se doblan (fibrosis de los tejidos periarticulares y ligamentos)
- Valorar el uso de silla de rueda, bastones, etc.

### *Sistema Tegumentario*

- Observar piel más fina y floja destacándose las prominencias óseas de antebrazos, pantorrilla y dorso de manos y pies; más pálida con depósitos de pigmentos (pecas).
- Observar la resequedad y descamación de la piel producto de la
- disminución del número, tamaño y función de las glándulas sudoríparas.

- Observar la presencia de manchas hiperpigmentadas en las regiones expuestas al sol
- Observar las púrpuras seniles (aumento de la fragilidad vascular).
- Observar la presencia de arrugas, pliegues y ptosis secundario a la disminución de la elasticidad
- Frialdad en las extremidades debido a un enlentecimiento en las funciones de termorregulación, sensación del dolor, presión y vibración.
- Reducción en el proceso de cicatrización
- Reducción del crecimiento del cabello y aparecimiento de “canas”
- Reducción del vello pubiano y axilar, después del climaterio
- Observar la presencia de “telangectasia senil”, son pequeños tumores diseminados de color escarlata.
- Reducción de la velocidad de su crecimiento de las uñas
- Valorar la turgencia cutánea

#### *Sistema Neurológico*

- Reducción de la velocidad de conducción de algunos nervios
- Reducción del sentido del olfato
- Reducción del sentido postural
- Reducción de la sensación táctil y de la sensibilidad a las temperaturas extremas
- Valorar el patrón de sueño
- Reducción del rango, intensidad y duración de la voz

#### 2.4.2 Valoración de las actividades de la vida diaria

Los adultos mayores generalmente prefieren vivir separados de sus hijos, sin embargo las enfermedades y el grado de auto valencia de ellos hacen necesario la ayuda con las actividades de la vida diaria.

Es necesario llegar a un justo equilibrio y aprender a equilibrar la dependencia de la independencia por parte de los adultos mayores. Los cuidadores requieren de los conocimientos para poder sobrellevar este nuevo estado de sus familiares.

Se consideran actividades de la vida diaria:

- *Actividades Básicas*: como alimentarse, bañarse, vestirse, deambular, comunicación y el control de esfuerzos.
- *Actividades Instrumentales*: limpiar, cocinar, lavar la ropa, usar el teléfono, ir de compras, control del dinero, usar el transporte público, trabajo casero (jardinería), control de la medicación, subir las escaleras ,entre otras actividades.

Es importante valorar estos aspectos en los adultos mayores ya que influye directamente en la calidad de vida de ellos y sus cuidadores. Para ellos existen distintas escalas de valoración de las actividades de la vida diaria tales como: Índice de Katz, Escala de Barthel y Escala de Autocuidado de Kenny, la Escala de Incapacidad Física de la Cruz roja, entre otras.

El Índice de Katz es el más utilizado en nuestro país, valora de forma dicotómica las funciones de bañarse, vestirse, ir al baño, levantarse, continencia y capacidad para comer solo. El índice clasifica en 8 categorías a los adultos mayores según su grado de dependencia.

#### 2.4.3 Valoración del Estado Mental

El estado mental es la total expresión de las respuestas emocionales de la persona, del ánimo, la función cognitiva y la personalidad. Está absolutamente ligado al funcionamiento del individuo lo que comprende la motivación e iniciativa; la formación de expectativas o metas, el planeamiento y desarrollo de tareas y

actividades; el autocontrol y la integración de la retroalimentación de las múltiples fuentes de energía.

El foco de la valoración está en la identificación de las fortalezas del adulto mayor y sus capacidades para interactuar con el medio.

Los dos aspectos que se deben valorar son:

- a) Cambios en las funciones mentales: cognitivas, proceso de pensamiento, memoria y confusión.
- b) Depresión. Para examinar el estado mental se recomienda valorar una serie de aspectos tales como: apariencia y comportamiento, habilidades cognitivas, estabilidad emocional, lenguaje y expresión oral.

Para valorar la función cognitiva se recomienda utilizar una escala de medición cuantitativa de esta función, llamada Mini-Mental-State (de Folstein ME, McHugd FR, 1975). Este instrumento a través de 28 preguntas de fácil aplicación permite detectar enfermedades orgánicas y discriminar a los adultos mayores normales de los que tienen demencia u otras patologías como: esquizofrenia y desordenes afectivos.

#### 2.4.4 Valoración Psicoafectiva

La valoración de la situación psicoafectiva y del desarrollo se focaliza principalmente en una esfera subjetiva, en donde adquiere vital importancia la autovaloración del estado de salud y del grado de apoyo social que posee de sí mismo el adulto mayor y, por otro lado, la valoración objetiva del profesional de enfermería que apunta a la detección de la psicopatología y de los déficit de autocuidado.

## *Afectividad*

Una de las principales tareas afectivas del adulto mayor es revisar los logros de la vida. Ellos logran una sensación de satisfacción e integridad del ego cuando sienten que los sucesos vitales de su vida han sido positivos.

La espiritualidad se aumenta en esta etapa de la vida lo cual se traduce en una mayor filosofía de la vida. Con esto es posible experimentar una sensación de importancia, lo cual puede ayudarle en su aceptación y autoestima.

La sexualidad en esta edad está llena de mitos y creencias y a su vez se le da menos importancia que a otros aspectos de la salud de los adultos mayores. Es importante destacar que la expresión de sexualidad de ellos gira en torno a la expresión de ternura, afectividad, cariño, respeto, comprensión, expresiones verbales y no verbales y la ayuda mutua. Sin lugar a dudas que en la expresión de la sexualidad influyen los aspectos físicos, psicológicos, socioemocionales y el manejo que hayan tenido de su sexualidad durante toda su vida.

En cuanto a los cambios descritos en la sexualidad de los adultos mayores se destaca que disminuye la frecuencia o deseo de la actividad sexual relacionado con viudez, edad u otras parejas sexuales; entorno sexualmente restrictivo; depresión; enfermedades debilitantes (Seidel, H, 1997).

En las mujeres la libido y la capacidad orgásmica no disminuyen con la edad, existe una reducción de la lubricación vaginal y puede existir dispareunia. Además existe una mayor capacidad de disfrute sexual.

En el hombre existe mayor dificultad para llegar a una erección que para llegar a un orgasmo, disminuye el número de eyaculaciones, reducción de la cantidad y viscosidad del líquido seminal, existe una mayor duración de la fase de excitación y la meseta del orgasmo; la fase de resolución puede durar de 12 a 24 horas y la libido y sensación de satisfacción no suelen cambiar con la edad.

## *Social y Familiar (Sequeira, 2007)*

El significado que el adulto mayor y la sociedad le da a esta etapa dependerá en gran medida de la cultura en que se encuentren. Por ejemplo, para la cultura oriental el adulto mayor es el ser más sabio y respetado, lo cual refleja un concepto de vejez muy distinto al de la cultura occidental.

Los adultos mayores no sólo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino que también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales. Sin lugar a dudas que la adaptación a esta serie de cambios requiere de una capacidad individual y del apoyo externo.

Es importante valorar a la familia que otorga los cuidados al adulto mayor e indagar en aspectos como:

- ¿De qué manera afrontan los cambios en las necesidades del adulto mayor?
- ¿De qué manera solucionan sus problemas de salud?
- ¿Buscan ayuda en forma oportuna?
- ¿Cómo manejan el estrés?
- ¿Ofrecen sensación de bienestar al adulto mayor?
- ¿Son capaces de satisfacer los requerimientos de cuidado del adulto mayor?
- ¿Van a cuidar ellos o trasladar a un lugar de estadía a sus familiares adultos mayores?

De esta manera es posible indagar más sobre la dinámica familiar y es posible hacer un diagnóstico de las potencialidades y carencias de la familia con el objetivo de fijar los lineamientos de la intervención de enfermería.

El ser humano forma un todo bio-psico-social, para completar la valoración del estado de salud del anciano hay que realizar una *valoración funcional* (capacidad

de vivir de manera independiente), una *valoración mental* (evaluando la esfera cognitiva y afectiva del anciano) y por último una *valoración social* (relaciones sociales, recursos económicos, calidad de vida); para ello se utilizan índices o escalas fiables y validadas. Estas escalas facilitan la detección de problemas no captados durante la entrevista, la detección de cambios que ocurren durante la enfermedad, y también mejoran la comunicación entre los diferentes profesionales del equipo multidisciplinar.

Escalas empleadas en la valoración de cada área:

### **1.- Valoración de la capacidad Funcional**

#### *AVD básicas*

- Índice de Katz
- Escala incapacidad física de Cruz Roja
- Índice de Barthel

#### *AVD instrumentales*

- Escala de Lawton y Brody

### **2.- Valoración de la capacidad Mental**

#### *Función cognitiva*

- Cuestionario de Pfeiffer
- Mini-Mental test de Folstein (o de Lobo)
- Escala de incapacidad psíquica de Cruz Roja

#### *Función afectiva:*

- Escala Geriátrica de Depresión (Yesavage)
- Escala de Hamilton

### **3.- Valoración Social**

- Escala de OARS
- Escala de Gijón

El aprendizaje de estos cuidados de enfermería, así como sus funciones y actividades correspondientes en cada área incluyendo la geriátrica se obtienen al paso de cursar la Licenciatura en Enfermería.

En la licenciatura de enfermería impartida en la Universidad Autónoma de Querétaro existen asignaturas relacionadas y otras directamente aplicables para el cuidado del Adulto Mayor éstas últimas se concentran durante el curso del quinto semestre de la licenciatura, de las materias impartidas se mencionan las siguientes: Psiquiatría en enfermería, Gerontología, Fisioterapia Básica en el Anciano, Prácticas- Cuidado del Anciano Ambulatorio, entre otras que aunadas a la atención del adulto existen adecuaciones que también tienen aplicación para este sector de la población.

De los contenidos mínimos abarcados en este semestre se encuentran:

- Conceptualizaciones: diferenciar entre psicopatología, psiquiatría y salud mental.
- Historia de la enfermedad y enfermería psiquiátrica.
- La Reforma psiquiátrica, Organización actual de la asistencia, conferida por el Sistema Nacional de Salud; público y privado.
- Bases Biológicas, psicológicas y sociales de la enfermedad mental.
- Epidemiología de las enfermedades mentales
- Trastornos: neuróticos, depresivos e hipertímicos, esquizofrenias y otros trastornos psicóticos, adictivos, estresantes, trastornos de la personalidad, de la conducta alimentaria y del sueño.
- Introducción a la psiquiatría infanto-juvenil.
- Introducción a la psicogeriatría.

