



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TÍTULO DEL PROYECTO DE TESINA

**INFLUENCIA DEL AISLAMIENTO SOCIAL EN EL ESTADO DE
SALUD FÍSICO Y EMOCIONAL DE LOS PACIENTES DEL
ASILO VIRGEN DEL CARMEN DEL CANTÓN CHAMBO JULIO
A DICIEMBRE DEL 2013**

AUTORAS:

GLADYS SUSANA MOROCHO TENESACA

MARÍA MARCELA GUSQUI LLAMUCA

TUTORA:

Lcda. VERÓNICA QUENORÁN

RIOBAMBA- ECUADOR

-2013-



CERTIFICADO

Mediante la presente, certificamos que la Srta. María Marcela Gusqui Llamuca con CI 0604385781, esta apta para realizar la defensa pública de la Tesina de Grado, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, cuyo tema es:

“INFLUENCIA DEL AISLAMIENTO SOCIAL EN ESTADO DE SALUD FISICO Y EMOCIONAL DE LOS PACIENTES DEL ASILO VIRGEN DEL CARMEN DEL CANTON CHAMBO JULIO A DICIEMBRE 2013”

Atentamente,



Msc Cielito Betancourt

Presidenta del tribunal



Dr. Celio García

Miembro del tribunal



Lcda. Verónica Quenórán

Miembro del tribunal



CERTIFICADO

Mediante la presente, certificamos que la Srta Gladys Susana Morocho Tenesaca con CI 0604671750, esta apta para realizar la defensa pública de la Tesina de Grado, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, cuyo tema es:

"INFLUENCIA DEL AISLAMIENTO SOCIAL EN ESTADO DE SALUD FISICO Y EMOCIONAL DE LOS PACIENTES DEL ASILO VIRGEN DEL CARMEN DEL CANTON CHAMBO JULIO A DICIEMBRE 2013"

Atentamente,

Msc Cielito Betancourt

Presidenta del tribunal

Dr. Celio García

Miembro del tribunal

Lcda. Verónica Quenorán

Miembro del tribunal

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por la presente, hago costar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado Presentado por las Srtas. María Marcela Gusqui Llamuca y Gladys Susana Morocho Tenesaca para optar el título de Licenciadas en Enfermería, y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutora, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, Octubre del 2013



Lcda. Verónica Quenoran
TUTORA DE TESIS

DERECHOS DE AUTORÍA

María Marcela Gusqui Llamuca y Gladys Susana Morocho Tenesaca, nos hacemos responsables de la investigación realizada así como también de sus resultados. Derechos de autoría perteneciente a la “UNACH”.

DEDICATORIA

Dedicamos a Dios todo poderoso y a la Virgencita de Guadalupe por bendecirnos día a día permitiendo ir por el camino correcto para que de esta manera podamos cumplir con todos nuestros propósitos y metas, gracias a la sabiduría y suficientes motivos para superarnos. También a nuestros padres y hermanos quienes han constituido nuestro principal apoyo moral, económico y de motivación para llegar a la consecución de nuestra meta anhelada.

AGRADECIMIENTO

Nuestros sinceros agradecimientos a todas las personas que formaron parte de la ejecución de este proyecto con lo cual hemos conseguido un desarrollo personal que ha beneficiado la culminación exitosa de esta investigación.

RESUMEN

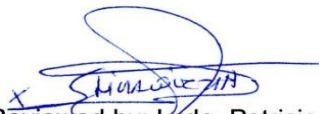
El presente trabajo de investigación fue realizado para comprobar cómo influye el aislamiento social en el estado de salud físico y emocional de los pacientes que se albergan del Asilo Virgen del Carmen del Cantón Chambo durante el periodo Julio a Diciembre del 2013, se propuso una investigación explicativa porque hemos determinado la relación causa y efecto dando propuestas de solución al problema de los pacientes del asilo para que de esta forma se pueda mejorar la salud de estas personas. La población se constituye de 24 pacientes a los cuales se les aplicó una guía de observación complementando la misma con revisión de historias clínicas, la interpretación y el análisis de los datos se elaboró mediante tablas y gráficos estadísticos. El objetivo principal de la investigación fue determinar la influencia del aislamiento social en el estado de salud físico y emocional de los pacientes del asilo virgen del Carmen del Cantón Chambo. Concluyendo luego de aplicar la guía de observación se pudo determinar que el aislamiento social influye en el estado de salud físico y emocional desencadenando problemas en su adaptación y en el estado de ánimo lo cual dificulta e impide que participen en las diferentes actividades que se lleva a cabo en la institución. Con los resultados alcanzados pudimos buscar estrategias y diseñar terapias que integren socialmente a los pacientes, manteniendo una participación activa en las actividades terapéuticas empleadas en beneficio de su salud.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

This research was conducted to check how social isolation influences in physical and emotional health states of patients that host at Virgen del Carmen Old people's home of Chambo canton during the period July to December 2013, an explanatory research was proposed because it explains how social isolation influences in physical and emotional health states of patients given a suggested solution to the problem. The population is made up of 24 patients to whom an observation guide was implemented complementing it with medical record review, interpretation and analysis of the data was developed by statistical tables and graphs. The main objective of the research was to determine the influence of social isolation in physical and emotional health states of patients that host at Virgen del Carmen Old people's home of Chambo canton. After applying the observation guide it was determined that social isolation affects physical and emotional health states that trigger in adaptation problems and changes in their mood which complicates and hinder their participation in different activities carried out in the institution. With the obtained results we could find strategies and design socially integrated therapies to patients in order to maintain an active participation in therapeutic activities used to benefit their health.


Reviewed by: Lcda. Patricia Moyota,
ENGLISH TEACHER
2014-03-24



ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	ii
DERECHO DE AUTORÍA.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN.....	vi
SUMMARY.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	xii
ÍNDICE DE CUADROS.....	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	
1. PROBLEMATIZACIÓN.....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3. OBJETIVOS.....	6
1.3.1. General.....	6
1.3.2. Específicos.....	6
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.....	7
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 POSICIONAMIENTO PERSONAL.....	8
2.2 ANTECEDENTES.....	8
2.3. RESEÑA HISTÓRICA.....	8
2.3.1 Tipo de organización.....	9

2.3.2	Ubicación.....	9
2.3.3	Limites.....	9
2.4	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	9
2.4.1	Derechos de los Adultos Mayores.....	9
2.4.2	Adulto Mayor.....	11
2.4.2.1	En el Ecuador.....	12
2.4.3	Principales Cambios en el Adulto Mayor.....	12
2.4.3.1	Cambios Físicos.....	12
2.4.3.2	Cambios Psicológicos.....	12
2.4.4	Factores de Riesgo.....	13
2.4.5	Determinantes de la Salud.....	13
2.4.5.1	Factores Biológicos y Hereditarios.....	14
2.4.5.2	Los Sociales.....	14
2.4.5.3	Los Económicos.....	14
2.4.5.4	Los Laborales.....	14
2.4.5.5	El Sistema Sanitario.....	15
2.4.5.6	Los Culturales.....	15
2.4.5.7	Los Educativos.....	15
2.4.5.8	Los Religiosos.....	15
2.4.6	Enfermedades del Adulto Mayor.....	15
2.4.6.1	Hipertensión Arterial.....	15
2.4.6.1.1	Factores Predisponentes.....	16
2.4.6.1.2	Prevención.....	16
2.4.6.2	Diabetes Mellitus.....	17
2.4.6.2.1	Síntomas.....	17
2.4.6.3	Accidente Cerebrovascular (ACV).....	18
2.4.6.3.1	Factores de Riesgo.....	19
2.4.6.4	Malnutrición.....	20
2.4.6.5	Alzheimer.....	20
2.4.6.6	Demencia Senil.....	20
2.4.6.7	Osteoporosis.....	21

2.4.6.8	Artritis.....	21
2.4.6.9	Artrosis.....	21
2.4.6.10	Síndrome Convulsivo.....	22
2.4.6.10.1	Etiología.....	22
2.4.6.11	Insomnio.....	22
2.4.6.11.1	Causas.....	23
2.4.7	Aislamiento Social.....	24
2.4.7.1	Factores Relacionados.....	24
2.4.7.2	Manifestaciones.....	24
2.4.7.3	Complicaciones.....	25
2.4.7.4	Actuación de Enfermería.....	26
2.4.8	Relaciones Sociales del Anciano.....	26
2.4.9	Alteraciones Físicas y Emocionales en la Vejez.....	27
2.4.9.1	Disminución del apetito.....	28
2.4.9.1.1	Causas Comunes.....	28
2.4.9.2	Incontinencia Urinaria.....	28
2.4.9.3	Depresión.....	29
2.4.9.3.1	Causas.....	29
2.4.9.3.2	Síntomas.....	30
2.4.9.4	Ansiedad.....	31
2.4.9.4.1	Síntomas.....	31
2.4.9.5	Autoestima.....	31
2.4.9.5.1	Tipos de Autoestima	32
2.4.9.5.2	Características de Baja Autoestima	32
2.4.10	Importancia de las Actividades Lúdicas.....	33
2.4.11	Terapia Ocupacional.....	34
2.4.11.1	Funciones.....	34
2.4.11.2	Intervenciones en el Entorno.....	35
2.4.11.3	Enfoques.....	35
2.5	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	37
2.5.1	Adulto Mayor.....	37

2.5.2	Estado Físico.....	37
2.5.3	Apoyo Psicosocial.....	37
2.5.4	Autocuidado.....	37
2.5.5	Dependencia.....	37
2.5.6	Depresión.....	37
2.5.7	Deterioro Cognitivo.....	38
2.5.8	Discapacidad.....	38
2.5.9	Terapia Ocupacional.....	38
2.5.10	Soledad.....	38
2.5.11	Relaciones Interpersonales.....	38
2.6	HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	39
2.6.1	Hipótesis.....	39
2.6.2	Variables.....	39
2.7	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	39

CAPÍTULO III

3.1	MARCO METODOLÓGICO.....	44
3.1.1	Tipo de Investigación.....	44
3.1.2	Diseño de Investigación.....	44
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	44
3.2.1	Población.....	44
3.2.2	Muestra.....	44
3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS... ..	44
3.3.1	Técnicas.....	44
3.3.2	Instrumentos.....	45
3.5	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	46
3.6	COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	56

CAPÍTULO IV

4.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
4.1	CONCLUSIONES.....	58

4.2	RECOMENDACIONES.....	59
	BIBLIOGRAFÍA.....	60
	LINKOGRAFÍA.....	61
 CAPÍTULO V		
	LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.....	63
	ANEXOS.....	79
	ANEXO N° 1:	80
	ANEXO N° 2:	82
	ANEXO N° 3:	85
	ANEXO N° 4:	88

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 3.1	Sexo.....	46
Cuadro N° 3.2	Edad.....	47
Cuadro N° 3.3	Motivos de Ingreso.....	48
Cuadro N° 3.4	Tiempo de Estadía En El Asilo.....	49
Cuadro N° 3.5	Visita de Amigos Y Familiares.....	50
Cuadro N° 3.6	Relaciones entre Compañeros.....	51
Cuadro N° 3.7	Manifestación de Soledad.....	52
Cuadro N° 3.8	Alteraciones Físicas.....	53
Cuadro N° 3.9	Alteraciones Emocionales.....	54
Cuadro N° 3.10	Actividades que Fomenten La Salud.....	55
Cuadro N° 3.11	Causas de Aislamiento Social.....	56
Cuadro N° 3.12	Resumen alteraciones Físicas y Emocionales.....	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 3.1	Sexo.....	46
Gráfico N° 3.2	Edad.....	47
Gráfico N° 3.3	Motivos de Ingreso.....	48
Gráfico N° 3.4	Tiempo de Estadía En El Asilo.....	49
Gráfico N° 3.5	Visita de Amigos Y Familiares.....	50
Gráfico N° 3.6	Relaciones entre Compañeros.....	51
Gráfico N° 3.7	Manifestación de Soledad.....	52
Gráfico N° 3.8	Alteraciones Físicas.....	53
Gráfico N° 3.9	Alteraciones Emocionales.....	54
Gráfico N° 3.10	Actividades que Fomenten La Salud.....	55
Gráfico N° 3.12	Resumen de Alteraciones Físicas y Emocionales.....	57

INTRODUCCIÓN

Hoy en día el aislamiento social se ha convertido en un factor de riesgo muy importante en el desarrollo de alteraciones físicas y emocionales, la soledad experimentada a causa del aislamiento social es generada por varios factores dentro de los cuales los más importantes son: la ausencia de relaciones personales satisfactorias, la situación económica desfavorable, alteraciones en el aspecto físico o del estado mental y en otras ocasiones las incapacidades que convierten a los adultos mayores en personas dependientes de los demás.

El envejecimiento se define como un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en el organismo y que conducen a alteraciones funcionales, provocando mayor vulnerabilidad de la persona con consiguientes perjuicios para su autonomía, calidad de vida, habilidad y capacidad de aprendizaje motriz. En esta etapa de la vida, las enfermedades crónicas imponen limitaciones que requieren más cuidados, debido a que disminuye la fuerza muscular, la movilidad, la elasticidad, así como también las potencialidades reactivas y de inhibición de los procesos nerviosos.¹

Las crecientes pérdidas físicas e intelectuales generan un sentimiento de inseguridad en los ancianos lo cual pone en desventaja su seguridad e integridad. Según la OMS el 50% de la población adulta mayor padece de algún trastorno de adaptación al medio en el que se desenvuelve, dicha alteración puede causar cambios psicológicos que desencadenan ansiedad o depresión, pero sobre todo lo que más los aflige es la dependencia y el abandono de su familia.

¹s/n ENVEJECIMIENTO (En línea) acceso: 27-02-2014 disponible:
<http://www.ujaen.es/investiga/cvi296/Gerontologia/MasterGerontologiaTema01.pdf>

La presente investigación da a conocer que el aislamiento social sí influye en la salud física y emocional de los pacientes del Asilo Virgen del Carmen, por lo que nuestro propósito es elaborar Terapias Ocupacionales con las cuales se pretende orientar las actividades terapéuticas que rehabiliten las áreas de estimulación sensorial, destrezas básicas, actividades de la vida diaria y destrezas específicas que contribuyan al mantenimiento de habilidades motrices y con ello los beneficios de un buen estado de ánimo, es importante por esa razón analizar y seleccionar el tipo de terapia ocupacional adecuado desde el punto de vista individual como colectivo valorando la forma e intensidad de las actividades para que sus efectos sean apropiados y sin perjuicio de lesiones o efectos contraindicados.

Capítulo I Planteamiento del problema, formulación, objetivos generales, objetivos específicos y la justificación.

Capítulo II Marco teórico, fundamentación teórica, posicionamiento personal, antecedentes de investigaciones anteriores, hipótesis y variables.

Capítulo III Marco metodológico, tipo de investigación, diseño de la investigación, técnica e instrumentos de recolección de datos.

Capítulo IV Las conclusiones a las que hemos llegado, en la cual hacemos recomendaciones para mejorar este problema.

Capítulo V Lineamientos Alternativos.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el proceso de envejecimiento ha sido definido como toda modificación morfológica, psicológica y social que aparecen como consecuencia de la acción tiempo sobre el hombre, esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como una molestia para sus familias, por lo que el problema creciente en la sociedad actual es el abandono el mismo que se define como la falta de atención y cuidado por parte de los familiares.

