TESIS
GSAS200
D7

UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO

VICE-RECTORADO ACADEMICO

DIRECCION GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

CREACION DE UN CENTRO DE ATENCION INTEGRAL AL ANCIANO EN EL MUNICIPIO ANTONIO PINTO SALINAS- SANTA CRUZ DE MORA- ESTADO MERIDA

Presentado a la Universidad Católica Andrés Bello

Por:

CARMEN BEATRIZ DIAZ BRITO

Como requisito parcial para optar el grado de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

Realizado con la tutoría del profesor

Ramón Jáuregui

Mérida, Abril del 2.006

TESIS
GSAS200
D7

UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO

VICE-RECTORADO ACADEMICO

DIRECCION GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

CREACION DE UN CENTRO DE ATENCION INTEGRAL AL ANCIANO EN EL MUNICIPIO ANTONIO PINTO SALINAS- SANTA CRUZ DE MORA- ESTADO MERIDA

Presentado a la Universidad Católica Andrés Bello

Por:

CARMEN BEATRIZ DIAZ BRITO

Como requisito parcial para optar el grado de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

Realizado con la tutoría del profesor

Ramón Jáuregui

Mérida, Abril del 2.006

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

INDICE

RESUMEN	**Pág.**
INTRODUCCIÓN	**4**
CAPITULO I	**5**
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
CAPITULO II	**6**
JUSTIFICACIÒN DEL TRABAJO	
CAPITULO III	**9**
OBJETIVOS GENERALES	
OBJETIVOS ESPECIFICOS	
CAPITULO IV	**10**
MARCO METODOLOGICO	
CAPITULO V	**12**
MARCO TEORICO CONCEPTUAL	
CAPITULO VI	**25**
RESULTADOS ESPERADOS	
PRESUPUESTO	**43**
CRONOGRAMA DE EJECUCIÒN	**44**
CONCLUSIONES	**45**
RECOMENDACIONES	**47**
BIBLIOGRAFIA	**49**
ANEXO	

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado Creación de un Centro de Atención Integral al Anciano en el Municipio Antonio Pinto Salinas Santa Cruz de Mora, en el Estado Mérida se realizo con el objetivo de contribuir al mantenimiento de las capacidades psicofísicas y psicosociales de los adultos mayores.

Ancianos y ancianas mayores de 65 años que acuden a la Dirección de Salud y Desarrollo Social de la Alcaldía del Municipio Antonio Pinto Salinas, quienes están incorporados al Programa de beca municipal, en un en un total de 300 ancianos y ancianas pero solo se entrevistó a 25 ancianos y ancianas, de ambos sexos, utilizando un instrumento por el método de criterio.

Del análisis de datos se obtuvieron las siguientes conclusiones:

El estado civil predominante del anciano (a) es el soltero, la ocupación más frecuente es la relacionada al sexo femenino que es la de oficios del hogar, la edad se encuentra ubicada entre los 60 y 85 años, como dato educativo del anciano predomina el de alfabeto (a), la mayoría depende económicamente de sus hijos, los ancianos que van a ser ingresado al Centro tienen vivienda propia, el estado nutricional esta en el rango recomendado para sus edades.

INTRODUCCIÓN

Siguiendo el mandato constitucional donde es deber del estado garantizar a los ancianos y ancianas el pleno ejercicio de sus derechos y garantías. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, está obligado a respetar su dignidad humana, su autonomía y les garantizará atención integral y los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida.

Una estrategia para abordar el problema de salud y aspectos sociales, económicos, de la población del adulto mayor y para obtener una respuesta más integral a este importante núcleo de la población, es la creación de un Centro de Atención Integral al Anciano justificando los espacios físicos que deja el Hospital Dr. Heriberto Romero debido a la construcción de su nueva sede, dicho centro no debe convertirse en algo custodial donde el mismo pueda, además de recibir atención de diferentes profesionales de la medicina, nutrición, enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, psicología y asistencia social, reciba una alimentación balanceada, practicar actividades físico recreativas como taichí, bailoterapia, gimnasia; actividades culturales como teatro, coral e instrumentos; actividades recreativas como juegos varios, tardes de cine, celebración de cumpleaños, tardes musicales entre otras; actividades formativas como cursos, charlas y talleres sobre diversos tópicos, promoción de su autonomía, dignidad y desarrollo personal, brindarle comprensión, cariño, esparcimiento y apoyo para que pasen la última etapa de su vida en un ambiente agradable.

CAPITULO I

CONTEXTO DEL ESTUDIO

Conocemos, con la exactitud que ofrece la ciencia demográfica, el progresivo incremento de la proporción de ciudadanos cuya edad cronológica supera una edad que se ha dado en situar en los 65 años. Este momento de la vida, en el que la mayor parte de las personas aseguran tener una aceptable salud, se ha tomado como impreciso límite de la edad adulta quizás por coincidir en la mayor parte de los casos con la de jubilación, y con el progresivo aumento de la necesidad de cuidados sanitarios y de otros medios de atención social. La evolución de la familia en la sociedad del fin del milenio pasado ha contribuido a complicar el apoyo preciso para atender a las necesidades, complejas en ocasiones, que surgen en relación con el envejecimiento de nuestros ciudadanos. Este hecho social obliga a presupuestar mayores recursos en términos económicos y también a la previsión de medios técnicos, que deberían de ser cubiertas por las entidades públicas.

El término de "ancianidad" es más ambiguo todavía, ya que implica un cierto grado de dependencia, lo que no suele ser fácil de cuantificar porque es frecuente encontrar personas de edad avanzada con elevado grado de autonomía mientras que otras más jóvenes no. Además, la "ancianidad", es decir, la situación de dependencia relativa total la que muchos llegan finalmente durante variables periodos de su vida, es el objetivo contra el que luchar, para conseguir que más ciudadanos alcancen edades avanzadas en la mejor situación física y psicológica posible.