- Diagnóstico, tratamiento e incorporación del individuo a la sociedad.
- Actualización de la enfermera en los tratamientos biológicos y en la administración de psicofármacos y psicoterapias individuales y grupales.
- Fundamentos del proceso comunicativo y su acción terapéutica aplicados durante la relación enfermera paciente.
- Fundamentos ético Legales bioéticos en la asistencia de la enfermera; cuidado integral.
- Métodos técnicas y procedimientos para la valoración, intervención y evaluación del adulto y del anciano, por aparatos y sistemas.
- Valoración e intervención y evaluación de la atención de enfermería en el adulto y anciano con padecimientos infectocontagiosos, traumáticos y crónico degenerativos; aparatos y sistemas.
- Etiología, manifestaciones clínicas, tratamiento y rehabilitación médico quirúrgica en los accidentes más frecuentes ocasionados por diversas causas.
- Epidemiología y Factores de riesgo en el adulto y anciano en los principales padecimientos de los sistemas citados.
- Control epidemiológico de la población en caso de desastre, respuesta social del mexicano, organizaciones civiles e institucionales.
- La comunicación y acercamiento de la enfermera como elementos fundamentales de su cuidado.
- Patología psicósomática por aparatos y sistemas.
- Padecimientos crónico degenerativos: características, respuestas: físicas, psicosociales del individuo y familia.
- Neurosis y Psicosis en el adulto y en el anciano.
- Concepción de la muerte en el mexicano un enfoque sociocultural.
- Aspectos demográficos.
- Conceptos de Gerontología y Geriatría.
- Teorías sobre el envejecimiento.
- Mitos y estereotipos sobre la vejez.
- Epidemiología.

- Reglamentación jurídica relativa a la atención del hombre senecto.
- Problemática física, mental, social y económica de la población senecta en México.
- Cuidado de enfermería en alteraciones crónico degenerativas particulares, neurológicas, sensoriales, mentales, dermatológicas, podológicas, etc.
- Interacción comunicativa enfermera-adulto mayor.
- Asistencia al paciente anciano moribundo y apoyo a la familia.
- Criterios generales de la terapéutica y fisioterapia en el anciano, tipos de rehabilitación.
- Fundamentos biológicos del aparato locomotor en el anciano.
- Física aplicada, metodología fisioterapéutica.
- Fisioterapia general.
- Fisioterapia y rehabilitación en cirugías más frecuentes en el anciano.
- Fisioterapia, rehabilitación y profilaxis en enfermedades crónicas degenerativas y secuelas.
- Podología en el anciano.
- Tendencias de la atención domiciliaria.
- Factores físicos y psicosociales en la rehabilitación.
- Dispositivos para facilitar la deambulación y en otras enfermedades o secuelas.
- Capacitación para el autocuidado, promoción de la salud y prevención de discapacidades.
- Psicología de la discapacidad.

Con la variedad de contenidos para la enseñanza y conocimiento de los estudiantes, sería destacable suponer que se encuentran en su totalidad preparados para brindar su servicio social en beneficio a la población de la tercera edad, sin embargo uno de los factores limitantes es el tiempo en la que estos contenidos son impartidos y la profundidad en los que son abordados, limitando el aprovechamiento adecuado de cada asignatura.

## Servicio social

Se entiende por servicio social “El conjunto de actividades teórico prácticas de carácter temporal y obligatorio que contribuyen a la formación integral del estudiante, y que le permiten, al aplicar sus conocimientos, destrezas y aptitudes, comprender la función social de su perfil académico, realizando actividades educativas, de investigación, de asistencia, de difusión, en beneficio de la sociedad”.

De acuerdo a la Ley General de Salud, todos los pasantes de las profesiones para la salud y sus ramas deberán prestar el servicio social en los términos de las disposiciones legales aplicables en materia educativa y las de dicha ley.

Para efecto eficaz de la prestación del servicio social de pasantes de las profesiones para la salud, se establecerán mecanismos de coordinación entre las autoridades de salud y las educativas, con la participación que corresponda a otras dependencias competentes.

La prestación del servicio social de los pasantes de las profesiones para la salud, se llevará a cabo mediante la participación de los mismos en las unidades aplicativas del primer nivel de atención, prioritariamente en áreas de menor desarrollo económico y social.

El Servicio Social Universitario es uno de los vínculos que permite mantener una relación con el entorno social, siendo así, la Universidad Autónoma de Querétaro incluye éste en el curricular de los pasantes de Enfermería, con el fin de lograr el objetivo de participación activa y permanente con organismos e instituciones externas, que permitan promover la participación interinstitucional en materia de Servicio Social Universitario.

De esta manera, Enfermería conseguirá progresos significativos a través de estudiantes que cursen su pasantía con carácter innovador, donde con el transcurrir de los años permitan el alcance de la profesionalización de Enfermería.

## 2.5 Trascendencia del cuidado enfermero en el adulto mayor (Tafolla, 2007)

“La transición epidemiológica y demográfica se hace más evidente en el caso del adulto mayor a partir de las siguientes estadísticas vitales: la población de 65 a 69 años se incrementó de 334, 197 en 1950 a 1,660 785 para el año 2000 y en el último conteo de población en 2005 se reporta 1,958 069. Se observa un incremento de muertes por enfermedades crónico degenerativas en 1990, el 8.7% de las muertes fueron por diabetes mellitus, en 2005 se reportó 15.3%; la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se incrementó del 2.7 al 5.2% para el mismo periodo de tiempo. En el informe del 22 de septiembre de 2006 el INEGI marca 74.5 años la esperanza de vida”.

Por lo anterior, la sistematización del cuidado enfermero al adulto mayor resulta prioritaria para los profesionales de enfermería en los tres niveles de atención, a fin de ofertar acciones integrales e integradoras para atender este proceso gradual de cambios propios de la edad que es el envejecimiento, con los objetivos de conservar la salud y prevenir las enfermedades a partir de la educación para el autocuidado.

Para ello la enfermera además de los principios disciplinares, considera elementos de juicio crítico relacionados con la sociología, la ética, la filosofía y la psicología que le lleven a construir un marco de referencia propio de la trascendencia de sus intervenciones y la aplicación de estos conocimientos en su propio proyecto de vida.

“La planeación del cuidado preferencia el enfoque individual a partir de las experiencias y conceptos del adulto mayor, en donde el sentimiento de logro y reto parten de las experiencias personales; con alto sentido de respeto hacia la plenitud de las capacidades de la persona en su aquí y ahora, las dimensiones del tiempo y espacio adquieren un sentido propio. Partir de una valoración objetiva que considere el estado de salud física y emocional, la capacidad de auto

suficiencia para realizar las actividades de la vida diaria, su relación con la familia como principal red de apoyo y su núcleo social primario proporciona a la enfermera un panorama del alcance, profundidad y trascendencia de sus intervenciones a corto y mediano plazo. Intervenciones que no sólo involucran al adulto mayor sino a su familia o cuidador primario”.

Así entonces, Enfermería puede renovar la calidad de atención brindada al adulto mayor mediante una planeación de cuidados posterior a la identificación de necesidades como ser holístico y realizar intervenciones que de igual manera involucren su contexto, todo esto en un ambiente empático entre paciente-enfermero para un máximo de beneficio en el usuario.

Se encontró en Rico, *et al.* (2004), citado por Tafolla (2007) que “en la interacción con este usuario la enfermera considera sobre todo el facultarlo para el control de riesgos, la limitación al daño, el apego terapéutico y la integración de redes de apoyo, no sólo para su estancia en el hospital o la atención del motivo de consulta sino la extensión al ámbito domiciliario y social en donde convive y se desarrolla el adulto mayor; considerando los siguientes puntos”:

- Promover al máximo el nivel de independencia a través de un estilo de vida saludable.
- Detección oportuna de enfermedades crónicas.
- Ayudar a prevenir, controlar o retardar las limitaciones propias de la declinación biológica.
- Integrar a la familia como principal red de apoyo para el cuidado de la salud.
- Apoyar al adulto mayor y a la familia, en lo posible, cuando la muerte sea inminente.

Esta relación entre el profesional de enfermería y el usuario requiere aplicar principios éticos para atender la dignidad de la persona que involucra valores y

virtudes del proveedor del cuidado y de quien lo recibe, la repetida honestidad del profesional conducirá a sembrar la confianza del adulto mayor hacia la enfermera y la institución que lo atiende.

La comunicación es de vital importancia ya que se trata de una relación sujeto a sujeto; quien habla comunica lo que piensa con el objetivo de ser entendido y escucha buscando entender; la diferencia de edad y experiencias de vida requiere de un interés especial por el trato digno en cada una de las intervenciones, en donde respetar a la persona es decirle la verdad, no dañarla, ayudarla, considerar a todos los seres humanos como semejantes.

La Enfermería se ha definido siempre como humanista, término filosófico que se ubica en la persona como la esencia de la vida, como el fin de cada una de las acciones y no como el medio. De esta manera, la interacción entre un profesional de enfermería y un adulto mayor es una relación compleja que requiere de aptitudes profesionales y una postura personal definida que va más allá de una atención protocolizada en la unidad médica.

En la unidad médica hospitalaria, la responsabilidad se enfoca a la prevención de lesiones agregadas por caídas, la pérdida de la integridad cutánea, la presencia de infecciones nosocomiales, la polifarmacia y las interacciones farmacológicas, destacando las intervenciones enfocadas a los procesos de duelo, pérdida, minusvalía y dependencia, comunes en este paciente, así como la aplicación de medidas de protección y seguridad.

Al rol profesional de la enfermería se integra el de servidor público, que involucra el cumplimiento de deberes éticos y legales al considerarse las personas mayores como un grupo vulnerable que requiere atención preferencial.

La trascendencia del cuidado se explica en sí misma, por el incremento de la población Adulta Mayor como prioridad de un problema de salud, las implicaciones que representan su cuidado y el desarrollo profesional inherente.

En la gestión del cuidado enfermero es importante instrumentar e implementar métodos específicos de trabajo para la supervisión, evaluación y mejora de los procesos de enfermería, preferentemente lo relacionado a la prevención de complicaciones y al trato digno. La formación de recursos de enfermería resalta la importancia de conceptualizar las intervenciones de enfermería, fortaleciendo los contenidos de educación para la salud, la extensión de servicios extramuros, atención a los aspectos de pérdida y duelo; situación que requiere fundamento científico, producto de la investigación que marque la evidencia y las tendencias de la práctica profesional.

Analizar las necesidades y expectativas del adulto mayor sobre el cuidado enfermero, las características y condiciones de plan de cuidados y la trascendencia de sus resultados, permitirá transferir las acciones de promoción y prevención a la práctica de salud de cada enfermera como individuo en proceso de envejecimiento.

Estos aspectos trascendentales de la práctica de enfermería se han logrado considerando los derechos de los adultos mayores, ya que principalmente el papel del profesional de enfermería se ha definido siempre como humanista.

## 2.6 Población y Centros de Atención Geriátrica en Querétaro

Según el Consejo Estatal de Población (2010), la esperanza de vida queretana es actualmente de 76 años; las mujeres viven más en el 2010 con una esperanza de vida de 78 años y los hombres con una esperanza de vida de 73 años.

Así mismo ha existido un incremento de la demanda de los servicios de salud a la atención de diabetes, enfermedades del corazón y tumores. En relación con esto se ha incrementado la demanda de centros de atención geriátrica, relacionado también con la percepción social del adulto mayor (COESPO, 2010).

La Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997 para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores indica que:

Para la Prestación de servicios de asistencia social en casa hogar y albergues para adultos mayores debe incluir:

- Alojamiento mediante infraestructura e instalaciones planeadas y diseñadas con los espacios requeridos por los adultos mayores, para que lleven una vida digna, segura y productiva.
  - Las casas hogar y albergues para adultos mayores comprenderán las siguientes áreas:
  - Atención a la Salud: consultorios, y sala de observación.
  - Recreación y Adiestramiento: talleres, servicios religiosos, salón de usos múltiples, sala de T.V., en su caso, sala de exposición y venta de artículos.
  - Dormitorios: podrá tener cuartos individuales, grupales no mayor de seis camas y matrimoniales.
  - Sanitarios Hombres y Mujeres: WC, lavabos, mingitorios y regaderas.