Investigaciones especializadas revelan que entre el 10 y 15 % de la población anciana en España padece algún grado de depresión a consecuencia de aislamiento social. Esta proporción se eleva cuando el adulto mayor es ingresado en una institución de forma permanente. Una encuesta realizada en Estados Unidos revela que en las instituciones geriátricas, el aislamiento social de estas personas implica sufrimiento, irrespeto de su dignidad y de su libertad de elegir, la falta intencional de cuidados, el abuso o la falta de tratamientos farmacológicos, así como la negligencia y la violencia moral, explica la OMS.²

Sus emociones también sufren un cambio en el proceso del olvido, transformando al adulto mayor en una persona sensible y que se ve afectado por cualquier tipo de situación y/o problemas que hacen que caigan en cuadros depresivos que a consecuencia afectan su salud, su percepción de los estímulos y sensaciones. La conducta transforma su sensibilidad crece y todo a su alrededor le molesta, ruidos, cosas en general, etc. El aislamiento social que afecta al adulto mayor se ve reflejada muchas veces en el desear la muerte, para no ser carga de nadie y también para no ser una molestia.

²s/n SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES (En línea) acceso :27-02-2014 disponible: <http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/La%20soledad%20en%20las%20personas%20mayores.pdf>

Usualmente los ancianos aislados sienten falta de compañía, afecto y apoyo, que se agrava por la carencia de relaciones sociales de calidad. La falta de interacciones sociales aumenta el retroceso mental e inmunitario durante la vejez, a pesar de haber mantenido una vida social normal durante las etapas vitales anteriores.

Los estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que las personas viudas muestran menores índices de salud física y emocional que el resto de la población de la misma edad. Además, son las mujeres las que presentan mayor incidencia, dada su mayor esperanza de vida.

Las consecuencias físicas son principalmente lesiones por traumatismos, desnutrición, deshidratación, fracturas por caídas, úlceras decúbito por negligencia, abandono o falta de cuidado y heridas por ataduras, también se ve afectada su salud emocional ya que frecuentemente se manifiestan con tristeza, trastornos emocionales, sufrimiento, depresión, ansiedad, ideación de suicidio y pseudodemencias.

En Ecuador, el 11% adultos mayores vive en Aislamiento Social según el (INEC) en el 2009 y cuyos resultados manifiestan que estas personas que superan los 65 años, de las cuales el 27% se siente desamparada y a un 43,7% se preocupa por su futuro, un porcentaje considerable afronta problemas en el estado de ánimo. Según el estudio, el 40% considera que su vida está vacía y un 30% dijo sentirse solo.³

En nuestro medio el aislamiento social tiene graves consecuencias negativas sobre la salud ya que aumenta el uso de los servicios médicos en función de la soledad, especialmente en atención primaria.

A nivel psicológico, la soledad influye en la baja autoestima y puede ser la antesala de otros problemas como la depresión e ideas de suicidio. La

³s/n EN EL ECUADOR –ADULTOS MAYORES (En línea) acceso : 02-01-2014 disponible <http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/74301-en-el-ecuador-hay-1a-229-089-adultos-mayores-sega-n-el-inec/>

pérdida de la pareja especialmente es la que más aumenta la posibilidad de desencadenar trastornos psicopatológicos como la depresión o la neurosis.⁴

En Chimborazo, el 13% de la población corresponde a adultos mayores. Ante la vulnerabilidad a la que están expuestos, la responsabilidad en las familias es cada vez mayor, teniendo que ocuparse más tiempo de ellos de igual forma las condiciones de salud se verán deterioradas puesto que, el envejecimiento de la población conlleva a enfermedades degenerativas e incrementa situaciones de dependencia, el abandono familiar especialmente en personas de la tercera edad es consecuencia de la falta de comunicación dentro del grupo familiar, motivos por los cuales las familias deciden llevar a sus parientes a los Asilos para que reciban una mejor atención, siendo en su mayoría ancianos que debido a su edad avanzada no realizan ningún tipo de actividad complementaria o terapia ocupacional para mejorar su calidad de vida. En los Asilos de ancianos el aislamiento social es una causa constante de depresión y tristeza, siendo esta experiencia muy desagradable y estresante, asociada a un importante impacto emocional, sensaciones de nerviosismo, angustia, sentimientos de tristeza, irritabilidad, mal humor, marginación social, creencias de ser rechazado, etc.

En el asilo Virgen del Carmen del Cantón Chambo se puede apreciar que el aislamiento de los adultos mayores afecta a todas las personas que residen en esta institución ya que cada uno de ellos experimentan diferentes situaciones que repercuten en el estado de salud, desencadenando alteraciones tanto físicas, emocionales y sociales. Por lo cual es necesaria la implementación de ciertas terapias ocupacionales de acuerdo a las condiciones y necesidades de cada uno de ellos, que les permita entrenar diariamente las capacidades tanto cognitivas y físicas para alcanzar el bienestar de los usuarios.

⁴ s/n ABANDONO DEL AULTO MAYOR (En línea) acceso : 02-01-2014 disponible <http://www.monografias.com/trabajos25/abandono-tercera-edad/abandono-tercera-edad.shtml#ixzz2uuudxwrg>

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Influye el aislamiento social en el Estado de Salud Físico y Emocional de los pacientes del Asilo Virgen del Carmen del Cantón Chambo Julio a Diciembre 2013?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

- Determinar la influencia del aislamiento social en el estado de salud físico y emocional de los pacientes del Asilo Virgen del Carmen del Cantón Chambo.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Investigar las causas del aislamiento social de los usuarios que se albergan en el Asilo.
- Identificar las principales alteraciones físicas y emocionales que presentan los pacientes del asilo Virgen del Carmen del Cantón Chambo.
- Diseñar un plan de terapias ocupacionales para los adultos mayores que se encuentran en el Asilo.

1.4.- JUSTIFICACIÓN

El aislamiento social en los ancianos es experimentado y percibido como negativa, amenazadora e impuesta por otros lo que contribuye en el desarrollo de enfermedades y discapacidades.

La presente investigación tiene como propósito determinar cómo influye el aislamiento social en el estado de salud físico y emocional de los pacientes del Asilo Virgen del Carmen del Cantón Chambo considerando que este problema es muy frecuente en los ancianos debido a que aparecen cambios propios de la edad y otros que son atribuidos por el ambiente en donde se desenvuelven, razón por la cual son abandonados por sus familiares o decide llevarlos a las instituciones geriátricas sin hacer consciencia de que tal situación puede provocar alteraciones en su estado de salud.

Los beneficiarios de este proyecto son directamente los pacientes que se encuentran en la institución porque con la elaboración del plan de terapias ocupacionales se logrará mantenerlos activos y de esta manera garantizar el desarrollo de las habilidades motrices.

Esta investigación es factible y viable porque contamos con respaldos que justifican la necesidad de ejecutar este proyecto, por medio del cual se hará un aporte importante a la población afectada además por la facilidad de contacto con los pacientes obteniendo información detallada de cada uno de ellos así como también observar directamente las alteraciones físicas y emocionales que sufren a consecuencia del aislamiento social.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 POSICIONAMIENTO PERSONAL

Esta investigación se basa en la teoría de Betty Neuman “Teoría de sistemas” debido a que describe a la persona como un sistema abierto que interactúa con el medio ambiente en donde la intervención de Enfermería será reducir los factores que generan tensión y las condiciones adversas que influye o podría afectar el funcionamiento óptimo de las personas de la tercera edad. También se relaciona la teoría del “Modelo de la Conservación” de Myra Estrin Levine por razones de que la teorizante manifiesta que la salud está determinada socialmente, es decir que depende de grupos sociales y no únicamente la ausencia de situaciones patológicas.

2.2. ANTECEDENTES

En esta institución no se han realizado investigaciones anteriores referentes al tema de investigación, por lo que es importante su ejecución ya que ayudaremos a mejorar la salud de los pacientes a través del plan de intervención planificado.

2.3. RESEÑA HISTÓRICA

El Asilo Virgen del Carmen del Cantón Chambo tuvo su inicio el 18 de Marzo de año 2000 el mismo que se instaló en el Albergue Municipal y se inauguró con dos pacientes, posteriormente se trasladaron al Seminario Mayor en donde se contaba con la presencia de 12 personas de la tercera edad, luego arrendaron en la Casa Antigua de la Sra. Luz Zabala en donde se quedaron por algún tiempo, más tarde recibieron la donación de un terreno de aproximadamente 200 mts por parte de la Sra. Simona Pinduisaca en donde actualmente funciona el Asilo de Ancianos Virgen del Carmen, hace un año contaba únicamente con una cocina pequeña, comedor, sala, dos servicios higiénicos, dos dormitorios generales, uno para hombres y otro para mujeres pero hoy en día se ha logrado fortalecer la infraestructura y la

implementación de nuevos espacios para que los pacientes tengan mayor facilidad de movilizarse y que se sientan seguros. Actualmente la institución cuenta con la presencia de 24 pacientes.

2.3.1 Tipo de organización

El Asilo Virgen de Carmen del Cantón Chambo es una organización mixta puesto que tienen convenios con el MIESS y la Universidad Nacional De Chimborazo.

2.3.2 Ubicación.- Se encuentra ubicada en el Cantón Chambo en el Barrio Gilbert.

2.3.3 Límites:

Norte: Carretera Gilbert

Sur: Familia Santa Rosa

Este: Carretera Gilbert

Oeste: Carretera Gilbert vía a Santa Rosa

2.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

GENERALIDADES

2.4.1 Derechos De Los Adultos Mayores

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social, económica y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

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

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

- ✓ El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
- ✓ La jubilación universal.
- ✓ Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
- ✓ Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
- ✓ El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

- ✓ Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
- ✓ Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.

- ✓ Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
- ✓ Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.
- ✓ Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
- ✓ Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
- ✓ Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad.
- ✓ En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.
- ✓ Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
- ✓ Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.
- ✓ La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.⁵

2.4.2 Adulto Mayor

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala como adulto mayor a la persona de 65 o más años de edad. De acuerdo a la OMS las personas de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianas y mayores de 90 años son grandes viejos.

⁵s/n CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR 2008 (En línea) Acceso 05-10-2013 disponible en: http://www.eruditos.net/mediawiki/index.php?title=Derechos_de_las_personas_y_grupos_de_atenci%C3%B3n_prioritaria

2.4.2.1 En El Ecuador

Según el “Plan Nacional del Buen Vivir” la población adulta mayor es mayoritariamente urbana, con un 58.6 % y 41.4 % en las zonas rurales. La población de la tercera edad que vive en las zonas rurales se ve afectada por la desventajosa situación económica y de acceso a los servicios de estas zonas del país.

Los adultos mayores tienen altos porcentajes de analfabetismo y logros muy bajos en cuanto al número de años de estudio aprobados.

El Programa del Adulto Mayor ofrece talleres de terapia ocupacional, socio-recreativas y de integración, orientados a la promoción, prevención y cuidado integral de la salud de los adultos mayores.

Este programa mantiene actividades en todas las provincias del Ecuador, que son coordinadas por las propias jubiladas y jubilados, en asociación o no, junto a los funcionarios de las unidades médicas IESS.

2.4.3 Principales Cambios En La Persona Adulta Mayor

Los procesos de envejecimiento y vejez, son procesos permanentes a lo largo de la vida de todo ser humano; y afectan en todos sus niveles de comportamiento y funcionalidad. Sin embargo, la comprensión de estos procesos en el adulto mayor; son indispensables para que aquel que lo atiende pueda brindarle una atención que esté acorde con las características que ellos presentan.

2.4.3.1 Cambios Físicos

- Deterioro en la apariencia física.
- Menor vigor y menor resistencia a enfermedades o condiciones desfavorables.
- Aparición de nuevos padecimientos físicos y mentales (demencias)
- Disminución de la visión, audición, elasticidad pulmonar, hidratación de la piel, metabolismo basal, saliva y volumen de agua corporal.
- Lentitud en las funciones orgánicas en general.

2.4.3.2 Cambios psicológicos

- Vivencia de pérdidas, tales como pérdida de la salud, autonomía, familia, trabajo, y otras.
- Aumento de situaciones que inducen a la depresión, ansiedad y cambios de comportamiento.
- Presencia de mayor proceso introspectivo⁶

2.4.4 Factores De Riesgo

El proceso natural del envejecimiento implica cambios físicos y psicológicos que disminuyen la capacidad funcional. Como resultado, las personas mayores son más susceptibles a las caídas cuando se presenta alguna situación desafiante. Las caídas a menudo resultan de la coexistencia de múltiples factores de riesgo que actúan de manera sinérgica en el individuo.

Los indicadores del potencial de caídas incluyen factores de riesgo intrínsecos (déficit cognitivo, déficit visual, debilidad muscular, problemas neurológicos, problemas de marcha y equilibrio y problemas cardiovasculares) y factores de riesgo extrínseco (iatrogénico y ambiental). En cuanto a los cambios intrínsecos relacionados con la edad, algunos de ellos pueden ser modificables. Por ejemplo, las personas muy activas suelen estar más expuestas a fuerzas de impacto fuertes, mientras el riesgo de lesión en personas con poca actividad depende de la susceptibilidad como la presencia de huesos frágiles o respuestas de protección inefectivas.

2.4.5 Determinantes De La Salud

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi

⁶ s/n CAMBIOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO (En línea) Acceso 18-10-2013 disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/AlgunosCambios.html>

totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico. La incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse, a no ser que se quiera tender al reduccionismo simplista que no conduce a parte alguna.

2.4.5.1 Factores biológicos y hereditarios.- Se refieren a la herencia genética recibida de nuestros padres y a la constitución personal. Los avances científicos pueden eliminar o mitigar enfermedades provenientes de la herencia genética. Los personales hacen referencia al estilo de vida que cada cual configura teniendo en cuenta las condiciones de vida y el contexto económico, social, laboral, cultural, familiar. Los factores familiares acerca del número de componentes, clima, los ingresos económicos, la educación, los valores, el lugar de residencia. **El sexo y la edad** también constituyen factores determinantes.

2.4.5.2 Los sociales.- Como la clase social a la que pertenece, los estilos **de vida** de la sociedad provenientes de unos determinados valores, que a su vez, se plasman en normas y conductas. Los ambientales como el cuidado y respeto o no de la naturaleza, del medio ambiente tanto próximo como lejano referente a la limpieza, polución y contaminación. Los alimenticios, manifestados en las costumbres y hábitos de alimentación, la pobreza, los medios de comunicación social, la publicidad.

2.4.5.3 Los económicos.- Reflejados en la capacidad adquisitiva de bienes materiales e inmuebles que satisfagan las necesidades tanto primarias de la persona, alimentación, vestido, vivienda, educación, como secundarias.

2.4.5.4 Los laborales.- El trabajo constituye la primera fuente de ingresos, sin los cuales es imposible, en la sociedad actual, desarrollarse como persona. Tener un trabajo fijo permite estabilidad de la persona y la posibilidad de elaborar proyectos.

2.4.5.5 El sistema sanitario.- Es otro de los factores que determinan la salud ya que puede prevenir la enfermedad y curarla, promover la salud, proporcionar la asistencia sanitaria adecuada a enfermedades, accidentes, posibilitar el acceso gratuito o pagado a los servicios sanitarios y los medicamentos

2.4.5.6 Los culturales.- El nivel cultural de la persona o de un pueblo favorece, en principio, la capacidad de adquirir hábitos saludables, distinguir lo saludable de lo nocivo, educarse para consumir desde la moderación y criterio razonable, solidarizarse con los necesitados. Los valores sirven para orientar la vida de la persona y adquieren importancia al convertirse en normas y estilos de vida saludable o nociva, en la aceptación de la enfermedad y del dolor; y en considerar a la salud como parte del código de valores de la persona.