CAPITULO II

JUSTIFICACION

Los ancianos presentan diversas necesidades sanitarias y sociales. Si bien todos los ancianos deben ser objeto de atención sanitaria integral. En efecto, uno de los principales objetivos sanitarios en nuestra sociedad es el mantenimiento de la autonomía de los ciudadanos tan largo tiempo como sea posible, a través de programas preventivos que sean capaces de controlar la morbilidad en general, especialmente de aquellas patologías frecuentemente asociadas a dependencia física, relacionadas con la esfera cardiovascular, en concreto con las secuelas de accidentes cerebro vasculares, y del sistema respiratorio, o del aparato locomotor, sin olvidar el importante papel que especialmente en esta etapa vital desempeña la salud mental. Un ámbito de especial interés en la atención de estos pacientes es el medio domiciliario, donde el paciente anciano se encuentra máximamente orientado y seguro, y donde paradójicamente ocurre el mayor número de accidentes, especialmente las caídas. La enfermedad o invalidez de un miembro de la familia afecta al resto de la familia. Este hecho tan obvio es a menudo olvidado cuando tratamos a cada paciente individual. Cada enfermo precisa una orientación terapéutica y recomendaciones de diverso tipo que sin duda afectan a aquellas personas que conviven con él, tanto más cuanto mayor sea su nivel de dependencia. Por ello es aconsejable realizar alianzas dentro del entorno familiar que mantengan alto el dintel de confianza no sólo por parte del

enfermo, sino por quien debe ser nuestro apoyo dentro del grupo familiar. La continuidad, coherencia, visión integral de los problemas, la comunicación y la confianza están significativamente ligadas.

Dentro de la familia se organiza un sistema de cuidados al anciano que acaba por recaer en el prototipo de cuidador del anciano responde al de una mujer, generalmente hija, en torno a los cincuenta años, ama de casa y con un nivel cultural bajo, con dificultades personales previas más o menos patentes a la que viene a añadirse una carga realmente pesada en algunos casos.

La transformación demográfica en combinación con el éxito en el control de múltiples enfermedades infecciosas y los profundos cambios en el estilo de vida, han impactado de manera determinante el patrón de morbilidad y mortalidad de nuestro país. A diferencia de lo que ocurría hace algunas décadas; actualmente las personas adultas representan menos de la mitad de la población y las enfermedades que afectan a este grupo de edad constituyen las primeras causas de muerte dentro de la población general.

En el Municipio Antonio Pinto Salinas la población total es de aproximadamente 25.000 habitantes según el censo del año 2001, siendo la población de 65 años y más de 1.543 y para la Parroquia Santa Cruz de Mora de 1.169 lo que representa el 4,67 % del total de la población.

Una estrategia para abordar el problema de salud y aspectos sociales, económicos, de la población del adulto mayor y para obtener una respuesta más integral a este importante núcleo de la población, es la creación de un Centro de Atención Integral al Anciano justificando los espacios físicos que deja el Hospital Dr. Heriberto

Romero debido a la construcción de su nueva sede, dicho centro no debe convertirse en algo custodial donde el mismo pueda, además de recibir atención de diferentes profesionales de la medicina, nutrición, enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, psicología y asistencia social, reciba una alimentación balanceada, practicar actividades físico recreativas como taichí, bailoterapia, gimnasia; actividades culturales como teatro, coral e instrumentos; actividades recreativas como juegos varios, tardes de cine, celebración de cumpleaños, tardes musicales entre otras; actividades formativas como cursos, charlas y talleres sobre diversos tópicos, promoción de su autonomía, dignidad y desarrollo personal, brindarle comprensión, cariño, esparcimiento y apoyo para que pasen la última etapa de su vida en un ambiente agradable.

Además de que se impone la necesidad de concebir una mejor planificación en cuanto a protección de los ancianos, los cuales tienden a incrementar su número y a ser más dependientes a medida que avanzan en edad (Ferrer, Olavaria 1985).

CAPITULO III

OBJETIVO GENERAL

* Crear un Centro de Atención Integral al Anciano en el Municipio Antonio Pinto Salinas, para contribuir al mantenimiento de las capacidades psicofísicas y psicosociales de los adultos mayores.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Proteger la salud, prevenir las enfermedades crónico-degenerativas y elevar la calidad de vida de los ancianos.

2. Educar a la población sobre los factores de riesgo.

3. Promover la alimentación saludable en la población mayor de 65 años de edad a través de la elaboración de materiales educativos sobre la calidad y cantidad de los nutrientes para la prevención de enfermedades crónico-degenerativas.

4. Promover cursos de manualidades, agricultura, pintura, etc., para los ancianos y ancianas

5. Desarrollar actividades físico- recreativas en la población mayor de 65 años de edad, para la buena salud física y mental

6. Promover actividades culturales y recreativas.

7. Impartir charlas sobre diversos tópicos

CAPITULO IV

Tipo y Diseño de la investigación:

La presente investigación es de tipo descriptivo de corte transversal prospectivo

Población y Muestra:

Universo: Ancianos y ancianas mayores de 65 años que acuden a la Dirección de Salud y Desarrollo Social de la Alcaldía del Municipio Antonio Pinto Salinas, quienes están incorporados al Programa de beca municipal, en un en un total de 300 ancianos y ancianas

La muestra a quien se le va aplicar el instrumento de ancianos y ancianas es de 25, debido a que la capacidad de inicio que va atener el centro tomando como muestra el 8 %, al azar de los 300

Variables:

Dependiente

1. Población mayor de 65 años del Municipio Antonio Pinto Salinas
2. Que pueda valerse por sí mismo.
3. Que no requiera de cuidados especiales.
4. Disponibilidad para aprender y participar en las actividades diarias.

Independiente

1. Condición Socio Económica
2. Conformación del Grupo Familiar
3. Sexo
4. Grado de Instrucción
5. Ocupación u oficio
6. Habilidad y destreza
7. Edad
8. Estado Civil
9. Población Urbana

CAPITULO V

MARCO TEORICO

Geriatría:

Ciencia que estudia las enfermedades agudas y crónicas de los pacientes mayores, y se interesa por el conocimiento de la patología del anciano, las variaciones que presenta el organismo de las personas mayores ante los procesos comunes, así como la terapéutica que precisan, ocupándose, en última instancia, de la recuperación funcional y la reinserción social de estas personas.

El propósito básico de la Geriatría es mejorar la calidad de vida más que prolongarla, dispensando cuidados de tipo preventivo, progresivo, integral y continuado, para lograr:

* Añadir años a la vida.

* Añadir salud a la vida.

* Añadir vida a los años.

Gerontología:

Ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en general, así como las modificaciones fisiológicas, psicológicas y sociales que se producen en la senectud.

Biogerontologia:

Ciencia que estudia el ¿cómo? y el ¿por qué? del envejecimiento de los seres vivos.