Ajustar las áreas con el mobiliario y equipo específico.

- Se debe considerar:

Atención de quejas y sugerencias de usuarios y familiares, con garantía de que sean tomadas en cuenta para su solución, vigilancia y seguimiento; Promoción de la participación de la familia y la comunidad en el proceso de atención de los usuarios.

- Para la distribución de los espacios en la vivienda se deben analizar los diferentes movimientos de personal, usuario, público, interrelación de áreas para facilitar el desplazamiento autosuficiente del adulto mayor.
- En plazas de acceso, evitar en lo posible los escalones, utilizar materiales antiderrapantes, y donde hay escaleras utilizar barandales a una altura de 90 cm con pasamanos tubular redondo de 5 cm de diámetro y rampas de 1.55 m de ancho con declive no mayor al 6%.
- En áreas comunes de usos múltiples evitar desniveles en el piso y pasillos; colocar pasamanos tubulares de 5 cm de diámetro en muros a una altura de 75 cm sobre el nivel de piso terminado.
- Contar con aparatos telefónicos, a la altura y distribuidos de tal forma que los adultos mayores puedan recibir llamadas con la privacidad necesaria.
- En guarniciones y banquetas, se deben prever rampas de desnivel con un ancho mínimo de 1 m y 20% máximo de pendiente.
- En puertas o cancelas con vidrios que limiten diferentes áreas, utilizar elementos como bandas anchas de 20 cm de color, a una altura de 1.40 m sobre el nivel del piso, que indiquen su presencia.
- Las habitaciones deben tener pasamanos próximos a la cama de cada uno de ellos, así como sistemas de alarma de emergencia contra incendios y médica.
- Los baños tendrán excusados y regaderas con pasamanos tubulares de 5 cm de diámetro y los lavabos estarán asegurados con ménsulas metálicas.
- Los pisos en baños deben ser uniformes, con material antiderrapante de fácil limpieza, y con iluminación y ventilación natural.
- En caso de personas discapacitadas, se seguirán los criterios señalados en la NOM-001-SSA2-1993, Que Establece los Requisitos Arquitectónicos para Facilitar el Acceso, Tránsito y Permanencia de los Discapacitados a los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud.

En relación con lo anterior el Plan ENF-04 curricular de la Licenciatura en Enfermería ofrece a los pasantes la oportunidad de tener contacto con la

población adulta mayor a través de las prácticas estudiantiles de geriatría mediante la asistencia a instalaciones geriátricas.

A partir de datos recabados por estudiantes de enfermería de la generación 2008-2013 y como referente empírico se sabe que en centros especializados, su modelo de atención abarca más patologías, el personal, es sensibilizado por la difícil situación que atraviesan las familias al contar con un adulto mayor dependiente que padece de una enfermedad crónica o de difícil manejo como la depresión, la hipertensión, las cardiopatías, la osteoporosis, las complicaciones de la diabetes, enfisema pulmonar, el Alzheimer, el Parkinson, o la demencia senil; un equipo de profesionales de la salud con gran experiencia en la materia, se encarga del cuidado y atención de sus ingresos teniendo como misión brindar a las personas mayores discapacitadas, un servicio gerontológico integral de atención médica y cuidados especiales que se distinguen por la calidez de un trato humano. Son regidos por valores como el Respeto, la Amabilidad, la Honestidad, la Responsabilidad, y el Espíritu de Servicio.

Estas son algunas de las características con las que todos los centros que se dediquen al cuidado del adulto mayor, sean de la índole que sean, deben cumplir; con vocación de servicio por parte de sus profesionales que laboren en el lugar, para garantizar la atención de calidad y calidez al demandante del servicio que en años futuros a mediano plazo cada vez irán en aumento. Garantizar la atención no debe basarse mediante la creación de más centros de atención geriátrica, sería conveniente que se requieran los centros necesarios para el tratamiento de patologías pero, lo ideal es comenzar a trabajar con un modelo de buen envejecimiento, y contribuir a la detención del aumento de la demanda de los servicios de salud, ya que de no ser así, será difícil brindar atención al total de población adulta mayor que lo requiera.

## 2.7 Estudios Relacionados

En el estudio de de Silva y Boemer, (2009) “La vivencia de envejecer en la perspectiva fenomenológica” de naturaleza cualitativa, conducido según el abordaje fenomenológico; tiene como informantes los ancianos, visitantes de los Centros de Convivencia de la Persona Anciana (CCA), localizados en la capital de un estado del centro oeste de Brasil. El objetivo fue tratar de entender la vivencia de envejecer a través de la vivencia de las personas que están envejeciendo y comprender el significado que tiene para la práctica de la enfermería. Fueron utilizadas preposiciones fenomenológicas de la entrevista, con las siguientes preguntas orientadoras “¿Cómo es llegar a esa edad? Y ¿Cómo es vivir tantos años?” Las preocupaciones principales de estas personas fueron: mostrar que ellos no pierden su identidad por el envejecer o por la edad cronológica, ellos no se sienten ancianos; sin embargo, esperan ser reconocidos como ciudadanos; ellos le dan énfasis a la importancia de recibir apoyo, de la convivencia y del cuidado en la familia; ellos valoran la independencia financiera y ellos evitan hablar sobre la condición finita del ser humano.

Según el estudio de Corrales, (2011) “Actitudes de las enfermeras y los enfermeros de cuidado directo y la percepción del adulto mayor sobre el cuidado recibido”, se tuvo como objetivo determinar la relación entre las actitudes de la enfermera de cuidado directo en sus factores: respeto y responsabilidad profesional, y la percepción del adulto mayor sobre el cuidado recibido en sus factores: Higiene y comunicación, es un estudio de diseño ex-post-facto correlacional, se realizó en el Área Médico Quirúrgica del Hospital Central de Maracay, Estado Aragua. La población estuvo conformada por 56 adultos mayores hospitalizados en las Unidades de: Medicina, Traumatología y Cirugía. Los resultados en la variable Actitudes de la enfermera de cuidado directo, la muestra eligió la categoría alta respuesta (48.0%) lo que refleja una aceptación favorable de las acciones profesionales que realiza la enfermera, durante el cuidado al adulto mayor hospitalizado, y en la variable percepción del adulto mayor sobre el

cuidado recibido, los adultos mayores eligieron la categoría Alta respuesta (52.0%); lo que evidencia su alta aceptación de las actividades profesionales que realiza la enfermera.

En el estudio de Zelada y Percy, (2006) “¿Estamos preparados para la atención primaria del adulto mayor”, se abordó el tema de la implementación de un modelo de atención integral en salud enfocado por etapas de vida, siendo parte de este, el Programa de Atención al Adulto Mayor. Con el objetivo de conocer el nivel de conocimientos previos sobre geriatría, se realizó una encuesta a los responsables y miembros del equipo interdisciplinario a cargo de dicho programa. Se entrevistó a 73 profesionales de los cuales el 30% recibió conocimientos en el pregrado, y de éstos, 59% la considero como regular o mala; sólo 10% manifestó que basado en sus conocimientos y experiencia tiene la capacidad para manejar problemas de un adulto mayor. Todos consideraron necesaria la capacitación, para ello preferían talleres teórico-prácticos, con pasantías en servicios de geriatría. Los temas de mayor interés fueron hipertensión arterial (84%), depresión (73%), osteoporosis (66%) y diabetes (56%). En conclusión, existe una deficiente formación en geriatría entre los responsables de la atención al adulto mayor, debido a una falta de enseñanza en las universidades y pobre capacitación a los profesionales.

El estudio de Benítez *et al* (2012) “Satisfacción de las intervenciones de Enfermería otorgadas por estudiantes de la licenciatura a adultos mayores en un asilo de ancianos”, evaluó el grado de satisfacción de las intervenciones de enfermería otorgadas por estudiantes de la práctica profesional de la licenciatura en enfermería a ancianos participantes de un asilo ubicado en Nayarit, México. Uno de los propósitos del estudio fue identificar dificultades que estuvieran influyendo de manera negativa en la salud de los ancianos. Los resultados indicaron que el 100% de los participantes manifestaron satisfacción de las intervenciones de enfermería, las intervenciones más solicitadas fueron escucha y acompañamiento. Además permitió deducir que esta población necesita de profesionales preparados en materia de gerontología y geriatría para cubrir sus demandas.

### III.- METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo y diseño metodológico

Estudio Descriptivo Transversal, debido a que el objetivo es meramente descriptivo, para conocer las características de la muestra; por otro lado es transversal porque la recolección de los datos se hizo en un solo momento (Polit, 2000).

#### 3.2 Universo y muestra

El universo de este estudio estuvo conformado por los pasantes de la Licenciatura de Enfermería inscritos al momento del estudio. La muestra se determinó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia integrando a todos aquellos alumnos de la generación 2008-2013 que cumplieran con los criterios de selección (cuadro 3.1). (108 pasantes en servicio social).

*Cuadro 3.1 Criterios de selección*

| Inclusión   | Exclusión   | Eliminación  |
|---|---|--|
| Pasantes de la Licenciatura en Enfermería de la UAQ del Plan ENF04 generación 2008-2013.                        | Estudiantes cursantes de la Licenciatura Plan ENF 04 y ENF 011 generación 2008-2013.            | Pasantes que tengan baja del servicio social                                   |
| Pasantes de la Licenciatura que hayan cursado la materia de enfermería geriátrica y la práctica correspondiente | Estudiantes de nuevo ingreso  | Pasantes que no hayan completado el 90% de la resolución total del instrumento |
|   | Pasantes que no hayan cursado la materia de enfermería geriátrica y la práctica correspondiente |  |
|   | Pasantes seleccionados, que estén ausentes el día de la aplicación del instrumento              |  |

### 3.3 Material y Métodos

#### Procedimientos

Previa aprobación otorgada en primera instancia por el Director de Tesis, posteriormente por el Comité de Investigación del Pregrado y la validación del instrumento de nueva creación a través de técnica Delphi, se llevó a cabo la aplicación del instrumento a los pasantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro que cumplieron con los criterios de selección.

Durante una sesión mensual de pasantes se informó a los asistentes acerca de la colaboración en el presente trabajo de investigación. Previo consentimiento informado, se aplicó el instrumento a los pasantes de la generación objeto de estudio, continuando con la recolección de información al finalizar la encuesta.

El instrumento utilizado es basado en la operacionalización de variables (anexo 1) y lleva por título “Enfermería para el Adulto Mayor” (anexo 2). Éste se aplicó con previa firma de consentimiento informado (anexo 3) en un tiempo promedio de 40 minutos y se conforma por 81 ítems dispuestos en tres secciones, la 1° sección integrada por datos sociodemográficos (5 ítems), la 2° sección basada en opciones de respuesta tipo likert (65 ítems) y una 3° sección de preguntas abiertas (11 ítems); se abarca información general subdividida en rubros que pretenden conocer el saber de los pasantes respecto a los cuidados a un ser bio-psico social; como lo es también el Adulto Mayor.