2.4.5.7 Los educativos.- La educación para fomentar la salud es uno de los temas transversales integrados al sistema educativo.

2.4.5.8 Los religiosos.- La religión también ocupa un lugar en los factores que influyen en la salud de las personas. La religión fomenta o prohíbe el consumo de productos como bebidas alcohólicas, promueve el ayuno, la abstinencia, la moderación, el dominio del cuerpo. Se reza para tener buena salud, para conseguir unos resultados satisfactorios ante cualquier situación que ponga en riesgo el bienestar y la salud de la persona.⁷

2.4.6 Enfermedades En Los Adultos Mayores

2.4.6.1 Hipertensión Arterial.

Es el término empleado para describir la presión arterial alta. La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las

⁷ s/n DETERMINANTES DE LA SALUD (En línea) Acceso 20-10-2013 disponible http://aulanet.umb.edu.co/aulanet_jh/archivos/correo__051_A3/3488128_cap_6.pdf

arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo. Las lecturas de la presión arterial generalmente se dan como dos números. Por ejemplo, 120 sobre 80 (escrito como 120/80 mmHg). Uno o ambos de estos números pueden estar demasiado altos.

El número superior se denomina presión arterial sistólica y el número inferior presión arterial diastólica.

- La presión arterial normal es cuando mide menos de 120/80 mmHg la mayoría de las veces.
- La presión arterial alta (hipertensión) es cuando la presión arterial es de 140/90 mmHg o por encima la mayoría de las veces.
- Si los números de su presión arterial están entre 120/80 y 140/90 o superior, pero por debajo de 140/90, esto se denomina pre hipertensión.

La hipertensión arterial aumenta la probabilidad de sufrir un ACV, un ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal y la muerte.

2.4.6.1.1 Factores Predisponentes

- Obesidad
- Estrés o ansiedad
- Alcoholismo
- Fumar
- Antecedentes familiares

2.4.6.1.2 Prevención

- Consumir una alimentación adecuada, incluyendo fibra
- Hacer ejercicio regularmente
- No fumar.
- No consumir bebidas alcohólicas.
- Reducir el estrés.

- Permanecer en su peso corporal saludable.

2.4.6.2 Diabetes Mellitus

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece debido a que el páncreas no fabrica la cantidad de insulina que el cuerpo necesita, es una enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos.

La glucosa proviene de los alimentos que se consumen, la insulina es la hormona que ayuda a que la glucosa entre a las células para suministrarles energía, además es la responsable del mantenimiento de los valores adecuados de azúcar en sangre. Existen dos clases de diabetes. La diabetes tipo 1: En esta clase de diabetes el cuerpo no produce insulina, en la diabetes tipo 2: Siendo esta la más común, el cuerpo no produce o no usa la insulina adecuadamente. Con el tiempo el exceso de glucosa en la sangre puede causar problemas serios. Puede provocar lesiones en los ojos, los riñones y los nervios. La diabetes también puede causar enfermedades cardíacas, derrames cerebrales e incluso la necesidad de amputar un miembro (extremidad).

2.4.6.2.1 Síntomas

- Hambre inusual.
- Sed excesiva.
- Debilidad y cansancio.
- Irritabilidad y cambios del ánimo.
- Malestares estomacales y vomito.
- Vista nublada (visión borrosa).
- Infecciones frecuentes.
- Frecuencia al orina.
- Pérdida de peso.
- Además se encuentran los niveles de azúcar elevados en sangre y orina.

Como forma de cuidados; para la diabetes tipo 2 se puede contrarrestar con cambios en el estilo de vida, en cambio para la diabetes tipo 1 no hay cura. El tratamiento para ambas consiste en medicamentos, dieta y ejercicio con el fin de controlar los niveles de azúcar en sangre, prevenir la sintomatología y los problemas.

2.4.6.3 Accidente Cerebrovascular (ACV)

El accidente cerebrovascular es una patología encefálica que constituye un problema de salud pública a nivel mundial por distintas razones, entre ellas se encuentran la elevada incidencia y secuelas incapacitantes de la misma, además de ser una enfermedad cuyos factores de riesgo son en su mayoría prevenibles o modificables.

Es una patología relevante en el adulto que afecta principalmente a la población entre 45 y 65 años, es una de las primeras 5 causas de muerte en América Latina. Además aquellos pacientes que sobreviven a un (ACV) tienen un alto porcentaje de quedar con algún tipo de discapacidad. Esta enfermedad vascular en el parénquima cerebral que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro es conocida también como ictus, apoplejía, infarto cerebral, embolia o trombosis cerebral. Esta enfermedad ocurre cuando los vasos sanguíneos que conducen oxígeno y nutrientes al cerebro se ocluyen o se rompen, a causa de esta oclusión o rompimiento parte del cerebro no recibe el flujo; se priva de oxígeno y las células cerebrales afectadas no pueden funcionar y mueren al cabo de unos minutos (hipoxia). Cuando esto sucede la parte del cuerpo controlada por ellas deja de funcionar. Los efectos del (ACV) son devastadores y generalmente permanentes ya que las células que mueren no pueden ser reemplazadas por otras.

Hay 2 tipos principales de accidentes cerebrovascular:

- Accidente cerebrovascular isquémico.

➤ Accidente cerebrovascular hemorrágico.

El (ACV) isquémico ocurre cuando un vaso sanguíneo que irriga al cerebro resulta bloqueado por un coagulo de sangre, esto puede suceder de 2 maneras.

1. Se forma un coagulo en una arteria que ya está muy estrecha, lo cual se denomina accidente cerebrovascular trombocito.

2. Un coágulo se puede desprender desde otro lugar en los vasos sanguíneos y viajar hasta el cerebro, lo cual se denomina embolia cerebral o un accidente cerebrovascular embólico.

Un accidente cerebrovascular hemorrágico ocurre cuando un vaso sanguíneo en alguna parte del cerebro se debilita y se rompe, provocando así que la sangre escape hacia el cerebro.

2.4.6.3.1 Factores de Riesgo

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo en los accidentes cerebrovasculares.

- ✓ Diabetes.
- ✓ Colesterol alto.
- ✓ Edad.
- ✓ Raza.
- ✓ Sobrepeso.
- ✓ Tabaquismo y el alcoholismo.
- ✓ Consumo de drogas ilícitas.

Un accidente cerebrovascular es una emergencia médica, el tratamiento puede salvar vidas y reducir la discapacidad en las personas que lo sufren, además los tratamientos dependen de cuan grave fue el (ACV) y que lo causo; la mayor parte de las personas que padecen un (ACV) necesariamente necesitan hospitalización.

2.4.6.4 Malnutrición

A menudo, no tenemos en cuenta los problemas de nutrición de la 3 edad, sin saber que estos nos pueden traer gran cantidad de complicaciones además de serias; como lo son la deshidratación, la anemia, el déficit de vitaminas, desequilibrios electrolíticos, entre algunas. Ignorando que a causa de algunas de estas falencias se puede presentar un deterioro cognitivo, el cual nos puede llevar a sufrir otra serie de complicaciones posibles de prevenir y las cuales pueden en dado caso volverse un problema serio que puede conllevar a problemas irreversibles.

2.4.6.5 Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central que constituye la causa principal de la demencia en personas mayores de 60 años, caracterizada por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian, el ser humano se va viendo restringido, además con una gran cantidad de limitaciones las cuales repercuten de gran manera en su desarrollo o desempeño diario.

2.4.6.6 Demencia Senil

La demencia senil es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños y desordenes cerebrales que no responden al envejecimiento normal, se manifiesta con problemas en las áreas de la memoria, la atención, la orientación y la resolución de problemas. Los primeros síntomas suelen ser cambios de personalidad, de conducta, dificultades de comprensión, delirio y limitación en las habilidades motoras, a veces se pueden observar rasgos psicóticos o depresivos. Algunos tipos de demencia son el Alzheimer, demencias frontotemporales, demencia vascular, demencia multiinfarto y demencia de los cuerpos.

2.4.6.7 Osteoporosis

Enfermedad en la cual ha disminuido la cantidad de minerales en el hueso, perdiendo fuerza la parte del hueso trabecular y reduciéndose la zona cortical por un defecto en la absorción del calcio, volviéndose entonces quebradizos y susceptibles a fracturas. Es frecuente sobre todo en mujeres tras la menopausia debido a carencias hormonales de calcio y vitaminas por malnutrición, por lo que un aporte de calcio y la práctica de ejercicio antes de la menopausia favorecerán su prevención.

2.4.6.8 Artritis

Es la inflamación de una articulación, caracterizada por dolor, limitación de los movimientos, tumefacción y calor local, puede ser causada por numerosas enfermedades y síndromes. Esta enfermedad involucra la degradación del cartílago el cual normalmente protege la articulación. La inflamación articular puede resultar de: Una enfermedad auto inmunitaria (por error el sistema inmunitario ataca al tejido sano). Por desgaste o deterioro general de las articulaciones. Por una infección generada por virus o bacterias. Por fractura ósea la artritis puede presentarse en hombres y mujeres pero se suele detectar pasados los 40 años.

2.4.6.9 Artrosis

Enfermedad que afecta más a las mujeres que a los hombres, y a partir de los 75 años prácticamente todas las personas la tienen en alguna articulación, algunos de los factores que la predisponen son: La edad, la obesidad, la falta de ejercicio. Esta consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años, el cual se traduce en dificultades para la movilidad causando dolor al realizar algún tipo de movimiento. El tratamiento consigue mejorar la movilidad y disminuir el dolor mediante medicamentos antiinflamatorios o la infiltración de esteroides incluyendo

también movimientos de rehabilitación. En casos extremos se puede recurrir a la cirugía con el fin de sustituir las articulaciones por prótesis artificiales

2.4.6.10 Síndrome Convulsivo

Se define como status convulsivo la presencia de crisis convulsivas frecuentes o de duración excesiva, o la no recuperación de la consciencia entre una y otra crisis. Algunos investigadores limitan la duración de la convulsión a 30 minutos, puesto que sobrepasado este tiempo, suele presentarse una lesión neuronal irreversible.

2.4.6.10.1 Etiología

Una crisis convulsiva es el resultado de una descarga neuronal súbita, excesiva y desordenada en una corteza cerebral estrictamente normal o patológica. Se origina por una inestabilidad de la membrana neuronal causada, a su vez, por una hiperexcitación de la misma o por un déficit de los mecanismos inhibidores normales.

La causa más frecuente de crisis convulsiva y de status convulsivo es la suspensión del medicamento antiepiléptico en un paciente con epilepsia reconocida. El síndrome convulsivo puede ser debido a múltiples causas cerebrales y sistémicas (epilepsia secundaria o adquirida), aun cuando también puede presentarse sin que exista una causa demostrable (epilepsia idiopática). Otras causas suelen ser las infecciones del sistema nervioso central, metabólicas, (hipoglucemia, hipocalcemia, hipomagnesemia), intoxicaciones, traumatismos craneoencefálicos, fiebre, malformaciones arteriovenosas, tumores cerebrales, insuficiencia hepática, uremia, y compromiso del sistema nervioso central por lupus eritematoso sistémico, entre otras

2.4.6.11 Insomnio

El insomnio es un trastorno que consiste en la incapacidad para conciliar el sueño o permanecer dormido. En los pacientes que lo sufren, la duración y la calidad del sueño son bajas e interfiere en su vida cotidiana. Este trastorno se manifiesta con una dificultad para iniciar el sueño, para mantenerlo o mediante un despertar final adelantado.⁸

2.4.6.11.1 Causas

Se pueden establecer cuatro causas del insomnio:

- Cambios fisiológicos: el envejecimiento produce cambios en el patrón del sueño. En las personas mayores es frecuente la reducción de las horas y la calidad del sueño y un aumento de la somnolencia diurna.
- Estilo de vida: los cambios constantes de horario, bien por cuestiones laborales o por los viajes provocan alteraciones en el ritmo circadiano.
- Fármacos: entre los medicamentos y sustancias que pueden alterar el sueño se encuentran los antihipertensivos, anticolinérgicos, hormonas, estimulantes, esteroides, antidepresivos, broncodilatadores, descongestionantes, antineoplásicos, la cafeína y la levo dopa.
- Patologías físicas o psicológicas: algunas enfermedades asociadas con el insomnio:
- Trastornos cardiovasculares: insuficiencia coronaria, insuficiencia ventricular izquierda y arritmias cardíacas
- Trastornos pulmonares: enfermedad pulmonar obstructiva crónica asma
- Trastornos de la conducta alimentaria (TCA): anorexia nerviosa
- Trastornos endocrinos: disfunción tiroidea.
- Trastornos neurológicos: cefaleas, enfermedad de Parkinson, lesiones en el tálamo

⁸s/n ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS (En línea) Acceso 21-10-2013 disponible <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/insomnio>.

2.4.7 Aislamiento Social

Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Se lo define también como la ausencia de relaciones sociales satisfactorias y de un nivel bajo de participación en la vida comunitaria. El aislamiento social implica experimentar una serie de factores como bajo nivel de participación social y niveles de actividad social que la persona percibe como inadecuada. Hall y Havens definieron el aislamiento social como la medida objetiva de tener mínimas interacciones con otros; y aislamiento emocional como el sentimiento subjetivo de insatisfacción con el bajo

En esta misma línea, muy recientemente Cattan, White, Bond definen al aislamiento emocional como el sentimiento subjetivo de falta o pérdida de compañía, mientras que consideran que el aislamiento social es la ausencia objetiva de contactos y de interacciones entre la persona mayor y la red social.

2.4.7.1 Factores Relacionados:

- ✓ Factores contribuyentes a la ausencia de relaciones personales satisfactorias
- ✓ Intereses inmaduros
- ✓ Alteraciones del aspecto físico o del estado mental
- ✓ Conducta socialmente no aceptada
- ✓ Valores no aceptados totalmente
- ✓ Alteración del bienestar
- ✓ Recursos personales inadecuados
- ✓ Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias

2.4.7.2 Manifestaciones

- Falta objetiva de personas significativas de soporte.
- Proyección de hostilidad en su voz y su conducta.
- Retraimiento, mutismo, falta de contacto ocular, temblor de manos.
- Inseguridad en público.

- Dificultades físicas y/o mentales que afecten al bienestar del individuo y su relación con los otros.
- Búsqueda de soledad continúa.
- Expresión de sentimientos de soledad y/o rechazo impuesta por otros.
- Manifestaciones de conductas y valores aceptables por su cultura pero rechazada por el grupo dominante.
- Manifestaciones de sentimientos de ser distintos que los demás y sentimientos de conductas de rechazo a su persona.
- Baja autoestima y temor a las críticas. Temor a ser enjuiciado por otras personas.
- Déficit de autocuidados: baño/higiene, vestido/acicalamiento

2.4.7.3 Complicaciones

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto natural de esa etapa de la vida. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, provoca un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia.

En todos los países el suicidio es cada vez más frecuente en la edad avanzada. Entre el **30-65%** de la población mayor de 65 años presenta sintomatología depresiva, y de ellos, uno de cada siete enfermos se suicida. Es decir, el **15%** de los ancianos con un cuadro depresivo consuma el suicidio. La soledad, el aislamiento social y el entorno ambiental del anciano dificultan notablemente la petición de ayuda o el acceso a tratamiento psiquiátrico.