Gerocultura, Senecticultura, Gerofilaxis o Gerontología Preventiva:

"Es la ciencia y el arte de cuidar a los ancianos o a los que van a serlo, al objeto de conseguir una sana y feliz vejez".

Se trataría de todas aquellas actuaciones que tratan de proteger al hombre de:

Peligros, hábitos y causas de las enfermedades que originan una vejez prematura, Enfermiza y decrépita.

Procurando conseguir una vejez sana, sosegada y tranquila y que el declive fisiológico se acompañe del mejor estado de bienestar físico, psíquico, económico y social.

El Envejecimiento

Proceso de envejecimiento:

El envejecimiento es un proceso normal que se traduce en una serie de cambios fisiológicos que lenta y progresivamente se presentan en el transcurso del tiempo y pueden considerarse como el efecto global del envejecimiento celular.

Se caracteriza por el enlentecimiento gradual de algunas funciones y desaparición de otras, disminución de la adaptabilidad y defensas frente a los cambios ambientales, aumentando la vulnerabilidad de la persona con la aparición de una mayor incidencia de enfermedades, que ponen en peligro la supervivencia de sujeto.

El envejecimiento es hoy en día uno de los cambios notables en la estructura de la población mundial y es consecuencia de la transición demográfica que acompaña

a la modernización y por lo tanto resulta un fenómeno característico de las sociedades más avanzadas (ONU, 1982). Este fenómeno se debe en parte a la disminución de las tasas de fecundidad y también al aumento en la esperanza de vida de las poblaciones.

Aunque se han propuesto innumerables definiciones sobre el envejecimiento la más aceptada en términos generales es la recogida por Biner y Bourliere, que lo expresa como el "Conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos".

Biología del Envejecimiento:

El envejecimiento es un proceso individualizado, que cursa de manera distinta en razón de la biología de cada sujeto. Guarda relación con factores biogenéticos potencialmente dominantes y con ciertos factores indeterminados, que dependen del imprevisible proceso histórico-cultural, manifestándose como una pérdida progresiva y uniforme del estado óptimo de salud y vigor.

Envejecimiento Fisiológico y Patológico:

El envejecimiento fisiológico se considera un hecho normal, siempre que posibilite el disfrute de una buena calidad de vida, adaptada a las diferentes situaciones funcionales y orgánicas que acontecen a lo largo de la existencia.

Cuando se instauran una o varias enfermedades en el proceso fisiológico de envejecimiento y modifica el curso del mismo, se habla de envejecimiento patológico.

Problemas derivados del envejecimiento:

1. De índole sanitario: aumento de enfermedades crónicas y demandas de hospitalización.
2. Económicas: disminución de la población activa y mayores cargas para los Sistemas de Seguridad Social.
3. Psicológicas: reacciones psicógenas de los ancianos y de las familias.
4. Mayor número de plazas y camas psicogerontológicas.
5. Políticas: tendencia al conservadurismo, choques generacionales y modos de vida diferentes.

Salud y Alimentación:

El adulto mayor ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica y el deterioro de la calidad de vida producida por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud y alimentación del adulto.

Los problemas alimentarlos y, como consecuencia, la malnutrición de la persona de edad avanzada, es un fenómeno corriente en la práctica geriátrica y gerontológico por lo que debe considerarse como un grupo vulnerable y de alto riesgo nutricional

Existen numerosos factores que pueden modificar el estado nutricional del Adulto Mayor. Estos son de diversa índole y van desde problemas metabólicos hasta los

efectos socioeconómicos del envejecimiento.

El anciano está adquiriendo una importancia cada vez mayor como grupo humano; al mismo tiempo se reconoce que se enferma con mucha más frecuencia que los individuos jóvenes; por esta razón, consumen casi el 40% de los recursos de cuidados para la salud, aunque constituyan solamente el 11% de la población actual (Anzola 1989).

Teorías del Envejecimiento:

Las principales teorías del envejecimiento se pueden agrupar en dos amplios tipos; uno de los cuales dice que el envejecimiento es una característica programada genéticamente y es consecuencia de la maduración celular; el otro atribuye el envejecimiento a una acumulación progresiva de moléculas defectuosas que degeneran en disfunción celular y muerte (Chandra 1989). Entre las diversas teorías formuladas, unas más aceptadas que otras por la comunidad científica, nos encontramos:

Teoría Genética:

Todos los estudios parecen demostrar la existencia real de genes determinantes de la longevidad: la longevidad de las especies de mamíferos parece estar gobernada, en parte, por la expresión de un conjunto común de procesos protectores de la oxidación; es el sistema génico del principal complejo de histocompatibilidad (HLA)

Evidencias del control genético de la duración de la vida:

* Los modelos de duración de la vida son específicos para cada especie animal.

*Los gemelos univitelinos tienen una esperanza de vida más similar que los

bivitelinos.

Los dos síndromes de vejez prematura (SÍNDROME DE WERNER Y PROGERIA), son inducidos genéticamente como herencia autonómica en los dos síndromes.

Teoría de los Radicales Libres:

El envejecimiento parece ser causado, al menos en parte, por los efectos tóxicos del metabolismo del 02 y de los procesos de desintoxicación. Esta teoría supone que el envejecimiento es debido a los daños celulares producidos por los radicales libres, presentes en diferentes reacciones orgánicas.

Los radicales libres, son moléculas inestables con uno o más electrones no emparejados que causan reacciones de oxidación al azar, perjudiciales para muchos procesos biológicos.

Teoría del Envejecimiento por Entrecruzamiento:

Con la edad, se producen cambios moleculares en sustancias extra e intracelulares, así como en el DNA y en el RNA.

El entrecruzamiento molecular, como sucede en el colágeno, produce una disminución de la solubilidad, elasticidad y permeabilidad, dando lugar a un aumento de la viscosidad extracelular que impide el flujo de nutrientes y de los productos de desecho de dentro afuera de las células.

Según esta teoría, los fenómenos de entrecruzamiento son el primer acontecimiento que conduce a la mayoría de cambios que acontecen con la edad.

Teoría de la Acumulación de Productos de Desecho:

Se encuentra en relación con la acumulación de los diferentes pigmentos (lipofuscina), en células que no se dividen como las neuronas, células del músculo Cardíaco, etc.

Estos cuerpos de inclusión representan agregados de productos de desecho, que se acumulan e impiden la función celular y causan los cambios que aparecen a medida que envejecemos.

Teoría Inmunológica:

Se basa en dos hechos:

* Deterioro global de la función del sistema inmune, que se produce con la edad.