### 3.4 Plan de Análisis

Los datos recolectados se procesaron con ayuda del software SPSS V.19 y se aplicó estadística descriptiva de los mismos, usando frecuencias y medidas de tendencia central. Los resultados, se presentan por medio de gráficas y tablas de frecuencia y se analizaron de acuerdo a la siguiente escala de valoración del conocimiento de los pasantes: Mal conocimiento, Regular conocimiento, Mediano

conocimiento, Buen conocimiento y Excelente conocimiento. Esperando una adecuada resolución del más del 60% de los reactivos para aceptar la hipótesis planteada; es decir, que se considera un Mal conocimiento al obtener el 20% de los ítems correctamente, de entre el 21% al 40% de los ítems correctos se le otorgo la categoría de Regular conocimiento, del 41% al 60% corresponde a Mediano conocimiento, se considera Buen conocimiento del 61% al 80% y del 81% al 100% es la categoría de Excelente conocimiento.

### 3.5 Ética del estudio

El presente estudio se realizo bajo lo establecido en el reglamento de investigación de la Ley General de Salud en materia de investigación, Artículo 17 apartado I, en razón de que este estudio no presenta riesgo para los sujetos involucrados en la investigación. Artículo 14 apartado VII, dado que se solicitó la autorización de la institución donde se realizó la investigación (Ley General de Salud, 1986). Además se entrego a cada participante un consentimiento informado (anexo 3) y solo bajo su aprobación se procedió a la entrega del instrumento para su resolución.

## **IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

En este capítulo se revisa los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de nueva creación, “Enfermería para el Adulto Mayor”, que se aplicó a los pasantes en servicio social de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro.

### **RESULTADOS**

En el cuadro 4.1, se presentan características sociodemográficas y laborales, en donde se observa que la edad media oscila entre 22 y 24 años y el 94.3 % de esta población son del sexo femenino; en lo referente al estado civil el 80% son solteros, el 12.8% son casados y el 7.14% están en unión libre. Respecto a su situación laboral solo el 41.4 % labora como enfermera(o) actualmente y el 58.6% trabaja en otras actividades no relacionadas con enfermería. En cuanto a la antigüedad de los pasantes que laboran en el campo de Enfermería, el 27.1% tiene un año desempeñándose en este medio mientras que el 1.4% cumple de cuatro a cinco años en esta actividad.

Cuadro 4.1. Características socio demográficas de la población objeto de estudio

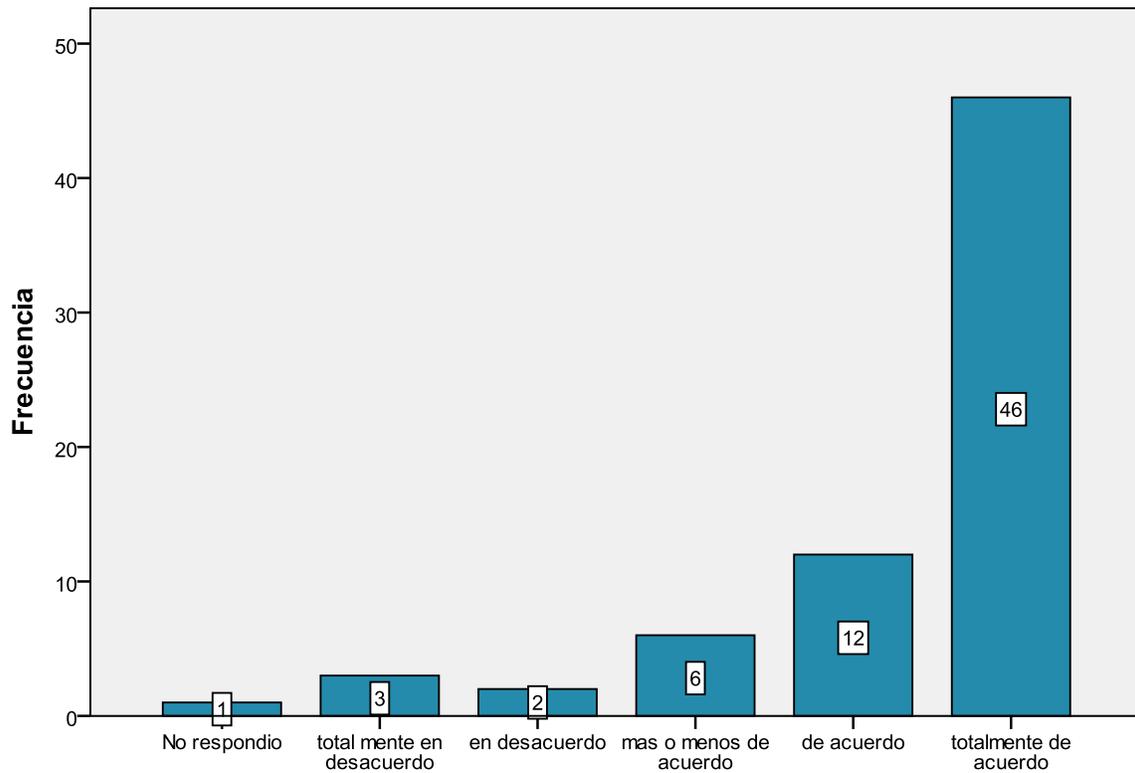
| <b>variable</b>                  | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Sexo</b>                      |                   |                   |
| <b>Femenino</b>                  | 66                | 94.3              |
| <b>Masculino</b>                 | 4                 | 5.7               |
| <b>Edad</b>                      |                   |                   |
| <b>22- 24</b>                    | 55                | 78.6              |
| <b>25- 28</b>                    | 12                | 17.2              |
| <b>29- 32</b>                    | 3                 | 4.2               |
| <b>Labora como enfermera (o)</b> |                   |                   |
| <b>Si</b>                        | 29                | 41.4              |
| <b>No</b>                        | 41                | 58.6              |
| <b>Antigüedad (años)</b>         |                   |                   |
| <b>1</b>                         | 19                | 27.1              |
| <b>2</b>                         | 4                 | 5.7               |
| <b>3</b>                         | 2                 | 2.9               |
| <b>4</b>                         | 1                 | 1.4               |
| <b>5</b>                         | 1                 | 1.4               |

Fuente: Instrumento auto administrado

N= 70

En la figura 4.1 se observa que el 46% de los encuestados estuvo totalmente de acuerdo en que los conocimientos de gerontología son importantes mientras que el 3% están en Total Desacuerdo.

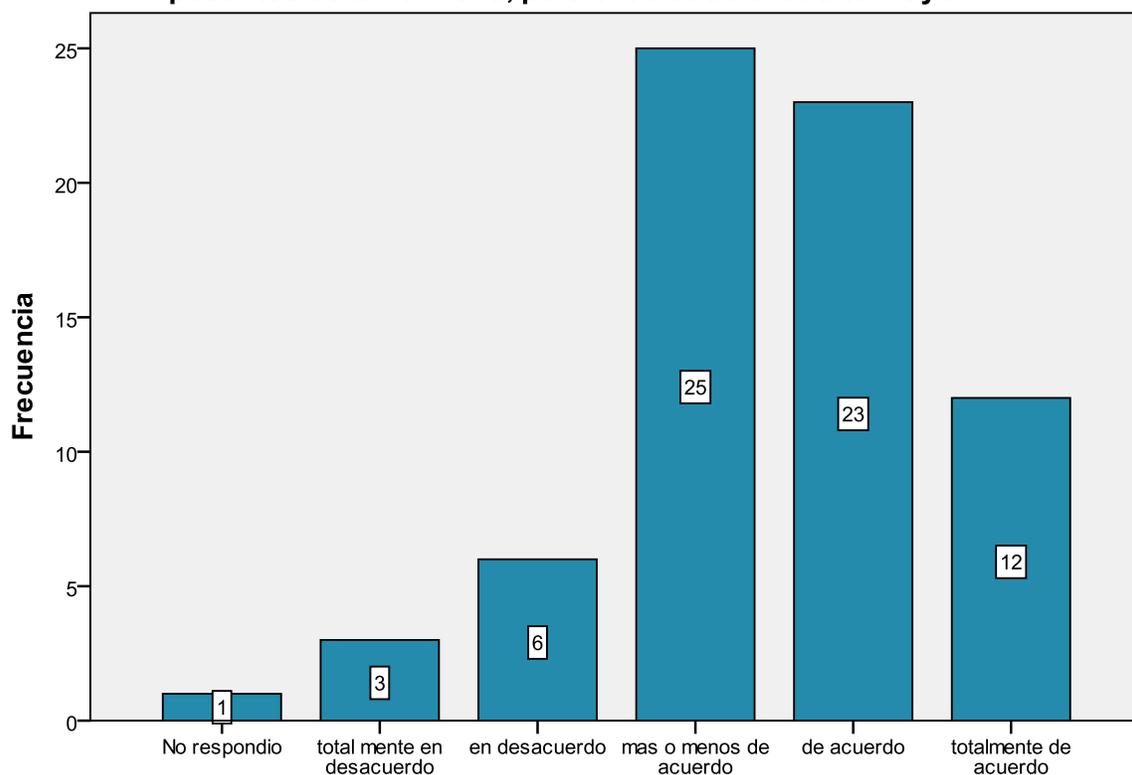
**Figura 4.1 Importancia del conocimiento de gerontología en la formación académica de Enfermería.**



**Fuente: Instrumento autoaplicado, 19 de marzo 2013, N=70**

En lo referente a la capacidad que tuvo el plan curricular 2004 de proporcionar los conocimientos necesarios para el desempeño del pasante en servicio social de enfermería en el área geriátrica, los resultados muestran que el 25% está Más o Menos de Acuerdo y solamente el 12% está Totalmente de Acuerdo. Figura 4.2

**Figura 4.2 Conocimientos proporcionados por el Plan ENF-04, según los pasantes de Enfermería, para el cuidado al adulto mayor**



**Fuente: Instrumento autoaplicado, 19 de marzo 2013, N=70**

En el cuadro 4.2 se presentan los resultados con respecto a lo que representa para los pasantes el servicio social. Se obtuvieron las siguientes categorías en las que se destaca que el servicio social representa una oportunidad de poner en práctica los conocimientos teóricos adquiridos en el ámbito escolar con el 27.1%, por otra parte solo 1.4% consideran que el servicio social es crecimiento profesional y personal así como el hecho de que les permite ver un panorama más amplio del medio hospitalario y comunitario.

En la cuadro 4.3 se muestra información acerca de las aptitudes que debe poseer un enfermero al brindar cuidados geriátricos, destacándose que el 18.57% considera que paciencia, amor y conocimientos son las aptitudes relevantes durante el cuidado a este sector, mientras que el 2.85% considera aptitudes como la caridad, escucha, fuerza física, inteligencia, cultura.