El apoyo familiar y social son dos factores muy importantes de prevención. Las políticas de protección frente a la violencia y el abuso de mayores son factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la independencia y el bienestar en la vejez. Se deben aumentar las medidas preventivas que influyan en la familia para que le brinden un mayor afecto a

sus adultos mayores y por ende mantengan una buena salud mental y mejor calidad de vida.⁹

El aislamiento social es un problema grave y habitual en la vejez. En general, muchos ancianos sienten falta de compañía, afecto y apoyo, que se agrava por la carencia de relaciones sociales de calidad. La falta de interacciones sociales aumenta el retroceso mental e inmunitario durante la vejez, a pesar de haber mantenido una vida social normal durante las etapas vitales anteriores.

El aislamiento al ser social y emocional, hace sufrir a la persona y le produce un sentimiento y sensación de vulnerabilidad cada vez mayores, de falta de fe en sí mismo, de incapacidad. A las personas mayores les suele ocurrir el estar aislados tanto en lo social como en lo emocional. Sobre todo cuando se han retirado de su actividad, o porque quienes compartieron vida social, actividades, afectos, hoy están enfermos o han fallecido, etc.

2.4.7.4 Actuación de enfermería

- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan ideas y metas.
- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y apoyo.
- Evaluar la conveniencia de los recursos comunitarios para identificar los defectos.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Fomentar las habilidades sociales y comunitarias.
- Fomentar el respeto a los derechos de los demás.

2.4.8 Relaciones Sociales Del Anciano

El proceso del envejecimiento tiene lugar en el contexto social. Sí bien las limitaciones sociales y personales de los últimos años podrían limitar o

⁹ s/n AISLAMIENTO SOCIAL (En línea) Acceso 26-11-2013 disponible: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0239.pdf>

modificar el comportamiento social también presentan nuevas oportunidades y experiencias sociales, gratificantes para las personas de edad.

El comportamiento social al igual que la juventud, se ve influido por dos factores importantes, las características personales del individuo y apoyos sociales disponibles.

Muchas personas sienten la necesidad de dejar; algo cuando mueren; también sienten la necesidad de dejar los conocimientos adquiridos a lo largo de su vida y aconsejan y guían a los jóvenes, proceso que con frecuencia se denomina "HACERSE VIEJO".

2.4.9 Alteraciones Físicas y Emocionales En La Vejez

Los cambios de comportamiento de los ancianos deben aceptarse como inevitables; pero es difícil determinar en qué medida son consecuencia de deterioro neurológico y mental, porque y también obedecen al cambio de situación social, psicológica y fisiológica. La pérdida de facultades física que quizá obligue a aceptar el cuidado de otros; el fin de la vida laboral, el aislamiento, la pérdida de contacto social que da el trabajo y la viudez y la muerte de los amigos provocan depresión en los ancianos.

La rapidez con la que cambia la sociedad moderna la desorientación del anciano y la forma de vida actual no contribuyen a mejorar su situación; el resultado es apatía, pérdida de interés, resentimiento y estancamiento mental, que con frecuencia se explican atribuyéndolos a senilidad inevitable, entre las principales alteraciones tenemos:

Alteraciones Físicas

- Falta de apetito
- Caídas
- Incontinencia

- Limitación de la movilidad
- Insomnio

Alteraciones Emocionales

- Ansiedad
- Miedo
- Baja autoestima
- Depresión
- Irritabilidad

2.4.9.1 Disminución del apetito

Es una situación que se da cuando se tiene menos deseo de consumir alimento.

2.4.9.1.1 Causas comunes

- ❖ Una disminución del apetito casi siempre se observa entre los adultos mayores y no se puede encontrar ninguna causa. Sin embargo, la tristeza, la depresión, la aflicción o la ansiedad son una causa común de pérdida de peso que no se explica por otros factores, sobre todo entre los ancianos.

2.4.9.2 Incontinencia urinaria

Se define como la “condición en el cual se produce una pérdida involuntaria de la orina por la uretra suficiente para constituirse en un problema social/médico”.

Es un síntoma-problema heterogéneo, frecuente de encontrar en los adultos mayores. Su presencia produce en la persona múltiples problemas psicológicos y sociales, ya que se ha demostrado que siempre contribuye a promover al aislamiento social.

En los miembros del equipo de la salud y en la población general existe una escasa y mala información sobre la incontinencia urinaria. Frecuentemente, se atribuye a una consecuencia normal del proceso de envejecimiento y, lo que es aún peor, a un trastorno sin solución o irreversible. La Geriátrica ha demostrado que dichas suposiciones son falsas y promueve que el médico de atención primaria y los otros especialistas tengan conocimientos suficientes para detectar y evaluar casos de incontinencia urinaria en el adulto mayor.

Los estudios epidemiológicos indican que es un trastorno de alta prevalencia: en promedio varían las series entre un 10 a 34% en las personas mayores de 65 años de edad que viven en la comunidad y puede llegar a un 50 a 60% en las instituciones geriátricas. Sabemos que estas cifras son aún mayores entre las mujeres, aumentan a mayor edad (>75 años) y se relacionan estrechamente con aquellos que presentan alteraciones y/o fallas de las funciones cognitivas y funcionales-físicas.

Con toda seguridad la prevalencia está subestimada, ya que sólo una pequeña proporción de los pacientes que la padecen solicitan ayuda médica, por considerarla parte del envejecimiento normal. Además, hay miedo y sobre todo vergüenza de los propios pacientes de contárselo a sus familiares. Por otra parte, algunos estudios demuestran que el 30% de aquellos que refieren el síntoma.

2.4.9.3 Depresión en los ancianos

Es un padecimiento por el cual una persona tiene sentimientos persistentes de, a menudo con y falta de autoestima. La depresión en los ancianos es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento. Con frecuencia, no se reconoce ni recibe tratamiento.

2.4.9.3.1 Causas

En los ancianos, muchos cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore. Algunos de estos cambios son:

- Dolor o padecimiento crónico
- Hijos que dejan el hogar
- Cónyuge y amigos cercanos que mueren
- Pérdida de la independencia (problemas para cuidarse sin ayuda o conducir)

La depresión también puede estar relacionada con un padecimiento físico, como:

- Trastornos tiroideos
- Mal de Parkinson
- Cardiopatía
- Cáncer
- Accidente cerebrovascular
- Demencia (mal de Alzheimer)

2.4.9.3.2 Síntomas

Muchos de los síntomas usuales de depresión se pueden ver. Sin embargo, la depresión en los ancianos puede ser difícil de detectar. Los síntomas como fatiga, inapetencia y problemas para dormir también pueden ser parte del proceso de envejecimiento o de un padecimiento físico. Como resultado, la depresión temprana puede ser ignorada o confundida con otras afecciones que son comunes en los ancianos.

Independientemente de la causa, la depresión puede tener efectos físicos alarmantes en las personas mayores. El índice de mortalidad de los hombres y mujeres de la tercera edad que tienen depresión y sentimientos de soledad es mayor que el de aquellos que están satisfechos con sus vidas. Los

programas de tratamiento para los pacientes de la tercera edad deprimidos que tienen una enfermedad cardiovascular y otras enfermedades importantes, suelen tomar más tiempo de lo normal y su resultado es menos satisfactorio.

Además, los sentimientos de desesperanza y aislamiento, que suelen alentar ideas suicidas, son más frecuentes entre las personas mayores, en especial aquellas con discapacidades o que están confinadas a hogares de ancianos.

2.4.9.4 Ansiedad

Se define como la presencia de preocupación excesiva no relacionada con otros trastornos del eje.

2.4.9.4.1 Síntomas

- Inquietud o sensación de tensión extrema.
- Fatiga.
- Dificultad para concentrarse.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Trastornos del sueño.

Los síntomas deben estar presentes por lo menos durante 6 meses y deben comprometer la funcionalidad del paciente o causarle malestar importante. Dado que este trastorno puede ser un síntoma de otra enfermedad física o mental, se debe excluir la presencia de otros trastornos del ánimo, psicosis o enfermedades orgánicas y no debe ser consecuencia del consumo de sustancias que lo puedan inducir (fármacos o drogas).

2.4.9.5 Autoestima

El Autoestima es quererse a uno mismo y querer a los demás. Significa saber que eres valioso (a), digno (a), que vales la pena y que eres capaz, y

afirmarlo. Implica respetarte a ti mismo y enseñar a los demás a hacerlo. Estima es una palabra extravagante que expresa que alguien o algo son importantes o que se da valor a esa persona o cosa.

2.4.9.5.1 Tipos De Autoestima

La autoestima debe considerarse como un sentido o mecanismo natural y necesario para la auto preservación y defensa del propio organismo y de la conciencia que lo habita. Existen 3 tipos diferentes de autoestima:

- Autoestima positiva: No es competitiva ni comparativa. Está constituida por dos importantes sentimientos: la capacidad (de que se es capaz) y el valor (de que se tiene cualidades). Esta actitud deriva en la confianza, el respeto y el aprecio que una persona pueda tener de sí misma.
- Autoestima relativa: Oscila entre sentirse apta o no, valiosa. Tales incoherencias se pueden encontrar en personas, que a veces se sobrevaloran, revelando una autoestima confusa.
- Autoestima baja: Es un sentimiento de inferioridad y de incapacidad personal, de inseguridad, de dudas con respecto a uno mismo, también de culpa, por miedo a vivir con plenitud. Existe la sensación que todo no alcanza, y es muy común que haya poco aprovechamiento de los estudios o del trabajo. Puede ir acompañado de inmadurez afectiva.

La autoestima es un aspecto muy importante de la personalidad, del logro de la identidad y de la adaptación a la sociedad, pero como comentábamos puede manifestarse en autoestima baja, alta e inflada y las características de estas son:

2.4.9.5.2 Características de las personas con baja autoestima

- ❖ Falta de credibilidad en sí mismo, inseguridad
- ❖ Atribuir a causas internas las dificultades, incrementando las justificaciones personales.
- ❖ Desciende el rendimiento.

- ❖ Falta de habilidades sociales adecuadas para resolver situaciones conflictivas (personas sumisas o muy agresivas).
- ❖ Incremento de los temores y del rechazo social, y, por lo tanto, inhibición para participar activamente en las situaciones

El adulto mayor se ve afectada su autoestima dada la inseguridad que vive a partir de las pérdidas asociadas a sus vivencias afectivas, físicas y sociales como son: la independencia de los hijos, la pérdida del cónyuge, la disminución de capacidades, la salud a veces afectada, la jubilación, la disminución de ingresos, entre otras. Su vida emocional sufre modificaciones que originan actitudes acerca de sí mismo y acerca de los demás que pueden tener efectos negativos en sus relaciones afectivas y en el trato con otros. Sabemos que a partir de la autoestima, es decir, del concepto del propio valor, se proyectan la comunicación y las conductas que constituyen la base del mundo afectivo relacional. El refuerzo de la autoestima en el Adulto Mayor, se sostendrá en el hecho de favorecer la apertura de la perspectiva desde sí mismo respecto a las metas alcanzadas, esfuerzos, logros y sabiduría de vida a partir de la experiencia

Es necesario conocer cómo funcionamos, es decir, cuáles son nuestras fortalezas y aspectos positivos y cuáles son nuestras limitaciones. A partir de esta valoración, decidiremos qué aspectos deseamos mejorar y cuáles reforzaremos. El plan de acción para cambiar determinadas características debe ser realista y alcanzable en el tiempo (por ejemplo, la edad que tenemos es inamovible, la altura es otro factor poco variable a determinadas edades, etc.). Es decir, tenemos características que tendremos que aceptar y con las que convivir, intentando sacar partido y ver su aspecto positivo.

2.4.10 Importancia de las actividades lúdicas en adulto mayor.

Ciertas características del proceso salud - enfermedad de los adultos mayores determinan que en este grupo exista un mayor riesgo de deterioro funcional que puede llevar a discapacidad y dependencia. De este modo, la

promoción de un envejecimiento saludable que permita vivir una vejez activa y satisfactoria, es uno de los principales objetivos de los diversos profesionales que participamos en la atención de las personas mayores.

2.4.11 Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional (TO) se encarga de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud por medio de la ocupación, de modo tal que es una disciplina de relevancia en la satisfacción de necesidades de salud de nuestros adultos mayores. Centra su foco en la ocupación, entendiendo ésta como las actividades diarias que todos realizamos, a las que atribuimos un significado y una relevancia, ya que nos permiten desempeñar nuestros roles e integrar la sociedad.

Los cambios físicos, psicológicos y sociales atribuibles a la vejez pueden incidir en la capacidad de realizar las ocupaciones diarias que solíamos llevar a cabo, y esto puede impactar en la calidad de vida. A partir de esto, la TO busca el desarrollo de otras habilidades en la persona, la potenciación de capacidades remanentes y/o la adaptación de los ambientes físicos y sociales en los que se desenvuelve, a fin de lograr mayor autonomía y satisfacción, tanto del individuo como de su familia.

2.4.11.1 Funciones

- ✓ Valorar a las personas mayores para obtener e interpretar los datos necesarios para planificar la intervención y para llevarla a cabo.
- ✓ Reevaluar periódicamente al anciano para detectar los cambios y tomar decisiones terapéuticas.
- ✓ Desarrollar e implantar planes de intervención, donde se incluyan objetivos, abordajes y métodos para alcanzar los propósitos establecidos conjuntamente con la persona mayor.
- ✓ Desarrollar programas/actividades adecuados de soporte comunitario en el entorno natural del individuo.
- ✓ Entrenamiento y reeducación de las actividades de la vida diaria.

- ✓ Búsqueda y asesoramiento de intereses de ocio y tiempo libre.
- ✓ Mantener y/o estimular las capacidades cognitivas del anciano.
- ✓ Funciones superiores como atención, percepción, orientación espacial, memoria, lenguaje, etc.

2.4.11.2 Intervención en el entorno de estas personas

- 1.- Modificar y adaptar entornos, accesibles y saludables
- 2.- Eliminar y/o minimizar barreras físicas, psicológicas y sociales
- 3.- Escuchar, informar y asesorar a la familia del estado general del familiar, de pautas de manejo ante determinadas circunstancias y de las ayudas técnicas y de las adaptaciones necesarias, haciéndoles partícipes del proceso de tratamiento.

2.4.11.3 Enfoques

La Terapia Ocupacional puede tener un enfoque preventivo, si busca reducir la aparición de determinados efectos. Por ejemplo, realizando modificaciones ambientales para la prevención de caídas de una persona con enfermedad de Parkinson o generando actividades en un establecimiento de larga estada de personas mayores para favorecer a vinculación social y prevenir la desadaptación.

También puede tener un enfoque adaptativo, en los casos en que no se conseguirá una mejoría. Pensemos en una persona mayor con dificultad respiratoria crónica, la TO aportará en el desarrollo de estrategias para el ahorro de energía por medio de ayudas técnicas y modificaciones ambientales y de las tareas e implementos que la persona use.

Y un enfoque restaurativo, en las personas que tienen un potencial de recuperación, por ejemplo, luego de sufrir un accidente cerebro vascular, la TO buscará por medio de diversas técnicas basadas en neurorehabilitación recuperar al máximo las capacidades físicas y cognitivas para una mayor independencia y satisfacción de la persona en su rutina diaria.