* Incremento notable de las manifestaciones autoinmunes a medida que pasa el tiempo.

Teoría Endocrina:

Según esta teoría, la causa del envejecimiento, es la disminución de la capacidad funcional de los sistemas nervioso y hormonal, esenciales para la supervivencia de la homeostasis.

Teoría de Las Mutaciones Somáticas:

Durante la vida, se producen continuas mutaciones en las células somáticas que se suman en el tiempo, dando lugar a una disminución de la capacidad fisiológica del organismo.

Teoría del Error Catastrófico:

Con la edad, se produce una disminución de la capacidad del mecanismo de síntesis de las proteínas en las diferentes células del organismo, originándose proteínas erróneas.

Otros fenómenos relacionados con el Envejecimiento:

1. Fenómeno de "HAYFLICK': en relación con el tiempo en que se produce la muerte de los cultivos de fibroblastos humanos, en razón con la edad del individuo, de donde fueron obtenidos.
2. Radiaciones: experiencia en irradiaciones (Chernobyl).
3. Capacidad mitótica.
4. Neoplasia y envejecimiento normal.
5. El efecto del ejercicio.

Varias teorías sociológicas y psicológicas constituyen abordajes alternativos al anteriormente citado de tipo biológico. Dos de las más conocidas son la teoría del "desenganche" y la de la "actividad".

La primera, contempla el envejecimiento normal como una retirada, distanciamiento o separación mutua entre el propio individuo y la sociedad en su conjunto, hecho que se percibe corno inevitable y ventajoso para ambos. En este sentido, el desenganche permite el mantenimiento de la estabilidad y la continuidad de un funcionamiento eficiente de la sociedad.

La teoría "de la actividad" plantea el punto de vista contrario y propone que la clave para un envejecimiento con éxito es mantenerse ocupado en actividades tanto

físicas como sociales, dentro de unos límites que permitan a la persona anciana actuar y comportarse con normalidad.

Cambios Estructurales y Funcionales en la Edad Avanzada:

El deterioro funcional no es homogéneo en los diferentes sistemas orgánicos del individuo y tampoco entre los distintos individuos.

En relación a la composición corporal, se produce una disminución de la masa muscular y del tamaño de los órganos, así como cambios en las proporciones de los compartimentos líquidos (disminución del H_20 total corporal con la edad)

A nivel de aparatos, suceden los siguientes cambios anatómicos y funcionales:

Tejidos de sostén:

* Aumento de la fuerza de cohesión y estabilidad del colágeno.

* Fragmentación y calcificación de la elastina.

* Disminución de la capacidad de regeneración del tejido conjuntivo, lo que conlleva una disminución de la elasticidad tisular.

Piel y faneras:

* Piel deshidratada, menos elástica y vascularizada.

* Pérdida de la grasa subcutánea y de la untuosidad de la piel y cabello.

* Púrpura senil, úlceras de éxtasis venoso en las piernas y pérdida de la sensibilidad.

* Cambios en la piel con sequedad.

Lo que conlleva:

* Arrugas cutáneas y laxitud de la piel.

* Fragilidad capilar, telangiectasias y úlceras de decúbito.

* Xerosis cutánea, queratosis actínica, encanecimiento y alopecia.

Aparato cardiovascular:

* Disminución de la reserva cardiaca, arritmias.

* Escasa respuesta del pulso al ejercicio, aumento de la presión diferencial del pulso y respuesta inadecuada al ortostatismo.

Aparato respiratorio:

* Disminución de la capacidad vital, del FEV Y FEM, aumento del volumen residual y de la diferencia alveolo arterial del O2.

* Aumento del riesgo de infecciones y bronco aspiración

Sistema Nefro-urológico:

* Disminución de la función renal y de la capacidad de concentración.

* Disminución del tono de los uréteres, vejiga y uretra.

* Trastornos del vaciamiento completo de la vejiga.

* Aumento del tamaño prostático en hombres, tendencia a la incontinencia urinaria e infección.

Aparato genital feminino:

* Vaginitis atrófica

* Predisposición a la dispareumia, hemorragias e infección

* Alteraciones en la función sexual

Aparato genital masculino:

* Aumento del tamaño prostático con cambios neoplásicos.

* Cambios en la función sexual.

Aparato gastro-intestinal:

* Alteraciones en boca y dientes: papilas, lengua y encías.

* Tránsito esofágica prolongada, reflujo esofágico.

* Disfagia, poliposis gástrica y metaplasia intestinal.

* Estreñimiento, diverticulosis e incontinencia fecal.

Sistema endocrino:

* Cambios de la respuesta de insulina, a los niveles de glucosa en sangre.

* Modificación de los niveles hormonales.

Sistema hematopoyético e inmune:

* Ferropenia, fibrinógeno elevado y disminución de algunas reacciones inmunológicas.

Sistema nervioso central:

*Confusión mental.

* Capacidad reducida de memorización y lentitud mental.

* Enlentecimiento de la conducción nerviosa.

* Enfermedades ligadas a sustancias neurotransmisoras: enfermedad de Parkinson, corea de Huntington y enfermedad de Alzheimer.

Sentidos:

* Ojos: presbicia, cataratas, aplanamiento corneal astigmatismo, gerontoxon, rigidez del iris, disminución del tamaño pupilar y de la elasticidad del cristalino, miodesopsias, fotopsias y aumento PI.O. xantelasma y alteraciones de los músculos oculares.

* Oídos: presbiacusia (disminución de la capacidad auditiva).

Músculo esquelético:

* Pérdida global de la masa muscular.

* Reducción de la fuerza muscular.

* Envejecimiento de los tendones.

* Cifo-escoliosis, alteraciones osteoarticulares, artrosis, osteopenia y osteoporosis.

Otros Conceptos:

Conviene aclarar en este momento dos conceptos habitualmente manejados cuando se habla de las "personas mayores", dado que se utilizan con excesiva frecuencia de una manera inapropiada. Se trata de los conceptos "envejecimiento" y "longevidad".

El término "envejecimiento" debe utilizarse exclusivamente para referirse a algún atributo relativo a la población (ej. población muy envejecida). Por contra, el término "longevidad" debemos reservarlo tan sólo para referirnos a cualidades de la

persona (ej. persona muy o poco longeva)

Población envejecida será cuando las personas mayores de 65 años superan el 10% de la población total y población muy envejecida, cuando las personas mayores de 65 años superan el 13 % de la misma.