Cuadro 4.2 Significación del Servicio Social para los pasantes de Enfermería

| <b>Categoría</b>  | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
|---|-----------|------------|
| Oportunidad de conocer al adulto mayor  | 5         | 7.14       |
| Obtener experiencia   | 6         | 8.57       |
| Crecimiento Profesional y Personal  | 6         | 8.57       |
| Permite ver un panorama amplio del medio hospitalario y comunitario                           | 1         | 1.42       |
| Oportunidad de acercarse a una situación real de la sociedad en cuanto a necesidades en salud | 4         | 5.71       |
| Poner en práctica conocimientos teórico adquiridos en ámbito escolar                          | 19        | 27.14      |
| Oportunidad de preparación para al campo laboral  | 2         | 2.85       |
| Prestación gratuita de servicios en beneficio de la sociedad                                  | 15        | 21.42      |
| Evaluación de lo aprendido en la carrera  | 4         | 5.71       |
| Perdidos  | 8         | 11.42      |
| <b>Total</b>  | <b>70</b> | <b>100</b> |

Fuente: Instrumento auto administrado

N= 70

Cuadro 4. 3 Aptitudes requeridas en un enfermero (a) para el cuidado al adulto mayor según pasantes en servicio social

| <b>Categoría</b>  | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
|---|-----------|------------|
| Paciencia, amor, conocimiento   | 13        | 18.57      |
| Tolerancia, responsabilidad, amabilidad, ética  | 5         | 7.14       |
| Caridad, escucha, fuerza física, inteligente, culta   | 2         | 2.85       |
| Empatía, profesionalismo, comprender la situación psicológica del paciente, conocimiento sobre geriatría, interés en educar | 5         | 7.14       |
| Humanidad, servicio, espiritualidad, prevención   | 9         | 12.85      |
| Sensibilidad al AM  | 4         | 5.71       |
| Tratar a los demás como quisieran ser tratados  | 6         | 8.57       |
| Principalmente estar bien emocionalmente  | 2         | 2.85       |
| Respeto   | 2         | 2.85       |
| Disposición y tener accesibilidad   | 3         | 4.28       |
| Integrales  | 5         | 7.14       |
| Perdidos  | 14        | 20.00      |
| <b>Total</b>  | <b>70</b> | <b>100</b> |

Fuente: Instrumento auto administrado

N= 70

El cuadro 4.4 revela que el 12.86% de los pasantes les gustaría trabajar como enfermeros geriátricos, el 10% de los mismos lo harían porque creen que ayudar a una persona mayor es un privilegio que gratifica y permite aportar a la sociedad. El 11.43% de los pasantes dicen simplemente que no les gustaría trabajar como enfermeros geriátricos; el 15.71% del total de la población que participo en el estudio manifiesta No tener las aptitudes para desempeñar éste rol.

Cuadro 4.4 Preferencia para laborar como enfermera (o) geriátrica (o)

| <b>Categoría</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>% si</b>  | <b>% no</b>  |
|--|-----------|-----------|--------------|--------------|
| Si   | 9         |           | 12.86        |              |
| Es bonito ver aún son parte importante y te dejan muchas experiencias                              | 5         |           | 7.14         |              |
| Creo que ayudar a una persona mayor es un privilegio que gratifica y permite aportar a la sociedad | 7         |           | 10.00        |              |
| Los adultos mayores también requieren atención   | 6         |           | 8.57         |              |
| Es un área que disfruto y me relaja el hecho de escucharlo y darle atención                        | 4         |           | 5.71         |              |
| <b>Subtotal</b>  | <b>31</b> |           | <b>44.29</b> |              |
| No   |           | 8         |              | 11.43        |
| Me gusta más el ambiente hospitalario  |           | 1         |              | 1.43         |
| Me gusta más la pediatría  |           | 1         |              | 1.43         |
| Mi pasión es otra pero muy distinta  |           | 8         |              | 11.43        |
| Mi estado emocional suele ser débil en ocasiones   |           | 1         |              | 1.43         |
| Creo que no tengo las aptitudes  |           | 11        |              | 15.71        |
| Me deprime estar cerca de ellos porque es triste verlos tristes                                    |           | 2         |              | 2.86         |
| Perdidos   |           | 7         |              | 10.00        |
| <b>Subtotal</b>  |           | <b>39</b> |              | <b>55.71</b> |
| <b>Total</b>   | <b>70</b> |           |              | <b>100</b>   |

Fuente: Instrumento auto administrado

N= 70

El cuadro 4.5 muestra que el 20% “Cree que tiene las aptitudes al poseer conocimientos básicos para tratar al Adulto Mayor mientras que el 10% simplemente dice que no las posee”, estos datos fueron obtenidos como respuesta al ítem “Tengo las aptitudes para brindar atención y cuidados al Adulto Mayor”,

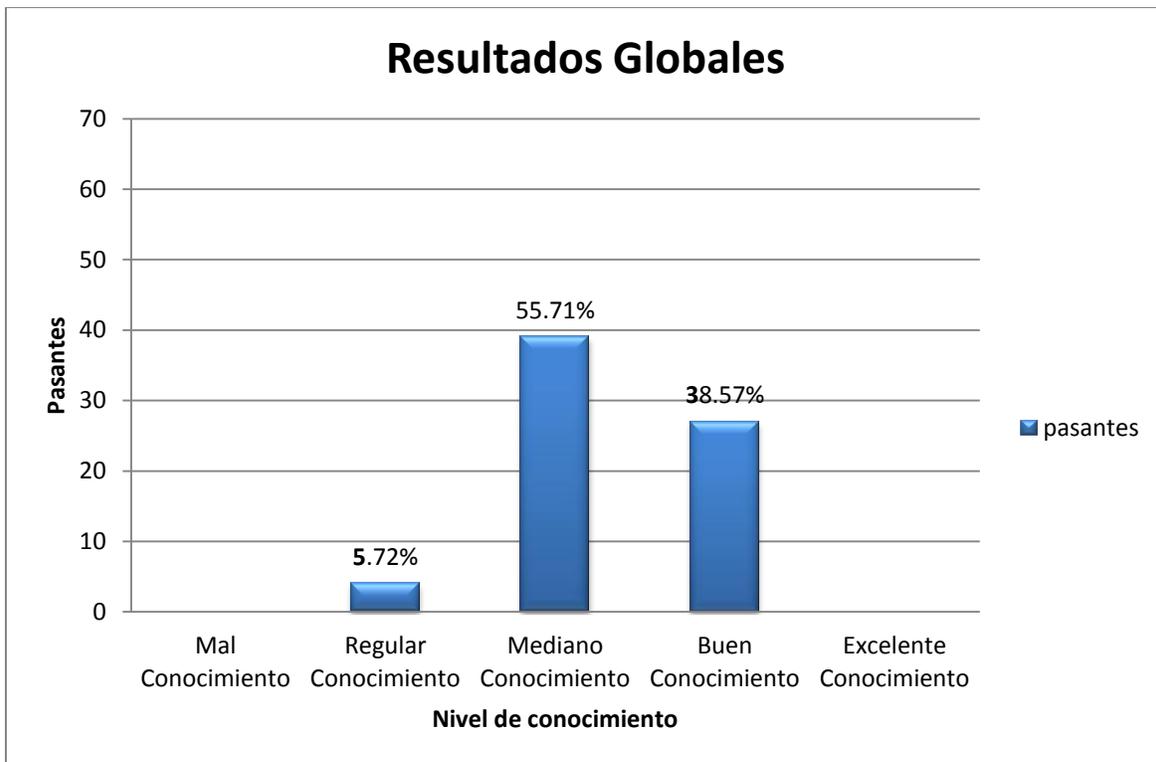
Cuadro 4.5 Aptitudes presentes en el pasante en servicio social para el cuidado al Adulto Mayor

| <b>Categoría</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>% si</b>  | <b>% no</b>  |
|--|-----------|-----------|--------------|--------------|
| Si   | 9         |           | 12.86        |              |
| Cualquiera las tiene, solo es cosa de que les guste                              | 5         |           | 7.14         |              |
| Las he desarrollado en la convivencia con ellos                                  | 1         |           | 1.43         |              |
| Creo que tengo los conocimientos básicos para tratar al adulto mayor             | 14        |           | 20.00        |              |
| No discrimino a los adultos mayores, me gusta platicar con ellos y darles cariño | 3         |           | 4.29         |              |
| Soy humanista, tolerante para poder brindar mis cuidados                         | 8         |           | 11.43        |              |
| Algunas pero sé que puedo adquirirlas con la práctica                            | 8         |           | 11.43        |              |
| <b>Subtotal</b>  | <b>48</b> |           | <b>68.57</b> |              |
| No   |           | 7         |              | 10.00        |
| Se me hace un trabajo muy pesado   |           | 3         |              | 4.29         |
| Me falta aún más conocimiento  |           | 3         |              | 4.29         |
| Perdidos   |           | 9         |              | 12.86        |
| <b>Subtotal</b>  |           | <b>22</b> |              | <b>31.43</b> |
| <b>Total</b>   | <b>70</b> |           |              | <b>100</b>   |

Fuente: Instrumento auto administrado

N= 70

Figura 4.3 Nivel de Conocimiento de los pasantes de Enfermería acerca del cuidado al Adulto Mayor

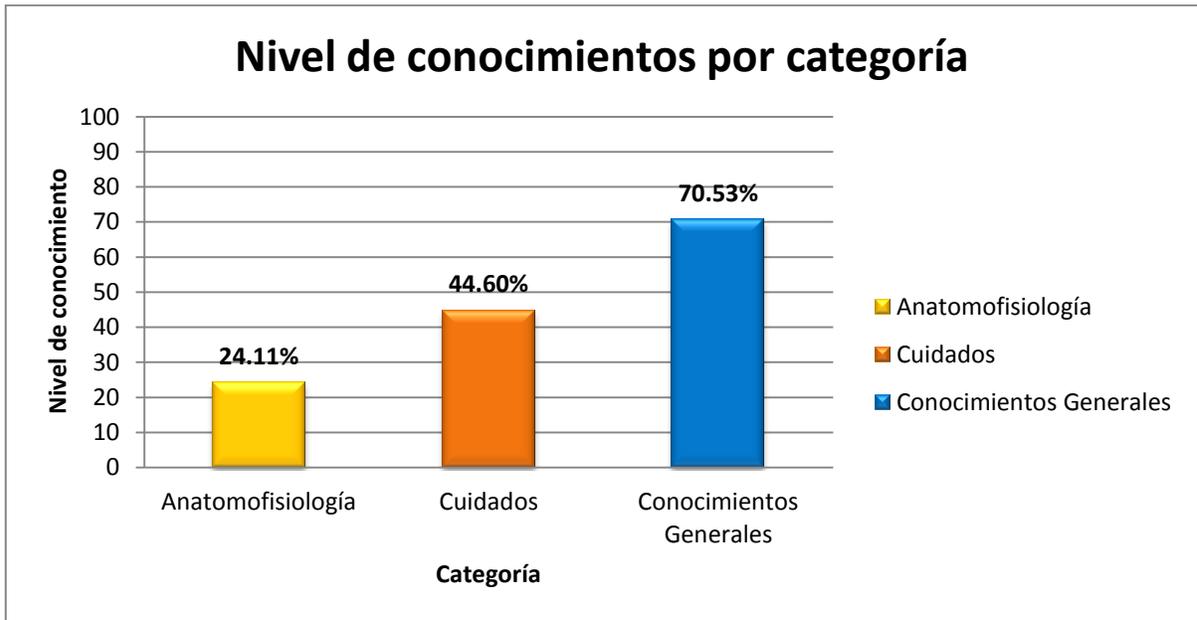


Fuente: Instrumento auto administrado

N= 70

Como se muestra en la figura 4.3 de 70 pasantes; 27 poseen un buen conocimiento para brindar cuidados al adulto mayor, 39 pasantes que corresponden a la mayoría poseen mediano conocimiento y 4 pasantes poseen un conocimiento regular.