Bajo estos enfoques, la Terapia Ocupacional pone en juego estrategias de tratamiento que incorporan a la persona en relación con su ambiente cotidiano físico y social.¹⁰

¹⁰ s/n TERAPIA OCUPACIONAL (En línea) Acceso 03-11-2013 disponible en :<http://miradorvirtualenvejecimiento.blogspot.com/2013/06/terapia-ocupacional-para-el-adulto-mayor.html>

2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

2.5.1 Adulto mayor: Persona mayor de 65 años, considerándose el término “vejez” como un estado del ser y “envejecimiento” como un proceso, por lo que se adoptarán estos términos para facilitar la conceptualización

2.5.2 Estado físico: Es cada una de las situaciones o formas físicamente distinguibles mediante la medición de alguna(s) propiedad(es) que puede adoptar un sistema físico en su evolución temporal.

2.5.3 Apoyo psicosocial: Proceso de relación interpersonal que proporciona ayuda afectiva, material y a veces hasta financiera, implica a un conjunto de personas, con relaciones de afecto y objetivas, con un vínculo temporal y con cierto sentido de reciprocidad.

2.5.4 Autocuidado: Conjunto de actividades que realizan las personas, la familia o la comunidad, para asegurar, mantener o promover al máximo su potencial de salud”. Implica cambiar estilos de vida incorporando conductas que permitan, a través de un estado de bienestar, desarrollar una vida plena y activa, perseverando y fortaleciendo la salud física o psíquica.

2.5.5 Dependencia: Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y /o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, lo referentes al cuidado.

2.5.6 Depresión: Estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo. Que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza, soledad desesperación, pesimismo, sentimientos de culpa, desvalorización, quejas de orden somático como insomnio, pérdida de apetito, como también disminución de la conducta motora y dificultades cognitivas.

2.5.7 Deterioro cognitivo: Daño progresivo, en mayor o menor grado, de las facultades intelectuales de una persona.

2.5.8 Discapacidad: Toda limitación grave que afecte o se espera que vaya a afectar durante más de un año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas

2.5.9 Terapia ocupacional: Conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple las deficiencias incapacitantes y valora los supuestos del comportamiento y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

2.5.10 Soledad: Carencia de compañía, tristeza o melancolía que se siente por la ausencia de alguna persona.

2.5.11 Relaciones interpersonales: Es una interacción recíproca entre dos o más personas. Se trata de relaciones sociales que, como tales, se encuentran reguladas por las leyes e instituciones de la interacción social.

2.6 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.6.1 HIPÓTESIS: El aislamiento social de los pacientes del Asilo Virgen del Carmen influye el estado de Salud Físico y Emocional

2.6.2 VARIABLES:

INDEPENDIENTE: Aislamiento social

DEPENDIENTE: Estado de Salud Físico y Emocional

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

		Determinantes sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad • Nivel de Educación 	Masculino Femenino < de 65 años 65-74 años 75-85 años de 85 años Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Guía de observación Historia clínica
--	--	------------------------	--	---	---

		Relaciones Interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de Estadía <ul style="list-style-type: none"> <1 año 1-5 años 5-10 años >10 años • Motivos de Ingreso <ul style="list-style-type: none"> Abandono Maltrato Enfermedades crónicas degenerativas • Empatía con los compañeros/as • Empatía con el personal 	<ul style="list-style-type: none"> Buenas Regulares Malas 	<p>Guía de observación</p> <p>Historia clínica</p>
--	--	----------------------------	---	--	--

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÒGICO

3.1.1 Tipo De Investigación

Explicativa.- Porque se explica cómo influye el aislamiento social en el estado de salud física y emocional de los pacientes del Asilo Virgen del Cantón Chambo además se da una propuesta de solución al problema.

Investigación de Campo: Esta investigación es de campo porque se realiza en el lugar de los hechos, en contacto directo con el objeto de estudio que en este caso son los pacientes del Asilo Virgen del Carmen.

3.1.2 Diseño de la Investigación

Transversal: El estudio es transversal porque se elige un periodo que es desde Julio a Diciembre del 2013 es decir el tiempo estimado que duro la realización de ésta investigación.

Investigación Acción.- Porque en esta investigación se diseñó terapias ocupacionales de acuerdo a las condiciones y necesidades de los pacientes.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 Población

La población consta de 24 pacientes.

3.2.2 Muestra

Para la ejecución de ésta investigación no se ha tomado una muestra, por lo que se trabajó con toda la población en virtud de ser una población pequeña y aquello permitió alcanzar una información más real y verídica.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 Técnicas:

Observación

Escala de soledad social

Escala de Golberg (Ansiedad y Depresión)

3.3.2 Instrumentos:

Guía de Observación

Historia Clínica

3.5 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

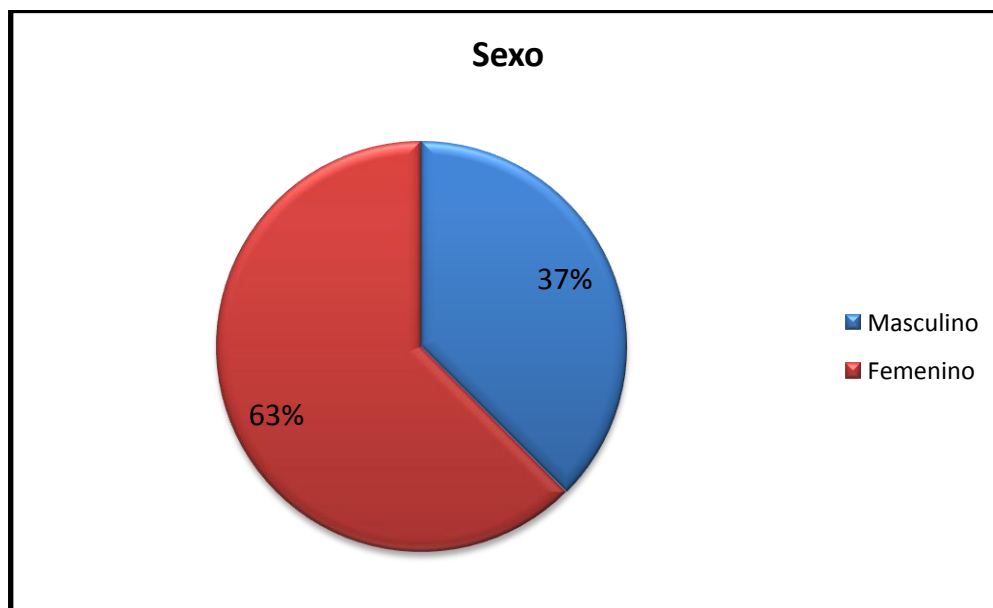
1.- Sexo

Cuadro N° 3.1: Sexo

ESCALA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	9	37%
Femenino	15	63%
TOTAL	24	100%

Fuente: Guía de Observación- Historia Clínica
Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

Gráfico N° 3.1: Sexo



Fuente: Guía de Observación- Historia Clínica
Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

Análisis e Interpretación.- Como se observa en la gráfica la mayoría de pacientes correspondientes al 63% que son de sexo femenino por razones de que las mujeres tienen mayor esperanza de vida en relación a los hombres.

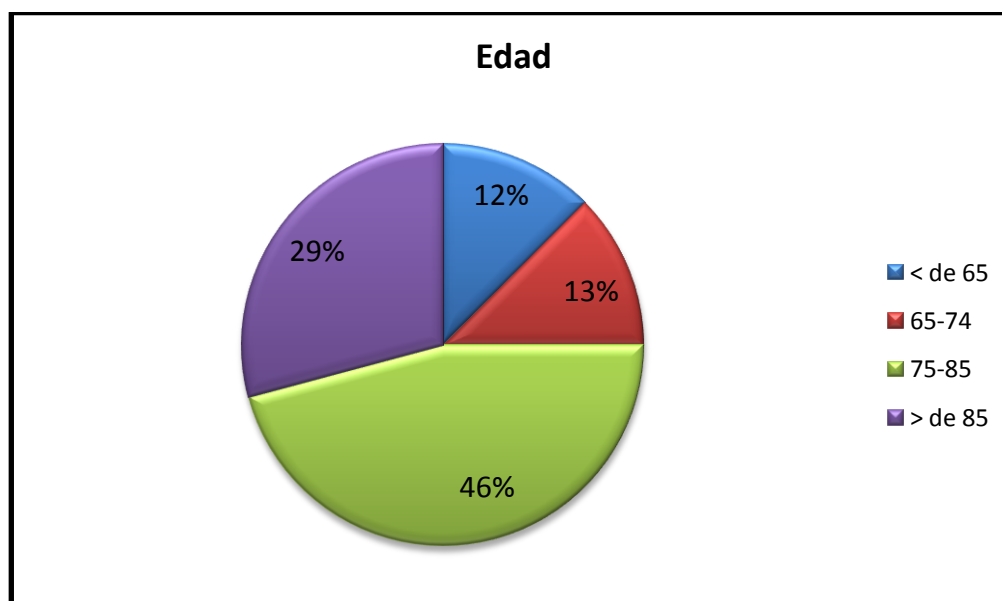
2.- Edad

Cuadro N° 3.2: Edad

ESCALA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<65	3	12%
65-74	3	13%
75-85	11	46%
>85	7	29%
TOTAL	24	100%

Fuente: Guía de Observación-Historia clínica
Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

Gráfico N° 3.2: Edad



Fuente: Guía de Observación-Historia Clínica
Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Como se observa el mayor porcentaje de pacientes fluctúan entre los 75-85 años de edad lo cual representa el 46%, esto se debe a que ésta población fue abandonada por sus familiares o decidieron dejarlos en esta institución ya que no podían estar al cuidado de ellos y además de que a esta edad son personas dependientes y por lo mismo demanda mayor cuidado.

3.- ¿Cuáles fueron los motivos de ingreso de los pacientes del Asilo?

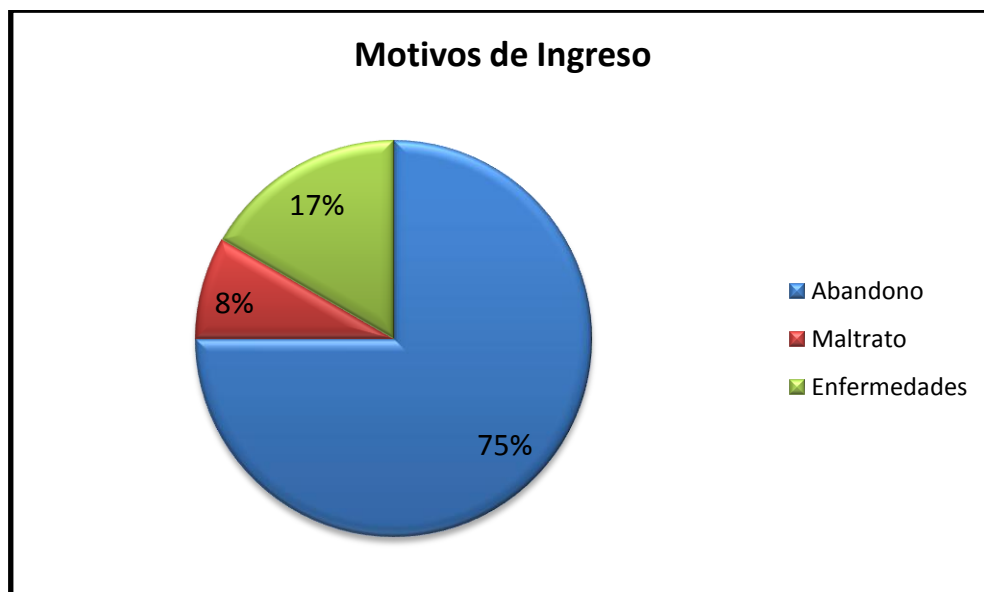
Cuadro N°3.3: Motivos de Ingreso

ESCALA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Abandono	18	75%
Maltrato	2	8%
Enfermedades	4	17%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historia Clínica

Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

Gráfico N° 3.3: Motivos de Ingreso



Fuente: Historia Clínica

Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

Análisis e Interpretación.- El mayor porcentaje de los pacientes que corresponde al 75% fueron abandonados por sus familiares o personas a cargo, algunos de ellos se los encontró en la calle y otros fueron llevados por sus vecinos al Asilo Virgen del Carmen en donde permanecen ya por algunos años.

4.- ¿El tiempo de estadía de los pacientes es?

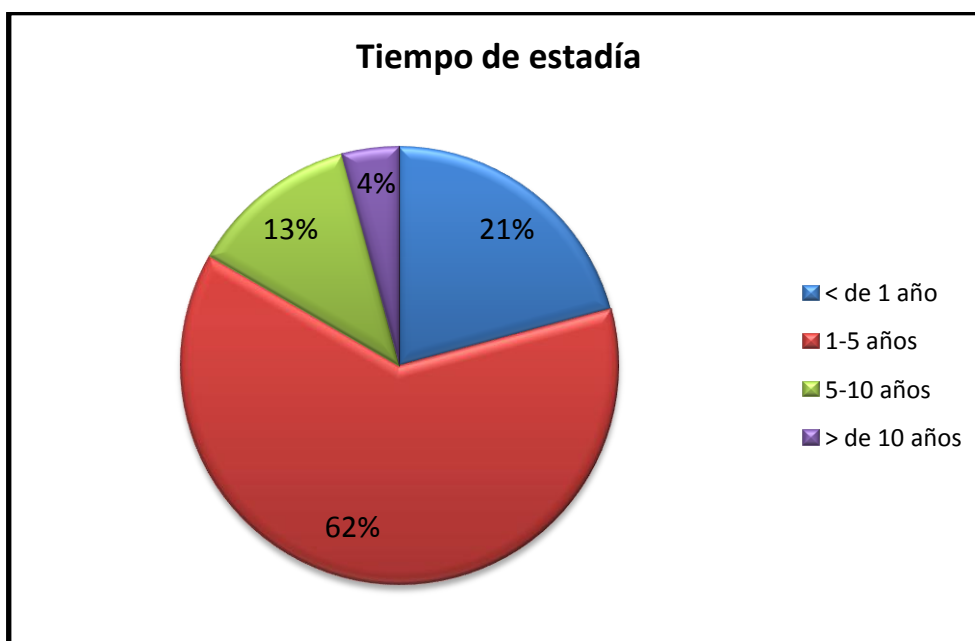
Cuadro N°3.4: Tiempo de estadía en el asilo

ESCALA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 1 año	5	21%
1-5 años	15	62%
5-10 años	3	13%
> 10 años	1	4%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historia Clínica

Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

Gráfico N° 3.4: Tiempo de estadía en el asilo



Fuente: Historia Clínica

Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

Análisis e Interpretación: Como se puede verificar el 62% de pacientes residen de 1-5 años en el Asilo por razones de que fueron abandonados o sufrían algún tipo de maltrato y por esta razón la institución ha tenido que gestionar con otras entidades para que puedan ayudar con el sustento diario de los pacientes.

5.- ¿Recibe visitas de amigos y familiares?