Morbilidad en los Ancianos:

Los problemas de salud característicos de la tercera edad, aunque atípicos y variopintos, se podrían resumir en dos grandes apartados:

Aquellos que producen una limitación más o menos importante de sus capacidades y los que derivan en enfermedades crónicas manifiestas.

Las enfermedades más incapacitantes las producen las patologías osteo-articulares y vasculocerebrales agudas y crónicas.

Según diversas encuestas las situaciones crónicas más comúnmente referidas por los ancianos suelen ser:

* Artrosis.

* Pérdida de audición. Pérdida de visión.

* Hipertensión arterial

* Enfermedad cardiaca.

La patología psiquiátrica es bastante frecuente en el anciano:

* Neurosis, con problemas esenciales serios.

* Depresión.

*Reacciones paranoides.

* Entre el 4-7% de los mayores de 65 años presentan demencia grave.

* Entre el 20-25% de los mayores de 80 años presentan demencia grave.

CAPITULO VI

Cuadro Nº 1

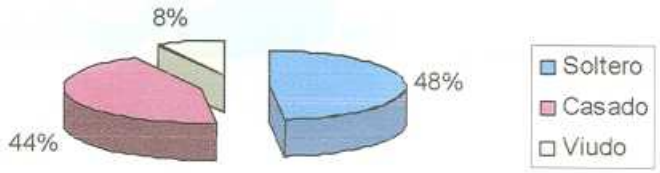
Estado Civil del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral en Santa Cruz de Mora en el Municipio Antonio Pinto Salinas Año 2006

Estado Civil	Nº	%
Soltero	12	48,00
Casado	11	44,00
Viudo	2	8,00
Total	**25**	**100,00**

Fuente: Encuesta Aplicada

Grafico Nº 1

Estado Civil del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral



Análisis:

El estado civil predominante del anciano (a) es el soltero, de 25 encuestados (a), 12 corresponden a este tipo de unión, en un porcentaje del 48 %.

Cuadro Nº 2

Ocupación del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral en Santa Cruz de Mora en el Municipio Antonio Pinto Salinas

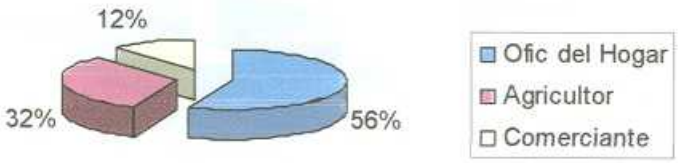
Mérida- Venezuela Año 2006

Ocupación	Nº	%
Oficios del Hogar	14	56
Agricultor	8	32
Comerciante	3	12
Total	**25**	**100**

Fuente: Encuesta Aplicada

Grafico Nº 2

Ocupación del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral



Análisis

La ocupación más frecuente es la relacionada al sexo femenino que es la de oficios del hogar con un 56%, esto posiblemente debido a que es la mujer quien asume ese rol.

Cuadro Nº 3

Edad del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral en Santa Cruz de Mora en el Municipio Antonio Pinto Salinas

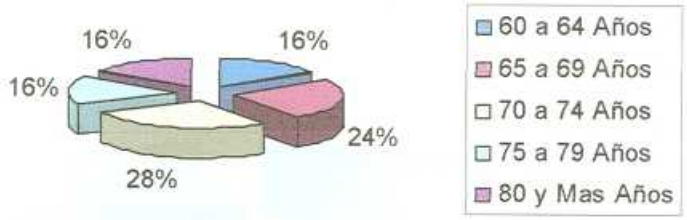
Mérida -Venezuela -Año 2006

Edad	Nº	%
60 a 64 Años	4	16,00
65 a 69 Años	6	24,00
70 a 74 Años	7	28,00
75 a 79 Años	4	16,00
80 y Mas Años	4	16,00
Total	**25**	**100,00**

Fuente: Encuesta Aplicada

Grafico Nº 3

Edad del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral



Análisis

La edad más frecuente del anciano (a) que va ha ser ingresado al Centro Integral es de 70 a 74 años con un 28 %.

Cuadro Nº 4

Sexo del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral en Santa Cruz de Mora en el Municipio Antonio Pinto Salinas

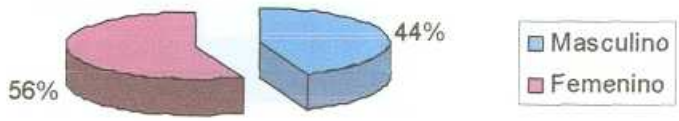
Mérida -Venezuela -Año 2006

Sexo	Nº	%
Masculino	11	44,00
Femenino	14	56,00
Total	**25**	**100,00**

Fuente: Encuesta Aplicada

Grafico Nº 4

Sexo del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral



Análisis:

El sexo predominante de los encuestados fue el femenino con un 56 %

Cuadro Nº 5

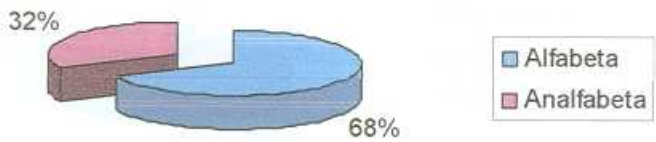
Datos Educativos del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral en Santa Cruz de Mora en el Municipio Antonio Pinto Salinas Mérida - Venezuela -Año 2006

Datos Educativos	Nº	%
Alfabeta	17	68,00
Analfabeta	8	32,00
Total	**25**	**100,00**

Fuente: Encuesta Aplicada

Grafico Nº 5

Datos Educativos del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral



Análisis:

Como dato educativo del anciano predomina el de alfabeta con un 68 %

Cuadro Nº 6

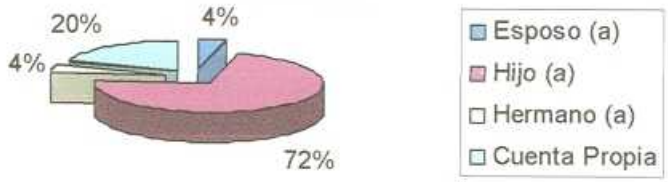
Dependencia Económica del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral en Santa Cruz de Mora en el Municipio Antonio Pinto Salinas Mérida – Venezuela –Año 2006

Dependencia	Nº	%
Esposo (a)	1	4,00
Hijo (a)	18	72,00
Hermano (a)	1	4,00
Cuenta Propia	5	20,00
Total	**25**	**100,00**

Fuente: Encuesta Aplicada

Grafico Nº 6

Dependencia Económica del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral



Análisis:

El 72 % de los ancianos que van ha ingresar al Centro depende económicamente de sus hijos.