Figura 4.4 Nivel de conocimientos por categoría



Fuente: Instrumento auto administrado

N= 70

| Símbolo   | Descripción            |
|---|------------------------|
|  | Excelente conocimiento |
|  | Bueno conocimiento     |
|  | Mediano conocimiento   |
|  | Regular conocimiento   |
|  | Mal conocimiento       |

En la figura 4.4 se presentan los niveles de conocimientos obtenidos por categorías, es así que, se aprecia el buen conocimiento de los pasantes en la categoría “conocimientos generales” asignada así dentro del instrumento aplicado, en la categoría de cuidados los pasantes obtuvieron un mediano conocimiento, mientras que en la categoría de anatomofisiología se demostró un conocimiento regular.

## DISCUSIÓN

Con base a los resultados en la investigación, se puede determinar que el aumento en la demanda de los centros geriátricos se relaciona estrechamente con la opinión social acerca de los adultos mayores, entendiéndose como la falta de apoyo y valoración a su persona e independencia, lo que es equiparable con los hallazgos del estudio de Silva y Boemer, (2009) donde los Adultos Mayores dan énfasis a la importancia de recibir apoyo, a la convivencia y el cuidado en la familia, la independencia financiera y al asignarlos a un centro geriátrico todos estos aspectos se ven ignorados.

De igual manera en el estudio de Corrales (2011) de “Actitudes de las enfermeras y los enfermeros de cuidado directo y la percepción del adulto mayor sobre el cuidado recibido” refleja una aceptación favorable de las acciones profesionales que realiza la enfermera durante el cuidado al adulto mayor hospitalizado; así mismo en los resultados del presente estudio, a los pasantes les gustaría trabajar como enfermeros (as) geriátricos y los que no consideran esa opción, valoran las aptitudes para poder desempeñar ese rol; resultados que son similares comparando la oferta según los pasantes, y la demanda según Corrales en materia de cuidados al adulto mayor.

En el estudio de Zelada y Percy (2006) “¿Estamos preparados para la atención primaria del adulto mayor?” concluye que existe una deficiente formación en geriatría entre los responsables de la atención al adulto mayor, debido a una falta de enseñanza en las universidades y pobre capacitación a los profesionales; coincidiendo con los resultados del presente estudio puesto que la mayoría de los pasantes posee un conocimiento medio acerca del cuidado al adulto mayor atribuyéndolo a la falta de conocimientos que se les brindó durante su formación académica respecto a esta área.

Así mismo, el estudio de Benítez *et al* (2012) “Satisfacción de las intervenciones de Enfermería otorgadas por estudiantes de la licenciatura a adultos mayores en un asilo de ancianos”, mencionan que el estudio también les permitió deducir que

las instituciones geriátricas deberían de contar con suficiente personal de enfermería con conocimientos geriátricos y gerontológicos que permitieran lograr otorgar un calidad de cuidado a cada adulto mayor y no solo personal para la ayuda de las necesidades básicas del mismo; en comparación al presente estudio, que permitió observar la poca motivación para desempeñar un rol como enfermera geriátrica, además de el mediano conocimiento que poseen los pasantes para cubrir las futuras demandas de atención de este sector poblacional.

## **VI. CONCLUSIONES**

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación; 55.71% de los pasantes de la Licenciatura en Enfermería poseen un mediano conocimiento acerca de los cuidados al Adulto Mayor; igualmente fue observable que la opinión, atención, agrado y disposición para el aprendizaje acerca del tema en cuestión influye en el conocimiento de los pasantes acerca del mismo. De igual manera solo el 42% de los pasantes en servicio social manifiestan el agrado por desempeñar el rol de enfermería geriátrica, mientras que el 52% se considera apto para brindar cuidados a este sector poblacional que aumentará debido a la transición demográfica, respectivo al cual el 14% de los pasantes consideran que la población Queretana está preparada para este cambio poblacional.

Por lo tanto y a la luz de lo anteriormente expuesto, el cuidado que brindan los pasantes de la Licenciatura en Enfermería al tener contacto con el Adulto Mayor se ve relacionado con su opinión, aptitudes, agrado y preparación académica al respecto; manifestado por el nivel de conocimientos expresado en la resolución del instrumento “Enfermería para el Adulto Mayor” menos de la mitad de los pasantes tienen como opción especializarse en el área de geriatría.

Se espera que estos resultados orienten la planeación de estrategias para las instituciones de educativas y de salud, en particular a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, para la implementación o modificación

de programas curriculares, para la preparación del personal o futuro personal de salud que deberá afrontar asertivamente el cambio en la pirámide poblacional.

La formulación de programas de promoción y prevención de enfermedades crónico- degenerativas por parte de las instituciones competentes para procurar un país de adultos mayores con envejecimiento saludable, concientizar al personal, futuro personal de salud y población general a través de los medios de comunicación acerca de la transición demográfica para crear un cambio de opinión o mayor aceptación al realizar cuidados al Adulto Mayor. La promoción de programas de calidad educativa en las instituciones formadoras, no sólo en ámbito de enfermería si no en todas las áreas de las ciencias de la salud. Inclusive desde educación básica y básica superior y realizar estudios que permitan identificar la percepción de otros sectores con respecto a los adultos mayores podrían lograr un impacto social cumpliendo expectativas de mejora sobre los resultados de la presente investigación.

## BIBLIOGRAFIA

Agramonte, D. A. R. Farres. 2010. Influencia de las Estrategias Curriculares de la Carrera de Licenciatura en Enfermería en la Calidad del Cuidado. Revista Cubana de Enfermería. 26 (4): 189 – 202.

Alfonso. G. A. A. Mejía 2009. Necesidades de Aprendizajes del Personal de Salud que Atiende al Adulto Mayor. Educación Media Superior. 23 (4): 194 – 204.

Ayala, V.,R. C. Alvarado, J. Cuevas. 2010. LA DISCRIMINACIÓN EN EL APRENDIZAJE DEL CUIDADO. Scielo, CIENCIA Y ENFERMERÍA XVI (3): 85-101

Benítez, G.V; M. R, García, R. Sanchez, Sandoval 2012. Satisfacción de las intervenciones de Enfermería otorgadas por estudiantes de la Licenciatura a adultos mayores en un asilo de ancianos. Rev. Electrónica de Psicología. No14: 218 – 225

Caballero, G., J.C. J. Benítez. 2011. Manual de atención al anciano desnutrido en el nivel primaria de salud. Editorial Cedro. España.

Consejo Estatal de Población COESPO. 2010. Cinco de cada 100 queretanos son adultos mayores. Consultado (28-FEBRERO-2011) Disponible en electrónico en: [http://www.queretaro.gob.mx/documentos\\_interna1.aspx?q=vUYGbsxLnljvwFxmXL P3CY8ojlHtnz1C](http://www.queretaro.gob.mx/documentos_interna1.aspx?q=vUYGbsxLnljvwFxmXL P3CY8ojlHtnz1C)

Consejo Estatal de Población COESPO. 2010. El 01 de octubre se celebra el Día Internacional de las Personas Adultas Mayores. Consultado (28-FEBRERO-2011) Disponible en electrónico en: [http://www.queretaro.gob.mx/documentos\\_interna1.aspx?q=vUYGbsxLnlglEm5GM 83JAK4/c9hrzDhT](http://www.queretaro.gob.mx/documentos_interna1.aspx?q=vUYGbsxLnlglEm5GM 83JAK4/c9hrzDhT)

Corrales, M. 2001. Actitudes de las enfermeras y los enfermeros de cuidado directo y la percepción del adulto mayor sobre el cuidado recibido. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. Consultado el (2011-AGOSTO-20).

Disponible en electrónico en:  
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3456/1/Actitudes-de-las-enfermeras-y-los-enfermeros-de-cuidado-directo-y-la-percepcion-del-adulto-mayor-sobre-el-cuidado-recibido.html>

Corujo, R. E. (P.H. R. G). Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. Consultado (2011-NOVIEMBRE-10). Disponible en electrónico en: [http://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2003\\_I.pdf](http://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2003_I.pdf)

Día Nacional del Adulto Mayor 2009. Consultado (27-AGOSTO-2009). Disponible en electrónico en página web del Consejo Nacional de Población (CONAPO): [http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/28\\_de\\_agosto\\_Dia\\_Nacional\\_del\\_Adulto\\_Mayor](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/28_de_agosto_Dia_Nacional_del_Adulto_Mayor)

Dionne E., M. F. 2004. Centro de Recreación para Adultos Mayores. Tesis Licenciatura. Arquitectura. Departamento de Arquitectura, Escuela de Artes y Humanidades, Universidad de las Américas Puebla. consultado el (2011-AGOSTO-20). Disponible en electrónico en: [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lar/dionne\\_e\\_mf/indice.html](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/indice.html)

Facultad de Enfermería. 2011, curricula de la licenciatura en Enfermería. Plan de estudios 2004. Universidad Autónoma de Querétaro.

Galván, P. F.J. Sansó, A. Díaz, M. Carrasco, T. Oliva. 2007. Envejecimiento Poblacional. México.

García H., M. 2012. Enfermería y envejecimiento. 1ª edición. Elsevier. España.

Gutierrez R.,L.M. 2000. Actas Del 17th World congress of the International Association of Gerontology. Vancouver.

Ham. R, L.M. Gutiérrez. 2001. "El envejecimiento demográfico en México: importancia económica, social y política" Eds. México, Panamericana.

Hernández, H. 2011. Adultos mayores, más de 7% de la población en Querétaro. Periódico el economista. Consultado el (2011-AGOSTO-20). Disponible en

electrónico en: <http://eleconomista.com.mx/estados/2011/08/24/adultos-mayores-mas-7-poblacion>

Instituto de Geriátrica 2012. Numeralia de los adultos mayores en México. Consultado el (29-AGOSTO-2013) Disponible en electrónico en: [http://bvs.insp.mx/articulos/8/numeralia\\_envejecimiento\\_2012.pdf](http://bvs.insp.mx/articulos/8/numeralia_envejecimiento_2012.pdf)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática (2010). Estadísticas a propósito del día de personas de edad. México. Consultado (28-FEBRERO-2011) Disponible en electrónico en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2010/adultos0.doc>.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática (INEGI). 2005. Los Adultos Mayores en México: Perfil Sociodemográfico al inicio del Siglo XXI. México.

Jewell, R. T. M. Rossi. P. Triunfo. 2007. El estado de salud del Adulto Mayor en América Latina. Cuadernos de Economía. Vol. 26. 43, Colombia.

Ley de los derechos de las personas adultas mayores 2002 Cámara de diputados del H. congreso de la unión. Consultado (2011-SEPTIEMBRE-12) Disponible en electrónico en: <http://www.diputados.gob.mx/leesbiblio/pdf/245.pdf>

López, G., P. F. J Sansó, A. M. Díaz-Canel, M. Carrasco. 2007. Poblacional y fragilidad en el adulto mayor, Revista Cubana de Salud Pública. Rev. Cubana Salud Pública. 33 (1).