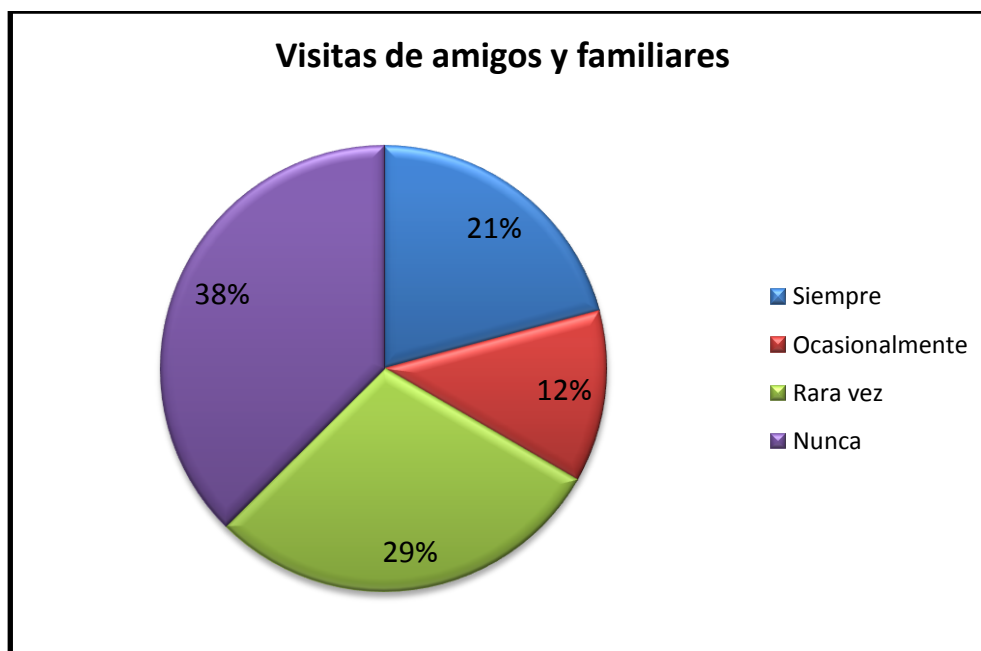
Cuadro N° 3.5: Visitas de amigos y familiares

ESCALA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	5	21%
Ocasionalmente	3	12%
Rara vez	7	29%
Nunca	9	38%
TOTAL	24	100%

Fuente: Guía de Observación

Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

Gráfico N° 3.5: Visitas de amigos y familiares



Fuente: Guía de Observación

Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

Análisis e Interpretación: El 38% de los pacientes nunca reciben visitas esto se debe a que como mencionamos anteriormente la mayoría de ellos fueron abandonados y que por sus condiciones de salud no han podido dar una referencia clara acerca del lugar en donde antes vivían para poder contactar a su familia.

6.- ¿Las relaciones interpersonales entre compañeros(as) es?

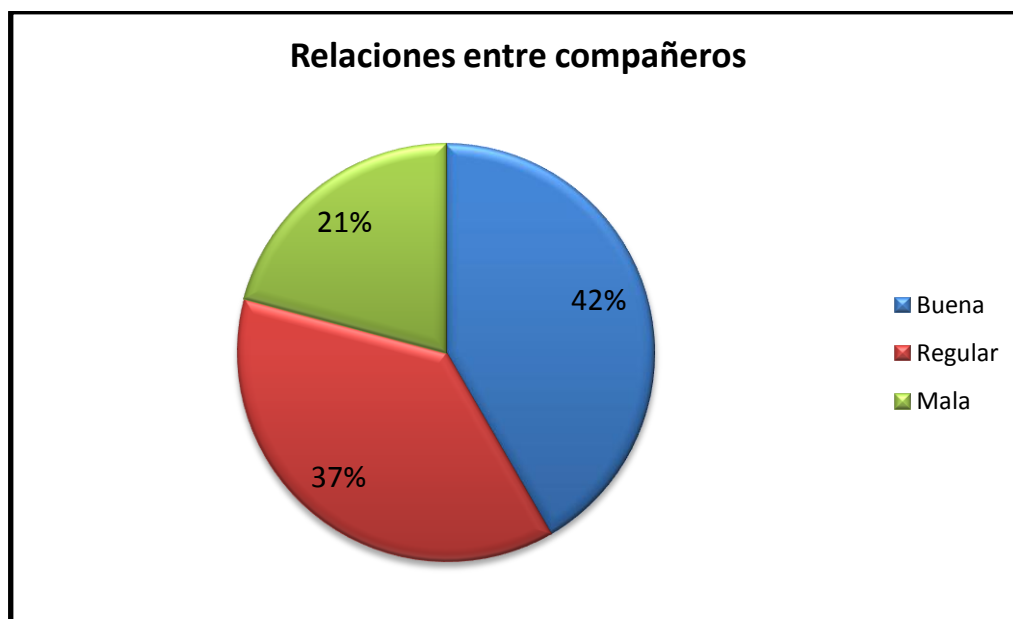
Cuadro N° 3.6: Relaciones entre compañeros

ESCALA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buenas	10	42%
Regulares	9	37%
Malas	5	21%
TOTAL	24	100%

Fuente: Guía de Observación

Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

Gráfico N° 3.6: Relaciones entre compañeros



Fuente: Guía de Observación

Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

Análisis e Interpretación: El 42% de los usuarios tiene buenas relaciones interpersonales con sus compañeros ya que entre ellos se ayudan, conversan sus problemas y anécdotas, lo cual ha permitido establecer una amistad llevadera así como también con el personal que se encuentra al cuidado de los mismos.

7.- ¿Los usuarios del Asilo manifiestan su soledad con?

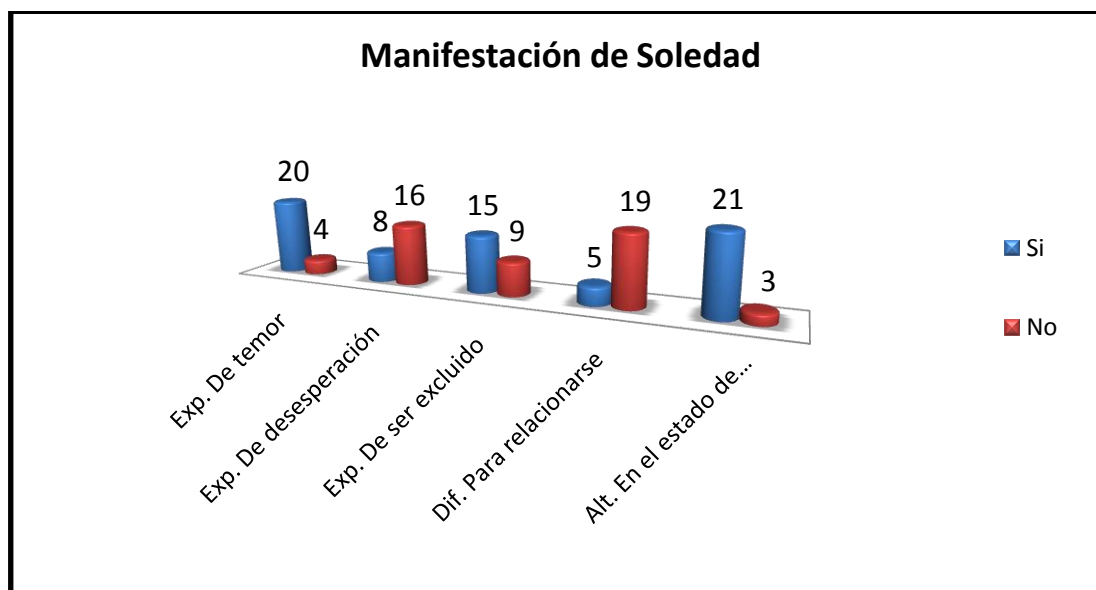
Cuadro N° 3.7: Manifestación de Soledad

MANIFESTACIÓN DE SOLEDAD	ALTERACIONES			PORCENTAJE		
	Si	No	Total	Si	No	Total
Expresión de Temor	20	4	24	83%	17%	100%
Expresión de desesperación	8	16	24	33%	67%	100%
Expresión de ser excluido	15	9	24	62%	38%	100%
Dif. De relacionarse con los demás	5	19	24	21%	79%	100%
Alteraciones del estado de ánimo	21	3	24	87%	13%	100%

Fuente: Guía de Observación-Escala de Soledad Social

Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

Gráfico N° 3.7: Manifestación de Soledad



Fuente: Guía de Observación-Escala de Soledad Social

Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

Análisis e Interpretación.- La mayoría de pacientes que corresponden al 87% manifiestan la soledad con alteraciones en el estado de ánimo a causa del aislamiento social lo cual repercute en su capacidad y voluntad de realizar las diferentes actividades que se llevan a cabo en la institución.

8.- ¿Padece de alteraciones en su estado de salud físico?

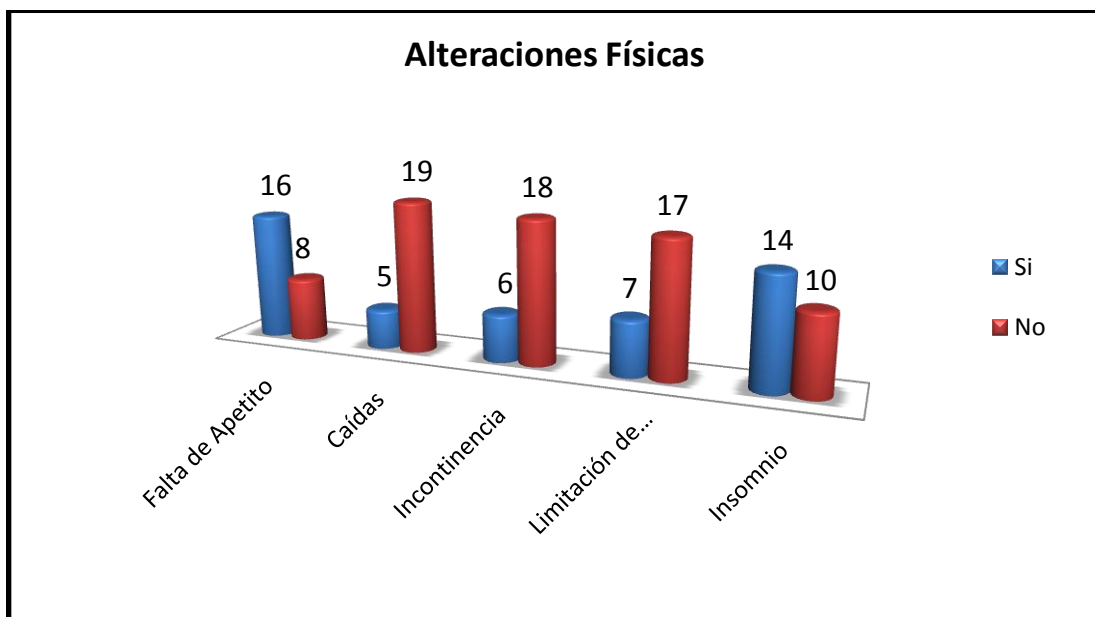
Cuadro N° 3.8: Alteraciones Físicas

ESCALA	FRECUENCIA			PORCENTAJE		
	Si	No	Total	Si	No	Total
Falta de apetito	16	8	24	67%	33%	100%
Caídas	5	19	24	21%	79%	100%
Incontinencia	6	18	24	25%	75%	100%
Limitación de la movilidad	7	17	24	29%	71%	100%
Insomnio	14	10	24	58%	42%	100%

Fuente: Guía de Observación-Escala de Golberg

Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

Gráfico N° 3.8: Alteraciones Físicas



Fuente: Guía de Observación-Escala de Golberg

Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

Análisis e Interpretación: Al observar en la gráfica el 67% de los pacientes tienen falta de apetito a causa de alteraciones en el estado de ánimo que puede desencadenar problemas nutricionales y el 58% de ellos presenta insomnio debido a que tienen varias horas de descanso diurno lo que ocasiona dicha alteración.

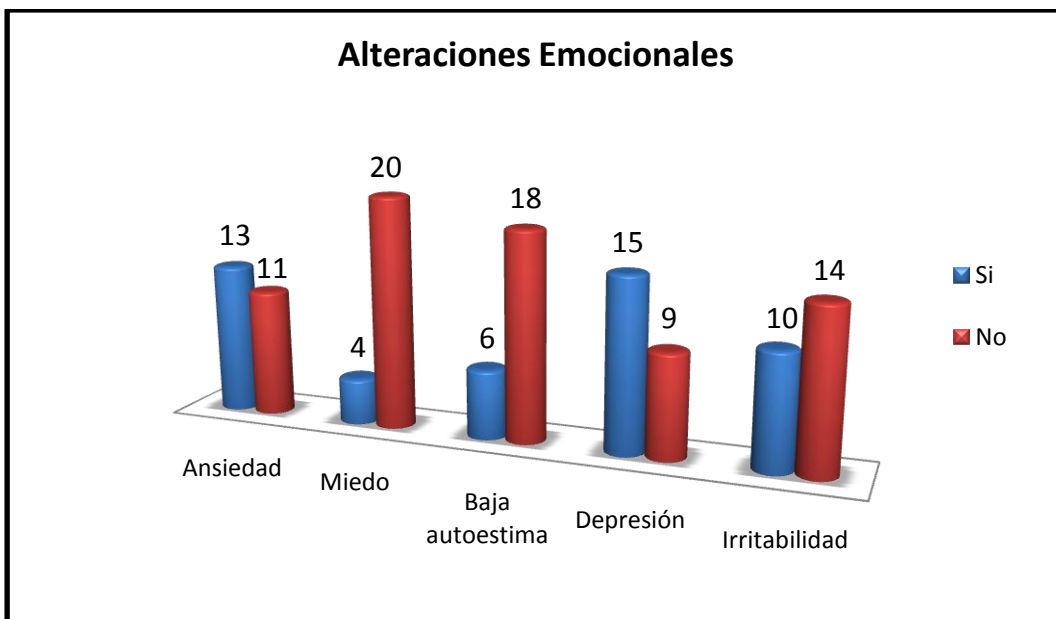
9.- ¿Se evidencia alteraciones en su estado de salud emocional?

Cuadro N° 3.9: Alteraciones Emocionales

ESCALA	FRECUENCIA			PORCENTAJE		
	Si	No	Total	Si	No	Total
Ansiedad	13	11	24	54%	46%	100%
Miedo	4	20	24	17%	83%	100%
Baja autoestima	6	18	24	25%	75%	100%
Depresión	15	9	24	62%	38%	100%
Irritabilidad	10	14	24	42%	58%	100%

Fuente: Guía de Observación-Escala de Golberg
 Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

Gráfico N° 3.9: Alteraciones Emocionales



Fuente: Guía de Observación-Escala de Golberg
 Elaborado: Gladys Morocho y Marcela Gusqui

Análisis e Interpretación: La depresión y la ansiedad son los principales problemas emocionales en los pacientes del Asilo ya que corresponde al 62% y 54% respectivamente, esto se debe a que son personas que no recibe visitas de sus familiares o amigos, lo cual ocasiona tristeza y desinterés en la participación de actividades que fomenten su salud.

10.- ¿Los pacientes del Asilo Virgen del Carmen participan de actividades que fomente la salud?

Cuadro N° 3.10: Actividades que fomente su salud

ESCALA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	7	29%
No	17	71%
TOTAL	24	100%

Fuente: Guía de Observación

Elaborado por: Gladys Morocho, Marcela Gusqui

Gráfico 3.10: Actividades que fomente su salud



Fuente: Guía de Observación

Elaborado por: Gladys Morocho, Marcela Gusqui

Análisis e Interpretación: El 71 % de los pacientes que se albergan en este Asilo no realiza ningún tipo de actividad esto debido a que son pacientes sedentarios, tienen un mal carácter y las actividades no son adecuadas para las condiciones en las que se encuentran.

3.6 COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

H_i = El aislamiento social de los pacientes del Asilo Virgen del Carmen influye el estado de Salud Físico y Emocional.

Fórmula estadística:

A₁ = Población Total

A₂ = Población Afectada

C = Equivalente al 100%

X = Incógnita

$$\left. \begin{array}{l} A_1 \xrightarrow{d} C \\ A_2 \longrightarrow X \end{array} \right\} \quad \frac{A_1}{A_2} = \frac{C}{X} \quad x = \frac{A_2 \cdot C}{A_1}$$

VARIABLE INDEPENDIENTE

Causa=Aislamiento Social

Cuadro 3.11: Causas de Aislamiento Social

ESCALA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Abandono	18	75%
Maltrato	2	8%
Enfermedades	4	17%
TOTAL	24	100%

Fuente: Guía de Observación

Elaborado por: Gladys Morocho, Marcela Gusqui

VARIABLE DEPENDIENTE

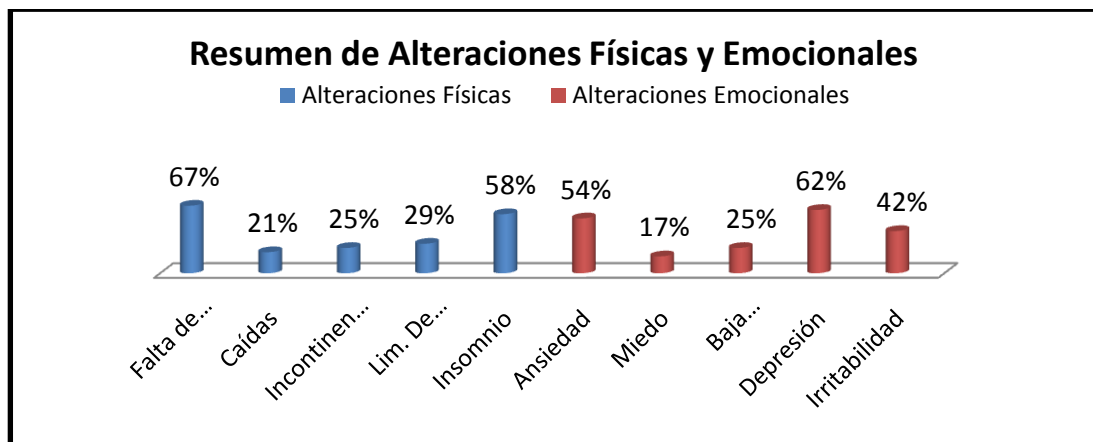
Cuadro N° 3.12: Resumen Alteraciones Físicas y Emocionales

ALTERACIONES FÍSICAS			ALTERACIONES EMOCIONALES		
ESCALA	FREC.	%	ESCALA	FREC.	%
Falta de Apetito	16	33.3%	Ansiedad	13	27%
Caídas	5	10.4%	Miedo	4	8.3%
Incontinencia	6	12.5%	Baja Autoestima	6	12.5%
Limitación-movimiento	7	14.5%	Depresión	15	31.2%
Insomnio	14	29.1%	Irritabilidad	10	20.8%

Fuente: Guía de Observación

Elaborado por: Gladys Morocho, Marcela Gusqui

Gráfico N° 3.12: Resumen Alteraciones Físicas y Emocionales



Fuente: Guía de Observación

Elaborado por: Gladys Morocho, Marcela Gusqui

De acuerdo a la tabla y gráfico N° 3.12 se puede evidenciar que 16 pacientes que representan el 33.3% tienen falta de apetito y 14 que corresponden al 29.7% presentan insomnio. En cuanto se refiere a las alteraciones emocionales 15 pacientes que representan el 62% sufren de depresión y 8 que corresponden al 54% experimenta ansiedad. En conclusión se puede observar que la mayoría de pacientes sufren de alteraciones físicas en un 62%, mientras que el 58% de la población sufre de alteraciones emocionales, por lo tanto queda comprobada la hipótesis.

CAPÍTULO IV

4 CONCLUSIONES RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- Luego de la investigación realizada, se puede concluir que el aislamiento social en las personas que se encuentran en esta institución influye de forma determinante, ya que la mayoría de ellos presenta alteraciones físicas y emocionales siendo las principales la falta de apetito, Insomnio, la depresión y ansiedad respectivamente.

- Las causas del aislamiento social en los pacientes del Asilo son: abandono, maltrato y padecimiento de enfermedades crónico degenerativas como: hipertensión, diabetes, alteraciones mentales etc.

- Las principales alteraciones que presentan los usuarios son: Alteraciones Físicas: Falta de apetito, Caídas, Incontinencia, Limitación de la movilidad, Insomnio, y Alteraciones Emocionales como: Ansiedad, Miedo, Baja autoestima, Depresión e Irritabilidad.

- Se diseñó un plan de terapias Ocupacionales para los pacientes del Asilo Virgen del Carmen ,el mismo que permitirá generar distracción, diversión y creatividad y sobre todo mantenerlos activos y de esta forma evitar las consecuencias del aislamiento social que los conlleve a una dependencia total.

4.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal que labora en dicha institución hacer uso del plan de terapias ocupacionales que se elaboró con el propósito de evitar alteraciones físicas y emocionales en los pacientes a causa del aislamiento social ya que de esta forma se ocuparán en actividades que promuevan su bienestar.
- A las personas encargadas de esta institución sugerimos que en conjunto con el equipo médico se realice una valoración previo al ingreso, con la finalidad de detectar alteraciones en su salud que requieran el uso de medicamentos así como también los tipos de terapias para mantener un buen estado de salud
- Esta sugerencia va dirigida a las autoridades de la institución ya que sería necesario la presencia de un profesional de enfermería para que oriente la atención personalizada a los pacientes y también se encargue de cumplir con un régimen terapéutico estricto y pueda brindar los cuidados requeridos.

BIBLIOGRAFÍA

- Ecuador, (2008) Constitución del Ecuador Ley del Adulto Mayor
- Hernández R Fernández Collado C, Baptista P 2006. Metodología De La Investigación. Cuarta Edición
- Huertas, I; Llopis, M; Navarro, M; Garay, A; Paredes, M; Rioja, L; Sáez Del Castillo, M; Vázquez, J; Vicente, M. Salud Mental Y Actividades Básicas De La Vida Diaria, En Una Población Mayor De 65 Años, Usuarios De La Policlínica Casa Del Mar De Valencia. Enfermería Integral
- León Montero Diseño de la investigación. Segunda Edición.McGraw-Hill.España
- Merck, S. 2008. Nuevo Manual Merck. Tomo II.
- Pineda E. Alvarado. E Metodología De La Investigación. Tercera Edición Washington. Editorial Organización Panamericana De La Salud .2008
- Potter, P, Perry, Fundamentos de Enfermería.vol. I. Edit. Harcourt. España. 5ª ed... [Abril 2008].
- Soto A.Mendez.OR.Protocolos de la investigación. Material Mimeografiado
- Tamayo y Tamayo.2001.El proceso de investigación científica. Cuarta Edición. Limusa México
- Valero. C; Regalado.P; González. J; Alarcón, M; Salgado, A. Valoración Geriátrica Integral En El Perfil De Los Pacientes De Los Distintos Niveles Asistenciales.

LINKOGRAFÍA

- ✓ ¹s/n ENVEJECIMIENTO (En línea) acceso :27-02-2014 disponible:<http://www.ujaen.es/investiga/cvi296/Gerontologia/MasterGerontologiaTema01.pdf>
- ✓ ²s/n SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES (En línea) acceso :27-02-2014 disponible:<http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/La%20soledad%20en%20las%20personas%20mayores.pdf>
- ✓ ³s/n EN EL ECUADOR –ADULTOS MAYORES (En línea) acceso : 02-01-2014 disponible <http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/74301-en-el-ecuador-hay-1a-229-089-adultos-mayores-segan-el-inec/>
- ✓ ⁴s/n ABANDONO DEL AULTO MAYOR (En línea) acceso : 02-01-2014 disponible <http://www.monografias.com/trabajos25/abandono-tercera-edad/abandono-tercera-edad.shtml#ixzz2uuudxwr>
- ✓ ⁵s/n CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR 2008 (En línea) Acceso 05-10-2013 disponible:http://www.eruditos.net/mediawiki/index.php?title=Derechos_de_las_personas_y_grupos_de_atenci%C3%B3n_prioritaria
- ✓ ⁶s/n CAMBIOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO (En línea) Acceso 18-10-2013 disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/AlgunosCambios.html>
- ✓ ⁷s/n DETERMINANTES DE LA SALUD(En línea) Acceso 20-10-2013 disponible http://aulanet.umb.edu.co/aulanet_jh/archivos/correo__051_A3/3488_cap_6.pdf
- ✓ ⁸s/n ENFERMEDADES NEUROLOGICAS (En línea) Acceso 21-10-2013 disponible <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/insomnio>
- ✓ ⁹s/n AISLAMIENTO SOCIAL (En línea) Acceso 26-11-2013 disponible: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0239.pdf>

- ✓ ¹⁰ s/n TERAPIA OCUPACIONAL (En línea) Acceso 03-11-2013 disponible en : <http://miradorvirtualenvejecimiento.blogspot.com/2013/06/terapia-ocupacional-para-el-adulto-mayor.html>
- ✓ s/n ADULTOS MAYORES (En línea) acceso : 15-10-2013 disponible en <http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/164-de-adultos-mayores-sufre-de-violencia-psicologica.html>
- ✓ s/n TERAPIA OCUPACIONAL (En línea) acceso : 22-11-2013 disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/Noticias/TO_Navarra.pdf
- ✓ s/n SENPLADES ADULTO MAYOR (En línea) acceso : 02-12-2013 disponible en: <http://plan.senplades.gob.ec/adultos-mayores>
- ✓ s/n MANUALES AISLAMIENTO SOCIAL (En línea) acceso : 02-12-2013 disponible: https://www.google.com.ec/?gws_rd=cr&ei=75TmUvKoLM3xkQfInoCICw#q=MANUALES%2BAISLAMIENTO+SOCIAL&spell=1
- ✓ s/n AISLAMIENTO SOCIAL Y CONDUCTA (En línea) acceso : 09-12-2013 disponible: <http://www./ensayos/Aislamiento-Social-y-La-Explicaci%C3%B3n-Conductual/5458543.html>

CAPÍTULO V.- LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS

TÍTULO: PLAN DE TERAPIAS OCUPACIONALES EN LOS PACIENTES DEL ASILO VIRGEN DEL CARMEN DEL CANTÓN CHAMBO.

PLAN DE TERAPIAS OCUPACIONALES



CONTENIDO

PRESENTACIÒN.....	
INTRODUCIÒN.....	
OBJETIVOS.....	
TERAPIA OCUPACIONAL.....	
DESTREZAS.....	
PROPÒSITO.....	
CLASIFICACIÒN.....	
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.....	
ACTIVIDADES FUNCIONALES.....	
ACTIVIDADES TÈCNICAS.....	
ACTIVIDADES RECREATIVAS.....	



PRESENTACIÓN

La Terapia ocupacional utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración.

A fin de contribuir a superar este problema a consecuencia del aislamiento social hemos desarrollado un plan de terapias ocupacionales que permita dar una nueva visión acerca las actividades que deben desarrollar los adultos mayores para mejorar su salud física emocional y ante todo que sea de beneficio para mantenerlos activos, se sientan útiles, parte de la sociedad y garantizar una vejez satisfactoria y llena de plenitud.

Es grato poner a consideración este plan de terapias para los usuarios que se encuentran en el asilo virgen del Carmen del Cantón Chambo.

Cordialmente

Gladys Morocho

Marcela Gusqui

INTRODUCCIÓN

El individuo se define como es un ser activo que por naturaleza ocupa su tiempo en actividades encaminadas a responder sus necesidades y deseos. La salud y la ocupación están vinculadas porque la pérdida de salud disminuye la capacidad para comprometerse en las actividades tanto de la vida diaria como de trabajo y el ocio.

Las actividades lúdicas generan distracción, diversión y creatividad las cuáles estimulan y relajan la mente, logrando disminuir la presencia de síntomas depresivos. Es necesario que las personas de la tercera edad mantengan redes sociales que les permitirá tener mayor oportunidad de relacionarse con los demás. La Terapia Ocupacional emplea la resolución de problemas para mejorar la calidad de vida de las personas y lo hacen desde un enfoque holístico, examinando todas las tareas en relación a la situación donde se desenvuelve la persona.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un plan de terapias ocupacionales para los pacientes del Asilo Virgen de Carmen del Cantón Chambo

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Instaurar las capacidades y destrezas de los pacientes que se encuentran en el asilo para conseguir el máximo nivel de autonomía e integración de los mismos.

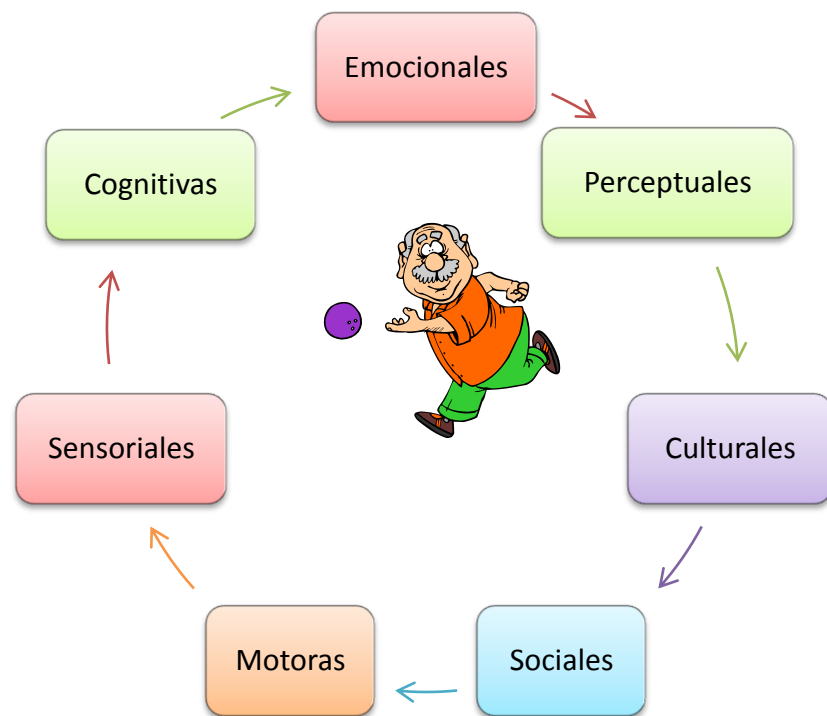
Desarrollar propuestas de interés generadas desde Terapia Ocupacional para los Adultos Mayores.

Instaurar las capacidades y destrezas de los pacientes que se encuentran en el asilo para conseguir el máximo nivel de autonomía e integración de los mismos.

TERAPIA OCUPACIONAL

La Terapia Ocupacional (TO) se encarga de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud por medio de la ocupación, que se entiende como las actividades diarias que todos realizamos, que elegimos porque nos motivan y nos permiten establecer rutinas, tener roles en nuestros medios sociales y familiares y finalmente, sentirnos parte de la sociedad.

DESTREZAS QUE SE DESARROLLAN CON LA TERAPIA OCUPACIONAL



PROPÓSITOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

La Terapia Ocupacional trata la función y utiliza procedimientos y actividades con propósito para:

- Promover la salud y el bienestar
- Minimizar o prevenir el deterioro
- Desarrollar, mantener, mejorar y/o recuperar el desempeño de las funciones necesarias

- Compensar las disfunciones instauradas

CLASIFICACIÓN:

- ✓ **Actividades funcionales:** Promueven el bienestar mental del adulto mayor, por medio de juegos de mesa y otros ejercicios de memoria. Estas actividades son dirigidas a todos los asilados, en especial a aquellos con signos de deterioro de memoria, Alzheimer, y enfermedades demenciales., además incluyen actividad física que mantiene el estado físico de los adultos mayores.

- ✓ **Actividades técnicas:** Son actividades de trabajo manual donde se enseña manualidades, juguetería, carpintería, cómo por ejemplo muñecas, manteles, artículos en madera, bordados, etc. o se puede utilizar materiales reciclados para la confección de diferentes artículos



- ✓ **Actividades sociales:** Dentro de este ámbito se puede ejecutar actividades sociales como agasajos, paseos dentro y fuera de la ciudad y talleres de integración entre los asilados.

Las áreas del desempeño ocupacional incluyen actividades de la vida diaria, actividades de trabajo y actividades de ocio.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Las actividades de la vida diaria básica o AVDB, son definidas como las actividades orientadas al cuidado del propio del cuerpo; por lo que también son conocidas como actividades personales de la vida diaria.



- **Baño, ducha.** Engloba todo lo que ello conlleva, desde poder coger los objetos como esponja, jabones y demás, hasta la propia acción de enjabonarse y aclararse, así como el mantenimiento de la oportuna

postura durante la acción o las transferencias para entrar o salir de la bañera.

- **Vestido.** Además de incluir la propia acción de vestido-desvestido, incluye la correcta elección de las prendas en función del clima o situación para la que se empleará la ropa.
- **Comer.** La habilidad de mantener y manipular comida o líquido en la boca y tragarlo.
- **Alimentación.** Pese a que pueda parecer que comer y alimentarse son lo mismo, esto NO es así. Alimentarse es el proceso de llevar la comida o líquidos desde el plato o vaso a la boca.
- **Movilidad funcional.** Moverse de una posición a otra, así como movilidad en la cama, sofá, silla de ruedas, cualquier tipo de transferencia, cambios funcionales, deambulación y transporte de objetos.
- **Cuidado de la ayudas técnicas personales.** Engloban el correcto uso de ellas, así como la limpieza y mantenimiento.
- **Higiene personal y aseo.** Coger y usar los objetos para este fin. Incluye cualquier actividad de aseo del propio cuerpo que se nos pueda ocurrir. Peinado, corte de uñas, limpieza de boca, etc.
- **Dormir/descanso.** Periodo de inactividad, con un fin reparador.

ACTIVIDADES FUNCIONALES

EJERCICIO FÍSICO



FUNDAMENTO: El ejercicio es una manera de aumentar las endorfinas, reducir el estrés, aumentar la capacidad pulmonar y el flujo sanguíneo al cerebro. Es también una forma de aliviar la depresión para personas en sillas de ruedas con los estiramientos para

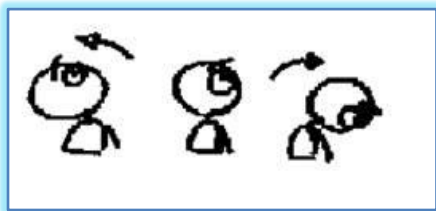
mantener sus cuerpos activos

BENEFICIOS

- ❖ Aumenta la sensación de bienestar general. .
- ❖ Reduce el riesgo de poder desarrollar diversas patologías como: alteraciones cardíacas, hipertensión
- ❖ Disminuye el estrés y el insomnio

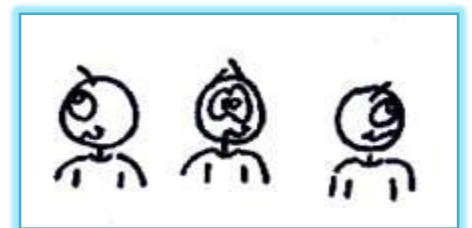
ACTIVIDADES

- Caminata a paso lento con respiraciones suaves y pausadas al ritmo de la caminata, incluyendo balanceo de los brazos.



- Partiendo de la posición neutra se harán flexión y extensión del cuello, de manera suave y pausada, respetando el rango de movimiento de cada paciente.

- Partiendo desde la posición neutra se realizarán rotaciones de cabeza y cuello hacia ambos lados de manera alternada.



- Realizar elevaciones de los hombros de forma alternada, partiendo desde una postura relajada de los brazos pegados al tórax.

□ Realizar flexión y extensión de codo partiendo desde la posición neutra de hombro y codo y manteniendo los brazos pegados al tórax de manera relajada.



□ Desde una flexión de hombro a 90° y extensión de codo, con el antebrazo en posición prona y las muñecas en posición neutra, se realizarán flexión y extensión palmar.

□ Con posición neutra de hombro, flexión de codo antebrazos en posición supina y muñecas en posición neutra, se hace flexión y extensión de dedos.



□ Con los brazos en flexión a 90°, codos en extensión, antebrazos y muñecas en posición neutra, se realiza una aducción o flexión horizontal sobrepasando la línea media (tijeras).

□ Partiendo desde la postura de pie, se realizará flexión de cadera y rodilla de una pierna, regresando a la postura inicial y entonces se hace lo mismo con la pierna contraria (como simulando marchar).



ACTIVIDADES TÉCNICAS

MANUALIDADES

FUNDAMENTO: Estas actividades se orientan a estimular las capacidades sensoriales, mentales y motrices a través del apoyo de las técnicas artísticas. Actúa en 2 niveles. En primer lugar, es un modo de expresión individual y en segundo lugar, un modo de comunicación y de expresión y por tanto de apertura hacia el diálogo.



BENEFICIOS

- ❖ Son ideales para desarrollar la concentración y disminuir el estrés,
- ❖ Fomento de las relaciones sociales
- ❖ Es útil para descubrir las destrezas motoras.
- ❖ Desarrollar la creatividad.

Pintura.- Elegiremos la manera de pintar más acorde con los gustos y preferencias del residente. Hay que resaltar a las personas mayores que la técnica no es tan importante y que lo preferible es dar rienda suelta a la imaginación.

ACTIVIDADES

- ❖ Pintar macetas.
- ❖ Pintar cuadros en tela
- ❖ Pintar dibujos con la utilización de crayones
- ❖ Rasgar papel y pintarlo de diferentes colores para luego pegarlo en diseños elaborados por ellos mismos (como frutas animales etc.)
- ❖ Empapar los demos en la pintura y hacer figuras en hojas de papel

Dibujo.- Podemos utilizar tantos colores de madera, ceras, rotuladores...Además se puede elegir un tema sobre el que realizar el dibujo o dibujo libre.

ACTIVIDADES:

- ❖ Dibujar frutas que conocen
- ❖ Dibujar a la familia
- ❖ Hacer un dibujo del Asilo ,
- ❖ Dibujar instrumentos musicales
- ❖ Dibujar objetos de cocina, biblioteca, dormitorio, entre otros.

Modelaje.- En este caso utilizaremos arcilla o plastilina. Esta técnica artística despierta muchas sensibilidades escondidas.

ACTIVIDADES

- ❖ Elaboración de frutas utilizando plastilina.
- ❖ Dar forma de animales domésticos con la plastilina.
- ❖ Hacer figuras geométricas utilizando la plastilina.



Collage.- Técnica consistente en el corte y encolado de papeles sobre una superficie para dar forma y posteriormente se puede pintar.

Todas estas técnicas ponen en juego el contacto con la materia, el color y la imaginación.

ACTIVIDADES

- ❖ Cortar papel brillante en cuadritos y colocar dentro de las figuras geométricas.
- ❖ Cortar sorbetes y colocarlos en el material establecido
- ❖ Cortar papel periódico y formar casitas
- ❖ Hacer bolitas con papel crepe y pegarlos en el interior de los dibujos.

TALLER DE MÚSICA-BAILOTERAPIA

FUNDAMENTO: Con esta actividad se pretende facilitar la comunicación, estimular la actividad y mejorar las posibilidades relacionales. También nos puede servir para la relajación, la estimulación, identificación con la música y restauración del lenguaje.



BENEFICIOS

- ❖ Desarrolla las relaciones interpersonales
- ❖ Eleva la autoestima.
- ❖ Fortalece el desarrollo de la personalidad.
- ❖ Desarrolla hábitos de buena conducta.
- ❖ Promueve la utilización del tiempo libre de forma sana.
- ❖ Se mejoran y cambian los estilos de vida.
- ❖ Se logra que el practicante muestre su yo interno.
- ❖ Se nutre el practicante de energía positiva.
- ❖ Mejora las capacidades físicas coordinativas y condicionales

- ❖ Proponer el baile y cantar las canciones a la vez que suenan, siempre y cuando salga de manera espontánea de las personas mayores.
- ❖ Audición de canciones conocidas (boleros, zarzuelas.) y observar las reacciones de los pacientes
- ❖ Con los ojos cerrados, distinguir sonidos de diversos tipos.
- ❖ Realizar un recorrido por la geografía a través de las músicas populares de las distintas regiones así como de la música internacional.
- ❖ Poner canciones conocidas para el grupo, seguidamente deberán escribir en un papel una o dos palabras que expresan lo que ellos recuerdan, piensan o siente al escuchar esa música
- ❖ Proponer que después de sonar la música, una persona cante para para sus compañeros.



VIDEO - FORUM.

Dentro de éste espacio se pueden incluir tanto películas, documentales, programas de televisión y radio. La actividad consiste en por ejemplo ver una película y posteriormente abrir un diálogo sobre los visto. Esto nos ayudará a fomentar la comunicación entre las personas y a desinhibirse

ACTIVIDADES RECREATIVAS

-SALIDAS Y EXCURSIONES. Se intentará organizar salidas que satisfagan los deseos y motivaciones de los residentes y que a la vez les permitan guardar contacto con lo que sucede en el entorno.

Algunas actividades propuestas:

Visita a museos o lugares turísticos de la localidad

Merienda en alguna residencia fuera o dentro de la localidad.

Paseo por las principales calles de la ciudad.

- CELEBRACIÓN DE LOS CUMPLEAÑOS



En este caso deberemos siempre tener en cuenta si la persona desea celebrarlo, ya que para muchos, más que un sinónimo de fiestas, el paso de los años constituye totalmente lo contrario.

En el caso de aquellos residentes que sí deseen celebrarlos, se anunciará en el calendario de actividades. Se celebrarán juntos los cumpleaños de los residentes que coincidan en la misma semana o mes, y consistirá en una merienda con un menú un poco especial y un baile de honor.

- **Celebraciones de las fiestas anuales** Con ellos se pretende preservar la noción del tiempo social a pesar de la rutina. Entre las celebraciones más importantes tenemos:

- ❖ Fiestas Navideñas
- ❖ Carnavales

- Pascua
- San Valentín

ANEXOS

ANEXO Nº 1:
**LISTA DE PACIENTES ASILO VIRGEN DEL CARMEN DEL CANTÓN
CHAMBO**

NÓMINA DE LOS PACIENTES DEL ASILO VIRGEN DEL CARMEN		
NOMBRES	EDAD	DIAGNÓSTICO
1.-María Sagba	71 años	HTA
2.-Raúl Flores	80 años	Síndrome Demencial
3.-Segundo Romero	95 años	HTA + Insomnio
4.- Rubén Torres	39 años	Osteoporosis + Osteoartritis
5.-Antonio Vázquez	92 años	HTA + Neumonía
6.-Santos Inchiglema	73 años	Síndrome Confusional Agudo
7.- Alejandro Espinosa	77 años	Alzheimer
8.-Manuel Cuje	79 años	Neumonía
9.-Natividad Pallo	83 años	Gastritis Crónica + Neumonía
10.-María Tigse	97 años	Síndrome Demencial + Neumonía
11.-María xxxxx	35 años	Secuelas de Parálisis Cerebral
12.-Paula Semira	95 años	Artrosis+ HTA
13.-Rosario Nobillo	90 años	Síndrome Demencial
14.-María Peña	87 años	HTA
15.-Dolores Chávez	70 años	Insomnio
16.-Dolores Abarca	79 años	Epilepsia + Diabetes Tipo II
17.-Antonio Samaniego	42 años	Neumonía
g18.-Teresa Aucansela	78 años	Síndrome Demencial
19.-Alegria Dumancela	80 años	EPOC
20.-José Plaza	76 años	HTA
21.- María Cargua	98 años	Bocio + Osteoporosis
22.- Rosario Ávalos	84 años	Coxartrosis
23.- Juana Cáceres	89 años	Insomnio + HTA
24.-María Gavilánez	82 años	Síndrome Senil

ANEXO Nº 2:
GUIA DE OBSERVACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA



Guía de observación

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la influencia del aislamiento social en la salud física y emocional de los pacientes del Asilo Virgen del Carmen del Cantón Chambo.

DATOS GENERALES:

Nombres de las observadoras: Fecha de Observación:

INFORMACIÓN / IDENTIFICACIÓN

EDAD:

SEXO:

1.- ¿Cuáles fueron los motivos de ingreso de los pacientes del Asilo?

CAUSA	
Abandono	
Maltrato	
Enfermedades	

2.- ¿El tiempo de estadía de los pacientes es?

< de un año		1-5 años		5-10 años		> de 10 años	
-------------	--	----------	--	-----------	--	--------------	--

3.- ¿Recibe visitas de amigos y familiares?

Siempre		Ocasional mete		Rara vez		Nunca	
----------------	--	-----------------------	--	-----------------	--	--------------	--

4.- ¿Las relaciones interpersonales entre compañeros(as) es?

Buena		Regular		Mala	
-------	--	---------	--	------	--

5.- ¿Los usuarios del Asilo manifiestan su soledad con?

SOLEDAD	Si	No
Expresión de temor		
Expresión de desesperación		
Expresión de ser excluido		
Dificultad para establecer contacto con las personas		
Alteraciones de estado ánimo		

6.- ¿Padece de alteraciones en su estado de salud físico?

ALTERACIONES FISICAS	Si	No
Falta de apetito		
Caídas		
incontinencia		
Limitación de la movilidad		
Insomnio		

7.- ¿Se evidencia alteraciones en su estado de salud emocional?

ALTERACIONES	Si	No
Ansiedad		
Miedo		
Baja autoestima		
Depresión		
Irritabilidad		

8.- ¿Los pacientes del Asilo Virgen del Carmen participan de actividades que fomenta la salud?

SI		NO	
----	--	----	--

ANEXO N°3:
ESCALAS DE VALORACIÓN

ESCALA DE ANSIEDAD	SI	NO
1. ¿Se ha sentido nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
TOTAL ANSIEDAD: > 4		

ESCALA DE DEPRESIÓN	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía o fuerza		
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Se ha sentido usted que hace las cosas de una manera lenta enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
TOTAL DEPRESIÓN: > 3		

NOTA: Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad Y depresión.

ESCALA DEMANIFESTACIONES DE SOLEDAD	SI	NO
Expresión de temor		
Expresión de desesperación		
Expresión de ser excluido		
Dificultad para establecer contacto con las personas		
Alteraciones de estado animo		
TOTAL SOLEDAD : > 3		

ANEXO Nº4:
FOTOS DE LOS PACIENTES DEL ASILO VIRGEN DEL CARMEN DEL
CANTON CHAMBO