Cuadro Nº 7

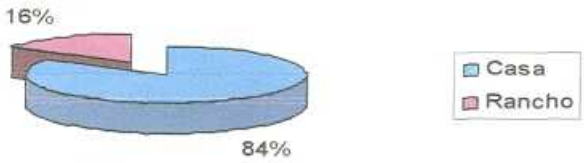
Tipo de Vivienda del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral en Santa Cruz de Mora en el Municipio Antonio Pinto Salinas -Mérida -Venezuela -Año 2006

Vivienda	Nº	%
Casa	21	84,00
Rancho	4	16,00
Total	**25**	***100,00***

Fuente: Encuesta Aplicada

Grafico Nº 7

Tipo de Vivienda del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención



Análisis

El tipo de vivienda que predomina en el anciano (a) que va ha ingresar al Centro es casa, ya que en su mayoría son del casco de la ciudad

Cuadro Nº 8

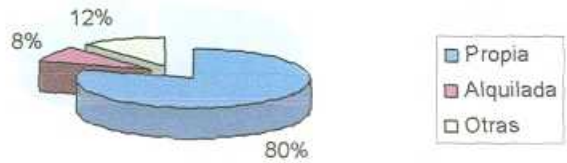
Tenencia de la Vivienda del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral en Santa Cruz de Mora en el Municipio Antonio Pinto Salinas -Mérida - Venezuela -Año 2006

Tenencia	Nº	%
Propia	20	80,00
Alquilada	2	8,00
Otras	3	12,00
Total	**25**	**100,00**

Fuente: Encuesta Aplicada

Grafico Nº 8

Tenencia de la Vivienda del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral



Análisis:

El 80 % de los ancianos que van a ser ingresado al Centro la vivienda es propia, lo cual indica que al momento de terminar su jornada pueden sin ningún inconveniente llegar a su casa.

Cuadro Nº 9

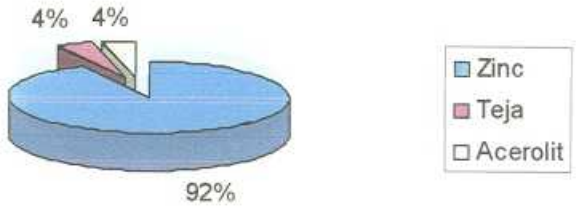
Techo de la Vivienda del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral en Santa Cruz de Mora en el Municipio Antonio Pinto Salinas -Mérida - Venezuela -Año 2006

Techo	Nº	%
Zinc	23	92,00
Teja	1	4,00
Acerolit	1	4,00
Total	**25**	**100,00**

Fuente: Encuesta Aplicada

Grafico Nº 9

Techo de la Vivienda del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral



Análisis:

El tipo de techo predominante en la vivienda del anciano que va ha ingresar al Centro *es el de Zinc con un 92 %*

Cuadro Nº 10

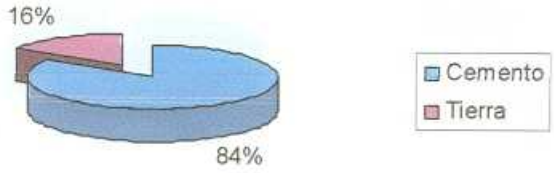
Piso de la Vivienda del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral en Santa Cruz de Mora en el Municipio Antonio Pinto Salinas -Mérida - Venezuela -Año 2006

Piso	Nº	%
Cemento	21	84,00
Tierra	4	16,00
Total	**25**	**100,00**

Fuente: Encuesta Aplicada

Grafico Nº 10

Piso de la Vivienda del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral



Análisis:

El tipo de piso que predomina en la vivienda del anciano que va ha ingresar al Centro es el de cemento con un 84 %

Cuadro Nº 11

Paredes de la Vivienda del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral en Santa Cruz de Mora en el Municipio Antonio Pinto Salinas -Mérida - Venezuela -Año 2006

Paredes	Nº	%
Bloque	23	92,00
Bahareque	1	4,00
Madera	1	4,00
Total	**25**	**100,00**

Fuente: Encuesta Aplicada

Grafico Nº 11

Paredes de la Vivienda del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral

Análisis

El tipo de paredes que predomina en la vivienda del anciano que va ha ingresar al Centro es la de bloque con un 92 %

Cuadro Nº 12

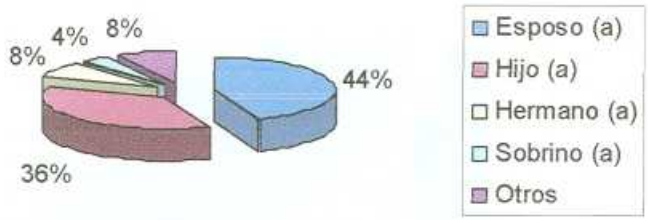
Grupo Familiar del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral en Santa Cruz de Mora en el Municipio Antonio Pinto Salinas-Mérida –Venezuela- Año 2006

Grupo Familiar	Nº	%
Esposo (a)	11	44,00
Hijo (a)	9	36,00
Hermano (a)	2	8,00
Sobrino (a)	1	4,00
Otros	2	8,00
Total	**25**	**100,00**

Fuente: Encuesta Aplicada

Grafico Nº 12

Grupo Familiar del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral



Análisis:

El presente cuadro nos indica que del total de ancianos el 44 % vive con su pareja

Cuadro Nº 13

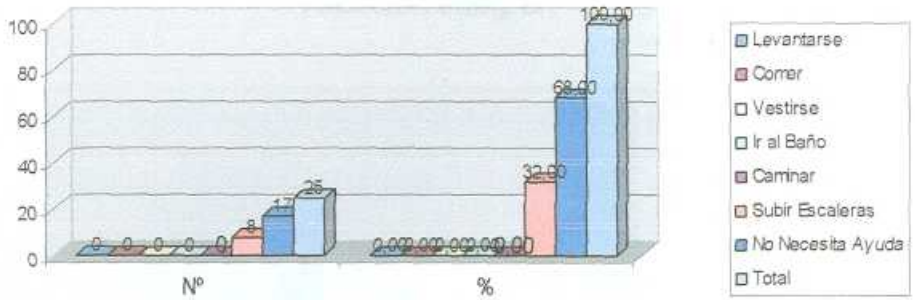
Tipo de Ayuda Familiar que Necesita el Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral en Santa Cruz de Mora en el Municipio Antonio Pinto Salinas-Mérida -Venezuela -Año 2006

Ayuda	Nº	%
Levantarse	0	0,00
Comer	0	0,00
Vestirse	0	0,00
Ir al Baño	0	0,00
Caminar	0	0,00
Subir Escaleras	8	32,00
No Necesita Ayuda	17	68,00
Total	**25**	**100,00**

Fuente: Encuesta Aplicada

Grafico Nº 13

Tipo de Ayuda Familiar del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral



Análisis:

El presente cuadro nos indica que el 68 % de los ancianos (a) no necesitan ayuda sino que se valen por si mismo, lo que se convierte en una ventaja al momento de su ingreso

Cuadro Nº 14

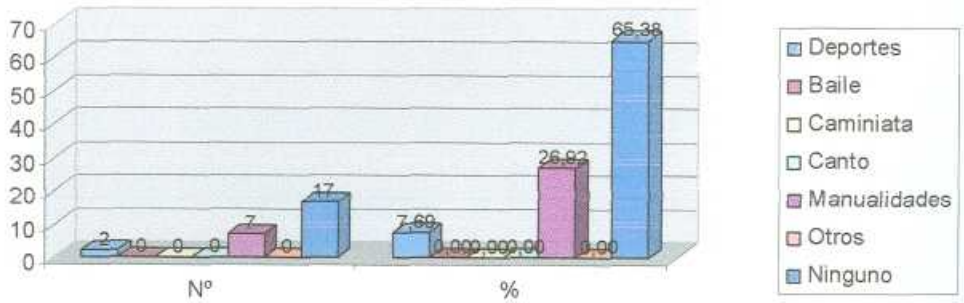
Participación en Actividades del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral en Santa Cruz de Mora en el Municipio Antonio Pinto Salinas- Mérida - Venezuela -Año 2006

Actividad	Nº	%
Deportes	2	7,69
Baile	0	0,00
Caminata	0	0,00
Canto	0	0,00
Manualidades	7	26,92
Otros	0	0,00
Ninguno	17	65,38
Total	**26**	**100,00**

Fuente: Encuesta Aplicada

Grafico Nº 14

Participación en Actividades del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral



Análisis:

El 65,38 % de los ancianos que van ha ingresar al centro no participan en ninguna actividad ni recreativa, cultural, deportiva, etc lo que nos alerta al equipo de trabajo para que se busquen estrategias y se incentive a los mismos a realizar dichas actividades como hobby.

Cuadro Nº 15

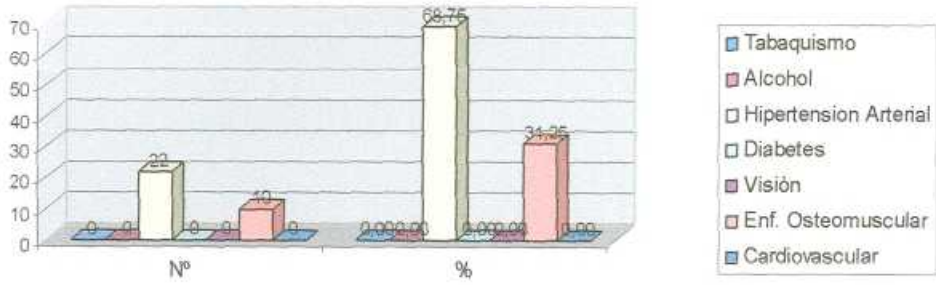
Riesgo de Salud del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral en Santa Cruz de Mora en el Municipio Antonio Pinto Salinas-Mérida -Venezuela -Año 2006

Riesgo	Nº	%
Tabaquismo	0	0,00
Alcohol	0	0,00
Hipertensión Arterial	22	68,75
Diabetes	0	0,00
Visión	0	0,00
Enf. Osteomuscular	10	31,25
Cardiovascular	0	0,00
Total	32	100,00

Fuente: Encuesta Aplicada

Grafico Nº 15

Riesgo de Salud del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral



Análisis:

El 68,75 % de los ancianos (a) que van ha ser ingresado al centro tienen como patología de base la hipertensión arterial seguida de la enfermedad osteomuscular, lo que significa que dentro de las políticas internas se le debe garantizar los medicamentos, además de una dieta adecuada a la patología.

Cuadro Nº 16

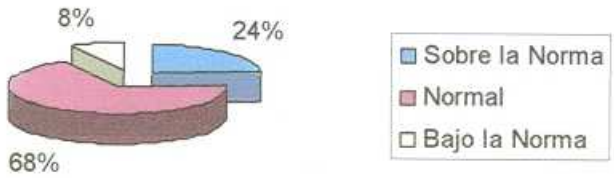
Estado Nutricional del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral al Anciano en Santa Cruz de Mora en el Municipio Antonio Pinto Salinas-Mérida -Venezuela -Año 2006

Estado Nutricional	Nº	%
Sobre la Norma	6	24,00
Normal	17	68,00
Bajo la Norma	2	8,00
Total	25	100,00

Fuente: Encuesta Aplicada

Grafico Nº 16

Estado Nutricional del Anciano (a) que va ha ser Ingresado al Centro de Atención Integral



Análisis:

El presente cuadro nos indica que el 68 % de los ancianos (a) se encuentran con un estado nutricional normal, seguido por un 24 % que esta Sobre la Norma. por lo que se debe contar con un equipo multidisciplinario que incluya a un profesional de la nutrición.

PRESUPUESTO

Búsqueda de Información		Bs. 10.000,00
Traslado a la Ciudad de Mérida		Bs. 30.000,00
Imprenta y reproducción		Bs. 50.000,00
Elaboración de cuadros y gráficos		Bs. 50.000,00
Papelería		Bs. 10.000,00
Total del Presupuesto	**Bs.**	**150.000,00**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Noviembre del 2005	Diciembre del 2005	Enero-Febrero y Marzo del 2006	Abril 2006
Recolección de la información	Corrección por parte del Prof. Ramón Jáuregui tanto del Instrumento como de la teoría Reunión con los ancianos y ancianas para explicarle el fin del estudio	Aplicación del Instrumento y procesamiento de datos	Entrega del trabajo final

CONCLUSIONES

* El estado civil predominante del anciano (a) es el soltero, de 25 encuestados (a), 12 corresponden a este tipo de unión, en un porcentaje del 48 %.

* La ocupación más frecuente es la relacionada al sexo femenino que es la de oficios del hogar con un 56%, esto posiblemente debido a que es la mujer quien asume ese rol.

* La edad más frecuente del anciano (a) que va ha ser ingresado al Centro Integral es de 70 a 74 años con un 28 %.

* El sexo predominante de los encuestados fue el femenino con un 56 %

* Como dato educativo del anciano predomina el de alfabeta con un 68 %

* El 72 % de los ancianos que van ha ingresar al Centro depende económicamente de sus hijos

* El tipo de vivienda que predomina en el anciano (a) que va ha ingresar al Centro es casa, ya que en su mayoría son del casco de la ciudad

* El 80 % de los ancianos que van a ser ingresado al Centro la tenencia de la vivienda es propia, lo cual indica que al momento de terminar su jornada pueden sin ningún inconveniente llegar a su casa.

* El tipo de techo predominante en la vivienda del anciano que va ha ingresar al Centro es el de Zinc con un 92 %

* El tipo de piso que predomina en la vivienda del anciano que va ha ingresar al Centro es el de cemento con un 84 %

* El tipo de paredes que predomina en la vivienda del anciano que va ha ingresar al

Centro es la de bloque con un 92 %

* Del total de ancianos el 44 % vive con su pareja

* El 68 % de los ancianos (a) no necesitan ayuda sino que se valen por si mismo, lo que se convierte en una ventaja al momento de su ingreso

* El 65,38 % de los ancianos que van ha ingresar al centro no participan en ninguna actividad ni recreativa, cultural, deportiva, etc lo que nos alerta al equipo de trabajo para que se busquen estrategias y se incentive a los mismos a realizar dichas actividades como hobby.

* El 68,75 % de los ancianos (a) que van ha ser ingresado al centro tienen como patología de base la hipertensión arterial seguida de la enfermedad osteomuscular, lo que significa que dentro de las políticas internas se le debe garantizar los medicamentos, además de una dieta adecuada a la patología

* El 68 % de los ancianos (a) se encuentran con un estado nutricional normal, seguido por un 24 % que esta Sobre la Norma. por lo que se debe contar con un equipo multidisciplinario que incluya a un profesional de la nutrición.

RECOMENDACIONES

Mediante el presente trabajo se intenta poner en funcionamiento un centro de atención integral al anciano a fin de brindar seguridad y bienestar a esta población de riesgo.

* Se debe promover el cuidado de los ancianos en el Centro con la Familia, ya que esta cumple un papel importante en el mantenimiento del Bienestar Biopsicosocial de los mayores.

* Diseñar Programas de Salud de carácter preventivo y rehabilitador que den respuesta a las nuevas y crecientes demandas asistenciales públicas de nuestros ancianos y que eleven la calidad de vida de los mismos.

* Promocionar actividades deportivas, culturales, recreativas que más allá del efecto positivo en la salud, representan un beneficio en particular y complementario que ayuda por su carácter grupal, en el logro de una mayor integración y enriquecimiento de la vida social del adulto mayor

* Educar a los ancianos y ancianas mediante cursos, talleres y charlas sobre diversos tópicos de interés para los adultos mayores, entre ellos podemos nombrar: Salud, Memoria y Atención, Lencería, Manualidades, Vitrales, Alimentación Balanceada, Belleza, Pintura Sobre Tela, Ejercicios para la Salud, Música, Juegos Tradicionales. Entre otros.

* Incentivar al personal de salud en cuanto a la atención integral al anciano

* Realizar alianzas estratégicas con otros sectores para la creación del Centro de Atención Integral al Anciano en el Municipio.

BIBLIOGRAFIA

Anzola E, Galinsky D, Morales F, Salas A, Sánchez M. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. PAHO. Publicación Científica Nº 546, Washington, 1994.

Chandra R. 1989. National regulation of immunity and risk of infection in old age. Immunology 67: 141-147

Ferrer M, Olavarria J. 1985. La atención al anciano en Venezuela. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología 31: 33-49

http://www.salud.gob.mx/unidades/estructura/sesas.htm

http://www.salud.gob.mx/coorve/adulto.html

http://www .sistemadif.jalisco.gob.mx/est5.html

http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/cited/mated.htm

http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/contactos.htm#cited

http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/cited/mated.htm

http://www.who.int/home-page/index.es.html

ANEXO

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MUNICIPIO ANTONIO PINTO SALINAS
SANTA CRUZ DE MORA- ESTADO MÉRIDA
ENCUESTA SOCIOECONÓMICA PARA INGRESO AL
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ANCIANO

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Apellidos y Nombres: _____
C.I Nº _____ Edo Civil: _____ Ocupación: _____
Edad: _____ Dirección _____
Fecha: _____ Sexo: a. Masculino: _____ b. Femenino: _____

2. DATOS EDUCATIVOS:
Alfabeta: _____ Analfabeta: _____

3. DE QUIEN DEPENDE USTED ECONOMICAMENTE: _____

4. TIPO DE VIVIENDA:
Casa: ____ Apto: _____ Rancho: _____ Tenencia de la Vivienda: _____
Techo: _____ Piso: _____ Paredes: _____ Otros: _____

5- ACTUALMENTE USTED VIVE CON QUIEN: _____

6- NECESITA UD. AYUDA PARA:
a. Levantarse ( ) b. Comer ( ) c. Vestirse ( ) d. Ir al baño ( ) e. Caminar ( ) f. Subir escaleras ( ) g. No necesita ayuda ( )

7- PARTICIPA ACTUALMENTE EN ALGUNA ACTIVIDAD COMO:
a. Deportiva ( ) b. Baile ( ) c. Canto ( ) e. Manualidades ( ) f. Otros Especifique: _____ g. Ninguno ( )

8- RIESGOS O PROBLEMAS DE SALUD:
a. Tabaquismo: _____ b. Alcohol: _____ c. HTA: _____ d. Diabetes: _____
e. Visión: _____ f. Enfermedad Osteomuscular _____ g. Cardiovascular: _____

10- ESTADO NUTRICIONAL: _____
Peso (KG.) _____ Talla (CM) _____ Índice de Masa Corporal: _____