Manrique, E.B, R. S. Rodríguez, A. M., Moreno, Acosta, Sosa, Gutiérrez, Téllez (2013) Condiciones de Salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud Pública de México;55 supl 2:S323-S331.

Misrachi, C. y Cabargas, J. 1999. Salud Oral en el adulto mayor Serie guías clínicas del adulto mayor, División Salud de las personas, Programa de Salud, Ministerio de Salud.

Morfi, S.R. 2007. Atención del Personal de Enfermería en la Gerontología Comunitaria en Cuba. Rev. Cubana Enfermer. 23 (1): 1 – 16.

Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997 Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. Diario Oficial de la Federación. Consultado el (29-AGOSTO-2013) Disponible en electrónico en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>

Novelo, I. h. i. 2003. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. RESPYN revista salud pública y nutrición. Edición especial n.º 5. 2003.

Organización Mundial de la Salud OMS. 2012. 10 datos sobre el envejecimiento de la población. Consultado el (27-AGOSTO-2013) Disponible en electrónico en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

Organización Mundial de la Salud OMS. 2013. Envejecimiento y ciclo de vida. Consultado el (27-AGOSTO-2013) Disponible en electrónico en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/index.html>

Organización panamericana de la salud OPS. 2008. Derechos humanos y salud personas mayores. Consultado (12- SEPTIEMBRE-11). Disponible en electrónico en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pub/10069\\_Viejos.pdf](http://www.paho.org/spanish/dd/pub/10069_Viejos.pdf)

Polit, D. F. 2000. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ª Edición. Mc Graw Hill. México.

Principales causas de mortalidad general por sexo, según entidad federativa de residencia habitual. 2008. Consultado el (31- JULIO-2012) Disponible en electrónico en la página Web del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS):<http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>

Rodríguez, C.A; L. A, Vázquez, F.Quevedo 2009. Necesidades percibidas de atención de salud al adulto mayor desde una perspectiva de género. Rev. Cubana Enfermer. 25 (4): 65 – 76

Rodríguez, G. R. G. Lazcano. 2007. *Práctica de la Geriatria*. 2ª Edición. Mc Graw Hill. México.

Seidell, MH. Ball, WJ. Dains, EJ. y Benedict, WG. *Manual Exploración Física* Editorial Harcovat Bracet tercera edición Capítulos del 1-18 pág. 1-724 España 1997

Sequeira, D. (2007) *Valoración de Enfermería en el anciano institucionalizado*. Revista biomédica revisada por pares; 7 (7).

Silva, G. M. M. Boemer. 2009. *La vivencia de envejecer en la perspectiva fenomenológica*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. vol.17, n.3, pp. 380-386.

Sirlin, M. C. 2008. *Violencia, MALTRATO Y ABUSO EN LA VEJEZ: UNA REALIDAD OCULTA, UNA CUESTIÓN DE DERECHOS*, Comentarios de Seguridad Social, N°20.

Tafolla, R. A. M. 2007. *Trascendencia del Cuidado Enfermero en el Adulto Mayor*. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 15 (1): 1- 2.

Universidad Autónoma de Querétaro (2008). *Coordinación del Servicio Social*. Querétaro, Qro.

World Populations Prospects. *Crecimiento Acelerado de la población adulta de 60 y más de edad: Reto para la salud pública*. 2008. Consultado (25-Agosto-2013). Disponible en electrónico en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2796&Itemid=1914](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796&Itemid=1914)

## ANEXOS

### Anexo 1 Operacionalización de Variables

| VARIABLE                   | DEFINICION CONCEPTUAL  | DEFINICION OPERACIONAL                                  | OPERACIONALIZACION   |                          | ESCALA DE MEDICION |
|----------------------------|--|---|--|--------------------------|--------------------|
|                            |  |   | DIMENSION  | INDICADOR                |                    |
| <u>Adulto Mayor</u>        | Todo individuo mayor de 60 años.   | Aquella persona que ha vivido más de 60 años.           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Biológica</li> <li>2. Mental</li> <li>3. Funcional</li> <li>4. social</li> </ol> | ítems: 1, 2, 3, 66, 67   | Nominal            |
| <u>Factores académicos</u> | Elementos que intervienen en la evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito escolar | Elementos que determinan el conocimiento en una persona | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Académicos</li> <li>2. sociales</li> </ol>                                       | ítems: 68 a 71 y 74 a 76 | Nominal            |
| <u>Conocimiento</u>        | Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.               | Información que puede tener una persona sobre un tema.  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Excelente</li> <li>2. Bueno</li> <li>3. Regular</li> <li>4. Malo</li> </ol>      | ítems: 40 a 67 y 68 a 76 | Nominal            |
| <u>Cuidado</u>             | Vigilancia por el bienestar de alguien o por el funcionamiento                             | Atención holística brindada para el                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higiene</li> <li>2. Alimentación</li> <li>3. Movilización</li> </ol>             | Ítems: 25 a 39           | Nominal            |

|                          |   |  |  |                   |         |
|--------------------------|---|--|--|-------------------|---------|
|                          | de una cosa.  | cuidado de una persona.  |  |                   |         |
| <u>Valoración Física</u> | Procedimiento que se lleva a cabo para conocer las características físicas y el estado de salud de una persona. | Uso de la palpación, percusión, auscultación e inspección para la obtención de datos clínicos.                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Signos Vitales</li> <li>2. Valoración Física General</li> </ol>  | Ítems: 4 a 24, 34 | Nominal |
| <u>Valoración Mental</u> | Analizar las funciones cognitivas, psicológicas, del humor y la conducta.                                       | Procedimiento que nos permite por medio de una anamnesis obtener datos acerca del estado cognitivo de una persona. | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Función cognitiva <ul style="list-style-type: none"> <li>-Deterioro de memoria.</li> <li>-Detección y seguimiento de demencias, orientación en el tiempo, memoria de fijación.</li> <li>-Interacción mediante conversación razonada y coherente.</li> </ul> </li> <li>2. Función afectiva <ul style="list-style-type: none"> <li>-Detección del grado de depresión, satisfacción en la vida, aburrimiento</li> </ul> </li> </ol> | Ítems: 29, 30     | Nominal |

|                             |   |   |  |                             |         |
|-----------------------------|---|---|--|-----------------------------|---------|
|                             |   |   | o energía para realizar actividades.<br><br>-Sensación de culpabilidad, idea de suicidio, ansiedad.  |                             |         |
| <u>Valoración Funcional</u> | Evaluación de las capacidades físicas del anciano para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea. | Técnica que nos permite conocer el estado funcional de una persona para el desarrollo de sus actividades diarias. | 1. Habilidad para realizar independientemente las AVD.<br>2. Facilidad o dificultad para realizar las AVD.<br>3. Dependencia para realizar AIVD. | Ítems: 27,31, 32            | Nominal |
| <u>Valoración Social</u>    | Evaluación de relaciones y contactos de un individuo.   | Técnica que nos permite conocer y evaluar las relaciones de una persona y su entorno.                             | 1. Gerofobia<br>2. Gerontofobia  | Ítems: 33, 35, 36,          | Nominal |
| <u>Género</u>               | Significación sexual del cuerpo en la sociedad.   | Categoría que nos indica el sexo de una persona.  | 1. Femenino<br>2. Masculino  | Preguntas sociodemográficas | Nominal |
| <u>Edad</u>                 | Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.  | Tiempo vivido por una persona desde su  | 3. 20-23 años<br>4. 24-26 años   | Preguntas sociodemográficas | Nominal |

|                     |  |  |  |                             |         |
|---------------------|--|--|--|-----------------------------|---------|
|                     |  | nacimiento.  | 5. 27-30 años<br>6. 30-33 años   |                             |         |
| <u>Estado civil</u> | Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco. | Estatus jurídico de una persona.                         | 1.Soltero<br>2.Casado<br>3.Divorciado<br>4.Viudo                       | Preguntas sociodemográficas | Nominal |
| <u>Ocupación</u>    | Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.   | Actividades que desempeña un individuo en su vida diaria | 1.Enfermero (a)<br>2. Comercio<br>3. Estudiante<br>4.Otra: Especificar | Preguntas sociodemográficas | Nominal |



Anexo 2 Instrumento

FOLIO: \_\_\_\_\_

### “Enfermería para el Adulto Mayor”

El presente instrumento forma parte de una investigación realizada por pasantes de la Licenciatura en Enfermería de la UAQ y busca identificar el nivel de conocimientos básicos para brindar cuidados al Adulto Mayor. Agradecemos tu colaboración en dicho estudio contestando las preguntas.

#### I.-Datos sociodemográficos

Marca con una cruz la respuesta indicada o responde la pregunta según sea el caso.

Sexo: Hombre  Mujer

Edad: \_\_\_\_\_ años

Estado civil: Soltera(o)  Casada(o)  Union libre

Otro: ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Laboras en el ámbito de Enfermería: Si  No

Si la respuesta anterior es positiva, ¿Cuánto tiempo llevas laborando como Enfermera(o)?: \_\_\_\_\_

II.- A continuación marque la opción que considere correcta basándose en los siguientes parámetros:

- **T.A.**= Totalmente de Acuerdo.
- **D.A.**= De Acuerdo.

- **M.o.M.** = Mas o Menos de Acuerdo.
- **E.D.** = En Desacuerdo.
- **T.D.** = Totalmente en Desacuerdo.

a) Características anatomofisiológicas del Adulto Mayor:

| Pregunta  | T.A. | D.A. | M.o.M. | E.D. | T.D. |
|---|------|------|--------|------|------|
| 1. El envejecimiento conlleva un descenso gradual de las distintas funciones biológicas y termina con el fallecimiento.   |      |      |        |      |      |
| 2. Los cambios más significativos de la vejez se observan principalmente en el corazón, pulmones y riñones.   |      |      |        |      |      |
| 3. Los principales cambios físicos se observan en la disminución de estatura y peso.  |      |      |        |      |      |
| 4. En el Adulto Mayor la frecuencia cardiaca normal es de 60 a 80 latidos por minuto.   |      |      |        |      |      |
| 5. La temperatura corporal normal en un Adulto Mayor es de 36°C a 36.5°C.   |      |      |        |      |      |
| 6. La tensión arterial normal en el Adulto Mayor es de 120/80 mm/Hg.  |      |      |        |      |      |
| 7. La respiración normal en el Adulto Mayor es de 14 a 20 respiraciones por minuto.   |      |      |        |      |      |
| 8. Algunos cambios en el envejecimiento se manifiestan por aumentar la incidencia de hipotensión ortostática y sensibilidad a golpes de calor.                              |      |      |        |      |      |
| 9. Algunos efectos de los cambios cardiovasculares son el aumento de la tensión arterial y problemas aterotrombóticos.  |      |      |        |      |      |
| 10. Las enfermedades cardiacas y vasculares forman parte de los trastornos más comunes en los Adultos Mayores.  |      |      |        |      |      |
| 11. Durante el envejecimiento en el sistema respiratorio se observa la disminución de la función pulmonar y por lo tanto menor tolerancia al ejercicio y a grandes alturas. |      |      |        |      |      |
| 12. En el adulto mayor disminuye la sensación del gusto por pérdida de papilas gustativas.  |      |      |        |      |      |
| 13. El funcionamiento gastrointestinal del anciano se ve afectado por degeneración  |      |      |        |      |      |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| neuronal: modificación de la flora intestinal y tejido conectivo.   |  |  |  |  |  |
| 14. Efectos de los cambios gastrointestinales son: defecto en la masticación reflujo gastroesofágico, úlceras pépticas, cáncer de colon, intolerancia a la glucosa. |  |  |  |  |  |
| 15. A los 80 años se observa una disminución en el proceso intelectual de una persona.  |  |  |  |  |  |
| 16. Después de los 70 años la capacidad verbal disminuye manifestándose con errores semánticos y/o de prosodia normal.  |  |  |  |  |  |
| 17. Durante el envejecimiento disminuye la memoria sensorial y de fijación, la agudeza, el campo visual y la audición.  |  |  |  |  |  |
| 18. Efectos de los cambios nefrourológicos son: aumento de infecciones urinarias de incontinencia y de incidencia de cáncer de próstata y vejiga.                   |  |  |  |  |  |
| 19. La pérdida de masa ósea es una característica fundamental constante y universal del envejecimiento.   |  |  |  |  |  |
| 20. En el envejecimiento se observa limitación y disminución del movimiento, fuerza y resistencia.  |  |  |  |  |  |
| 21. El envejecimiento como proceso fisiológico está condicionado por determinantes genéticos, ambientales, hábitos tóxicos y enfermedades, entre otros.             |  |  |  |  |  |
| 22. Durante la vejez influyen en la sexualidad factores físicos, psicológicos y socioemocionales.   |  |  |  |  |  |
| 23. En el Adulto Mayor de sexo femenino, la cintura debe medir 85 cm o menos.   |  |  |  |  |  |
| 24. En el Adulto Mayor de sexo masculino, la circunferencia debe ser de 95 cm o menos.  |  |  |  |  |  |

b) Cuidados al Adulto Mayor:

| Pregunta   | T.A. | D.A. | M.o.M. | E.D. | T.D. |
|--|------|------|--------|------|------|
| 25. El envejecimiento condiciona una mayor vulnerabilidad, evolución diferente y prolongada de las enfermedades. |      |      |        |      |      |
| 26. Síntomas generales como: fiebre, dolor, taquicardia, taquipnea, estreñimiento,                               |      |      |        |      |      |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| confusión mental pueden ser indicadores de alguna enfermedad en el Adulto Mayor.   |  |  |  |  |  |
| 27. La situación de enfermedad en el anciano depende de su entorno.  |  |  |  |  |  |
| 28. Las dimensiones para valorar el estado de salud de los Adultos Mayores son: física, actividades de la vida diaria, estado mental, psicoafectivo y social y familiar.   |  |  |  |  |  |
| 29. Para valorar el estado mental del Adulto Mayor se pueden usar escalas como: índice de katz, escala de Barthel, escala de Yesavage y escala de incapacidad física de la Cruz Roja.  |  |  |  |  |  |
| 30. Los dos aspectos del estado mental que se deben valorar e el Adulto Mayor son cambios en las funciones mentales y depresión.   |  |  |  |  |  |
| 31. Para la valoración de las actividades de la vida diaria en lo Adultos Mayores se debe usar la escala de Folstein.  |  |  |  |  |  |
| 32. Para la valoración del Adulto Mayor se debe utilizar la escala de Yesavage y la de Hamilton.   |  |  |  |  |  |
| 33. Para una valoración psicoafectiva se debe identificar el déficit de autocuidado.   |  |  |  |  |  |
| 34. El orden para una correcta valoración comienza con la exploración de vista, oído, gusto, olfato y tacto así como sistemas respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal, renal, reproductor, musculo esquelético, tegumentario y neurológico. |  |  |  |  |  |
| 35. La espiritualidad tiene mayor importancia en la vejez.   |  |  |  |  |  |
| 36. Es importante valorar los cuidados que otorga la familia a algún familiar Adulto Mayor.  |  |  |  |  |  |
| 37. El bastón, la andadera, la silla de ruedas y los barandales son dispositivos de apoyo adecuados para la deambulaci3n de los Adultos Mayores.   |  |  |  |  |  |
| 38. La participaci3n de la atenci3n de Enfermería domiciliaria se debe promover para favorecer detecci3n oportuna, educaci3n y apoyo al Adulto Mayor.  |  |  |  |  |  |
| 39. La sistematizaci3n del cuidado enfermero permitir3 conservar la salud y prevenir enfermedades a partir del fomento del autocuidado para tener una mejor calidad de vida en los Adultos Mayores.  |  |  |  |  |  |

c) Conocimientos generales:

| Pregunta  | T.A. | D.A. | M.o.M. | E.D. | T.D. |
|---|------|------|--------|------|------|
| 40. La transición demográfica es el envejecimiento poblacional de una nación.   |      |      |        |      |      |
| 41. Querétaro verá modificada su transición demográfica, aumentando su esperanza de vida media a 84 años  |      |      |        |      |      |
| 42. Las mujeres tienen mayor esperanza de vida siendo esta de 78 años.  |      |      |        |      |      |
| 43. A los 65 años las principales causas de morbilidad son las afecciones cardiovasculares, complicaciones de la diabetes y enfermedades cerebrovasculares. |      |      |        |      |      |
| 44. Existen escalas que facilitan la detección de problemas funcionales, mentales y sociales.   |      |      |        |      |      |
| 45. Considero importantes los conocimientos de gerontología en la formación académica de enfermería.  |      |      |        |      |      |
| 46. El plan curricular 2004 me proporcionó los conocimientos necesarios para mi desempeño en el área geriátrica.  |      |      |        |      |      |
| 47. La medición de la circunferencia de la cintura se realiza por debajo del ombligo.   |      |      |        |      |      |
| 48. La fórmula para calcular el índice de masa corporal (IMC) es peso (kg)/estatura <sup>2</sup> (cm)   |      |      |        |      |      |
| 49. Los principios de asepsia y antisepsia son: del centro a la periferia, de arriba a abajo, de derecha a izquierda.                                       |      |      |        |      |      |
| 50. Los fármacos más utilizados para el tratamiento de la hipertensión arterial son: enalapril y metamisol sódico.  |      |      |        |      |      |
| 51. El envejecimiento poblacional consiste en una disminución de la natalidad, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad.        |      |      |        |      |      |
| 52. Una pensión de ancianos da albergue a todos aquellos Adultos Mayores que pueden valerse por sí mismos y no requieren atención especializada.            |      |      |        |      |      |
| 53. Un hogar de día no alberga a los ancianos por día o por hora.   |      |      |        |      |      |
| 54. Una pensión alberga por más de 60 días corridos a un anciano.   |      |      |        |      |      |
| 55. Las residencias para ancianos pueden ser públicas, privadas o concertadas.  |      |      |        |      |      |
| 56. Los centros geriátricos basan su atención en seguridad y salud física, desarrollo   |      |      |        |      |      |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| personal y autonomía entereza social y bien estar espiritual.  |  |  |  |  |  |
| 57. La ONU y México reconocen como derechos de las personas mayores vivir con independencia, participación social, cuidados. Autorrealización y dignidad.  |  |  |  |  |  |
| 58. ¿La percepción que se tenga acerca del Adulto Mayor influye en los cuidados que se les brinda?   |  |  |  |  |  |
| 59. La edad, la pobreza, urbanización, migración y los patrones culturales pueden determinar y condicionar la salud en el Adulto Mayor.  |  |  |  |  |  |
| 60. Los Adultos Mayores son parte importante de la sociedad-   |  |  |  |  |  |
| 61. El Servicio Social Universitario es un vínculo que permite mantener relación con el entorno social.  |  |  |  |  |  |
| 62. El Servicio Social permitirá trascender a Enfermería a través del logro de la profesionalización   |  |  |  |  |  |
| 63. Un marco de referencia con elementos relacionados con la sociología, la ética, la filosofía y la psicología ayudaran a Enfermería a trascender en sus intervenciones en la atención al cuidado del Adulto Mayor. |  |  |  |  |  |
| 64. La percepción social del Adulto Mayor se relaciona con el incremento de la demanda de los centros geriátricos.   |  |  |  |  |  |
| 65. La sociedad está preparada para enfrentar la transición demográfica que se vive en Querétaro.  |  |  |  |  |  |

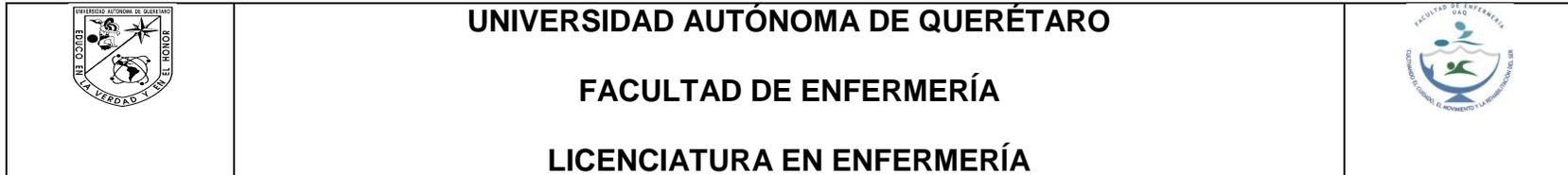
A continuación responde las siguientes preguntas:

|   |
|---|
| 66. En México, ¿A qué edad se considera a una persona adulto mayor?   |
| 67. ¿Cómo definirías un centro geriátrico?  |
| 68. Para ti, ¿Qué representa el Servicio Social?  |
| 69. ¿Cómo afecta la percepción que los pasantes tienen sobre los adultos mayores en los cuidados que les brindan? |

|   |
|---|
| 70. Qué aptitudes consideras que debe tener un enfermero que brinde atención geriátrica                                       |
| 71. ¿Cómo consideras que debe brindarse la atención y el cuidado al adulto mayor?   |
| 72. ¿Cuáles son algunas actividades recreativas y de ocio que los adultos mayores pueden realizar?                            |
| 73. Para brindar una atención adecuada al adulto mayor ¿cuáles maniobras son importantes conocer acerca de mecánica corporal? |
| 74. ¿Qué opinas sobre la etapa de la vejez?   |
| 75. ¿Te gustaría trabajar como enfermera (o) geriátrico? ¿Sí? ¿No? ¿Por qué?  |
| 76. ¿Tengo las aptitudes necesarias para brindar atención y cuidados al Adulto Mayor? ¿Por qué?                               |

¡Gracias por tu colaboración!

### Anexo 3 Consentimiento Informado



#### **“Conocimiento de los pasantes de servicio social de la Licenciatura en Enfermería acerca de los cuidados al adulto mayor”**

Santiago de Querétaro, Querétaro. A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

Por médio del presente documento doy mi consentimiento para participar en la investigación sobre el Conocimiento de los pasantes de servicio social de la Licenciatura en Enfermería acerca de los cuidados al adulto mayor, el cual está realizado por estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Mi participación consiste en responder un cuestionario en el cual proporcionaré datos personales los cuales serán manejados con confidencialidad y anonimato.

\_\_\_\_\_  
Firma de conformidad

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador